

CIRUGÍA

CI-003 Manejo de la apendicitis no complicada. Cirugía de corta estancia < 24 h. Estudio ambispectivo

D. Salazar Terceros, X. Viñas, V. Murga, M. Molinete, L. Vega, K. Oh-Uiginn, J. Camps

CI-004 Geografía de la atención sanitaria para la CMA en el área III-IV de la Comunidad de Cantabria

L. E. Gutiérrez Cantero, J. C. Cagigas Lanza, J. L. Ruiz, M. Bolado Oriá, J. Gómez Robledo, P. Cagigas Roecker, C. de la Hoz, R. Sosa, A. Pajares, A. J. Gutiérrez Ruiz

CI-005 Análisis de ingresos y reingresos post-CMA en el área hospitalaria III-IV de Cantabria

L. E. Gutiérrez Cantero, J. C. Cagigas Lanza, J. L. Ruiz, M. Bolado Oriá, J. Gómez Robledo, P. Cagigas Roecker, C. de la Hoz, R. Sosa, A. Pajares, A. J. Gutiérrez Ruiz

CI-006 Patología herniaria en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Resultados de dos décadas

G. Millán Gallizo, M. Allué Cabañuz, L. Sánchez Blasco, A. Hernández Arzoz, A. Jiménez Bernadó

CI-007 Estudio de la seguridad de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en pacientes mayores de 65 años intervenidos en nuestra unidad durante 20 años

G. Millán Gallizo, M. Allué Cabañuz, A. Hernández Arzoz, L. Sánchez Blasco, A. Jiménez Bernadó

CI-008 Experiencia acumulada en la implantación de catéteres de diálisis peritoneal por el Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria

R. Gómez Contreras, J. A. Henao Vásquez, A. Serralta Serra, M. Giménez, R. Núñez Ronda, C. Zaragoza Fernández

CI-009 Estudio de las complicaciones en CMA. Análisis de benchmarking

M. Allué Cabañuz, G. Millán Gallizo, A. Hernández Arzoz, L. Sánchez Blasco, A. Jiménez Bernadó

CI-010 Factores de riesgo de retención aguda de orina (RAO) tras cirugía de hernia inguinal en régimen CMA

M. Allué Cabañuz, G. Millán Gallizo, L. Sánchez Blasco, A. Hernández Arzoz, A. Jiménez Bernadó

CI-011 Resultados en la anopexia grapada de largo para el tratamiento ambulatorio de hemorroides grados III-IV

R. Gómez Contreras, C. Zaragoza Fernández, A. Serralta Serra, R. Núñez Ronda, S. Jareño, C. Baez de Burgos

CI-013 Formación en pregrado en Cirugía Mayor Ambulatoria

F. Docobo Durántez, S. Dios Barbeito, A. Senent Boza, C. Pablo Ramírez Plaza, M. Bustos Jiménez, M. J. Tamayo López, J. Padillo Ruiz

CI-014 Reparación de recidiva inguinocrural por vía preperitoneal en régimen de CMA

M. González de Miguel, M. Elías, A. Zorruguino, A. Gutiérrez, P. Pérez de Villarreal, L. Hierro-Olabarria, B. Ochoa, S. García

CI-015 Cirugía ambulatoria en patología tiroidea y paratiroidea. Experiencia acumulada

R. Gómez Contreras, F. Villalba Ferrer, C. Zaragoza Fernández, R. Nuñez Ronda, A. de Andrés Gómez, A. Ismail, G. Valderas Cortés, J. Precioso Estiguin

CI-003 MANEJO DE LA APENDICITIS NO COMPLICADA. CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA < 24 h. ESTUDIO AMBISPECTIVO

D. Salazar Terceros, X. Viñas, V. Murga, M. Molinete, L. Vega, K. Oh-Uiginn, J. Camps

Introducción: La apendicitis aguda es el proceso más frecuente de las urgencias quirúrgicas. El objetivo de este estudio es analizar nuestros resultados del reciente programa implementado para el manejo de la apendicitis aguda no complicada en cirugía de corta estancia < 24 h.

Material y método: Estudio ambispectivo de dos cohortes de pacientes, pacientes operados antes de la implementación del programa entre enero-diciembre 2014 (NP) y los pacientes operados con el programa (P) agosto 2015-marzo 2016. Los criterios de inclusión del programa fueron: diagnóstico de apendicitis aguda no complicada según los hallazgos clínico-analíticos y pruebas de imagen, intervención por vía laparoscópica, anestesia general con mínimo uso de opiáceos y un esquema de analgesia preventiva multimodal, ingesta y movilización precoz. Estudio anatomopatológico (AP). Se empleó el test del Chi cuadrado para el análisis estadístico.

Resultados: Se incluyeron un total de 60 pacientes. En treinta de ellos se aplicó el programa (P) y en los treinta restantes no se les aplicó (NP). Ambos grupos fueron homogéneos debido a la ausencia de diferencias edad, sexo, ASA, técnica quirúrgica, complicaciones y estudio AP. La estancia hospitalaria disminuyó en el grupo del programa 0,7 días (17 h) vs. 1,96 días (46 h) para el grupo sin programa ($p < 0,05$). No hubo readmisiones en ambos grupos. El índice de éxito del programa fue del 93 % (28 pacientes), 2 pacientes se quedaron ingresados > 24 h (febrícula postoperatoria y no tolerancia precoz de la dieta). El estudio AP mostró en todos los casos apendicitis aguda flemonosa.

Conclusiones: El manejo de la apendicitis no complicada incluida en el programa de cirugía reduce significativamente la estancia hospitalaria sin comprometer la morbilidad del proceso clínico.

Palabras clave: Apendicitis aguda, laparoscopia, corta estancia.

CI-004 GEOGRAFÍA DE LA ATENCIÓN SANITARIA PARA LA CMA EN EL ÁREA III-IV DE LA COMUNIDAD DE CANTABRIA

L. E. Gutiérrez Cantero, J. C. Cagigas Lanza, J. L. Ruiz, M. Bolado Oria, J. Gómez Robledo, P. Cagigas Roecker, C. de la Hoz, R. Sosa, A. Pajares, A. J. Gutiérrez Ruiz

Introducción: Se pretende, desde el punto de vista de la geografía de la atención sanitaria, evaluar cómo se distribuye y se relaciona la patología que aborda la CMA y los centros de salud.

Material y métodos: Hemos tenido en cuenta la distribución de la población según el área III y IV de la Comunidad de Cantabria. Se han analizado 6.296 pacientes intervenidos por CMA (3.290 en 2013; 3.006 en 2014) en el Hospital Sierrallana y Tres Mares, respectivamente. La fuente de información fue el Servicio de Admisión y Documentación mediante la codificación en GRD y clasificación internacional de enfermedades, CIE-9.

Resultados: Hay 307 poblaciones donde se han realizado CMA en 2013, y 306 en 2014. Se han añadido 2 poblaciones más, Aguilar de Campoo y Cillorigo, en 2014. Aumentan en Valderredible y Matamorosa, y disminuyen en Unquera. En las poblaciones con mayores ASA I y II han disminuido los ASA III y ASA IV en 2014, con respecto a 2013. De igual manera, la población de Torrelavega, que es la principal del área III-IV, tiene el mayor número de ASA IV. Se observa también que en 2013 en estas poblaciones cercanas se hicieron más ASA moderados II y III que en 2014. En poblaciones grandes, los pacientes con ASA II y III aumentan y son subsidiarios de ser atendidos como CMA. Por tanto, se debe incidir la realización de CMA en estas ciudades, y los centros de Atención Primaria deben estar involucrados y colaborar. En la geografía de la salud del procedimiento, se observa que la población con más habitantes del área III-IV presenta mayor cantidad de procedimientos de CMA, en este caso la catarata cortical.

Conclusiones: Se mantiene la relación entre número de habitantes y CMA por población, lo que ayuda a estimar el cálculo de coste y dotación.

Palabras clave: Geografía, ASA, población.

CI-005 ANÁLISIS DE INGRESOS Y REINGRESOS POST-CMA EN EL ÁREA HOSPITALARIA III-IV DE CANTABRIA

L. E. Gutiérrez Cantero, J. C. Cagigas Lanza, J. L. Ruiz, M. Bolado Oria, J. Gómez Robledo, P. Cagigas Roecker, C. de la Hoz, R. Sosa, A. Pajares, A. J. Gutiérrez Ruiz

Objetivos: Analizar los ingresos y reingresos no previstos en CMA en el área III-IV de Cantabria.

Materiales y métodos: Se analizaron un total de 164 y 116 pacientes del hospital Sierrallana y Tres Mares para los años 2013 y 2014, respectivamente. El estudio se realizó sobre 6.296 pacientes operados por CMA.

Resultados: Se han detectado un total de 164 y 116 pacientes que habían tenido un ingreso no previsto tras CMA durante los años 2013 y 2014, respectivamente. Las causas anestésicas supusieron el 49,4 % de los casos en 2013 y el 32,8 % en 2014. Las causas quirúrgicas han supuesto el 38,7 % de los ingresos en 2013 y el 51,5 % en 2014. Por motivos médicos fueron el 6,3 % en 2013 y el 5, % en 2014. La tasa de pernoctación fue del 4,3 % en 2013 y 3,6 % en 2014. Durante 2013 y 2014 Cirugía General tuvo la mayoría de los pacientes ingresados. El porcentaje de ingresos por número de cirugías de CMA, tanto en 2013 y 2014, fue Ginecología. La anestesia general ha sido suministrada en nuestro estudio a un 56 % de los pacientes que pernoctan. Los porcentajes mayores de ingresos fueron la no adaptación al medio (18,3 % en 2013) y la selección inadecuada (16,4 % de media). El índice de reintervenciones fue del 0,09 % en 2013 y del 0 % en 2014. Los reingresos hospitalarios fueron 6 pacientes (0,95 %). El índice de consultas urgentes en 2013 a las 24 horas fue de 1,3 y 1 % en 2014; de 24 horas a menos de 28 días fue de 0,7 % en 2013, y 0,4 % en 2014. La principal causa fue el sangrado (15 casos).

Conclusiones: La tasa de ingreso está entre el 4,3 y el 3,6 % inferior al promedio del 5 %, por lo que analizamos que el proceso CMA funciona correctamente a este respecto.

Palabras clave: CMA, ingresos, reingresos, reintervenciones, pernoctación.

CI-006 PATOLOGÍA HERNIARIA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA). RESULTADOS DE DOS DÉCADAS

G. Millán Gallizo, M. Allué Cabañuz, L. Sánchez Blasco, A. Hernández Arzo, A. Jiménez Bernadó

Objetivos: Debido a la preponderancia de la patología herniaria en las unidades de CMA, realizamos un estudio que permita hacer balance de los resultados de la reparación herniaria en nuestro hospital.

Métodos: se recogieron los datos de 2.840 pacientes intervenidos de patología herniaria entre enero de 1995 y diciembre de 2015, de la base de la Unidad de CMA. Se analizaron datos generales, resultados según tipo de anestesia, las tasas de complicaciones, así como la necesidad de ingreso hospitalario. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 21.

Resultados: Por diagnósticos, la distribución de hernias fue: 75,2 % inguinales, umbilicales 14,6 %, crurales 4,1 %, epigástricas 3,8 %, eventraciones 1,6 %, otras 0,2 %. El 4,6 % de las hernias fueron recidivadas.

La técnica anestésica fue raquianestesia en el 64,3 %, general en 24,2 %, local más sedación (L + S) 9,8 %. 793 pacientes presentaron morbilidad (27,9 %), 3 casos de complicaciones graves (0,1 %): embolias pulmonar, insuficiencia cardiorrespiratoria y reagudización de cardiopatía; y otras complicaciones más frecuentes fueron: 17,8 % dificultad para orinar, 2,8 % dolor, 2,7 % infección y 1,2 % hematoma de la herida operatoria. El grupo de L + S presentó el menor índice de complicaciones (7,5 %), siendo las más frecuentes: la infección de herida (2,2 %), náuseas y vómitos (1,8 %) y hematoma (1,4 %).

La tasa de ingresos no deseados fue del 5,6 % de los que el 22,1 % se debió a mareos, náuseas/vómitos el 17,6 %, el 13,2 % por dolor, el 7,4 % por dificultad para orinar y el 7,4 % por sangrado.

Conclusiones: 1. Destaca que utilizamos preferentemente la raquianestesia o la general para la cirugía herniaria, acarreado una tasa de morbilidad global algo mayor (la dificultad para orinar está registrada como complicación, siendo en realidad una incidencia postoperatoria) 2. Si comparamos con los buenos resultados obtenidos de L + S, demuestra ser muy segura. 3. El porcentaje de ingreso resulta ser aceptable para el tipo de cirugía que analizamos en el estudio.

Palabras clave: Hernia, anestesia, complicaciones, ingreso.

CI-007 ESTUDIO DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS INTERVENIDOS EN NUESTRA UNIDAD DURANTE 20 AÑOS

G. Millán Gallizo, M. Allué Cabañuz, A. Hernández Arzo, L. Sánchez Blasco, A. Jiménez Bernadó

Objetivos: Evaluar si los procedimientos de CMA en pacientes de más edad son seguros, permitiendo así incluir este grupo de enfermos de forma habitual en la programación quirúrgica.

Métodos: A partir de la base de datos de la Unidad de CMA se estudian los 5.756 pacientes de Cirugía General intervenidos entre enero de 1995 y diciembre de 2015. Se subdividió la muestra en: menores de 40 años, de 41 a 65 años y mayores de 65 años. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 21 para realizar un estudio inferencial.

Resultados: La distribución por edades fue: 33,2 % del grupo más joven, 51 % del grupo de edad media y un 15,8 % de mayores (M). La patología más frecuente en el grupo M fueron las hernias (65,6 %), seguidas de lesiones de partes blandas (22,2 %) y patología anorrectal (10,2 %), sin diferencias significativas en los porcentajes respecto a los otros grupos, excepto para la patología anorrectal (43 % de los menores de 40 años, $p < 0,05$). El 76,2 % de los pacientes fueron varones. La tasa de morbilidad postoperatoria de este grupo de edad fue del 22,3 %. Las complicaciones más frecuentes fueron: dificultad para orinar (15,3 %), infección de herida (2,6 %), dolor postoperatorio mal controlado (1,7 %), hemorragia (0,9 %) y hematoma (0,8 %). Las proporciones de ingreso inmediato y diferido resultaron de 3,2 % y 1,1 %, respectivamente. Todos estos datos sin diferencias estadísticamente significativas comparando con los otros dos grupos de edad.

Conclusiones: 1. Los pacientes de edad más avanzada presentan similares resultados que el resto de pacientes en cuanto a morbilidad postoperatoria, y así también sin diferencias en cuanto a la necesidad de ingreso postquirúrgico. 2. Queda patente que con una selección cuidadosa, la CMA en pacientes mayores es suficientemente segura, además de necesaria por cuestiones demográficas y de presión asistencial.

Palabras clave: Ancianos, edades, morbilidad, cirugía.

CI-008 EXPERIENCIA ACUMULADA EN LA IMPLANTACIÓN DE CATÉTERES DE DIÁLISIS PERITONEAL POR EL SERVICIO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

R. Gómez Contreras, J. A. Henao Vásquez, A. Serralta Serra, M. Giménez, R. Núñez Ronda, C. Zaragoza Fernández

La colocación de los catéteres de diálisis peritoneal por parte de un Servicio de CMA permite su realización de forma protocolizada, presentando un ambiente adecuado para su implantación.

Exponemos los resultados en su colocación por parte del Servicio de CMA de nuestro hospital, bajo un protocolo y circuito bien establecidos, desarrollado en conjunto con el Servicio de nefrología, lo que ha permitido un manejo más eficiente.

Nuestra serie actual se compone de 52 pacientes consecutivos intervenidos desde abril del 2011 hasta diciembre del 2015, siendo tratados en su mayoría en régimen ambulatorio, sin reingresos en el postoperatorio inmediato. Además, 8 de ellos (15,4 %) asociaron otro procedimiento quirúrgico en la misma intervención, siendo el más frecuente la herniorrafia umbilical.

En cuanto a complicaciones postoperatorias, 1 paciente (1,9 %) presentó un episodio de peritonitis en los primeros 30 días tras la cirugía, siendo tratada la misma de forma conservadora con antibioterapia. 4 pacientes (7,7 %) presentaron un atrapamiento del catéter en su recorrido intraabdominal, siendo la causa de su retirada precoz en 3 de los casos, mientras que en el caso restante se logró su recolocación mediante un abordaje laparoscópico ambulatorio. No se objetivó ninguna hemorragia postimplantación. Los índices de infección de herida quirúrgica fueron del 3,8 %, mientras que las fugas pericatóter se presentaron en 4 pacientes (7,7 %), condicionando la retirada del catéter en 2 pacientes. Por último, sólo a 1 (1,9 %) de los pacientes no se consiguió iniciar la diálisis por presentar un catéter no funcional.

Ante los buenos resultados y la experiencia acumulada podemos concluir que en tratamiento ambulatorio por parte de un Servicio de CMA presenta ventajas en la realización de este tipo de procedimientos, presentando un menor índice de complicaciones, una mayor eficiencia y una asistencia más temprana y de mayor calidad para el paciente.

Palabras clave: Catéter, diálisis, peritoneal.

CI-009 ESTUDIO DE LAS COMPLICACIONES EN CMA. ANÁLISIS DE BENCHMARKING

M. Allué Cabañuz, G. Millán Gallizo, A. Hernández Arzo, L. Sánchez Blasco, A. Jiménez Bernadó

Objetivo: Evaluar la actividad quirúrgica en CMA e identificar posibles áreas de mejora comparando los resultados (complicaciones postoperatorias) con los estándares internacionales (The Australian Council of Healthcare Standards).

Métodos: 5.756 pacientes intervenidos en régimen CMA durante 1995-2016. Estudio retrospectivo, análisis transversal y de benchmarking de la base de datos de la Unidad de CMA. Análisis estadístico con SPSS21.0.

Resultados: Tasa de morbilidad global 38 %, infección de herida inferior a 3 %. Tasas de hospitalización inmediata y diferida: 3,2 y 0,59 %.

Respecto a causas de complicación: 11,5 % retención urinaria, 3 % infección herida 2,1 % dolor, 0,8 % hematoma, 0,7 % sangrado, 0,8 % náuseas o vómitos y hasta 1,2 % seromas u otros problemas de la herida. Únicamente 3 pacientes presentaron morbilidad grave (insuficiencia cardiorrespiratoria, tromboembolismo pulmonar) y la mortalidad fue nula.

El 63,5 % de morbilidad se asoció a cirugía herniaria, 25,6 % a patología perianal, 8,4 % a cirugía de partes blandas, 1,1 % a cirugía mamaria y 1,3 % a otros procedimientos.

La retención urinaria fue la complicación más frecuente, seguida del dolor postoperatorio, correspondiendo en 76,2 y 65,8 % respectivamente, con cirugía de hernia, y en 21,1 y 24,2 % con patología perianal.

En cuanto al estudio de benchmarking, se registraron diferencias significativas en la tasa de morbilidad global ($p < 0,05$). La tasa de hospitalización inmediata fue peor que los datos recogidos en la literatura.

Conclusiones: 1. La complicación más observada es la retención urinaria, probablemente en relación a la técnica anestésica.
2. La mayoría de indicadores clínicos se aproximan a estándares internacionales, exceptuando la tasa de hospitalización inmediata.
3. Evaluando y comparando nuestros indicadores podremos detectar áreas de mejora.

Palabras clave: CMA, complicaciones, benchmarking.

CI-010 FACTORES DE RIESGO DE RETENCIÓN AGUDA DE ORINA (RAO) TRAS CIRUGÍA DE HERNIA INGUINAL EN RÉGIMEN CMA

M. Allué Cabañuz, G. Millán Gallizo, L. Sánchez Blasco, A. Hernández Arzo, A. Jiménez Bernadó

Objetivos: Estimar prevalencia de RAO (entendida como imposibilidad para orinar en 6 horas tras cirugía) en pacientes sometidos a cirugía de hernia inguinal en nuestra UCMA e identificar factores de riesgo.

Métodos: Estudio descriptivo de casos (pacientes que presentaron RAO según definición clínica) y controles (muestra aleatoria simple entre pacientes sin complicaciones). Entre 2.840 pacientes intervenidos de hernia inguinal en régimen CMA (1995-2016), 506 pacientes desarrollaron RAO (casos) y 506 controles, seleccionados al azar de pacientes sin complicaciones postoperatorias de la base de datos de CMA. Análisis estadístico SPSS21.0.

Resultados: Prevalencia de RAO 17,8 %. En función de la edad, el 55,3 % de las RAO se dieron en pacientes entre 41-65 años, el 23,7 % en > 66 y el 20,9 % en < 41. El 87,7 % en varones y el 12,3 % en mujeres. El 49,6 % de RAO correspondía a pacientes ASA II y el 46,2 % a ASA I, sólo el 4,2 % eran ASA III. En cuanto a la técnica anestésica, el 64,9 % intradural, el 34,4 % epidural, el 17,6 % general y el 0 % local con sedación.

Se asociaron significativamente al desarrollo de RAO; anestesia intradural y ASA II ($p = 0,001$) y no así, sexo masculino ($p = 0,23$) y grupo de edad 41-65 años ($p = 0,95$). A pesar de no demostrarse significación estadística para el sexo masculino ni edad mayor a 50 en nuestro análisis, corresponden a factores de riesgo, en correlación con la literatura.

Conclusiones: 1. La RAO es una complicación o incidencia postoperatoria frecuente en cirugía general que podemos reducir en CMA (17,8 % en nuestro estudio), por ser pacientes seleccionados.

2. Valorando nuestros resultados, sería conveniente considerar a pacientes intervenidos de hernia inguinal bajo anestesia intradural, ASA \geq o = II, varones, mayores de 50 años, como grupo de riesgo para desarrollo de RAO.

3. En este grupo resultaría útil aplicar estrategias preventivas (anestesia más sedación, restricción hídrica y analgesia profiláctica).

Palabras clave: CMA, RAO, factores, riesgo.

CI-011 RESULTADOS EN LA ANOPEXIA GRAPADA DE LONGO PARA EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE HEMORROIDES GRADOS III-IV

R. Gómez Contreras, C. Zaragoza Fernández, A. Serralta Serra, R. Núñez Ronda, S. Jareño, C. Baez de Burgos

Introducción: Presentamos la evaluación retrospectiva de los resultados en la realización de la anopexia grapada en el tratamiento de las hemorroides grado III-IV realizadas en régimen ambulatorio por nuestro Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Método: Estudio prospectivo de los 91 pacientes intervenidos por hemorroides grado III-IV desde junio de 2001 hasta diciembre de 2015 en nuestro hospital, con realización de anopexia grapada con PPH01 en régimen ambulatorio. Se incluyeron a aquellos pacientes sintomáticos, con afectación de más de un plexo y hemorroides grado III-IV que entendieron y consintieron el procedimiento ambulatorio.

Resultados: El 37 % de los pacientes intervenidos eran mujeres y el 54 % varones, con una edad media de 47,7 años. Del total, 13 (14,29 %) presentaron hemorroides grado III y 54 (85,71 %) presentaron hemorroides grado IV. El tiempo medio quirúrgico fue 29,82 min, con una estancia hospitalaria postquirúrgica media de 173,98 min.

Intraoperatoriamente se evidenciaron 17 (18,68 %) sangrados desde la línea de grapado y 5 (4,55 %) sangrados por desgarro mucoso. Tras el alta, y durante los primeros 8 días tras la intervención quirúrgica, la complicación más frecuente fue el dolor (48,3 %); necesitando de la administración de opioides en 8 (7,69 %) de los pacientes. 2 pacientes requirieron de ingreso por dolor no controlable de forma ambulatoria. En 12 (13,18 %) pacientes hubo hemorragia en el postoperatorio; 7 leves asociada a la defecación y que cedió de forma espontánea, y en los otros 5 requirió de revisión quirúrgica, con posterior ingreso inferior a 24 h.

Conclusión: La anopexia grapada es un procedimiento aplicable en régimen ambulatorio en aquellos pacientes con hemorroides grado III-IV. Es importante una correcta selección de los pacientes junto con un buen conocimiento en la técnica quirúrgica para la minimización de las complicaciones derivadas. El seguimiento estrecho junto con la información perioperatoria al paciente se torna fundamental para la obtención de unos resultados óptimos.

Palabras clave: Anopexia, longo, hemorroides.

CI-013 FORMACIÓN EN PREGRADO EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

F. Docobo Durántez, S. Dios Barbeito, A. Senent Boza, C. P. Ramírez Plaza, M. Bustos Jiménez, M. J. Tamayo López, J. Padillo Ruiz

Objetivos: El conocimiento y la formación en los circuitos asistenciales sin ingreso hospitalario tiene una escasa difusión en los periodos de pregrado en nuestro país y en la mayoría de los países de Europa. Por otra parte, el futuro de la cirugía y de la anestesia se prevé mayoritariamente en este tipo de asistencia retorne con carácter inmediato a atención primaria. Todos estos potenciales facultativos deberían tener un conocimiento de todo ello en los cursos clínicos del grado para facilitar en el postgrado un amplio desarrollo de las competencias relacionadas.

Métodos: En nuestro hospital recibimos anualmente a 180 alumnos. Cursan rotatorio en 3º, 4º, 5º y 6º curso. En el plano teórico reciben 2 clases, una en 3º curso en “Fundamentos de Cirugía, objetivos, fundamentos y circuitos asistenciales de la cirugía sin ingreso” y otra en 4º curso, “Patología quirúrgica de órganos y sistemas I”. Todos los alumnos de grado permanecen en la UCMA en algún momento de sus prácticas quirúrgicas (anestesia en consultas y quirófano, cirugía y especialidades en consultas y quirófano). En las prácticas se evalúan los niveles de competencia alcanzados en su cuaderno correspondiente (conocimientos, habilidades y actitudes).

Resultados y conclusiones: La distribución por años fue la siguiente: 90/180 alumnos de 3º curso en la UCMA: 30 en anestesia, 15 en oftalmología, 15 en ORL y 30 en Cirugía. 60/180 alumnos de 4º curso en la UCMA: 60 en Cirugía. 30/180 alumnos de 5º en la UCMA: 30 en Traumatología. 30/180 alumnos en rotatorio clínico de cirugía y con petición expresa de nueva presencia en la UCMA.

En todos los alumnos se comprobó un mínimo de cobertura de objetivos que conllevaron a considerar apta la rotación. Por tanto, en nuestro Hospital Universitario todos los alumnos reciben información y adquieren conocimientos básicos de CMA, tanto teóricos como prácticos.

Palabras clave: Formación, pregrado, ambulatoria.

CI-014 REPARACIÓN DE RECIDIVA INGUINOCRURAL POR VÍA PREPERITONEAL EN RÉGIMEN DE CMA

M. González de Miguel, M. Elías, A. Zorraquino, A. Gutiérrez, P. Pérez de Villarreal, L. Hierro-Olabarria, B. Ochoa, S. García

Objetivo: Evaluar la morbilidad postoperatoria de las hernias inguino-crurales recidivadas intervenidas mediante técnica preperitoneal e incluidas en el programa de CMA.

Material y métodos: De los 50 pacientes intervenidos por hernia inguino-crural recidivada en régimen de CMA entre los años 2011-2013, 48 (96 %) fueron hombres y 2 (4 %) mujeres, con una edad media de 64 años (rango 39-86). 13 pacientes (26 %) tuvieron una clasificación anestésica ASA I, 34 (68 %) ASA II y 3 (6 %) ASA III. En 27 (54 %) pacientes la hernia inguinal recidivada fue derecha y en 23 de ellos (46 %), izquierda. 44 de los pacientes intervenidos (88 %) presentaban primera recidiva, 5 (10 %) segunda y un paciente (2 %) cuarta recidiva. Se empleó anestesia local y sedación en 44 (88 %) pacientes, frente al 8 % en los que se realizó anestesia raquídea y 8 % general. El tiempo quirúrgico medio fueron 43 minutos (rango 26-83). En cuanto al tipo de hernia, 28 pacientes (56 %) presentaron hernia inguinal indirecta, 12 (24 %) directa, 7 (14 %) mixta y 3 (6 %) crural. La técnica quirúrgica realizada fue Nyhus modificada con malla.

Resultados y conclusiones: Todos los pacientes incluidos en el estudio fueron dados de alta el mismo día de la intervención, con escala de EVA media al alta de 0,52 (rango 0-4). En los siguientes días postoperatorios 4 (8 %) pacientes acudieron al Servicio de Urgencias, 2 pacientes presentaron hematoma de la zona quirúrgica, un paciente serohematoma y un paciente sangrado postoperatorio, sin requerir ninguno de ellos tratamiento quirúrgico ni ingreso hospitalario. En el seguimiento realizado al mes de la intervención 8 pacientes (16 %) habían presentado sufusión hemorrágica, 2 (4 %) molestias ocasionales y 2 (4 %) teste doloroso. Con todo ello, parece que el abordaje preperitoneal en las hernias recidivadas, unido a los beneficios de la CMA, permite una rápida recuperación postoperatoria y un buen control del dolor.

Palabras clave: CMA, recidiva, preperitoneal.

CI-015 CIRUGÍA AMBULATORIA EN PATOLOGÍA TIROIDEA Y PARATIROIDEA. EXPERIENCIA ACUMULADA

R. Gómez Contreras, F. Villalba Ferrer, C. Zaragoza Fernández, R. Nuñez Ronda, A. de Andrés Gómez, A. Ismail, G. Valderas Cortés, J. Precioso Estiguin

Introducción: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y de corta estancia (CE) se está convirtiendo en alternativa válida a la cirugía con ingreso para el tratamiento de patología tiroidea y paratiroidea. Nuestro objetivo es presentar los resultados obtenidos en el tratamiento ambulatorio de este tipo de patología.

Material y métodos: Exponemos el análisis retrospectivo en el tratamiento del bocio nodular unilateral (BUN) y del hiperparatiroidismo primario (HPTP) en régimen ambulatorio durante un periodo de 5 años (enero 2011-diciembre 2015).

Los criterios de inclusión para patología tiroidea fueron: bocio nodular, unilateral, en paciente eutiroideo, con PAAF no sugestiva de malignidad. En el caso del HPTP fueron: pacientes con diagnóstico de adenoma, sin antecedentes familiares de MEN o HPT, no hiperparatiroidismo secundario o terciario, ni enfermedad tiroidea asociada.

Tras la intervención, los pacientes presentaron estancias de 8 horas en hospital de día, desde donde se dieron de alta si cumplían los criterios establecidos. Al alta se asoció un cuestionario de satisfacción. Establecimos control telefónico a las 24 h y en consultas externas al mes de la cirugía.

Resultados: Durante este periodo presentamos un índice de sustitución global de 45,3 %, con un significativo aumento en el último año.

No se presentaron complicaciones intraoperatorias ni reintervenciones inmediatas. Un paciente intervenido por HPTP presentó un ingreso tras 48 h por hipocalcemia transitoria y otro paciente con persistencia de PTH elevada en el postoperatorio, fue diagnosticado e intervenido por glándula mediastínica ectópica.

El índice de ingresos no deseados fue del 18,5 % (18 pacientes), siendo la causa más frecuente la no aceptación del alta por el paciente.

Conclusiones: La aplicabilidad de la cirugía ambulatoria a procedimientos quirúrgicos endocrinos se presenta como un reto en la actualidad. Nuestra experiencia progresiva demuestra que se trata de un régimen seguro, que no incrementa las complicaciones, obteniendo unos resultados óptimos; permitiendo una asistencia segura y de calidad.

Palabras clave: CMA, tiroides, paratiroides.