

RESÚMENES DE COMUNICACIONES PÓSTERES

ANESTESIA

P-AN-01 SÍNDROME DE PRADER WILLI EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

P. Ortega Rezola; M. D. del Campo Martín; A. Mendoza Azcue; M. Torres Iglesias; A. Ollo Hurtado; A. Lopetegi Aizpurua

Hospital Universitario Donostia. San Sebastián

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con síndrome de Prader Willi (SPW) intervenida en la Unidad de CMA del Hospital Universitario Donostia de salpinguectomía bilateral.

Introducción: El síndrome de Prader Willi (SPW) es una enfermedad genética no hereditaria asociada a trastornos del cromosoma 15 paterno.

La clínica tiene dos etapas. La primera, desde el nacimiento hasta los 2-6 años, denominada “de falta de desarrollo” se caracteriza por hipotonía muscular, llanto leve, escasa ganancia de peso, desarrollo psicomotor lento e hipogonadismo. Durante la segunda etapa, denominada “de hiperdesarrollo”, aparece un deseo compulsivo de comer, secundario a una desregulación hipotalámica, que acaba dando lugar a obesidad. Además, tienen una facies típica, con ojos y boca pequeña. Presentan baja talla, que puede requerir tratamiento con hormona de crecimiento. También presentan alteraciones de la temperatura, trastornos conductuales, retraso del desarrollo psicomotor y del lenguaje (IQ promedio 65) y alto umbral doloroso. Con el tiempo suelen desarrollar complicaciones secundarias a la obesidad, como HTA, DM2 y SAOS.

Todo esto hace que presenten ciertas particularidades de cara a la anestesia.

Caso clínico: Paciente de 18 años, 1,75 m de altura y 95 kg de peso diagnosticada de SPW que ingresa de forma programada para salpinguectomía bilateral. Tratada con hormona del crecimiento durante 2 años, desde los 11 años de edad. Antecedentes quirúrgicos de amigdalectomía, adenoidectomía y estrabismo sin haber presentado problemas anestésicos.

En la exploración cardiovascular y respiratoria no se objetivaron hallazgos patológicos y la analítica preoperatoria resultó normal, salvo una hemoglobina de 11,7. La evaluación de la vía aérea no evidenció dificultades aparentes.

Procedimiento anestésico: A la llegada de la paciente a la unidad se constató el mantenimiento del ayuno preoperatorio. En la sala de adaptación al medio (SAM) se canalizó un acceso venoso y se le premedicó con 2 mg de midazolam.

En el quirófano se monitorizó con SpO₂, EKG y tensión arterial no invasiva. Tras administrar 2 mg de midazolam se procedió a la inducción anestésica con 200 mg de propofol y 100 mg de fentanilo. Como relajante muscular se administró 50mg. La intubación, con tubo orotraqueal 7,5, transcurrió sin incidencias, objetivándose un Cormack I a la laringoscopia directa.

El mantenimiento se realizó con desflurano, perfusión de remifentanilo entre 0,05-0,15 mcg/kg/min y ventilación mecánica controlada por volumen. Asimismo, se le administraron dexametasona 8 mg, omeprazol 40 mg y dexketoprofeno 50 mg.

La duración del procedimiento fue de 1 hora y 3 minutos. A pesar de no repetir la dosis de rocuronio, se administraron 90 mg de sugammadex. La extubación se realizó sin incidencias y pasó a la URPA.

URPA y SAM: En la URPA la paciente se mantuvo estable y no presentó dolor. Al poco tiempo manifestó deseos de

comer y de estar con su familia, por lo que fue trasladada a la SAM a los 30 minutos. Se inició la tolerancia 1 hora tras la extubación, sin presentar problemas, y la deambulación a las 2 horas y 30 minutos. En ese momento presentó molestias que remitieron tras la administración de paracetamol 1 g.

La paciente fue dada de alta a las 3 horas y 30 minutos de la finalización de la cirugía, tras haber orinado y con un EVA 0.

En el contacto telefónico a las 24 h del alta refirió molestias en la región intervenida; se reforzó la adherencia al tratamiento analgésico. Desde entonces no ha presentado otras complicaciones y el control posterior por ginecología fue satisfactorio.

Discusión: Los pacientes con SPW presentan ciertas características que hacen que su manejo anestésico pueda ser complejo.

Suelen ser pacientes obesos, lo que implica un mayor riesgo de vía aérea difícil y dificultad para conseguir un acceso venoso. En este caso no hubo dificultades para conseguirlo, y aunque la intubación pudo realizarse sin complicaciones mediante laringoscopia directa, se mantuvo un dispositivo Airtraq disponible.

Suelen presentar comportamientos obsesivos en lo respectivo a la alimentación y un apetito insaciable, lo que implica riesgo de estómago lleno. En nuestro caso, la familia de la paciente se aseguró de que cumpliera el ayuno preoperatorio. De no ser así, se recomienda tratar el caso como estómago lleno.

Los pacientes con SPW presentan tendencia a la inestabilidad térmica. En este caso se realizó el mantenimiento de la temperatura con manta térmica. Aunque no presentan un riesgo aumentado de hipertermia maligna, el uso de relajantes musculares despolarizantes debería evitarse.

Es típico que tengan saliva espesa que puede dificultar la extubación. Además, esto hace que aumente el riesgo de padecer caries y presentar dentadura en mal estado. Una buena evaluación de la dentadura es importante.

Presentan una mayor tolerancia al dolor, lo que puede ser beneficioso de cara al postoperatorio, pero puede retrasar la detección de complicaciones.

Estas características hacen que en general se recomiende una mayor vigilancia postoperatoria. En nuestro caso, no estuvo mucho tiempo en URPA, porque la paciente presentaba un excelente estado general y demandaba comer y estar con sus familiares.

Conclusiones: Las características propias de los pacientes del SPW hacen que su manejo anestésico pueda ser complejo. Una buena evaluación preanestésica es fundamental para poderse anteponer a las complicaciones que puedan presentar. De sospechar complicaciones cardiopulmonares, es necesaria una evaluación por un especialista.

Es importante hacer hincapié en la importancia de mantener el ayuno preoperatorio y en caso de que sea posible, solicitar la colaboración de los familiares del paciente.

En caso de sospechar una vía aérea difícil, conviene tener preparado el material adecuando (Airtraq, fibrolaringoscopia).

Con la correcta preparación y un soporte familiar adecuado los pacientes con SPW pueden ser intervenidos en una Unidad de CMA.

Palabras clave: Prader Willi, CMA.

P-AN-02 INFILTRACIÓN LOCAL CON LEVOBUPIVACAÍNA EN LA HERNIOPLASTIA INGUINAL. ¿MEJORA LA PERNOCTA NO PLANIFICADA?

A. Cruz Muñoz; J. González Cano; J. D. Turiño Luque; C. Rodríguez Silva; J. Rivas Becerra; J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Conocer el efecto de la infiltración con levobupivacaína 0,5 % en la hernioplastia inguinal en el alta hospitalaria en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de los pacientes intervenidos de hernia inguinal desde enero de 2015 hasta diciembre de 2019 inscritos en régimen de cirugía mayor ambulatoria con el código 550.90, 550.91, 550.92, 550.93 y 553.02. Se registraron variables epidemiológicas (edad, sexo, BMI, ASA), aspectos intraquirúrgicos (tipo anestesia, infiltración local, clasificación EHS, técnica quirúrgica), EVA al alta y causa de pernocta no planificada (PNP). Fueron excluidos los pacientes desprogramados, intervenidos en régimen de ingreso, intervenidos por laparoscopia y sometidos a otro procedimiento asociado.

Resultados: Se programaron un total de 1569 pacientes, excluyéndose: 62 pacientes suspendidos (4 %), 437 (27,8 %) por régimen de ingreso, 132 (8,4 %) por cirugía

laparoscópica y 34 (2,1 %) por otro procedimiento asociado. Las características epidemiológicas de los 904 pacientes intervenidos en régimen de CMA fueron: varón 85,2 % (n = 770), edad media 57,61 ± 13,952 años, BMI 26,54 ± 3,99 y el 63,8 % de los pacientes eran ASA 2. Las hernias fueron: unilaterales 716 (79,2 %), recurrentes 78 (8,6 %), inguinoescrotales 65 (7,2 %) y bilaterales 45 (5 %).

El 45,5 % de los pacientes (n = 367) recibieron anestesia intradural, seguidos del 37,7 % (n = 304) anestesia general y en 93 pacientes se recurrió a la mascarilla laríngea (11,5 %). La infiltración local de la herida se realizó preoperatoriamente en 240 pacientes (26,6 %), en 75 fue postcirugía (8,3 %) y 587 no recibieron anestésico local (65,1 %).

Predominaron las hernias inguinales indirectas (L) en 449 casos, directas (M) en 264, mixtas (LM) 60 y crurales (F) en 26 casos. La técnica quirúrgica más empleada fue el Rutkow-Robbins en 489 hernias, frente al Lichtenstein en 432 casos y otras técnicas en 8 casos.

El 16,5 % de los pacientes (n = 149) fueron causa de PNP, siendo las principales causas: dolor 18,1 % (n = 27), retención urinaria 16,7 % (n = 25), cirugía compleja 13,4 % (n = 20) y náuseas/vómitos 11,4 % (n = 17).

Al realizar el estudio comparativo entre la infiltración de la herida y la pernocta no planificada por dolor de los 27 pacientes, el 26,7 % (n = 12) habían sido infiltrados frente al 14,6 % (n = 15), que no lo habían sido, no siendo estas diferencias estadísticamente significativas (p = 0,079). La técnica quirúrgica asociada a ingreso y dolor fue más frecuentemente el Lichtenstein en el 20 % (n = 14) frente al Rutkow-Robbins en el 19 % (n = 16); estas diferencias tampoco fueron significativas (p = 0,881). Al analizar si se trataban de hernias unilaterales o bilaterales, el dolor estuvo asociado más frecuentemente a hernias bilaterales en el 33 % (n = 5), frente a las unilaterales en el 16 % (n = 21) no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en esta ocasión (p = 0,131).

El porcentaje de pacientes ingresados por dolor tras una anestesia general fue del 17,4 % (n = 11) frente al 24,1 % de los pacientes que recibieron anestesia intradural (n = 15) siendo nuevamente las diferencias no significativas (p = 0,353).

Conclusiones: Como conclusión, en nuestra experiencia la infiltración con levobupivacaína al 0,5 % no mejora la pernocta no planificada por dolor tras la hernioplastia inguinal.

Palabras clave: Hernia, inguinal, infiltración, pernocta.

P-AN-03 INFILTRACIÓN LOCAL DE PUERTOS EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA. ¿MODIFICA LA PERNOCTA NO PLANIFICADA?

J. Rivas Becerra; J. González Cano; J. D. Turiño Luque; A. Bayón Muñiz; A. Cabello Burgos; J. Santoyo Santoyo
Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Conocer el efecto de la infiltración con levobupivacaína 0,5 % de los puertos de laparoscopia en el alta hospitalaria en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de los pacientes intervenidos por laparoscopia con el diagnóstico de colelitiasis o hernia inguinal uni o bilateral desde enero de 2015 hasta diciembre de 2019. Se registraron variables epidemiológicas (edad, sexo, BMI, ASA), aspectos intraquirúrgicos (tipo anestesia, infiltración local, conversión de la cirugía) y causa de pernocta no planificada (PNP). Fueron excluidos los pacientes desprogramados, aquellos intervenidos en régimen de ingreso y las conversiones a cirugía tradicional.

Resultados: Se programaron un total de 973 pacientes, excluyéndose: 34 pacientes suspendidos (3,5 %), 239 (24,5 %) por régimen de ingreso y 10 (1 %) por conversión de la cirugía. Las características epidemiológicas de los 690 pacientes intervenidos en régimen de CMA fueron: mujer 58,7 % (n = 405), edad media 53,12 ± 13,715 años, BMI 26,87 ± 4,174 kg/m²; el 63,5 % de los pacientes eran ASA 2. Los procedimientos (n = 692) por orden de frecuencia fueron: 550 colecistectomías (79,5 %), 129 hernioplastia inguinal uni/bilateral (18,6 %) y 13 eventroplastias (1,9 %).

La totalidad de los pacientes recibieron anestesia general. La infiltración local de los puertos laparoscópicos se realizó preoperatoriamente en 364 pacientes (52,8 %), en 28 fue postcirugía (4,1 %) y en 298 restantes no recibieron anestésico local (43,2 %).

El 24,1 % de los pacientes (n = 166) fueron causa de PNP, siendo los tres principales motivos por orden de frecuencia: mareos/náuseas/vómitos 36,7 % (n = 61), cirugía compleja/drenaje 24,1 % (n = 40) y dolor 15,1 % (n = 25).

Al realizar el estudio comparativo entre la infiltración de los trócares y la pernocta no planificada por dolor de los 25 pacientes, el 48 % (n = 12) habían sido infiltrados frente al 52 % (n = 13) que no lo habían sido, no siendo estas diferencias estadísticamente significativas (p = 0,625).

Si analizamos por tipo de procedimiento, el 24,7 % (n = 136) de las colecistectomías fueron PNP y de ellas

14,7 % (n = 20) lo fueron por dolor, y el 45 % de estos pacientes (n = 9) habían sido infiltrados frente al 55 % (n = 11) que no lo fueron, siendo estas diferencias no estadísticamente significativas (p = 0,994).

Al estudiar los pacientes sometidos a cirugía de pared abdominal, 41 (28,87 %) fueron causa de PNP. De ellos el dolor estuvo presente en 7 casos (17,1 %). En esta ocasión, el 71,4 % de estos (n = 5) se habían infiltrado los puertos, frente a 2 casos (28,6 %) en los que no se hizo. Al analizar este grupo de pacientes todos los casos fueron sometidos a eventroplastia y el dolor referido era más consecuencia del sistema de fijación de las mallas y no a los trócares. En el caso de la hernioplastia inguinal ninguno de los pacientes que fueron PNP el motivo fue el dolor, independientemente de se hubiesen o no infiltrado los puertos.

Conclusiones: Como conclusión, en nuestra experiencia la infiltración con levobupivacaína al 0,5 % no mejora la pernocta no planificada por dolor en cirugía laparoscópica.

Palabras clave: Infiltración, pernocta, cirugía, laparoscopia.

P-AN-04 ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA? EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

N. García González; P. Fernández Solano; M. Vega Colón; C. Pérez Díaz; M. González Rodríguez; R. Louçao Prada; J. Galán Gutiérrez
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Introducción: El dolor agudo postoperatorio (DAP) es una experiencia subjetiva y multidimensional, y su manejo es complejo, precisando un abordaje global y multidisciplinario. Aparece como consecuencia de la estimulación de los distintos órganos y tejidos resultante de la agresión directa o indirecta producida por la cirugía.

A pesar de un mejor conocimiento de los mecanismos de acción de los fármacos, del desarrollo farmacéutico y del avance en técnicas analgésicas, así como de las mejoras organizativas y de protocolización del dolor, los datos generales muestran que la prevalencia del DAP apenas se han modificado en las dos últimas décadas.

Durante los últimos 30 años, el control eficaz del dolor se ha convertido en una parte esencial de los cuidados peroperatorios, ya que existe evidencia cada vez mayor de que

adecuado manejo, junto con otros factores como la movilización y nutrición precoces, no solo aumenta el confort y la satisfacción de los pacientes, sino que además contribuye a disminuir la morbimortalidad postoperatoria, la cronificación del dolor postquirúrgico, la respuesta inmunitaria y probablemente las recurrencias tumorales en el paciente oncológico.

En el Hospital Universitario Central de Asturias se está llevando a cabo un proyecto para evaluar la prevalencia del dolor postoperatorio en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) de nuestro Hospital, así como la calidad de recuperación tras la intervención quirúrgica y el grado de satisfacción con la atención recibida por parte del personal sanitario.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional prospectivo, a desarrollar en un periodo de 6 a 12 meses tomando como muestra aquellos pacientes intervenidos en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, siempre y cuando cumplan los criterios de inclusión y den su consentimiento para su participación voluntaria en el estudio.

La estructura del estudio consiste inicialmente en la cumplimentación de un cuestionario por parte del personal responsable del mismo que, de manera confidencial, recoge los datos necesarios de la historia clínica del paciente, así como la información acerca de la intervención quirúrgica que se realiza. Posteriormente, se le entrevista personalmente tras 1 hora de la intervención quirúrgica y en el momento del alta a su domicilio, y se contacta telefónicamente a las 24 horas, y a los 7 y 30 días postintervención para evaluar el dolor que siente en cada momento, así como un cuestionario de calidad de recuperación postquirúrgica y atención sanitaria, tomando como referencia la Escala Visual Analógica y la Escala de Recuperación Postanestésica.

Resultados: En relación con los datos hasta el momento recogidos, aunque aún pendientes de resultados definitivos, se puede anticipar una “experiencia positiva” por parte de los pacientes de nuestra Unidad, tanto en relación con el control de dolor postoperatorio como con el trato recibido por parte del personal sanitario. Asimismo, la incidencia de complicaciones es muy baja (náuseas y vómitos, necesidad de ingreso...).

Discusión: La Unidad de CMA del Hospital Universitario Central de Asturias es una Unidad autónoma-integrada que comenzó su actividad en el año 2012, y desde entonces su rendimiento ha ido en aumento, mejorando su funcionamiento de manera progresiva. Dentro de su “Cartera de Servicios” cada vez son más las patologías que se intervienen dentro del programa ambulatorio de la Unidad, participando la práctica totalidad de las especialidades quirúrgicas. Las

ventajas de la cirugía mayor ambulatoria con respecto a la cirugía convencional, son múltiples para el paciente, ya que reduce el tiempo de intervención y cuidados postoperatorios hospitalarios, y facilita la incorporación prácticamente inmediata a su vida cotidiana, dando especial importancia al concepto de “rehabilitación precoz”.

El uso preferente y progresivamente mejorado de las técnicas de anestesia locorregional en nuestra Unidad, además de la incorporación de la analgesia multimodal en la práctica diaria, tiene como resultado un buen control de dolor postoperatorio en la mayor parte de las cirugías que se llevan a cabo, así como un nivel de satisfacción referido por parte de los pacientes y sus familias, en líneas generales, por encima del 90 %.

Para conseguir un desarrollo adecuado y óptimo de estas unidades son imprescindibles tanto un apoyo incondicional de los gestores sanitarios, pues sin la implicación de la administración estos programas son inviables, como una mayor autonomía en su funcionamiento, sin estar supeditada a posibles deficiencias que afecten de manera dramática a su rendimiento, incluyendo aquí tanto recursos humanos como materiales. Uno de los principales objetivos de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Universitario Central de Asturias es conseguir la excelencia en el proceso quirúrgico al que se someten los pacientes racionalizando los recursos disponibles.

Palabras clave: Cirugía Mayor Ambulatoria, dolor postoperatorio, morbi-mortalidad, anestesia locorregional.

P-AN-05 PARÁLISIS TRANSITORIA DEL NERVIIO FEMORAL TRAS BLOQUEO ECOGUIADO DE LOS NERVIOS ILIOHIPOGÁSTRICO E ILIOINGUINAL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DE HERNIORRAFÍA INGUINAL

C. Pérez Díaz; C. Coto García; L. M. Baeza Álvarez; M. Vega Colón; M. González Rodríguez; N. García González; A. Manzano Patallo; A. Williams Aguirre
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Introducción y objetivos: La corrección de hernia inguinal es procedimiento frecuente en las unidades de cirugía mayor ambulatoria. Las hernias inguinales se producen cuando una porción de intestino o de otro órgano abdominal protruye a través de una abertura de la pared abdominal en la ingle. Suelen estar causadas por alteraciones en la pared

abdominal, siendo su principal tratamiento una intervención quirúrgica. La incidencia de aparición es de 11:10.000 en personas entre 16 y 24 años de edad y de 200:10.000 en personas con más de 75 años.

El principal causante del dolor postoperatorio tras una herniorrafía inguinal es la incisión en la pared abdominal. La intensidad del dolor intraoperatorio, así como postoperatorio, puede ser manejado mediante técnicas locorregionales, como el bloqueo ecoguiado de los nervios iliohipogástrico e ilioinguinal.

La parálisis transitoria del nervio femoral tras el bloqueo ecoguiado de los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico en cirugía de hernia inguinal es una complicación ampliamente descrita en la literatura, aunque no muy frecuente. Estudios realizados demuestran que este puede ser debido a una infiltración local en el campo quirúrgico o difusión desde el espacio interfascial donde se localizan estos nervios. La incidencia de esta complicación se estima entorno al 6 % de los pacientes intervenidos mediante esta técnica.

El objetivo de este abstract es mostrar la incidencia de parálisis del nervio femoral tras cirugía de hernia inguinal.

Métodos: Se dispone de una muestra de 17 pacientes intervenidos de hernia inguinal en cirugía mayor ambulatoria tanto mediante cirugía abierta como laparoscópica. En el caso de cirugía abierta, la técnica anestésica realizada en los pacientes fue el bloqueo ecoguiado de los nervios iliohipogástrico e ilioinguinal con mepivacaína 1 % + ropivacaína 0,5 % administrando un volumen total entre 20-25 cc y sedación con midazolam y remifentanilo. En aquellos pacientes intervenidos mediante técnica laparoscópica, la técnica anestésica elegida fue anestesia total intravenosa (TIVA) e infiltración local de la herida quirúrgica. En ambos casos, la elección de la analgesia intravenosa fue paracetamol + enantyum. Por último, los pacientes fueron evaluados previo al alta de la unidad de cirugía mayor ambulatoria y contactados telefónicamente a las 24 h para valorar su evolución postoperatoria.

Resultados: Del total de pacientes intervenidos, 2 de ellos (el 11,8 %) presentaron parálisis transitoria del nervio femoral con recuperación completa en las primeras 24 h siguientes mientras que 15 de ellos (el 88,2 %) no presentaron dicha clínica. Ambos pacientes que presentaron la parálisis transitoria habían sido intervenidos mediante cirugía abierta utilizando técnicas de anestesia locorregional (bloqueo ecoguiado de los nervios iliohipogástrico e ilioinguinal). En la exploración, uno de ellos presentaba parálisis parcial del cuádriceps con ligera dificultad para la marcha, así como parestesias en la cara anterior del muslo. El segundo paciente presentaba una parálisis completa del

nervio femoral con incapacidad total para la marcha con bloqueo total del cuádriceps, así como hipoestesia de la zona innervada por dicho nervio.

En el caso de los pacientes intervenidos mediante anestesia general más infiltración de la herida quirúrgica por el cirujano, ninguno de ellos presentó parálisis del nervio femoral.

Conclusiones: La parálisis transitoria del nervio femoral es una complicación no muy frecuente durante la cirugía de hernia inguinal debido a la proximidad de las estructuras implicadas del campo quirúrgico. Parece que el bloqueo de los nervios iliohipogástrico e ilioinguinal puede ser causa de esta parálisis por la difusión de los anestésicos locales. Es importante tener en cuenta esta complicación a la hora del alta de la unidad de cirugía mayor ambulatoria, ya que la parálisis transitoria del nervio femoral puede dar lugar a caídas y aumentar la morbilidad postoperatoria, entre otras complicaciones.

Palabras clave: Parálisis, femoral, ilioinguinal, iliohipogástrico.

P-AN-06 BLOQUEO BILATERAL DE LA VAINA DE LOS RECTOS COMO TÉCNICA ANESTÉSICA ÚNICA EN LA REPARACIÓN DE HERNIA SUPRAUMBILICAL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Caamaño Alonso; L. Velasco Rodrigo; P. Lejarraga Lavia; N. Abdel-Kader Al Mahmoud
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: En cirugía mayor ambulatoria cobra especial importancia la necesidad de una recuperación precoz y alta temprana de los pacientes. Con este objetivo, ciertas técnicas anestésicas regionales suponen una alternativa idónea, ya que minimizan el uso de opioides y el empleo de anestesia general en pacientes de riesgo elevado.

El bloqueo de la vaina de los rectos provee de anestesia a la parte central de la pared anterior del abdomen, al abarcar la división anterior de la séptima a undécima rama de los nervios torácicos intercostales que viajan en el plano entre los músculos oblicuo interno y transversos.

A continuación, presentamos el caso de una mujer que padecía obesidad mórbida, en la que se practicó satisfactoriamente la reparación abierta de una hernia supraumbilical bajo bloqueo de la vaina de los rectos en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Métodos: Una mujer de 58 años de edad, con IMC de 41,4 kg/m², fue programada para reparación electiva de hernia supraumbilical sintomática no obstructiva.

Se realizó sedación con 2 mg de midazolam intravenoso y remifentanilo en perfusión continua a 0,025 mcg/kg/min, tras monitorización básica (electrocardiograma, pulsioximetría y presión arterial no invasiva), y bajo soporte ventilatorio con gafas nasales a 4 l/min.

Se efectuó bloqueo ecoguiado de la vaina de los rectos de forma bilateral con transductor L12-4ub/12-4 MHz; ExperiTM (B. Braun, Melsungen, Alemania), identificando bilateralmente las estructuras anatómicas con el modo Nerve 2D y empleando el modo doppler-color para evitar los vasos potencialmente lesionados con esta técnica, entre los que se encuentran los vasos epigástricos superiores e inferiores. Con una técnica en plano, bajo visión directa, se introdujo por detrás del músculo recto y por encima de la vaina subyacente, la aguja Stimuplex® Ultra 360, 20G × 100 mm (B. Braun, Melsungen, Alemania) de lateral a medial. Se inyectaron, mediante punción única y de forma bilateral, 17 ml de una mezcla de mepivacaína 2 % y bupivacaína 0,5 % a partes iguales, tras la administración de los cuales se observó se observó la difusión del fármaco disecando el plano entre el músculo recto de la vaina posterior al mismo.

En cuanto a la técnica quirúrgica, se realizó una incisión a nivel de línea media de pequeño tamaño, que fue necesario ampliar hasta 15 cm por las grandes dimensiones del defecto. Se procedió a la disección del saco herniario, apertura del mismo y reducción del contenido. Se cerró el saco y se colocó una malla de polipropileno a nivel preperitoneal con prolene 2/0. Posteriormente, se cerró la aponeurosis de recto y tejido celular subcutáneo por planos.

Resultados: La paciente no presentó signos de dolor durante los 70 minutos de cirugía. Refirió náuseas coincidentes con la manipulación visceral, que fueron resueltas con 4 mg de ondansetrón. Permaneció estable hemodinámica y respiratoriamente durante todo el procedimiento. Se recuperó, en ausencia de complicaciones, en la unidad de cuidados anestésicos postoperatorios.

Conclusiones: El bloqueo de la vaina de los rectos puede ser utilizada como técnica anestésica única para la reparación de defectos de pared abdominal en pacientes seleccionados.

Supone por tanto una alternativa ideal en cirugía mayor ambulatoria, especialmente en pacientes de riesgo.

Palabras clave: Regional, ambulatoria, vaina rectos.

P-AN-07 ELIMINACIÓN DE LA CONSULTA PREOPERATORIA DE ANESTESIA EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DE MANO Y PIE, ¿ES FACTIBLE?

E. Caamaño Alonso; L. Velasco Rodrigo; S. López Morales; N. Meschini; N. Dueñas; A. Reyes Fierro; J. Hortal Iglesias; M. Zaballos García

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Habitualmente realizamos una evaluación preanestésica de los pacientes programados para cirugía ambulatoria, que incluye historia clínica, examen físico y analítica sanguínea en algunos casos; estas últimas podrían omitirse con seguridad en pacientes sanos que se sometan a cirugía no invasiva. Para casos no complicados, la evaluación previa por el anestesiólogo presente el día de la intervención podría ser suficiente, siempre que el paciente rellene un cuestionario en el momento de ser citado. No obstante, en nuestro entorno, todos los pacientes son evaluados en la consulta de anestesiología antes de la cirugía.

El objetivo de este estudio fue evaluar la reducción potencial de las consultas presenciales, gracias a la administración de un cuestionario de salud, en pacientes programados para cirugía ambulatoria de mano y pie.

Métodos: Se incluyeron consecutivamente los pacientes programados para cirugía ambulatoria de mano y pie que acudían a la consulta de preanestesia. Todos los pacientes completaron un cuestionario de salud antes de la consulta. El cuestionario evaluaba aspectos básicos de salud tales como cardiovasculares, respiratorios, neurológicos y endocrinos, incluyendo medicación habitual y específicamente medicación anticoagulante y antiagregante.

Una vez completada la encuesta, un anestesiólogo independiente evaluó los cuestionarios y clasificó a los pacientes en tres categorías: no requiere consulta, precisa consulta telefónica o precisa consulta presencial. Se clasificó como necesidad de consulta presencial la presencia de una respuesta positiva a cualquiera de las preguntas de la encuesta.

Resultados: Se evaluaron 97 pacientes en un periodo de 3 meses, 80 % de los cuales estaban programados para cirugía de mano. 27 eran hombres y 69 mujeres. Su clasificación ASA era: ASA I: 33 %, ASA II: 55 %, ASA III: 12 %, y la edad media 60 ± 14 años. Según el cuestionario, 23 % de los pacientes necesitarían consulta preoperatoria de anestesia, y en un 11,5 % de los casos una consulta telefónica habría sido necesario para ajustar el tratamiento preoperatorio. La pregunta que más frecuentemente condi-

cionaba la necesidad de consulta presencial se relacionaba con la presencia de disnea al subir un piso o caminar una manzana (15 pacientes, 68 %; $p = 0,001$). La presencia de enfermedad cardiovascular en conjunto suponía la segunda razón de requerimiento de consulta preoperatoria (3 pacientes, 14 %; $p = 0,01$). Se encontraron diferencias entre la clasificación ASA y la necesidad de consulta preoperatoria: el 63 % en ASA III, el 24 % en ASA II y el 11 % en ASA I ($p = 0,021$). En el momento del estudio, el 85 % de los pacientes habían sido ya intervenidos. Se encontraron tres reacciones adversas: cefalea, náuseas y vómitos, y daño dental durante la intubación, sin diferencias significativas entre los grupos que habrían necesitado consulta presencial.

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que, en la mayoría de los pacientes evaluados, es posible obviar la consulta preoperatoria presencial. La revisión de los casos sugirió que la pregunta de disnea al subir un piso debería reformularse para discriminar la presencia de patología cardiovascular de otras causas. La incidencia de complicaciones perioperatorias fue muy baja. La redistribución de los recursos hacia pacientes con mayores necesidades, en lugar de una evaluación anestésica universal, es deseable de cara a la mejoría de la eficiencia de las unidades de cirugía ambulatoria.

Palabras clave: Presencial, consulta, pie, mano, ambulatoria.

P-AN-08 ¿PODEMOS ELIMINAR LA CONSULTA DE PREANESTESIA EN PACIENTES SELECCIONADOS Y PROCEDIMIENTOS DETERMINADOS EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA?

L. Velasco Rodrigo; E. Caamaño Alonso; N. Meschini; S. López Morales; N. Dueñas; A. Reyes Fierro; J. Hortal Iglesias; M. Zaballos García

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Tradicionalmente, el objetivo principal de la valoración preanestésica era evaluar las condiciones preoperatorias del paciente, diagnosticar y tratar, en su caso, aquellas patologías que podrían tener implicación en el transcurso de la anestesia, procedimiento quirúrgico y/o periodo postoperatorio. Para casos no complicados, la evaluación previa por el anestesiólogo presente el día de la intervención podría ser suficiente siempre que el paciente rellene un cuestionario estandarizado en el momento de ser citado. Muchos anestesiólogos aceptarían la eliminación de la consulta presencial en pacientes ambulatorios para

procedimientos realizados bajo anestesia tópica. Sin embargo, se mostrarían reacios a eliminar la consulta presencial en procedimientos invasivos o que requirieran manejo de vía aérea por medio de la colocación de tubo orotraqueal o inserción de mascarilla laríngea.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la potencial reducción de las consultas de preanestesia presenciales, a través de la cumplimentación de un cuestionario de salud, en pacientes programados para cirugía ambulatoria y específicamente en aquellos que puedan requerir manejo de vía aérea.

Métodos: Los pacientes incluidos fueron seleccionados de forma randomizada durante un periodo de tres meses. Acudieron a consulta y, además, rellenaron un cuestionario de salud previo a la misma. Dicho cuestionario evaluaba aspectos relevantes de salud (sistemas cardiovascular, respiratorio, neurológico y endocrino, entre otros), incluyendo la necesidad de tomar medicación concomitante, especialmente antiagregantes y anticoagulantes. Una vez completado, un anestesiólogo independiente analizó los casos y clasificó a los pacientes según requirieran manipulación de vía aérea o no. Además, fueron clasificados en tres categorías: no requiere consulta, precisa consulta telefónica o precisa consulta presencial. Se trata de un análisis descriptivo en el que se han utilizado la prueba T de Student y la prueba exacta de Fisher.

Resultados: Fueron evaluados 328 pacientes, de los cuales 173 (52; IC 95 %, 47-58 %) fueron considerados subsidiarios de requerir manejo de vía aérea (el 45 % con dispositivo supraglótico y el 55 % con tubo orotraqueal). 153 eran hombres y 175 mujeres. Su clasificación ASA era: ASA I: 35 %; ASA II: 53 %; ASA III: 11,3; ASA IV: 0,6 % y la edad media fue de 52 ± 17 años. De acuerdo con el cuestionario, el 22 % (IC 95 %, 17-27 %), de todos los pacientes y el 17,6 % (IC 95 %, 12-24 %) de aquellos con indicación de manejo de vía aérea fueron candidatos para consulta presencial. Hubo diferencias en la necesidad de consulta presencial entre los pacientes con y sin necesidad de manejo de vía aérea: 27 % versus 17 %; $p = 0,033$. La consulta telefónica hubiera sido necesaria en el 14 % (IC 95 %, 10-18 %) de todos los casos, sin diferencias relacionadas con el manejo de la vía aérea. La pregunta que con mayor frecuencia condicionaba la necesidad de consulta presencial se relacionó con la presencia de disnea al subir un piso o caminar una manzana (71 %, $p = 0,0001$). La presencia de enfermedad cardiovascular fue la segunda razón que hubiera precisado consulta presencial (19 %; $p = 0,0001$). Los pacientes mayores de 65 años fueron considerados más subsidiarios de consulta presencial en comparación con los menores de 65: 41 % versus 17 %, $p = 0,0001$. En el momento del análisis, el 82 % de los pacientes que habían

sido considerados para manejo de vía aérea ya habían sido intervenidos. Se recogieron dos reacciones adversas: náuseas y vómitos, y un único episodio de mareo, ninguno de los cuales requirió manejo específico.

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que, en la mayoría de los pacientes evaluados, es posible prescindir de la consulta presencial. En nuestro hospital atendemos 4440 pacientes anualmente en cirugía mayor ambulatoria. Extrapolando nuestros resultados, 3463 pacientes no requerirían consulta presencial y de ellos, 2308 precisarían manejo avanzado de vía aérea. La aplicación de este cuestionario de salud puede ahorrar tiempo y recursos al eliminar las visitas innecesarias de pacientes seleccionados.

Palabras clave: Consulta, presencial, telefónica, ambulatoria, cuestionario.

P-AN-09 DOSIS BAJAS DE PRILOCAÍNA INTRADURAL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

P. Lejarraga Lavia; L. Velasco Rodrigo; E. Caamaño Alonso; C. Corbella Giménez; E. Monge Cid
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es una práctica en auge durante los últimos años, presentando una serie de ventajas en cuanto a disminución de la morbilidad nosocomial y comodidad para el paciente, así como en ahorro de costes y eficiencia del sistema sanitario. Esto es especialmente importante en la situación actual de pandemia por COVID-19, en la que el ingreso supone un factor de riesgo añadido.

Desde el punto de vista anestésico, en los protocolos de muchos hospitales cada vez se busca más evitar la manipulación de la vía aérea en la medida de lo posible. Es por ello que la anestesia locorreional, y dentro de ella la neuroaxial, nos ofrece multitud de ventajas siempre que adecuemos la técnica al paciente y al procedimiento quirúrgico.

Las desventajas que puede ofrecer la anestesia intradural para el paciente ambulatorio son fundamentalmente el prolongado tiempo de bloqueo motor y estancia en la Unidad de recuperación postanestésica (URPA), y la posibilidad de aparición de otras complicaciones como la retención urinaria.

La prilocaína es un anestésico local de tipo amida, de rápido inicio de acción y duración y potencia intermedia. Posee

un gran aclaramiento y volumen de distribución, por lo que las concentraciones plasmáticas son mucho menores que las de otros anestésicos locales. Esto se traduce en tiempos de bloqueo motor inferiores a los observados con las dosis habituales de bupivacaína intratecal, lo cual hace que la anestesia intradural con prilocaína sea una técnica especialmente apropiada en pacientes ambulatorios.

La corta duración de los procedimientos quirúrgicos es condición necesaria para la utilización de dosis bajas de este anestésico y posibilidad de alta precoz.

En estudios comparativos con otros anestésicos locales de corta duración, la incidencia de síntomas neurológicos transitorios fue significativamente inferior. Además, la incidencia de retención aguda de orina (RAO) en pacientes de bajo riesgo fue nula, justificando el alta sin necesidad de micción postoperatoria inmediata, lo que acorta la estancia media en URPA.

En España solo está disponible su formulación al 2 % hiperbárica, aprobada para uso intratecal.

Métodos: Durante el mes de junio de 2020, se recogieron 17 casos de manera prospectiva en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, en los que se realizó una anestesia intradural con prilocaína para procedimientos de cirugía mayor ambulatoria.

La dosis empleada fue de 30 mg de prilocaína 2 % hiperbárica. Las intervenciones quirúrgicas de CMA incluidas en el análisis fueron: 2 artroscopias de rodilla, 5 drenajes de bartolinitis, 5 safenectomías, 2 extracciones de material de osteosíntesis de miembro inferior, 1 fractura subcapital de fémur, 1 resección transuretral de vejiga y 1 fistulectomía anal. Se midió el tiempo desde la inyección intradural hasta la recuperación del bloqueo motor (definido por la flexión de rodilla y cadera), el tiempo hasta la recuperación de la capacidad de deambulación, y la duración de la estancia en la URPA tras la cirugía. Además, se evaluó la aparición de sintomatología neurológica transitoria y RAO en el postoperatorio inmediato.

Resultados: El tiempo medio de bloqueo motor observado fue de 72 minutos (mínimo de 35 y máximo de 90) y el tiempo medio hasta deambulación fue de 135 minutos, con una estancia media en URPA de 56 minutos desde la salida de quirófano. Todos los procedimientos quirúrgicos incluidos presentaron una duración inferior a 45 minutos.

Ningún paciente presentó síntomas neurológicos transitorios ni retención aguda de orina, pudiendo ser dados de alta en régimen ambulatorio sin incidencias.

Conclusiones: La anestesia intradural con dosis bajas de prilocaína es una opción apropiada para procedimientos quirúrgicos ambulatorios de corta duración, evitando la manipulación de la vía aérea, y proporcionando una rápida recuperación del bloqueo motor, permitiendo el alta precoz de los pacientes.

Además, la incidencia de complicaciones neurológicas y de retención de orina es significativamente inferior a la observada con otros anestésicos locales, contribuyendo también a acortar el tiempo de estancia en URPA.

Palabras clave: Prilocaína, anestesia intradural, CMA, duración.

P-AN-10 ¿ES NECESARIA LA CONSULTA PREOPERATORIA PRESENCIAL ANTES DE LA CIRUGÍA DE CATARATAS?

S. López Morales; N. C. Meschini; L. Velasco Rodríguez; E. Caamaño Alonso; M. Zaballos García; T. Blanco Sánchez; M. López Gil; F. Hortal Iglesias
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Un enfoque importante en la atención médica en los últimos años ha sido el cambio de la atención basada en el volumen a la atención basada en el valor. Una estrategia para mejorar la atención basada en dicho valor es la eliminación de pruebas o procedimientos innecesarios o costosos. La cirugía de cataratas es una de las cirugías ambulatorias más comunes realizadas en todo el mundo y se asocia con una alta tasa de éxito en la mejora de la función visual, con baja morbilidad y mortalidad. La eliminación de pruebas y consultas preoperatorias representa una alternativa de ahorro en la atención médica. Los datos recientes sugieren que existe una marcada variabilidad en la evaluación preoperatoria antes de la cirugía de cataratas, y muchos centros han eliminado por completo dicha evaluación antes de esta cirugía oftalmológica. Asimismo, los cuestionarios validados para identificar a los pacientes de bajo riesgo en cirugía de cataratas han demostrado que la evaluación convencional podría omitirse. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar en una cohorte de pacientes propuestos para cirugía de cataratas, la utilidad de un cuestionario de salud para detectar pacientes de bajo riesgo y así reducir una parte de las consultas presenciales.

Métodos: Los pacientes remitidos para cirugía de cataratas que acudieron a la consulta de anestesia en nuestra unidad de cirugía ambulatoria fueron incluidos de forma consecutiva en el estudio. Todos los pacientes completaron un cuestionario de

salud antes de la consulta. Este cuestionario evaluó diferentes aspectos sobre la salud de los pacientes (estado cardiovascular, respiratorio, neurológico y endocrino) incluyendo la anamnesis sobre la medicación crónica, prestando especial atención a los antiagregantes plaquetarios y a los anticoagulantes. Después de completar el cuestionario, un segundo anestesiólogo, no involucrado en las consultas presenciales, evaluó los cuestionarios y clasificó a los pacientes en tres categorías: 1) consulta no requerida; 2) necesidad de consulta telefónica y 3) consulta cara a cara. Una respuesta positiva a cualquier pregunta del cuestionario se clasificó como un requisito para la consulta cara a cara. Los datos se sometieron al análisis estadístico de la *t* de Student y el test exacto de Fisher.

Resultados: De los aproximadamente 300 pacientes que asistieron a una consulta presencial, 166 participaron en el estudio y fueron evaluados durante un periodo de 3 meses. Había 65 hombres (39 %) y 101 mujeres (61 %). La clasificación ASA fue: ASA I: 0,6 %; ASA II: 57,8 %; ASA III: 41,6 % y la edad media fue de 75 ± 9 años. Según el cuestionario, el 51 % (IC 95 %: 43-59 %) de los pacientes habrían necesitado una consulta presencial con el anestesiólogo, y en el 17 % (IC 95 %: 11-23 %) de los casos, habría sido necesaria una consulta telefónica para ajustar el tratamiento preoperatorio. La pregunta principal que sugirió la necesidad de una consulta presencial se relacionó con la presencia de disnea al subir un tramo de escaleras o caminar una manzana de la ciudad (55 pacientes, 64 %; $p = 0,0001$). La presencia de cardiopatía en su conjunto fue el segundo motivo que habría requerido una consulta de anestesia (23 pacientes, 27 %; $p = 0,0001$). El tratamiento con insulina fue la tercera circunstancia que habría requerido una consulta de anestesia (10 pacientes, 11 %; $p = 0,002$). Se encontraron diferencias en la clasificación ASA y los requisitos de consulta preoperatoria: 81 % en ASA III, 31 % en ASA II y 0 % en ASA I ($p = 0,0001$). Hubo diferencias en la edad de los pacientes y la necesidad de consulta preoperatoria: 77 ± 8 vs. 72 ± 10 años; $p = 0,0001$.

Conclusiones: Nuestros resultados han demostrado que casi la mitad de los pacientes propuestos para la cirugía de cataratas no habrían necesitado una consulta presencial. En nuestro hospital atendemos a 4.000 pacientes al año programados para cirugía de cataratas en las consultas externas preoperatorias. Extrapolando nuestros datos, 2000 pacientes no requerirían una consulta cara a cara. La implementación de este cuestionario de salud puede ahorrar tiempo y recursos al eliminar visitas innecesarias. La revisión de nuestros casos sugiere que la pregunta relacionada con la disnea al subir un tramo de escaleras debería reformularse (excluyendo a los pacientes que no pueden hacerlo por una.

Palabras clave: Consulta preoperatoria, cirugía mayor ambulatoria, cataratas.

P-AN-11 PACIENTE CON DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE (DAI); ¿QUÉ MEDIDAS DE SEGURIDAD SE DEBERÍAN LLEVAR A CABO EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA? CASO CLÍNICO

J. González Carranza; I. López Herrera; P. Rubio Murias; M. Durán Aparicio; V. E. Vega Sánchez; M. Zaballos

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Introducción: Cada día se va incrementando el número de enfermos complejos y en extremos de edad candidatos a cirugía mayor ambulatoria (CMA). Sin embargo, debe existir un equilibrio entre el grado de complejidad del paciente y la indicación quirúrgica. Como ejemplo de ello se sitúan los pacientes portadores de desfibrilador automático implantable (DAI). Presentamos el caso clínico de un paciente portador de DAI para realización de fístula arterio-venosa.

Descripción del caso: Varón de 59 años con enfermedad renal en estadio terminal secundaria a enfermedad diabética. Como otros antecedentes presenta hipertensión, dislipemia y episodios repetidos de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección ventricular izquierda deprimida en relación con cardiopatía dilatada isquémica. En el año 2000, sufrió un síndrome coronario agudo con descenso del segmento ST en territorio inferior que requirió la implantación de un stent. En el año 2012, sufrió un nuevo episodio que se complicó con shock cardiogénico y bloqueo aurículo-ventricular completo. Un año después se le practicó una resonancia magnética nuclear que desveló un ventrículo izquierdo severamente dilatado con fracción de eyección del 30 % que obligó al implante de DAI en prevención primaria. Entretanto, también fue diagnosticado de fibrilación auricular paroxística.

Se programó en régimen de CMA para realización de fístula arterio-venosa en brazo izquierdo bajo anestesia locorreional (bloqueo del plexo braquial a nivel axilar con 20 ml de mepivacaína 1,5 %) y sedación ligera. El servicio de electrofisiología cardiaca chequeó el dispositivo antes de su entrada en el quirófano. Se suspendió la actividad anti-taquicardia y los parches de desfibrilación externos se aplicaron sobre el paciente. Monitorización estrecha durante todo el acto quirúrgico (electrocardiograma, pulsioximetría y tensión arterial no invasiva), que transcurrió en 2 horas sin incidencias. Después de la cirugía, se reestableció la función del DAI. No hubo ninguna complicación y fue dado de alta al domicilio dos horas después de finalizar la intervención.

Conclusiones: Las interferencias electromagnéticas causadas por el bisturí eléctrico monopolar pueden ser malinterpretadas por el DAI como una taquiarritmia y dar lugar a la administración de una descarga de cardioversión/desfibrilación. Por ello es importante tener un plan de manejo perioperatorio. Los parches de desfibrilación externos deben colocarse lo más alejados posible del dispositivo. Probablemente, en aquellas unidades de CMA donde no esté disponible el chequeo del DAI por personal experto, la inclusión de este tipo de pacientes no sea lo más recomendable. Siempre después de la cirugía se debe reactivar la función antitaquicardia.

Recomendaciones:

- La cirugía mayor ambulatoria se puede realizar en pacientes con DAI siempre y cuando se puedan garantizar sus condiciones de seguridad, con estrecha monitorización y con desfibrilador externo disponible.
- El uso de anestesia regional facilita el manejo anestésico, reduciendo riesgos y mejorando la seguridad del paciente.

Bibliografía recomendada:

1. Practice Advisory for the Perioperative Management of Patients with Cardiac Implantable Electronic Devices: Pacemakers and Implantable Cardioverter-Defibrillators: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Management of Patients with Cardiac Implantable Electronic Devices. *Anesthesiology* 2011;114(2):247-61.
2. Arora L, Inampudi C. Perioperative management of cardiac rhythm assist devices in ambulatory surgery and nonoperating room anesthesia. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2017;30(6):676-81.

Palabras clave: Desfibrilador automático implantable, cirugía mayor ambulatoria, cirugía vascular, fistula arteriovenosa.

P-AN-12 CARDIOTOXICIDAD LATENTE POR LEVOBUPIVACAÍNA EN UN MODELO EXPERIMENTAL PORCINO. CONSIDERACIONES PARA CIRUGÍA AMBULATORIA

L. Rodríguez Rodríguez; I. Fernández López; S. García Ramos; O. Varela; A. Melone; D. Callejo; O. Quintela; M. Zaballos García

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Los bloqueos de nervios periféricos se utilizan habitualmente en cirugía ambulatoria para optimizar la analgesia intraoperatoria y postoperatoria. Desde la

introducción de los anestésicos locales de larga duración y menor toxicidad respecto a la bupivacaína, como la levobupivacaína, su uso se ha extendido entre las técnicas de anestesia regional en cirugía ambulatoria. Sin embargo, se han descrito casos en los que una administración accidental ha causado complicaciones graves como arritmias, taquicardia ventricular o incluso parada cardíaca. La cardiotoxicidad de la levobupivacaína se relaciona principalmente con su unión a los canales de sodio de la membrana cardíaca. El bloqueo de los canales de sodio cardíacos producido por estos agentes es de manera característica frecuencia dependiente, con aumento del bloqueo de los canales rápidos de sodio a frecuencias más altas. Estas propiedades pueden servir de predictores de su potencial proarrítmico. Estudios *in vitro* han demostrado que la toxicidad de la levobupivacaína aumenta de forma frecuencia dependiente. Sin embargo, desde nuestro conocimiento no existen estudios con modelos *in vivo* que hayan evaluado el impacto de la frecuencia cardíaca sobre la cardiotoxicidad de la levobupivacaína.

Métodos: El comité de ética para estudios con animales aprobó el estudio. Se estudiaron diez cerdos que fueron anestesiados e instrumentalizados. Se colocaron tres catéteres cuadripolares en aurícula derecha, ápex del ventrículo derecho y en el área del haz de His respectivamente. Tras un periodo de estabilización, la estimulación se llevó a cabo a 30 mA con un estimulador programable. La estimulación en ventrículo derecho se realizó durante al menos 10 latidos en ciclos de 400 y 500 ms. Este protocolo de estimulación se aplicó inmediatamente antes y a los 1, 5, 10, 15 y 30 minutos tras la administración de levobupivacaína (4 mg/kg en dos animales y 5 mg en 6 animales). Estadística: T-test pareado.

Resultados: Los niveles plasmáticos de levobupivacaína oscilaron desde 5011 hasta 1666 ng/dl desde los 5 a los 30 min respectivamente. La levobupivacaína indujo una toxicidad intensa tanto en ritmo sinusal como en ritmo estimulado. Tras la administración de levobupivacaína se produjo una prolongación importante del intervalo QRS en ritmo sinusal: desde 68 ± 8 hasta 111 ± 16 ms; $p = 0,0001$; ($\Delta 66 \%$) y en ritmo estimulado a 150 lpm desde 99 ± 14 ms hasta 375 ± 63 ms; $p = 0,005$; ($\Delta 278 \%$). A los diez minutos desde la administración de la levobupivacaína todavía persistía un incremento intenso del intervalo QRS en ritmo sinusal: desde 68 ± 8 hasta 101 ± 14 ms; $p = 0,001$ ($\Delta 49 \%$) y hasta un 178% en el QRS estimulado, $p = 0,001$. Dos animales desarrollaron arritmias ventriculares durante la estimulación ventricular.

Conclusiones: La levobupivacaína se ha asociado con un gran efecto cardiotóxico que se muestra a frecuencias de estimulación rápidas. Este experimento ha desenmascarado

un fenómeno cardiotoxico oculto que persiste de forma intensa incluso tras diez minutos desde la administración del fármaco. Estos hallazgos sugieren que tras una administración accidental de levobupivacaína las medidas de precaución deberían extremarse, así como evitar la estimulación simpática hasta que los parámetros de cardiotoxicidad remitan por completo. Estos hallazgos resultan de especial importancia en el contexto de la cirugía ambulatoria, donde es fundamental el garantizar la seguridad del paciente.

Palabras clave: Anestésico local, levobupivacaína, cardiotoxicidad, cirugía ambulatoria.

P-AN-13 MANEJO PERIOPERATORIO DEL ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN CIRUGÍA AMBULATORIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

M. Durán Aparicio; E. González Carranza; L. Rodríguez Rodríguez; V. Vega Sánchez; B. Cabeza Martín; I. López Herrera; P. Rubio Murias; M. Zaballos García
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Introducción: Las recomendaciones iniciales en cirugía ambulatoria excluían a determinados grupos de pacientes con comorbilidades significativas basándose en la creencia de que estos se beneficiarían de un ingreso hospitalario en el postoperatorio. La experiencia nos ha hecho ver que el riesgo global de la cirugía ambulatoria es bajo y que pacientes complejos pueden ser operados sin que aumente el riesgo de ingresos imprevistos. El angioedema hereditario es un trastorno de origen genético poco frecuente, causado por una deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 esterasa. Se caracteriza por la aparición de forma recurrente y espontánea, de episodios de edema tisular que frecuentemente afectan a la mucosa de la vía aérea, pudiendo comprometer la vida. Los procedimientos dentales y de cirugía menor pueden precipitar episodios de angioedema. La administración profiláctica de concentrados de C1 inhibidor se considera de elección, sin embargo, existe información limitada acerca del manejo perioperatorio de estos pacientes.

Presentación del caso: Presentamos el caso de un varón de 87 años, diagnosticado a los 50 años de angioedema hereditario por déficit funcional de C1 inhibidor. Entre sus antecedentes médicos destacamos intolerancia a los IECA, hipertensión, fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca leve. El paciente tomaba de manera crónica amlodipino, hidroclorotiazida, acenocumarol, sertralina y danazol. Se programó para cirugía ambulatoria de extracciones dentales

múltiples bajo anestesia general. El acenocumarol fue suspendido tres días antes de la cirugía, manteniéndose el resto de su medicación habitual. Se planificó la administración de 1000 UI de Berinert intravenoso una hora antes de la inducción anestésica. Se realizó una anestesia general con la combinación de propofol, remifentanilo y rocuronio para facilitar la intubación orotraqueal. El procedimiento duró 45 minutos, la monitorización neuromuscular mostró una recuperación completa con un TOF ratio de 1 (TOF-cuff) y el paciente fue extubado sin incidencias. Siguiendo las recomendaciones del servicio de alergología, el paciente permaneció bajo vigilancia en la unidad de recuperación postoperatoria durante 3 horas, antes de ser dado de alta a su domicilio sin incidencias. El paciente fue entrevistado telefónicamente a las 24 horas y a los 7 días tras la cirugía, refiriendo molestias en la zona quirúrgica, sin otros síntomas asociados.

Conclusiones: Está fuertemente recomendado llevar a cabo un plan multidisciplinar para el manejo perioperatorio de los pacientes con angioedema hereditario. La profilaxis a corto plazo se ha establecido como parte fundamental de este manejo. Pese a que ninguno de los fármacos disponibles confiere una protección total frente a la aparición de un episodio de angioedema, los concentrados de C1 inhibidor se plantean como primera línea de tratamiento. En cirugía ambulatoria estos pacientes deben ser debidamente evaluados antes de ser dados de alta, así mismo, se debe informar acerca del potencial riesgo de edema de la vía aérea y dar pautas claras de actuación en caso de que ocurra un episodio.

Palabras clave: Angioedema, ambulatoria, C1 inhibidor.

P-AN-14 A PROPÓSITO DE UN CASO: USO DE MASCARILLA LARÍNGEA EN PACIENTE OBESO EN SILLA DE PLAYA

J. Fernández de la Vega Medina; J. L. Esteban Sánchez; A. M. León Fragoso; A. Viciano Maya; J. M. Pérez Reyes; R. M. Orza Muñiz; C. Acuña Fernández
Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife

Objetivos: El uso de la mascarilla laríngea se ha convertido en un recurso muy utilizado para el control de la vía aérea en nuestro medio por varios motivos, especialmente en las unidades de cirugía mayor ambulatoria. Entre sus beneficios encontramos su facilidad de inserción, menor incidencia de laringospasmo, tos, ronquera, dolor de garganta y náuseas y vómitos en comparación con la intubación endotraqueal.

Desde su introducción a finales de los años 80 la mascarilla laríngea ha estado en continuo desarrollo y avance, surgiendo así nuevos usos y nuevas indicaciones. Con la entrada de las mascarillas de segunda generación (que incorporan un canal de trabajo para introducir una sonda de aspiración gástrica y que permiten ventilar con mayores presiones manteniendo una buena calidad de sellado de la vía aérea) se ha comenzado a utilizar la mascarilla laríngea en cirugías de mayor duración, en cirugía laparoscópica, en pacientes obesos y en diferentes posiciones mostrando buenos resultados en cuanto a seguridad y resultados postoperatorios. El empleo de la mascarilla laríngea en estas situaciones es lo que se conoce como “usos avanzados” de la mascarilla laríngea, expandiendo así sus indicaciones.

Respecto al uso en pacientes obesos, diversos estudios han demostrado que la mascarilla laríngea es eficaz en el mantenimiento de la ventilación en estos pacientes con buenos resultados en cuanto a oxigenación y sin resultados adversos, incluso en pacientes con IMC > 40.

Métodos: Nosotros presentamos el caso de una mujer de 35 años que va a ser sometida a una artroscopia de hombro en posición de silla de playa. Entre sus antecedentes se establece según su IMC una condición de obesidad mórbida (IMC 41, peso 110 kg, altura 1,63 m). Sin otras enfermedades de interés.

Administramos como premedicación 50 mg de ranitidina, 4 mg de ondansetrón y 50 mg de dexketoprofeno. Realizamos la inducción anestésica con la paciente en sedestación con propofol (2 mg/kg), fentanilo (1-2 mcg/kg), cisatracurio (0,1 mg/kg) y 8 mg de dexametasona para profilaxis de náuseas y vómitos. Se inserta mascarilla laríngea tipo I-gel n.º 4 y se conecta a ventilación mecánica en modo volumen control. Se inserta sonda de aspiración gástrica a través del canal de trabajo de la mascarilla laríngea. Tras esto, se realiza bloqueo interescalénico ecoguiado con 15 ml de levo-bupivacaína 0,25 %.

Durante la intervención la paciente se mantuvo estable hemodinámicamente, manteniendo $\text{SatO}_2 > 98 \%$ con presiones en vía aérea < 15 mmHg y un adecuado volumen minuto y adaptación a la ventilación mecánica, sin presentar fuga aérea. Se administró 1 gramo de paracetamol y no precisó la administración de más opioides.

Tras la cirugía se coloca a la paciente en decúbito supino para la educación que transcurrió sin incidencias. Tras tres horas en la sala de recuperación, sin incidencias desde el punto de vista respiratorio, la paciente es dada de alta a su domicilio sin requerir la administración de más analgesia, refiriendo un EVA de 0 y sin presentar náuseas ni vómitos postoperatorios.

Conclusiones: En nuestro caso presentamos un caso de uso avanzado de la mascarilla laríngea, ya que se trata de una paciente obesa mórbida y que va a ser intervenida en una posición distinta del decúbito supino. Optamos por el uso de la mascarilla laríngea por sus beneficios en cuanto a la menor incidencia de ronquera, dolor de garganta y náuseas y vómitos, ya que se trataba de una cirugía de corta duración y en régimen ambulatorio.

También consideramos la realización del bloqueo interescalénico para un mejor control analgésico postoperatorio y reducir el consumo de opioides, disminuyendo la posibilidad de náuseas y vómitos postoperatorios, depresión respiratoria y evitando así el retraso en el alta domiciliar de la paciente.

Palabras clave: Mascarilla laríngea, obesidad, uso avanzado.

P-AN-15 VALORACIÓN DE LA EFICACIA ANALGÉSICA OBTENIDA CON EL BLOQUEO NO ECODIRIGIDO DE LAS RAMAS CUTÁNEAS DE LOS NERVIOS INTERCOSTALES EN CIRUGÍA DE CÁNCER DE MAMA

J. Pérez Reyes

Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife

Objetivos: En los últimos años la estrategia de analgesia multimodal ha venido desplazando a la analgesia tradicional para luchar contra una de las causas más importante del fracaso de la ambulatorización de nuestros pacientes, como es el dolor.

Es por ello que los bloqueos periféricos, regionales o interfasciales, tienen tanta importancia dentro del manejo del paciente ambulatorio. Y en este sentido el ecosonograma ha sido, y sigue siendo, un gran aliado, que nos permite realizar bloqueos con mayor eficacia y seguridad. Hasta el punto de que muchos bloqueos hoy en día no son realizados por nuestros compañeros anestesiólogos si no se dispone de él.

Si bien es cierto que para muchos de los bloqueos el ecosonograma es casi indispensable, en el caso del bloqueo de BRILMA sin embargo hay que tener presentes algunas consideraciones. En primer lugar, hay que destacar que la técnica del bloqueo BRILMA requiere experiencia previa en ultrasonido, ya que presenta complejidad “media-alta”. Es por esto que muchos autores recomiendan, en caso de no visualizar bien la punta, o los planos musculares, diri-

girse a la pared costal y depositar allí el anestésico local, localizando así el espacio interfascial entre la fascia interna del MSA y el MIE.

Nuestra hipótesis de trabajo es que el grado de analgesia que se obtendrá en el postoperatorio de las pacientes intervenidas por cáncer de mama, donde se ha realizado el bloqueo de BRILMA sin el ecosonograma, será equiparable a la analgesia donde se haya realizado el BRILMA ecoguiado, es decir, que las diferencias obtenidas entre ambos grupos no serán estadísticamente significativas.

De ser así, tendríamos la opción de realizar este bloqueo, aunque no dispongamos de ecosonograma. Bien sea por que el servicio no disponga de él, porque esté dañado, etc.

Métodos: En el presente estudio evaluamos el grado de analgesia postoperatoria en las pacientes intervenidas por cáncer de mama en la unidad de CMA del CHUC de Tenerife, usando la técnica de analgesia multimodal, donde se incluye desde analgésicos tipo aines, midazolam preoperatorios y bloqueo de BRILMA. Este último se realizará guiado o no por ecosonograma. Y la decisión de realizarlo de una u otra manera en determinadas pacientes será realizada de forma aleatoria.

En nuestro estudio cuando el bloqueo era ecodirigido se realizó un abordaje en plano, introduciendo una aguja de neuroestimulación de 70 mm o 100 mm. 21 G desde caudal hacia craneal, asegurándonos de progresarla a lo largo del eje longitudinal de la sonda de ultrasonidos para conseguir una visión continua de la aguja, para evitar complicaciones (neumotórax, punción vascular, etc.) La aguja se progresa hasta colocar la punta justo por debajo de la fascia del músculo serrato y por encima de la fascia del músculo intercostal externo, donde inyectamos una dosis test de 3 ml, de suero salino fisiológico para comprobar la correcta posición aguja, que se confirma por la separación entre las fascias del serrato y del músculo intercostal externo. También realizamos comprobación mediante aspiración de ausencia de células hemáticas, ya que a este nivel discurre la arteria acromiotorácica lateral. La dosis total administrada en el espacio interfascial fueron 0,3 ml /kg de levobupivacaína al 0,25 %, realizada en todo momento bajo visión directa y sin perder de vista la punta de la aguja, verificando en tiempo real la separación del espacio interfascial a medida que se inyecta el anestésico local.

En los pacientes que se realiza la técnica por palpación, se les explica en qué consiste esta técnica, cómo se realizará y se les solicita la firma del consentimiento informado para dicho procedimiento.

En caso de ser aceptado por el paciente, posterior a la inducción anestésica, se realiza una lateralización parcial, para que el lado afectado quede en un plano superior; se

extiende el brazo en abducción para exponer las costillas y espacios intercostales; se realiza palpación de ambas referencias anatómicas y se procede a insertar aguja de bisel corto 22 G hasta contactar con el plano costal, lo más cerca posible del borde superior; luego de aspirar, se infiltran 0,3 ml/kg de peso de levobupivacaína al 0,25 % (la misma cantidad que en el BRILMA ecodirigido).

Finalmente se verifica la hidrodissección del plano supracostal mediante ecografía. Una vez terminada la intervención quirúrgica, las pacientes pasa a nuestra unidad de recuperación. Todas las pacientes de nuestro estudio que fueron dadas de alta no tenían dolor o presentaban dolor leve, ya que todas cumplían los criterios de alta de nuestra unidad:

Diseño del estudio: Se trata de un estudio prospectivo, observacional, unicéntrico. Donde se evaluarán las pacientes operadas por cáncer de mama en nuestra unidad durante el año 2020.

La evaluación del dolor a las 24 horas del postoperatorio se realiza a través de una consulta telefónica que realiza nuestro personal de enfermería.

En dicha consulta se evalúa la presencia de náuseas y vómitos, sangrado, y de dolor. Este último se evalúa a través de la escala numérico verbal del 1 al 10, la cual ha demostrado su validez en diferentes estudios.

La enfermera que realiza la consulta no sabe qué analgesia recibió la paciente.

Sujetos de estudio: Criterios de inclusión: a) pacientes que son intervenidas en el año 2020, por cáncer de mama con técnica de Roll, con una edad comprendida entre los 20 y los 75 años; b) pacientes que recibieron el protocolo de analgesia preventiva, que realizamos en el estudio; c) pacientes que fueron anestesiadas por los cuatro anestesiólogos que realizaron el estudio. Criterios de exclusión: a) pacientes que son intervenidas por cáncer de mama pero solo con tumorectomía, sin Roll; b) pacientes que por alguna razón se encuentren en la unidad del dolor, recibiendo tratamiento crónico con opioides; c) pacientes que por algún motivo no hayan sido dadas de alta a su domicilio el mismo día de la intervención; d) pacientes que a pesar de haber sido dado de alta presentan un reingreso en las primeras 24 horas por alguna complicación quirúrgica; e) pacientes que no respondieron a la consulta telefónica realizada por nuestra unidad; f) pacientes a las que por motivos técnico-administrativos no se les pudo hacer la consulta telefónica.

Las pacientes que ingresan en el estudio y que serán intervenidas por cáncer de mama con la técnica de Roll reciben el protocolo de analgesia multimodal de nuestra unidad.

Como anestésico se usó en todas las pacientes 0,3 ml/kg de levobupivacaína al 0,25 %.

Recogida de datos: La evaluación se efectuó mediante un cuestionario que realiza nuestro personal de enfermería, a las 24 horas del alta, en el que se pregunta, entre otras cosas, la intensidad del dolor evaluada mediante la escala numérica del 0 al 10. Las actividades de recogida de datos se iniciaron en enero del 2020 y finalizaron en diciembre del 2020.

La evaluación del dolor a las 24 horas de la intervención, estando la paciente ya en su domicilio, es realizada por el personal de enfermería de nuestra unidad a través de la consulta telefónica. Donde se pregunta si ha presentado náuseas y/o vómitos, si ha tenido sangrado o alguna otra complicación, grado de satisfacción con el tratamiento del dolor. También se les evalúa la intensidad de dolor que han presentado mediante una escala subjetiva unidimensional: la escala numérica verbal, que consiste en interrogar al paciente acerca de su dolor diciéndole que, si 0 es “ausencia de dolor” y 10 el “máximo dolor imaginable”, nos dé un número con el que se representa su sensación de dolor.

Clasificamos la intensidad del dolor en: leve, si la puntuación del dolor es entre 1 y 3, moderado si se puntúa entre 3 y 6, y severo, si se puntúa entre 7 y 10.

Análisis de datos: Durante el año 2020 fueron consideradas 60 pacientes intervenidas por cáncer de mama (ROLL), de las cuales solo pudieron ser incluidas en nuestro trabajo 48, ya que 12 de ellas no cumplían los criterios de inclusión o tenían algún criterio de exclusión.

Estas 48 pacientes fueron divididas en dos grupos: a) al primer grupo formado por 37 pacientes se les realizó el bloqueo BRILMA guiado con ecosonograma, y b) al segundo grupo constituido por 11 pacientes se les realizó el bloqueo BRILMA sin ecosonograma. Analizamos si existían diferencias entre los grupos en cuanto a la edad y peso, y no hallamos diferencias significativas entre ellos; lo cual apoya la homogeneidad de ambos grupos.

En el grupo del BRILMA ecoguiado, la media de dolor medido según la escala numérica de 0 a 10 fue de 1,57. En el grupo del BRILMA sin ecoguía fue de 1,36.

Aplicando la prueba de Mann Whitney, ya que se trata de variables cuantitativas continuas, sin distribución normal (de muestras independientes), se comprobó que estas diferencias no eran estadísticamente significativas ($p = 0,66$).

Valoración de la eficacia analgésica obtenida en cirugía de cáncer de mama con el Bloqueo BRILMA no ecodirigido. Total de pacientes: 48.

Bloqueo BRILMA realizado con ecosonograma en 37 pacientes. Bloqueo BRILMA realizado sin ecosonograma: 11 pacientes; dolor; grupo; informe; media N; desviación: 1,144 ,924 1,091; Eco-guiado: 1,57, 37; Sin eco-guía: 1,36, 11; Total: 1,52, 48. Usando la Prueba de Mann-Whitney; $p = 0,66$.

Las diferencias entre los dos grupos no son estadísticamente significativas.

Palabras clave: Bloqueo, cáncer de mama, dolor postoperatorio, analgesia.

P-AN-16 USO DE MASCARILLA LARÍNGEA VS. ANESTESIA RAQUÍDEA EN CIRUGÍA DE INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA

A. Viciano Maya; A. M. León Frago; J. L. Esteban Sánchez; J. M. Pérez Reyes

Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife

Objetivos: Durante los últimos años, la práctica clínica de los anestesiólogos ha experimentado grandes cambios. Es el resultado de múltiples factores, siendo quizás el más importante la mejora continua de nuestra formación: un resultado tangible lo representa el avance tecnológico experimentado en estos últimos años, lo que ha permitido optimizar la práctica anestesiológica.

El desarrollo de agentes farmacológicos con propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas que permiten una rápida recuperación del paciente con escasos eventos adversos, los avances tecnológicos con la incorporación de sofisticadas máquinas de anestesia, los sistemas de monitorización o la ultrasonografía como método de localización de plexos, nervios o espacios fasciales, la incorporación de estrategias multimodales en el abordaje del dolor agudo postoperatorio y la prevención de náuseas y/o vómitos postoperatorios nos sitúan en un escenario muy favorable para el desarrollo de la cirugía sin ingreso.

Es importante que en cada proceso se definan los objetivos estratégicos para una mejora, incluyendo las expectativas de los pacientes.

El recurso cama-hospital es caro y poco eficiente, debiéndose considerar el hospital del futuro más como un concepto que como un edificio.

Las evidencias dicen que la cirugía mayor ambulatoria es una práctica eficiente que consigue resultados similares o mejores que la cirugía con ingreso, sin embargo, en la actualidad todavía se sitúa como la alternativa a la hospitalización, no como la primera opción. Las unidades de cirugía sin ingreso (UCSI) garantizan la eficiencia, la calidad y la seguridad de los procedimientos, no existiendo razones científicas que justifiquen un ingreso para un elevado número de procedimientos.

El objetivo de este estudio es proporcionar a los anestesiólogos una herramienta útil a todos aquellos que trabajen con la atención quirúrgica ambulatoria.

En este estudio comparativo, analizamos los tiempos del intraperitorio, recuperación postanestésica (URPA) y alta al domicilio, entre dos grupos de pacientes, tras ser sometidas a cirugía de incontinencia urinaria con la técnica TOT, tras utilizar anestesia espinal en unas y anestesia general en otras.

El objetivo de este trabajo es la comparación entre la anestesia espinal frente a la anestesia general intravenosa en la cirugía de incontinencia de esfuerzo, para así tratar de encontrar la técnica anestésica más adecuada según lo anteriormente descrito, teniendo en cuenta sobre todo el lugar donde se lleva a cabo esta cirugía (CMA).

Métodos: Se tomaron a 20 pacientes que fueron intervenidas de cirugía de incontinencia; a la primera señora se le anestesió con una espinal y a la siguiente con general, y así sucesivamente, en el periodo comprendido entre 1 de octubre del 2020 al 31 de diciembre de 2021.

Resultados: En la anestesia espinal se utilizaron en todos los casos como anestésico la prilocaína (22 mg, más 10 mcg de fentanilo), se realizó la técnica con una aguja de 25 G de “punta de lápiz” y, una vez inyectado el anestésico de forma lenta, se colocó a las señoras en posición de Trendelenburg durante 5 minutos. En ninguna de ellas hubo alguna alteración hemodinámica considerable. Se acompañó con una sedación de 2 mg de midazolam y 50 mcg de fentanilo.

En cuanto a las pacientes que recibieron anestesia general para llevar a cabo esta cirugía, se utilizaron en todas mascarillas laríngeas.

Conclusiones: Cuando una persona es sometida a un procedimiento quirúrgico presenta una serie de respuestas autonómicas que incluyen: activación del sistema nervioso simpático, respuestas endocrinas con liberación de cortisol e hiperglicemia, cambios hematológicos e inmunológicos, todos denominados en conjunto como respuesta al estrés quirúrgico. Las manifestaciones clínicas a dicho estrés

quirúrgico incluyen hipertensión, taquicardia, arritmias, isquemia miocárdica, catabolismo de proteínas, supresión de respuesta inmune y pérdida de la función renal excretora con retención de agua y electrolitos. Dichas respuestas al estrés son consideradas como un factor de riesgo para resultados no satisfactorios en el postoperatorio, especialmente en pacientes con enfermedad cardiovascular, enfermedad endocrina, desórdenes inmunes y metabólicos. Por lo tanto, la reducción o modulación al estrés puede significativamente reducir la incidencia de complicaciones postoperatorias y morbilidad. En ese sentido la anestesia regional en comparación con la anestesia general puede ser una herramienta útil para conseguir reducciones del estrés perioperatorio, limitando la aparición de respuestas neuroendocrinas que pueden determinar un desenlace desfavorable para el paciente. Las ventajas de la anestesia raquídea incluyen: inhibición de la respuesta metabólica y al estrés quirúrgico, reduce la incidencia de dolor posoperatorio y la incidencia de trombosis venosa profunda, acelera la recuperación de peristaltismo intestinal en el posoperatorio reduciendo significativamente la estancia hospitalaria. La dosis durante el estudio para la anestesia neuroaxial fueron de 22 mg de prilocaína hiperbárica, con esta dosis se alcanzan niveles sensitivos selectivos adecuados para la realización de este procedimiento, estudios realizados en cirugías pélvicas donde han utilizado dosis similares, son considerados como dosis efectiva mínima, con buenos grados de satisfacción para el cirujano como para el paciente, minimizando el bloqueo motor y sensitivo que se puede alcanzar con dosis mayores de anestésico local, ofreciendo un adecuado plano quirúrgico durante el procedimiento. En la literatura encontramos estudios que demuestran ventajas de la anestesia regional en la realización de procedimientos quirúrgicos específicos; por ejemplo, se ha comprobado que los niveles de cortisol plasmático son menores en este grupo de pacientes con disminución en la incidencia de hiperglicemia, siendo este claramente un marcador clínico involucrado en el aumento de la morbimortalidad perioperatoria y pobre cicatrización de heridas quirúrgicas.

Una ventaja adicional de la anestesia regional en comparación con procedimientos realizados bajo anestesia general se da por los requerimientos bajos de analgésicos intravenosos en el postoperatorio inmediato, lo que impacta significativamente en el grado de satisfacción del paciente.

Conclusiones de este estudio:

- Las pacientes sometidas a anestesia general son más jóvenes que las sometidas a anestesia espinal.
- El tiempo que transcurre desde que se realiza la técnica anestésica hasta que se inicia la cirugía es discretamente menor en las pacientes en donde se utiliza la anestesia espinal.

- El tiempo desde que las pacientes entran en el quirófano hasta que se inicia la cirugía es prácticamente el mismo.
- La duración de la cirugía de incontinencia de esfuerzo es similar en ambos casos, por lo tanto, podemos decir que la técnica anestésica no influye de una forma directa en esta cirugía.
- Realizando una anestesia espinal, se logran acortar los tiempos desde que finaliza la cirugía hasta que el paciente abandona el quirófano,
- No existe una diferencia estadísticamente significativa en el tiempo que transcurre desde que las pacientes ingresan en la URPA hasta que se van de alta al domicilio, independientemente de la técnica que utilizamos, por lo tanto, podemos afirmar, que basaremos nuestros criterios a la hora de la elección del tipo de anestesia apoyándonos en todo lo hasta ahora descrito.
- En cuanto al dolor postoperatorio, medida con la escala visual análoga (EVA) se encontró que el 70 % del grupo de anestesia espinal y el 60 % del grupo de anestesia general no presentaron dolor (con puntuación 0), un 10 % de ambos grupos un EVA de 1. Del grupo de anestesia espinal, solo una presentó un EVA de 2, mientras que con general fueron 2. Presentó un EVA de 3 una paciente de cada grupo; h) El porcentaje de náuseas y vómitos en el postoperatorio fue realmente bajo, sin embargo, las pacientes que se hicieron con general duplicaron a las de espinal.
- La anestesia general es la técnica más usada habitualmente para la realización de la cirugía de incontinencia de esfuerzo (TOT) en cirugía mayor ambulatoria.
- Las pacientes sometidas a esta cirugía se marchan a su domicilio portando una sonda vesical que se retira a las 24 horas. Esto facilita mucho el alta ambulatoria si se realizan anestésicas espinales selectivas.
- No hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a variables hemodinámicas entre las dos técnicas anestésicas.
- La anestesia raquídea ofrece mejor analgesia en el posoperatorio inmediato en comparación con la anestesia general.
- El tiempo de recuperación para alcanzar Aldrete de 10/10 fue menor para la anestesia espinal sin ser estadísticamente significativa.
- Existe menor posibilidad de desaturación cuando se utiliza anestesia raquídea durante el procedimiento quirúrgico.
- En próximos estudios se requerirá un tiempo mayor de observación posoperatoria para determinar si hay complicaciones tardías con la utilización de estas técnicas anestésicas.

Palabras clave: CMA, objetivos, recursos, optimización, eficiencia.

P-AN-17 ANÁLISIS DE 200 USOS CONSECUTIVOS DE LA MASCARILLA LARÍNGEA PROTECTOR® POR UN ANESTESISTA EN UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO

V. E. Vega Sánchez; B. Cabeza Martín; L. Rodríguez Rodríguez; J. E. González Carranza; A. G. Pizarro Calderón; M. Durán Aparicio; J. J. Algaba Jaramillo; M. Zaballos García

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: La mascarilla laríngea Protector® es el dispositivo supraglótico para la vía aérea de 2.ª generación de un solo uso más recientemente comercializado. Cuenta con un canal gástrico dual e integra un indicador de presión que proporciona una monitorización continua de la presión del balón a simple vista. Puede ser utilizada, además, para la intubación endotraqueal a su través.

Desde su lanzamiento en 2016 se han publicado estudios valorando diferentes aspectos de su uso en la práctica clínica. El objetivo de nuestro estudio es evaluar su funcionamiento en manos de un anestesista en la práctica clínica habitual de la cirugía mayor ambulatoria.

Métodos: Tras obtener la aprobación del Comité de Ética Institucional, se analizaron datos procedentes de una serie prospectiva de 200 usos consecutivos por un anestesista de la mascarilla laríngea Protector® de tamaños 3-5. Se examinó su funcionamiento en la práctica diaria y en usos avanzados y se comparó con la información presentada en estudios publicados. Se evaluaron la facilidad de inserción, tiempo y número de intentos requeridos, la presión de fuga orofaríngea, calidad de la ventilación, facilidad de paso de la sonda gástrica, morbilidad de la vía aérea asociada. Se utilizó el SPSS-20 para el análisis estadístico de los datos.

Resultados: El 64 % de los pacientes fueron mujeres. La edad media fue de 50 ± 13 años y el índice de masa corporal (IMC) de $26,49 \pm 3,8$ kg/m². Su colocación fue exitosa en un 97,5 %; (95 % CI 94-99 %) de los casos, consiguiéndose en el primer intento en un 83,3 %; (95 % CI 77-88 %). La mediana (RIQ) de tiempo de inserción fue de 12 (10-15) segundos. En un 34 % de los casos se realizó la rotación con una mano como técnica para su inserción y en el resto se emplearon maniobras adicionales: sublucación mandibular, extensión cervical, aproximación lateral o combinación de varias. Tras la inserción se consiguió una ventilación óptima en un 94,4 % de pacientes, requiriendo maniobras de ajuste en 11 casos, siendo imposible en 3. La mediana de presión de fuga fue 28 RIQ (22-32) cm H₂O.

La inserción de una sonda gástrica de 16 French fue exitosa en un 92 % de los pacientes e imposible en un 6 %.

Restos hemáticos leves y moderados tras su retirada fueron observados en 49 y 9 pacientes, y flujo gástrico en 18. El 20 % de los pacientes describieron irritación leve de garganta en la unidad de recuperación de la anestesia (URPA) y 3 la refirieron como moderada. Dos pacientes presentaron insuflación gástrica que fue resuelta reemplazando la mascarilla laríngea Protector® por una ProSeal®.

Conclusión: En manos de un clínico habituado al uso de mascarillas laríngeas la mascarilla Protector® fue asociada con un alto índice de éxito en su inserción durante su uso rutinario en pacientes no seleccionados. El uso de esta mascarilla parece seguro y proporciona un sellado altamente efectivo con bajos índices de complicaciones clínicas. Estas cualidades pueden sugerirnos un potencial considerable para su uso habitual durante la anestesia.

Palabras clave: Dispositivo supraglótico, manejo de la vía aérea, cirugía ambulatoria.

P-AN-18 ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL DOLOR POSTOPERATORIO TRAS CMA EN HERNIORRAFIA INGUINAL

C. Pérez Díaz; C. Coto García; L. M. Baeza Álvarez; M. Vega Colón; N. García González; B. Mancha Getino; J. C. Galán Gutiérrez; A. Williams Aguirre
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Objetivos: Las hernias inguinales son protrusiones del contenido de la cavidad abdominal a través de punto débil de conducto inguinal. La causa es un defecto o debilitamiento de la pared abdominal y solo una operación quirúrgica puede resolverlas. En cirugía mayor ambulatoria (CMA) el dolor postoperatorio moderado-intenso tiene una incidencia superior al 30 % representando uno de los problemas más relevantes para pacientes y anestesiólogos. Debemos tener en cuenta que el tipo de técnica anestésica realizada influye en el dolor postoperatorio en CMA.

El objetivo principal de este trabajo fue conocer la incidencia del dolor agudo postoperatorio según el tipo de anestesia realizada, así como la presencia de dolor crónico previo.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y longitudinal aprobado por el comité de ética para valorar el dolor de los pacientes sometidos a herniorra-

fía inguinal tanto antes de la intervención quirúrgica, como a las 24 h postoperatorias mediante escalas de valoración del dolor (EVA).

La muestra recogida fueron todos aquellos pacientes intervenidos de herniorrafia inguinal entre los meses de diciembre a mayo en la CMA del Hospital Universitario Central de Asturias.

Se realizó un cuestionario el dolor previo a la cirugía mediante las escalas de valoración del dolor. Durante el intraoperatorio se recogieron datos acerca de la cirugía y sobre el tipo de anestesia realizada, así como la analgesia administrada.

En el caso de la anestesia locorregional se recogieron el tipo de bloqueos y la técnica realizada, el anestésico local empleado y su concentración (mepivacaína 1 % + ropivacaína 0,75 %) y la sedación administrada a cada paciente. También se valoró la necesidad de reconvertir la técnica a anestesia general. Por último, se recogió la analgesia intravenosa administrada durante el procedimiento.

En el caso de la anestesia general, se recogió el tipo de anestesia realizada (inhalatoria o TIVA) y los analgésicos utilizados durante la intervención.

Resultados: El 80 % de los pacientes presentaba un dolor un EVA ≤ 3 preoperatorio. Al alta de la CMA, el 90 % tenía un EVA ≤ 3 y a las 24 h de la intervención, un 15 % tenía un EVA > 3 . Según el tipo de anestesia, los intervenidos bajo ALR, el 92 % presentaba EVA ≤ 3 , mientras que el bajo AG el 90 % presentó un EVA ≤ 3 . Del mismo modo, el 90 % presentó dolor de tipo agudo a las 24 h. Según el tipo de cirugía, ningún paciente intervenido bajo laparoscopia tuvo dolor al alta y el 100 % de los pacientes presentó EVA ≤ 3 a las 24 h, mientras que los intervenidos mediante cirugía abierta, el 88 % presentó EVA ≤ 3 al alta, mientras que a las 24 h el porcentaje fue del 80 %.

Conclusiones: En nuestro estudio ambos tipos de anestesia, tanto general como locorregional, presentan en nuestro estudio resultados similares. En cuanto al tipo de cirugía, parece que la cirugía laparoscópica presenta superioridad en comparación a la cirugía abierta presentando los pacientes intervenidos con la primera técnica menos dolor postoperatorio. La bibliografía recogida confirma estos hallazgos. Parece que aquellos pacientes que presentan dolor preoperatorio tienen más probabilidad de presentar dolor postoperatorio que aquellos que no lo presentan.

Palabras clave: Ilioinguinal, iliohipogástrico.

CIRUGÍA

P-CI-01 LIGADURA SUBFASCIAL ENDOSCÓPICA DE VENAS PERFORANTES DEL MIEMBRO INFERIOR

A. Molina Estrada

Hospital Roosevelt. Guatemala

Objetivos: Presentar el caso de un paciente masculino de 16 años con Insuficiencia Venosa Crónica CEAP C6 y su tratamiento en la Unidad de Flebología del Hospital Roosevelt.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 16 años sin antecedentes importantes, quien consulta a la Unidad de Flebología del Hospital Roosevelt por edema, dolor y úlcera venosa en la cara medial de pierna derecha de 3 meses de evolución. Se realiza el diagnóstico por USG encontrando insuficiencia venosa de venas perforantes supramaleolares.

Se realiza ligadura subfascial endoscópica con termocoagulación a venas perforantes.

Conclusiones: La técnica de ligadura subfascial endoscópica, como procedimiento menos invasivo para el tratamiento de la insuficiencia venosa crónica, está descrito con una alta tasa de éxito y baja de recidiva, reportada como el 30 % en estudios de seguimiento por 4 semanas, es de elección en pacientes seleccionados, pacientes con nivel cultural suficiente para seguir las instrucciones posoperatorias y medidas complementarias como uso de medias de elastocompresión y visitas para seguimiento.

Palabras clave: Insuficiencia venosa, úlcera venosa, ligadura, endoscópica.

P-CI-02 UMA ARMADILHA NA CIRURGIA DA TIRÓIDE

R. Gonçalves Pereira¹; J. Seabra²; A. Rocha²; H. Candeias²; R. Eusébio²; L. Cortez²

¹Centro Hospitalar Barreiro Montijo. Portugal; ²Hospital de Setúbal. Portugal

Objetivos: O nervo laríngeo inferior tem a designação de recorrente devido à sua localização anatómica, tem origem

no nervo vago e à direita passa inferior e posteriormente à artéria subclávia direita, ascendendo em posição lateral à traqueia, e à esquerda passa inferior e posteriormente ao arco aórtico para depois ascender em direcção à laringe. O nervo laríngeo inferior não recorrente (NLINR) é uma variação anatómica rara (0,3-1,6 % no lado direito, extremamente raro no lado esquerdo [0,04 %]), o que aumenta o risco de lesão do nervo durante a cirurgia. O NLINR direito está associado a uma artéria subclávia direita aberrante (também conhecida por artéria lusória) que surge directamente do arco aórtico.

Métodos: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 69 anos, hipertensa e diabética, seguida em consulta de Cirurgia Endócrina por nódulo do istmo com 18 x 14 x 19 mm. A citologia aspirativa revelou carcinoma papilar da tiróide. Foi submetida a tiroidectomia total em regime de ambulatório, no entanto, durante a dissecação do lobo direito da tiróide identificou-se a presença de NLINR com um percurso transversal ao nervo vago, paralelo e superior à artéria tiroideia inferior. Em consulta de seguimento realizou ecografia cervical que comprovou a alteração arterial.

Conclusiones: Foram distinguidos 3 tipos de NLINR: tipo 1 origina-se directamente do nervo vago e dirige-se juntamente com os vasos do pedículo tiroideu superior, tipo 2A segue um caminho transversal, paralelo e superior à artéria tiroideia inferior e tipo 2B segue um caminho transversal, paralelo e inferior ou entre os ramos da artéria tiroideia inferior. No caso descrito o NLINR é classificado como tipo 2A. A anomalia arterial concomitante pode ser documentada através de ecografia, TC ou RMN, no entanto a realização pré-operatória destes exames não é prática comum, sendo o diagnóstico feito intra-operatoriamente. Quando o nervo laríngeo inferior não se encontra em posição clássica, deve suspeitar-se da presença de um nervo não recorrente. Por forma a evitar lesões iatrogénicas deve ser realizada uma dissecação sistemática com base nas referências anatómicas, sendo que, à exceção da veia tiroideia média, nenhuma estrutura transversal entre a artéria carótida e a laringe deverá ser laqueada.

A incidência do NLINR é rara, mas quando presente aumenta o risco de lesão do nervo durante a cirurgia, sobretudo se a sua presença não for suspeitada antes da cirurgia, portanto, o cirurgião deverá estar familiarizado com esta possibilidade de forma a evitar a lesão do NLINR.

Palabras clave: Tiróide, NLIN, recorrente.

P-CI-03 UMA HÉRNIA COM SURPRESA

R. Gonçalves Pereira; S. Reis; C. Santos; S. Patrocínio; Z. Caetano

Centro Hospitalar Barreiro Montijo. Portugal

Objetivos: A cirurgia de reparação de hérnias inguinais é uma das mais realizadas em todo o mundo e a sua prática em regime de ambulatorio está atualmente amplamente difundida. A presença do apêndice ileo-cecal no saco herniário é rara, ocorrendo apenas em cerca de 1 % de todas as hérnias inguinais, sendo designada por hérnia de Amyand.

Métodos: Os autores apresentam o caso de um homem de 56 anos, com diagnóstico de hérnia inguinal à direita, admitido em regime de ambulatorio para hernioplastia. Intra-operatoriamente constatou-se presença do apêndice ileo-cecal, de características normais, no saco herniário. Procedeu-se a apendicectomia e hernioplastia de Rutkow-Robbins sem registo de intercorrências. O doente teve alta no próprio dia. O relatório anatómico-patológico revelou apêndice ileo-cecal sem alterações com significado patológico.

Conclusiones: O tratamento da hérnia de Amyand baseia-se na classificação de Losanoff e Basson, que tem em conta o estado do apêndice ileo-cecal. No caso descrito, o apêndice apresentava características normais (hérnia de Amyand tipo 1), pelo que foi possível a apendicectomia e reparação da hérnia com prótese.

A hérnia de Amyand é rara e o seu diagnóstico é muitas vezes intra-operatório. O tratamento é cirúrgico mas a abordagem difere de acordo com o estado do apêndice ileo-cecal.

Palabras clave: Hérnia, Amyand, apêndice.

P-CI-04 FIABILIDAD DE LA TÉCNICA “FISTULA-TRACT LASER CLOSURE” (FiLaC™) EN PACIENTES CON FÍSTULA PERIANAL COMPLEJA

V. Briceno Agüero¹; A. Ortega Carrasco¹; C. Méndez García¹; R. Martín Balbuena¹; A. Navas Cuéllar¹; P. Gallardo García²; J. Marín Morales²; L. Gómez Bujedo²

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

Introducción: Actualmente se están empleando nuevas técnicas mínimamente invasivas en el tratamiento de la fístula perianal criptogénica, que reducen el riesgo de lesiones esfinterianas. La técnica “Fistula-tract laser closure” (FiLaC™) es utilizada en el tratamiento de las fístulas perianales, con buen perfil de seguridad, buena tolerancia postoperatoria y rápida recuperación.

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio fue valorar la factibilidad de la técnica FiLaC™ en pacientes de nuestro centro hospitalario, con fístula perianal compleja.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo. Se incluyeron 7 pacientes (4 mujeres y 3 hombres), con una edad media de 54 ± 11 años, en seguimiento en nuestro centro hospitalario, por fístula perianal compleja. Todos los pacientes habían sido tratados previamente con la colocación de un setón. Todos ellos, fueron intervenidos mediante la técnica FiLaC™, y se realizó un seguimiento durante 3 meses.

Resultados: Seis pacientes presentaban fístulas transesfinterianas altas, y 1 paciente supraesfinteriana. A todos los pacientes se les había colocado un setón en un promedio de 9 meses (rango 5-10 meses). Se aplicó la técnica FiLaC™ en un régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) y los pacientes fueron dados de alta en un periodo menor de 5 horas después de la intervención, solo 1 paciente tuvo dolor, requiriendo analgesia oral por 48 horas y tres pacientes presentaron fiebre autolimitada en el primer día del postoperatorio. En un control realizado a los 3 meses, 3 pacientes manifestaron continuar con un manchado seroso, y el resto de pacientes mínimo o ningún tipo de manchado. A la exploración, 4 pacientes tenían el orificio fistuloso externo (OFE) cerrado y 3 pacientes persistía el OFE abierto.

Conclusión: La técnica FiLaC™ es un método factible, seguro y con escasa morbilidad, en el tratamiento de las fístulas perianales. La técnica es sencilla, reproducible y adecuada para ser realizada en régimen ambulatorio. En nuestro estudio, más de la mitad de los pacientes se curaron a los 3 meses de la intervención, sin embargo, es necesario ampliar el seguimiento y aportar más casos para determinar el papel que desempeñará FiLaC™ en pacientes con fístulas perianales complejas.

Palabras clave: Fístula perianal compleja, FiLaC™.

P-CI-05 RESULTADOS DE LA AMBULATORIZACIÓN DE LA PATOLOGÍA HERNIARIA INGUINAL BILATERAL EN UNA UNIDAD DE PARED ABDOMINAL

C. García Vasquez; M. de la Fuente; J. M. de Jaime; P. Pacheco; M. de Mingo; L. Alonso; M. V. Vieiro; S. Jiménez de los Galanes

Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro, Madrid

Introducción: La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es un tipo de cirugía programada en la que el paciente requiere una estancia de menos de 24 horas en el hospital. La CMA comienza su desarrollo en España en los inicios de los años 90, la primera unidad autónoma de CMA se crea en Barcelona en 1990 (Viladecans), y en 1992 se creó la primera Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) en el Hospital de Toledo2 A partir de la publicación de la *Guía del MSC* se produce una notable expansión de la CMA por todo el Sistema Nacional de Salud, creándose en 1994 la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. Ya para 2005 la CMA representaba el 40,5 % de las cirugías mayores practicadas en el Sistema Nacional de Salud, y en los últimos años solo se ha conseguido avanzar hasta un por ejemplo el 46,4 %, según los datos disponibles correspondientes al año 2017.

La cirugía sin ingreso en el caso de la hernioplastia inguinal recientemente ha sido reforzada por las últimas guías internacionales, en cuyo apartado de evidencia referente a “day surgery” concluyen que todos los estudios han demostrado que tiene un menor coste, es igualmente segura y efectiva si la selección de los pacientes es adecuada.

Material y métodos: Habitualmente, en nuestro centro, la patología inguinal bilateral era tratada con cirugía bajo régimen de ingreso en la totalidad de los pacientes independientemente del procedimiento realizado (abierto o laparoscópico), en 2018 se decide iniciar la aplicación de un protocolo de ambulatorización por preferencia a esta patología, incluidos aquellos pacientes intervenidos con técnicas abiertas. Dicho protocolo contempla el manejo preoperatorio, anestésico (para lo cual optamos por anestesia general, obviando las técnicas raquídeas en el contexto de la CMA), así como el quirúrgico y analgésico, para lo cual se estimula el abordaje laparoscópico y el cumplimiento de protocolos de analgesia postoperatoria. Los criterios de inclusión a dicho protocolo son: patología inguinal bilateral no recidivada, edad comprendida entre 18 y 75 años y ASA I, II y III. Como criterios de exclusión están edad superior a 75 años, ASA IV, imposibilidad de tener acompañante, antecedente de coagulopatía, alergia a los analgésicos habituales y domicilio a más de 30 minutos del hospital.

De manera retrospectiva hemos valorado las historias de todos los pacientes intervenidos en el año 2019 por el diagnóstico “hernia inguinal bilateral”. Se evaluaron las complicaciones registradas en la historia clínica y los formularios de contacto telefónico. Para el cálculo de la validez estadística se utilizaron las aplicaciones MS Excel (Microsoft, California, USA) y SPSS 20 (IBM Corp). Hemos analizado variables poblacionales (edad, sexo), escala “EVN” del dolor, cirujano, técnica, así como de seguimiento postoperatorio inmediato a las 24 horas (teléfono), posterior (consulta) y las complicaciones registradas en los primeros 30 días.

Resultados: Se evaluaron 56 pacientes que cumplían la condición de ser intervenidos de hernia inguinal bilateral no recidivada ni complicada. La tasa de ambulatorización observada fue del 94 %, de estos 55 % (31) son intervenidos en régimen completamente ambulatorio con estancia hospitalaria en el día y menor a 5 horas; bajo régimen ambulatorio “over night” con ingreso inferior a 12 horas, se intervienen el 39 % (22) y con ingreso programado solo 3 pacientes, con ingreso solicitado por edad y/o antecedentes personales. La edad media fue de 51 años (17-88) con un 85 % de hombres (48 pacientes). Las técnicas quirúrgicas utilizadas fueron: hernioplastia abierta Lichtenstein 14 % (8), hernioplastia endoscópica TEP 23 % (13), hernioplastia laparoscópica TAPP 63 % (35). De estos, el 82 % (46) han sido intervenidos por cirujanos de la unidad de pared abdominal.

Hemos detectado un 10 % (6) de complicaciones durante el primer mes, correspondiendo a 3 pacientes con dolor mantenido al mes de la intervención, 2 hematomas y 1 recidiva precoz. Observamos que 4 pacientes (7 %) acudieron a Urgencias durante los 7 primeros días tras la intervención, siendo el motivo de consulta más frecuente el control del dolor. Ningún paciente ha realizado reclamación, queja o sugerencia respecto al protocolo y funcionamiento de la unidad de CMA.

En el análisis estadístico encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el global de complicaciones y el abordaje, siendo de un 6 % en la vía laparoscópica *versus* un 37 % en la vía abierta ($p: 0,009$). No encontramos diferencias significativas entre los abordajes TEP y TAPP ($p: 0,55$) aunque las complicaciones de la vía laparoscópica se presentaron solo en esta última vía. También encontramos diferencias significativas entre aquellos pacientes intervenidos por cirujanos generales o de otras unidades comparado con los intervenidos por cirujanos de la unidad de pared con un 33 % (3 de 9) de complicaciones de cualquier tipo entre los pacientes de los primeros vs un 6,5 % (3 de 46) en los del segundo grupo ($p: 0,018$).

Conclusión: Los procedimientos de reparación de hernia inguinal bilateral han sido aceptados como seguros y efectivos en régimen de CMA. La evidencia apoya la idea de que la mayoría de los pacientes son candidatos a este tipo de cirugía, pudiendo ser dados de alta de forma precoz. En el futuro se debería encaminar los esfuerzos en aumentar la tasa del abordaje laparoscópico y la formación específica de estos procedimientos entre los cirujanos generales y sin dedicación específica a la pared abdominal.

Palabras clave: Hernia, TEP, TAPP, bilateral, ambulatorio.

P-CI-06 TRATAMIENTO DE PATOLOGÍA HEMORROIDAL MEDIANTE RADIOFRECUENCIA. NUESTRA EXPERIENCIA

E. Cano Pecharromán; A. T. Calderón Duque; F. García Sánchez; J. Broekhuizen Benítez; M. Esmaili Ramos; S. Martínez Cortijo

Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

Objetivos: El objetivo es analizar la radiofrecuencia como tratamiento alternativo en patología hemorroidal grado II-III sintomática y valorar su eficacia a corto-medio plazo.

Métodos: Se trataron 18 pacientes con un seguimiento medio de 7,27 meses (1-15). 10 fueron varones y 8 mujeres, con una media de 47,62 años (25-64). 17 pacientes se intervinieron en régimen de CMA con alta a las 6 h. Un paciente precisó ingreso por patología hematológica (Sd. May Hegglin).

Se realizó ablación por radiofrecuencia (RAFAELO) aplicando de media 1299,06 J en el interior del paquete hemorroidal y 599,57 J externamente.

Se trataron de media 3,27 (2-4) paquetes hemorroidales por paciente.

Resultados: La recuperación postoperatoria fue satisfactoria, sin precisar analgesia más de 48 h el 88,88 %. La media de dolor (EVA), fue durante la primera semana 0,8 (0-4, *p*: 500).

Tres pacientes presentaron dolor postoperatorio, uno secundario a herida de tag cutáneo extirpado, dos por prolapso de paquete hemorroidal trombosado que precisó reducción manual y pomadas antiinflamatorias.

Al mes, el 100 % presentaron EVA0 y el sangrado anal había resuelto en el 83,33 % de los pacientes.

Un caso precisó hemorroidectomía Milligan-Morgan a los 15 días, tratándose de un grupo hemorroidal grado IV cuyo tratamiento por ablación fue insuficiente.

A los 6 meses dos pacientes presentan leve ingurgitación de algún grupo hemorroidal interno sin síntomas similares a los previos.

Ninguno precisó baja laboral mayor a una semana, incluso reincorporándose algunos a las 24 h.

Conclusiones: Como conclusiones destacan:

- La radiofrecuencia es un arma terapéutica que debe ser considerada dentro de las herramientas del tratamiento de hemorroides grado I-III.
- Permite la reincorporación laboral prácticamente inmediata.
- Presenta bajas tasas de dolor con resolución de sintomatología en el 83,33 % de los casos al mes y mantenimiento de estos resultados a los 6 meses.
- Son necesarios estudios de seguimiento a largo plazo para determinar su efectividad.

Palabras clave: Hemorroides, radiofrecuencia, CMA.

P-CI-07 HERNIA INGUINOCRURAL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: NUESTRA EXPERIENCIA TRAS UN AÑO DE UNIDAD DE PARED ABDOMINAL Y CMA

M. C. Montes Osuna; M. Domínguez Bastante; J. Santoyo Villalba; J. L. Díez Vigil; A. Gómez Arroyo; A. Mansilla Roselló

Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Describir nuestros resultados del primer año realizando cirugía de hernia inguinal y crural en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) tras la instauración de la unidad de pared abdominal.

Métodos: Se intervinieron 413 pacientes, necesitando de ingreso hospitalario 17 de ellos que fueron excluidos para este estudio. Las características demográficas y los factores de riesgo, así como el ASA e IMC de los 396 pacientes restantes pueden observarse en la Tabla I.

TABLA I

EDAD	51,63 ± 88,20 años	
SEXO	Hombres	354 (89,4 %)
	Mujeres	42 (10,6 %)
ASA	I	123 (31,1 %)
	II	194 (49 %)
	III	72 (18,2 %)
	IV	7 (1,8 %)
IMC	26,16 ± 3,51 kg/m ²	
FACTORES DE RIESGO	DM	51 (12.9%)
	HTA	127 (32.1%)
	Neumopatía	67 (16.9%)
	ERC	11 (2.8%)
FUMADOR	Nunca	220 (55.6%)
	Ocasional	2 (0.5%)
	Diario	88 (22.2%)
	Exfumador	86 (21,7%)

Todas las intervenciones realizadas son programadas por vía abierta. Se realizan 440 hernioplastias en 396 pacientes. El 96 % (380) de los pacientes presentaban hernias inguinales y el resto, 16 (4 %) crurales. Las características de las mismas y las técnicas empleadas se presentan en la Tabla II. Además, obtenemos un porcentaje de hernia oculta (no diagnosticada en consulta antes de la intervención) del 5,6 % (22), 21 inguinales y 1 crural (Tabla II).

TABLA II

INGUINALES			
Unilaterales		Bilaterales	
Lichtenstein	288 (82,1 %)	Lichtenstein	24 (82,8 %)
Nyhuss	5 (1,4 %)	Tapon	1 (3,4 %)
Rutkow-Robbins	58 (16,5 %)	Rutkow-Robbins	4 (13,8 %)
CRURALES			
Nyhuss	1 (6,7 %)		
Tapón crural	14 (93,3 %)	Tapón crural	1 (100 %)

El tipo predominante de anestesia utilizada fue locorreio-
nal (206 [52 %]) *versus* local y sedación (151 [38,1 %]) y
general (39 [9,8 %]).

Debido a cuestiones organizativas de nuestro servicio, 200
(50,5 %) pacientes fueron intervenidos por miembros de
la unidad de pared, 102 (25,8 %) intervenidos por staff de
otras unidades y como parte del programa formativo, 94
(23,7 %) por Médicos Internos Residentes (MIR) de cirugía
general y aparato digestivo.

En cuanto a las complicaciones, hemos registrado 34
(0,09 %) y se detallan en la Tabla III.

TABLA III

GRADO I	31 (0,91 %)
Seroma	9 (0,19 %)
Sangrado	1 (0,03 %)
Isquemia testicular	1 (0,03 %)
Infección de herida	4 (0,13 %)
Edema genital	3 (0,09 %)
Hematoma	12 (0,39 %)
Cefalea Postpunción	1 (0,03 %)
GRADO II	3 (0,09 %)
Retención aguda urinaria	1 (0,33 %)
Infección de herida	1 (0,33 %)
Descompensación edemoascítica	1 (0,33 %)

La tasa de recidiva se sitúa en 20 (0,04 %). Analizándola
según cirujano, obtenemos 8 recidivas (0,02 %) si la cirugía
es realizada por miembros de la unidad de pared, 6 (0,01 %)
por staff de otras unidades y 7 (0,02 %) en las intervenidas
por residentes, sin ser datos significativos.

Fueron exitus en el seguimiento 9 (0,02 %) pacientes, todos
por causas ajenas a la cirugía.

Conclusiones: La hernioplastia es una intervención segura
y factible para ser realizada en régimen de CMA con bajo
índice de complicaciones y reingresos en pacientes selec-
cionados. Anecdóticamente, tenemos 7 pacientes ASA IV
con muy buen estado general en el momento de la cirugía.

Respecto al tipo de técnica utilizada, en nuestro servicio se
aboga por individualizar según el tipo de hernia y de pacien-

te, recientemente estamos comenzando a instaurar técnicas endoscópicas con buenos resultados en estudios preliminares.

Desde nuestro punto de vista, es ideal que la cirugía de la hernioplastia la realicen miembros de unidades subespecializadas de pared ya que en nuestro estudio se observan diferencias no significativas en las tasas de recidiva justificables por la complejidad de los casos. Además, la hernioplastia debe ser parte del programa formativo del MIR ya que es una patología muy prevalente.

Palabras clave: Hernia, inguinocrural, CMA.

P-CI-08 UTILIDAD DEL ARPÓN ECOGUIADO EN EL ESTUDIO Y LOCALIZACIÓN DE LESIONES DE PARED ABDOMINAL

M. C. Montes Osuna; J. L. Díez Vigil; J. Santoyo Villalba; M. Domínguez Bastante; A. Gómez Arroyo; A. Mansilla Roselló

Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: La presentación clínica y la exploración física de las tumoraciones de pared abdominal permiten diagnosticar múltiples patologías.

Los tumores desmoides son una rara entidad que supone el 0,03 % de todas las neoplasias y menos del 3 % de los tumores de tejidos blandos. Son tumores benignos, pero con un alto grado de infiltración y recidiva, por lo que requieren una extirpación quirúrgica radical.

La endometriosis también es una patología que puede afectar a la pared abdominal. Su presentación más frecuente es intrapélvica, generalmente tras una cirugía ginecológica previa. La localización extrapélvica supone en torno a un 0,03 % hasta un 3,5 % según las series. Puede afectar a la fascia, cicatrices de cirugías previas, tejido celular subcutáneo e incluso al canal inguinal.

Ambas patologías requieren un estudio completo tanto clínico como radiológico que permita su correcta caracterización y localización. El tratamiento está basado en la extirpación quirúrgica completa de las lesiones. Presentamos dos casos ilustrando ambas patologías en las que se llevó a cabo la localización preoperatoria de las lesiones mediante colocación de arpón ecoguiado.

Métodos: *Caso 1:* endometriosis inguinal derecha. Paciente mujer de 41 años con antecedentes personales de diabetes

mellitus tipo II que es estudiada por presentar tumoración inguinal derecha de meses de evolución, dolorosa, que no aumenta con maniobras de Valsalva, sugerente de endometriosis inguinal por pruebas de imagen.

Ecografía inguinal: lesión nodular ecogénica de bordes mal definidos, de 12 x 24 x 37 mm la cual presenta señal doppler color en su interior. Se realiza biopsia con aguja gruesa (BAG) para mejor caracterización de la lesión con el siguiente diagnóstico anatomopatológico: endometriosis extragenital en fase de proliferación activa. Se amplía estudio con resonancia nuclear magnética: en canal inguinal derecho y tejido graso suprapúbico derecho se identifica una lesión heterogénea, con pequeños quistes hemorrágicos en su interior de 3 x 1,5 x 1,5 cm, ya biopsiado con resultado de endometriosis. **Conclusión:** endometriosis pélvica profunda con focos en torus uterino y canal inguinal derecho. Endometriomas ováricos bilaterales de pequeño tamaño. Se llevó a cabo escisión quirúrgica de la lesión inguinal derecha, con buena evolución postoperatoria.

Caso 2: Tumor desmoide. Paciente mujer de 37 años sin antecedentes médicos de interés e intervenida de tres cesáreas. Es valorada por cirugía general por presentar tumoración a nivel de pared abdominal derecha, en hipogastrio, que no protruye con maniobras de Valsalva ni se reduce. Se completa estudio con pruebas de imagen. TC de abdomen: nódulo isodenso respecto al músculo adyacente de 16 x 21 mm, que engrosa el espesor del músculo recto inferior derecho, cuyo diagnóstico implica una amplia variedad de patologías (foco endometriósico, tumor desmoide, absceso, hematoma...). Se realiza marcaje de la lesión con arpón metálico y se remite para ampliar estudio con biopsia guiada por ecografía. **Ecografía de abdomen:** en región paramedial derecha en hipogastrio, en el espesor del músculo recto anterior derecho, e improntando sobre su fascia, se identifica una lesión hipocogénica y algo heterogénea de 2,8 x 1,3 x 2,3 cm, compatible con tumor desmoide vs. foco endometriósico. **Diagnóstico anatomopatológico:** tejido fibroso con revestimiento epitelial sin atipia. Se realiza escisión quirúrgica de la lesión, presentado la paciente un buen postoperatorio sin complicaciones.

Conclusiones: El abordaje multidisciplinar de las lesiones que requieren un tratamiento quirúrgico radical permite un mejor manejo de las mismas. La colocación del arpón guiado por ecografía es un método accesible y de bajo coste, que requiere únicamente uso de anestesia local.

Si las características de la lesión lo permiten, estas pueden ser extirpadas en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA), ya que la correcta caracterización y la localización precisa de las lesiones permite la escisión en bloque y un

menor tiempo quirúrgico, y mejora el pronóstico médico y oncológico de la patología.

Palabras clave: Endometriosis, tumor desmoide, CMA, arpón.

P-CI-09 MANEJO DE LA PATOLOGÍA HEMORROIDAL CON INDICACIÓN QUIRÚRGICA. ¿PODEMOS TRATARLAS CON BANDAS EN CONSULTA MANTENIENDO LA CALIDAD?

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 los resultados del empleo de banda elástica en el tratamiento de la patología hemorroidal frente a la técnica de Millian-Morgan realizada en régimen de CMA.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestra unidad de CMA y CE desde octubre de 2017 hasta diciembre de 2019. Se registraron variables epidemiológicas (edad, sexo), tiempo de espera hasta la realización del procedimiento y tipo, pernocta no planificada, dolor según escala EVA, asistencia a urgencias, resultados clínicos, complicaciones y satisfacción con el procedimiento. Fueron excluidos los pacientes que no respondieron a la encuesta realizada y aquellos sometidos a Millian-Morgan de 3 paquetes hemorroidales (no indicación de colocación de banda). Se empleó el programa SPSS 15.0 IBM Statistics para el registro y análisis de los datos. Se calculó el test de Chi cuadrado (χ^2) o test exacto de Fisher para la comparación de variables cuantitativas, estableciéndose diferencias estadísticamente significativas para valores de $p < 0,05$.

Resultados: En el periodo de estudio se intervinieron un total de 177 pacientes de hemorroides, 91 en el quirófano (51,4 %) y los restantes 86 en consulta. Fueron excluidos 46 pacientes del grupo de las bandas y 50 del Millian-Morgan.

No hubo diferencias entre la edad ni el sexo de los pacientes de los grupos de estudio.

El tiempo medio para ser intervenido en el quirófano de hemorroides se situó en $147,43 \pm 80,883$ días frente a los $22,55 \pm 22,782$ días de los pacientes a los que se les colocó una banda ($p < 0,001$).

No hubo diferencias en el número de paquetes hemorroidales tratados en ambos grupos Millian-Morgan $1,17 \pm 0,381$ paquetes frente $1,15 \pm 0,362$ paquetes en las bandas ($p = 0,802$). Ninguno de los pacientes sometidos a colocación de banda fue motivo de ingreso, siendo la estancia media del Millian-Morgan de $0,2 \pm 0,459$ días (7 ingresos, 5 fueron pernocta no planificada).

En revisión en consulta 3 pacientes (7,5 %) sometidos a colocación de banda presentaron complicaciones frente a 7 del grupo Millian-Morgan (17,1 %) no siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,166$). Las principales complicaciones en el grupo de Millian-Morgan fueron: 3 dolor, 3 incontinencia leve y 1 estenosis anal. En el grupo de las bandas fueron 2 caídas precoces de la banda con nueva colocación en consulta y 1 tratamiento ineficaz.

La presencia de dolor fue similar en ambos grupos: 67,5 % ($n = 27$) en las bandas y del refieren dolor tras el procedimiento, solo el 63,4 % ($n = 26$) tras Millian-Morgan ($\chi^2 = 0,149$; $p = 0,699$), pero al cuantificar dicho dolor según la escala EVA, los pacientes sometidos a Millian-Morgan fue de $5,32 \pm 2,911$ frente a $3,8 \pm 3,107$ de las bandas, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,026$). La duración de tratamiento analgésico en los pacientes con bandas fue de media $3,93 \pm 8,502$ días mientras que los sometidos a Millian-Morgan alcanzaron los $6,59 \pm 7,962$ días, no siendo estas diferencias significativas ($p = 0,15$).

Ningún paciente de bandas precisó acudir a urgencias tras la técnica frente a 6 del Millian-Morgan (2 por dolor y estreñimiento, sangrado herida, retención urinaria, fiebre y cefalea).

El 55 % de los pacientes sometidos a bandas ($n = 22$) presentaron sangrado tras el procedimiento frente al 34,1 % ($n = 14$) del grupo sometido a cirugía, estando estas diferencias significativas próximas a la significación ($p = 0,059$).

El 92,5 % de los pacientes sometidos a colocación de bandas en consulta recomiendan este procedimiento ($n = 37$) frente al 97,2 % ($n = 40$) de los sometidos a técnica de Millian-Morgan ($\chi^2 = 1,105$; $p = 0,293$).

El 90 % de los pacientes con bandas ($n = 36$) reconocieron una clara mejoría de los síntomas, por debajo del 97,2 % ($n = 40$) de los sometidos a Millian-Morgan ($p = 0,172$).

En la evolución temporal los pacientes sometidos a bandas presentaron nuevas hemorroides en 6 casos (15 %) frente a los 2 de los intervenidos por Millian-Morgan (4,9 %) ($p = 0,124$).

Conclusiones: Como conclusiones la colocación de bandas en el tratamiento de la hemorroidectomía es una técnica

ca eficaz en su manejo, que puede realizarse en consulta, con buena aceptación por los pacientes y una intensidad de dolor significativamente inferior a la hemorroidectomía de Millian-Morgan. Presenta menos complicaciones post-procedimiento, si bien con una tasa de aparición posterior de nuevas hemorroides con el paso del tiempo.

Palabras clave: Hemorroides, bandas, Millian-Morgan, CMA.

P-CI-10 ¿ES FACTIBLE EL MODELO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO? NUESTRA EXPERIENCIA EN ECUADOR

A. Cabello Burgos¹; E. Álvarez Peña²; S. Nicolás de Cabo¹; A. Jiménez Moreno³; J. Hernández Salván³; J. Garijo Álvarez²

¹Hospital Regional Universitario Málaga; ²Hospital Universitario La Paz. Madrid; ³Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

Objetivos: El concepto de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se establece en los años 50 en Vancouver, pero no fue hasta los años 90 donde, con la mejoría de las técnicas anestésicas y quirúrgicas menos invasivas, que despuntó. En los países desarrollados supone hasta un 80 % del global de las cirugías (Canadá 83 %, España 58 %), incluyendo otras especialidades. Sin embargo, esta tasa disminuye considerablemente en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo. La patología herniaria, la coledocistitis y la patología proctológica son las intervenciones más realizadas en Cirugía General y del Aparato Digestivo en CMA. El desarrollo de esta práctica implica una disminución de los costes asociados (36 % hernioplastia, 11 % colecistectomía). Es por ello, que la implementación de unidades de CMA en países en vías de desarrollo tiene una vital importancia.

Uno de esos países, Ecuador, se encuentra situado en la región noroccidental de Sudamérica y aproximadamente tiene 17.300.000 habitantes, de los cuales el 25 % de ellos presenta pobreza por ingreso económico. Además, tan solo el 38 % del empleo se encuentra clasificado como "adecuado". La tasa media de médicos por provincia de 20,52 por cada 10.000 habitantes. En los registros de INEC en el año 2016 disponían de 1426 quirófanos. Concretamente la provincia de Esmeraldas tiene una población de 534.092 pacientes, con una tasa de analfabetización de 15 %, con 7.375 nacimientos en el año 2016.

La asociación Benefica Cirugía es una organización sin ánimo de lucro fundada en el año 2015, y desde entonces,

anualmente, ha intentado instaurar una unidad de CMA de corta duración en el Hospital Padre Enrique Gayraud, de gestión privada, localizado en la ciudad de La Independencia, perteneciente al cantón de Quinindé en la provincia de Esmeraldas. La localización del hospital permite tratar a pacientes de otras ciudades colindantes como La Concordia (Santo Domingo de Tsachilas). Durante nuestra estancia en este hospital, los pacientes abonaban una cantidad simbólica para cubrir los gastos de la clínica, el resto de las necesidades corren a cuenta de la asociación.

Métodos: En febrero del 2020, durante un periodo de 5 días, utilizando el primer día para la selección de pacientes y los restantes 4 para cirugía y consulta, se intervinieron 60 pacientes en régimen de CMA. Por motivos técnicos anestésicos solo se pudo realizar procedimientos mediante anestesia raquídea, por lo que solo se intervino patología de la pared abdominal. Para poder analizar posteriormente los datos se recogieron datos del estado pre, intra y postquirúrgico, inmediato y a las 24 h.

Resultados: La edad media de los pacientes tratados fue de 52 años (23-83), siendo el 70 % varones. El riesgo anestésico según los criterios de ASA fue: ASA I 50 %, ASA II 45 % y ASA III 5 %. Se preguntó a los pacientes por la distancia hasta su domicilio siendo 44 minutos la media (5-420). El 30 % eran agricultores, el 18 % trabajaba en casa, el 13 % trabajaba en comercios, el 8 % era chófer, el 5 % era jubilado y el restante (26 %) era cocineros, guardas de seguridad, etc. El peso medio fue de 71,9 kg (43-140) y el IMC medio 27,5 (18,3-56). Analizando en profundidad, el 58 % de los pacientes intervenidos presentaban sobrepeso u obesidad: 25-30 IMC 18 pacientes (30%), <35 IMC 14 pacientes (23%), <40 IMC 2 pacientes (3%), > 40 IMC un único paciente. Clasificando a los pacientes en función de la patología de pared abdominal: 32 hernioplastias inguinales (50 % mediales y en 2 pacientes eran inguinoescrotales), 2 hernioplastias crurales, 26 hernioplastias de línea media (97 % umbilicales), 7 eventraciones: 6 mediales (una de mayor complejidad M2-3W2) y una lateral (L3W2). En todos los casos, salvo en un paciente se utilizó malla protésica (polipropileno). El tiempo medio de cirugía fue de 41 minutos (15-100). Desde el punto de vista anestésico se registró en minutos el tiempo desde la punción intradural a la llegada a la Reanimación (48,5 min), a la movilización del paciente (132,6 min), a la realización de primera micción (185,96 min) y al alta (192,91 min). Antes de la entrega del informe de alta se realizaba la valoración del dolor mediante la escala visual analógica (EVA), siendo la media al alta de 2,5. Los pacientes que presentaban un EVA mayor de 3 se pautaba medicación intravenosa antes del alta. Además, se les entregaba medicación oral a todos los pacientes para las primeras 24-48 h. A las 24 h se realizaba una llamada telefónica para preguntar el estado de

los pacientes, y en caso de complicación, el paciente era reevaluado en el hospital. Esto tan solo fue necesario en 4 pacientes, en ningún caso hubo que realizar ningún procedimiento añadido. De los 60 pacientes intervenidos en 6 casos presentaban doble patología, y en el caso de las eventraciones complejas, debido a la necesidad de uso de drenajes, quedaron ingresados menos de 24 h.

Conclusiones: La CMA es una opción segura y costo-efectiva en nuestro medio. Desde nuestra asociación hemos comprobado durante estos 5 años que puede extrapolarse a otros países, aunque no dispongan de un modelo sanitario desarrollado. Sin embargo, es fundamental conocer el terreno, disponer de personal médico experimentado y sobre todo una correcta selección de los pacientes y de los procedimientos a realizar.

Palabras clave: CMA, hernia, países en vías de desarrollo, punción intradural, Ecuador.

P-CI-11 EVALUACIÓN DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE 10 AÑOS

M. Esmaili Ramos; P. R. Cruz Romero; F. García Sánchez; J. Broekhuizen Benítez; E. M. Cano Pecharromán; S. Martínez Cortijo

Hospital General Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir diversas características de los casos de colecistectomía laparoscópica llevados a cabo en modalidad de Cirugía Mayor Ambulatoria en el Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina desde el 2010 hasta el 2019.

Métodos: Revisamos un total de 1386 casos en los que se realizó colecistectomía laparoscópica en régimen de CMA desde el 2010 hasta el 2019 en nuestro centro. Se estudian de manera retrospectiva las variables: epidemiológicas, diagnóstico preoperatorio, causas de suspensión, complicaciones postoperatorias (según la clasificación de Clavien), tiempo de estancia en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI), número de pacientes que finalmente requirieron ingreso, así como medidas profilácticas antibióticas y antitrombóticas.

La cirugía se realizó siguiendo la técnica francesa y bajo anestesia general en todos los casos. Tras la intervención

quirúrgica, los pacientes pasan a la sala de reanimación (REA) donde tras pasar de 1-2 horas son dados de alta a la UCSI. Una vez allí, el equipo de enfermería especialmente cualificado se encarga de controlar que todos los pacientes cumplan una serie de ítems establecidos en nuestra unidad de CMA en función del tipo de cirugía para su alta. En caso de no cumplir alguno de estos objetivos los pacientes permanecen en la UCSI previo aviso a los cirujanos de guardia. En cuanto al análisis de datos, describimos los resultados mediante proporciones, porcentajes, mediana y rango intercuartílico (métodos no paramétricos). Al mes de la intervención todos los pacientes fueron seguidos en las consultas de cirugía general.

Resultados: Un total de 1385 pacientes fueron programados para realizarse una colecistectomía laparoscópica en régimen de CMA en el Hospital General Nuestra Señora del Prado en Talavera de la Reina entre el 2010 y el 2019. De ellos, 909 eran mujeres (65,63 %) y 476 hombres (34,36 %), habiendo por lo tanto una relación aproximadamente de 2:1. La mediana de edad fue de 53 años, con un rango intercuartílico de 35 años.

Del total de intervenciones programadas un total de 17 no llegaron a realizarse, una por rechazo del propio paciente y las 16 restantes fueron suspendidas por diversas razones: siete por falta de tiempo, dos por no suspender el tratamiento con metformina antes del día de la cirugía, dos por enfermedad aguda (un herpes zóster y un resfriado), uno por fiebre, uno por hiperglucemia, uno porque el paciente no se presentó, uno por orden médica y el último por presentar una crisis hipertensiva.

La principal indicación quirúrgica fue la colelitiasis sintomática con un total de 1289 casos representando el 93,06 % del total. Otras indicaciones fueron según orden de frecuencia: 23 (1,66 %) casos por colecistitis aguda a las que se les realizó tratamiento médico en algún ingreso previo, 23 (1,66 %) por pólipos vesicales, 20 (1,44 %) por coledocolitiasis tratadas por CPRE y 19 (1,37 %) por episodios previos de pancreatitis. Patologías con menos de un 1 % de frecuencia fueron la colecistopancreatitis (5 casos), colangitis (2 casos) y adenomatosis (2 casos), colangiocarcinoma (1 caso) y por vesícula de porcelana (1 caso).

Según la evaluación de los pacientes por el Servicio de Anestesia, el 31,8 % de ellos (441 casos) fueron clasificados como ASA I, el 63 % (858 casos) como ASA II al tener algún tipo de patología o enfermedad asociada, el 6 % (84 casos) como ASA III y tan solo 2 casos fueron clasificados como ASA IV.

Haciendo referencia a las medidas profilácticas, se administró antibiótico a 874 (63,1 %) pacientes, siendo el ele-

gido en primer lugar la Cefazolina (771), seguido por la amoxicilina/ácido clavulánico (43 casos) y el ciprofloxacino (41 casos). Otras pautas antibióticas utilizadas en menor proporción fueron a base de pantoicinas, metronidazol, cefazolina/gentamicina, mefoxitina, cefoxitina y metronidazol/ciprofloxacino. La profilaxis antitrombótica se empleó previa a la cirugía en 469 pacientes, es decir, aproximadamente a un tercio del total.

El siguiente aspecto analizado fueron las complicaciones médicas que surgieron durante el postoperatorio, las cuales representan el 2,23 % de la serie, pues 31 pacientes del cómputo total tuvieron uno o más problemas médicos tras ser intervenidos. Siguiendo la clasificación de Clavien y Dindo todas ellas fueron de primer grado, tratadas de manera conservadora, predominando las náuseas o vómitos y las retenciones agudas de orina.

Se realizaron 3 reintervenciones, dos por un cuadro de pancreatitis postquirúrgica y una por dolor abdominal incoercible. Hubo 243 pacientes que necesitaron ingreso, lo que representa un 17,5 % de nuestra muestra. Las razones fueron varias: predominando el ingreso “por orden médica” en 175 (72 %) de ellos, seguido del no cumplimiento de los criterios que se establecen en la UCSI para su estancia en 48 (19,8 %) pacientes, falta de turno en la unidad en 13 (5,3 %) ocasiones, vómitos y malestar general en 4 (1,6 %) y por reintervención quirúrgica en 3 (1,2 %) pacientes. En ningún caso fue necesario un reingreso ni se registró ningún fallecimiento.

La última variable analizada fue el tiempo de estancia en la UCSI siendo la mediana de tiempo 18 horas con un rango intercuartílico de 11 horas. El tiempo máximo que un paciente permaneció en esta unidad hospitalaria fue de 55 horas y el mínimo de 5 horas.

Conclusiones: Según nuestra experiencia podemos decir que es seguro, factible y eficiente la realización de la colecistectomía laparoscópica como modalidad de cirugía mayor ambulatoria, ya que aporta numerosas ventajas no solo asistenciales, sino también sociales y económicas, siempre y cuando existan protocolos establecidos y se realice una correcta selección de aquellos pacientes que puedan beneficiarse de este tipo de manejo postoperatorio.

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica, cirugía mayor ambulatoria.

P-CI-12 PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LA CIRUGÍA ELECTIVA DE LA HERNIA INGUINAL PRIMARIA: ¿ES NECESARIA? REVISIÓN DE LA LITERATURA

A. García León; M. Bustos Jiménez; G. Anguiano Díaz; J. R. Soler Frías; J. L. Gollonet Carnicero; F. J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: La cirugía electiva de la hernia inguinal primaria supone > 1 millón de intervenciones al año en Europa y EE. UU. La reparación con el empleo de malla según la técnica de Lichtenstein es la más extendida y utilizada actualmente. A pesar de que a priori esta intervención es una cirugía limpia, en la literatura podemos encontrar una tasa global de infección de sitio quirúrgico que oscila entre el 0-14 % ,por lo que durante los últimos años ha existido gran controversia en cuanto al uso de profilaxis antibiótica.

Nuestro objetivo en este trabajo es presentar una revisión de los principales trabajos y guías publicadas en los últimos años con las conclusiones y recomendaciones actuales sobre la profilaxis antibiótica en la cirugía electiva de la hernia inguinal primaria. Además, nos planteamos la valoración del número necesario a tratar (NNT) para considerar la indicación de administrar esta profilaxis que no está exenta de riesgos.

Métodos: Revisión de las principales guías y revisiones sistemáticas sobre la profilaxis antibiótica en la hernia inguinal primaria.

Resultados: En 2012 se publica en la Cochrane una de las revisiones sistemáticas más amplias hasta el momento con un análisis de 17 ECA, 11 de los cuales analizan el papel de la profilaxis en la hernioplastia, incluyendo a un total de 3574 pacientes. En esta revisión, se concluye a favor de la profilaxis antibiótica con un OR 0,56 (0,38-0,81), sin embargo, no se estratifica por riesgo según las características de los pacientes o el entorno ni se establecen diferencias en cuanto a infección superficial o profunda. Reportan un NNT 56.

En 2016, Erdas y cols. publican en la revista *Hernia* una revisión sistemática de 16 ECA con un total de 5519 pacientes. Sin embargo, al igual que la revisión anterior, no estratifica por riesgo. En esta revisión sí se diferenció en cuanto a la infección superficial y profunda del sitio quirúrgico, aunque en ninguna se encontraron diferencias significativas. El NNT es de 108. En esta revisión comienza

a plantearse la necesidad de asegurar una adecuada asepsia quirúrgica en entornos de alto riesgo de infección de sitio quirúrgico.

En 2017, en el BJS Boonchan y cols. publican otra revisión sistemática con un total de 15 ECA incluyendo a 5159 pacientes que se someten a hernioplastia. En este trabajo se analiza la utilidad de la profilaxis antibiótica para la prevención de la infección del sitio quirúrgico, así como distintos tipos de profilaxis antibiótica. No se realiza estratificación por riesgo. Los resultados de esta revisión apoyan el empleo de la profilaxis antibiótica puesto que reduce la tasa de infección de herida quirúrgica con el empleo de betalactámicos + inhibidores de la betalactamasa, RR 0,44 IC (0,25-0,5) o cefalosporinas de primera generación, RR IC (0,44-0,92) en comparación con el placebo. Se calcula un NNT de 29 con el empleo de betalactámicos + inhibidores de la betalactamasa y de 43 cuando se emplean cefalosporinas de 1.ª generación, apoyando como primera opción el empleo de betalactámicos e inhibidores de la betalactamasa.

Finalmente, en 2018 se publica la guía internacional para el manejo de la hernia inguinal. Se analizan 17 ECA con un total de 5709 pacientes. En este trabajo se establecen 2 grupos en función del riesgo del entorno estableciendo un entorno de bajo riesgo cuando el % de infección del sitio quirúrgico es < 5 %. Además, se enumeran una serie de factores de riesgo de infección de sitio quirúrgico a considerar: Edad > 70 años, sexo femenino, hernia recidivada, inmunosupresión, DM, AR, obesidad o hipoalbuminemia. Tras el análisis estratificado en los dos grupos de riesgo del entorno y considerando el riesgo individual de los pacientes, se establece con un grado de recomendación fuerte, que en los entornos de bajo riesgo con un riesgo individual bajo o moderado, no está indicado el empleo de profilaxis antibiótica, OR 0,72, IC (0,42-1,24) con un NNT de 158. No existe consenso claro en cuanto a los pacientes considerados de “alto riesgo” en un entorno de bajo riesgo, aunque en la práctica clínica habitual sí se administra profilaxis antibiótica a estos pacientes. En los entornos de alto riesgo sí que está justificado el empleo de profilaxis antibiótica con independencia del riesgo individual del paciente con un OR 0,49, IC (0,33-0,74) y un NNT 24.

Conclusiones:

- Si separamos por infección superficial y profunda: no hay diferencias estadísticamente significativas para ISQ profunda.
- En los entornos con un riesgo de infección < 5 % NO hay evidencias para el uso de profilaxis antibiótica.
- Betalactámicos + inhibidores > cefalosp. 1.ª G > resto.
- Necesidad de mejorar el cuidado perioperatorio de los pacientes en aquellos entornos de alto riesgo.

- ¿Es necesaria la profilaxis antibiótica?:
 - Pacientes de bajo riesgo en entorno de bajo riesgo: no.
 - Pacientes de alto riesgo en entorno de bajo riesgo: “sí”.
 - En entorno de alto riesgo: sí.

Palabras clave: Hernia inguinal, profilaxis antibiótica.

P-CI-13 TÉCNICA DE DESARDA PARA LA REPARACIÓN DE LA HERNIA INGUINAL PRIMARIA: ¿ES UNA ALTERNATIVA A LA TÉCNICA DE LICHTENSTEIN? REVISIÓN DE RESULTADOS PUBLICADOS EN LA LITERATURA

A. García León; M. Bustos Jiménez; J. R. Soler Frías; G. Anguiano Díaz; J. L. Gollonet Carnicero; F. J. Padiño Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: En el año 2001 se publica una nueva técnica de reparación para la hernia inguinal primaria descrita por el Dr. Mohan P. Desarda que consiste en una hernioplastia de tejido autólogo con la fascia del oblicuo externo. Se han publicado varios estudios posteriores comparando los resultados en cuanto a complicaciones, tiempo quirúrgico, recidiva y dolor crónico con la técnica de Lichtenstein, gold estándar actual para la hernioplastia inguinal primaria abierta, con resultados equiparables para ambas técnicas. Nuestro objetivo realizar una revisión de esta literatura para analizar los resultados y plantear la utilidad de esta novedosa técnica como arsenal terapéutico a considerar en las reparaciones de la hernia inguinal.

Métodos: Búsqueda bibliográfica en pubmed con los siguientes términos: “Desarda OR herniorrhaphy OR hernia AND repair OR hernia repair”. Se revisaron los 20 artículos obtenidos en la búsqueda.

Resultados: La técnica de Desarda para la reparación de la hernia inguinal primaria surge en un primer momento como alternativa a Lichtenstein por la falta de disponibilidad de material protésico en algunas regiones rurales y más pobres de la India. Sin embargo, tras analizar los resultados de las primeras series de casos descritas por el propio autor, con una tasa muy baja de recidiva y complicaciones, aumenta el interés en esta técnica y se comienzan a publicar ensayos clínicos comparando los resultados con el gold estándar habitual como es la reparación con material protésico según la técnica de Lichtenstein. Así en 2018 Hua Ge y cols. publican una revisión sistemática con 8 EC comparando ambas técnicas concluyendo que la técnica de Desarda vs.

Lichtenstein no tiene diferencias significativas en cuanto al seguimiento a corto plazo con similar tasa de recidivas. Sí presenta mayor tasa de seroma, infección de herida y sensación de cuerpo extraño en el grupo de reparación con prótesis, aunque sin alcanzar la significación estadística. Ese mismo año Emile y cols. publican otra revisión sistemática de 6 ECA con un total de 2159 pacientes concluyendo que ambas técnicas tienen resultados satisfactorios con tasas de recurrencia < 1 % con una mayor tasa de complicaciones en el grupo de Lichtenstein, con mayor número de infecciones de herida quirúrgica y formación de seroma.

Ante la falta de estudios con un seguimiento a más largo plazo y la evaluación homogénea del dolor, en marzo de 2019 se ha publicado un ECA con un total de 123 pacientes con un seguimiento medio de 3 años tras la intervención. En este estudio, destaca a corto plazo, el menor tiempo operatorio y el menor dolor en los 3 primeros días postoperatorios en el grupo de Desarda. A largo plazo (> 3 meses), existe más dolor crónico en el grupo de Lichtenstein aunque no es estadísticamente significativo y solo se registró 1 recidiva herniaria en el grupo protésico, sin diferencia estadísticamente significativa. No existió diferencias en cuanto al tipo de hernia (directa o indirecta). Este grupo de trabajo establece que ambas técnicas tienen resultados similares y que se precisa de un abordaje individualizado en cada paciente planteando la utilización de esta técnica en pacientes jóvenes o con hernias estranguladas, situaciones donde el empleo de material protésico ha tenido tanta discusión.

Conclusiones:

- La técnica de Desarda es costo-eficiente y cumple los requisitos de la cirugía de la hernia.
- La técnica de Desarda está emergiendo como alternativa a la técnica de Lichtenstein con resultados comparables a corto y largo plazo.
- Se necesitan futuros estudios para aportar evidencia de calidad y optimizar la selección de pacientes Tailor-made approach.

Palabras clave: Hernia inguinal, desarda, Lichtenstein.

P-CI-14 RESULTADOS DE LA HEMITIROIDECTOMÍA Y PARATIROIDECTOMÍA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

C. Zaragoza Fernández; G. Eleuterio Cerveró; F. L. Villalba Ferrer; C. Basés Valenzuela; G. Alcalá García

del Río; A. Montaner Sanchís; M. Moragues Casanova; M. Tomé Jiménez

Consortio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos: La cirugía mayor ambulatoria (CMA) y de corta estancia (CE) se está convirtiendo progresivamente en una 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 en régimen ambulatorio de este tipo de patología.

Métodos: Se expone el análisis retrospectivo en el tratamiento del bocio nodular unilateral (BUN) y del hiperparatiroidismo primario (HPTP), en el período comprendido entre enero 2011 y septiembre 2019, en régimen ambulatorio por parte de la sección de cirugía endocrina.

Los criterios de inclusión para patología tiroidea fueron: bocio nodular, unilateral, paciente eutiroideo, sin PAAF previa 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.

Todos los pacientes fueron debidamente informados y firmaron consentimiento informado en consultas externas.

El estudio preoperatorio incluyó, la función tiroidea marcada por la TSH, y la función paratiroidea marcada por la PTH y el calcio sérico. Como pruebas de imagen, se realizaron ecografía cervical a todos los pacientes con bocio nodular y HPTP, asociando a estos últimos, una prueba funcional: la gammagrafía con TC-sestamibi.

Durante la cirugía tiroidea, se restringió el uso de relajantes tan solo a la inducción anestésica para favorecer la utilización de la neuroestimulación del nervio vago y del nervio recurrente (continua o intermitente). En la cirugía paratiroidea, se realizó la determinación sistemática de PTHio utilizando los criterios de Miami.

Tras la intervención los pacientes presentaron una estancia de al menos 6 horas en el hospital de día, desde donde fueron dados de alta si no presentaban complicaciones postoperatorias inmediatas. Al alta se asoció un cuestionario de satisfacción. Se estableció control telefónico a las 24 h tras el alta y en consultas externas al mes de la cirugía.

Conclusiones: Durante este período se han intervenido un total de 413 pacientes; 94 por HPTP y 319 por BUN. El régimen ambulatorio fue aplicado a 58 pacientes por HPTP y 125 por BUN, lo que se traduce en un índice de sustitución global del 44 %, 62 % en el caso del HPTP y 57 % en el BN.

No se presentaron complicaciones intraoperatorias ni reintervenciones inmediatas en el caso del BUN; sí que requirió reintervención un paciente de HPTP por presentar una glándula ectópica mediastínica. No se objetivaron sangrados ni complicaciones en herida quirúrgica. Un paciente intervenido por HPTP presentó un ingreso a las 48h por hipocalcemia transitoria.

El índice de ingresos no deseados fue del 19 % (35 pacientes), siendo la causa más frecuente la no aceptación del alta por el paciente.

La aplicabilidad de la cirugía ambulatoria a procedimientos quirúrgicos endocrinos se presenta como un reto en la actualidad. Con nuestra experiencia progresiva se 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: Tiroides, paratiroides, endocrina, bocio, cirugía.

P-CI-15 EXPERIENCIA EN EL EMPLEO DE MALLAS AUTOFIJABLES EN EL MANEJO DE LA HERNIA INGUINAL. RESULTADOS 2015-2019

J. Rivas Becerra; P. Fernández Galeano; J. D. Turiño Luque; A. Cruz Muñoz; C. Rodríguez Silva; J. Santoyo Santoyo

Hospital Civil Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Analizar nuestra experiencia en el empleo de malla autofijable en el tratamiento de la hernia inguinal por vía anterior.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos de hernia inguinal desde enero de 2015 hasta diciembre de 2019 inscritos en régimen de cirugía mayor ambulatoria o corta estancia con el diagnóstico de hernia inguinal. Se registraron variables epidemiológicas (edad, sexo, BMI, ASA), aspectos intraquirúrgicos (clasificación EHS, tipo de malla empleada, técnica quirúrgica), EVA al alta y tras revisión en consulta; complicaciones (seroma, problema testicular, recidiva...). En las recidivas se identificó: lugar y fecha cirugía previa y tipo de malla. Realizamos un análisis comparativo entre el empleo de mallas autofijables (grupo A) frente a las no autofijables (grupo B). Fueron excluidos los pacientes desprogramados o los intervenidos por laparoscopia o aquellos con procedimientos asociados (hernia ventral-abdominal, colecistec-

tomía). Se empleó el programa SPSS Statistics 15.0 para el registro y análisis de los datos obtenidos. Se calcularon el valor de χ^2 para valores cuantitativos, estableciéndose diferencias significativas para valorar de $p \leq 0,05$.

Conclusiones: Se programaron un total de 1569 pacientes, excluyéndose: 189 (12 %) por cirugía laparoscópica, 63 pacientes suspendidos (4 %), y 26 (1,7 %) por procedimientos asociados (eventración, colecistectomía). Las características epidemiológicas de los 1291 pacientes intervenidos fueron: varón 86,7 % (n = 1119), edad media $59,73 \pm 14,126$ años, BMI $26,61 \pm 3,898$; el 62,1 % de los pacientes eran ASA 2. El 72 % de los pacientes (n = 930) fueron programados en régimen de CMA siendo la tasa global de ambulatorización del 60,4 % (n = 780). La media de duración del ingreso fue de $0,56 \pm 1,13$ días. El diagnóstico al ingreso de hernia inguinal por frecuencia fue: unilateral 70,5% (n = 910), inguino-escrotal 10,5 % (n = 135), bilateral 9,9 % (n = 128), unilateral recurrente 8,4 % (n = 109) y bilateral recurrente 0,7 % (n = 9).

Los hallazgos intraoperatorios fueron: Hernias indirectas 54,1 % (n = 696); hernias directas 29,9 % (n = 384); mixtas 13,2 % (n = 170); crural/femoral 2 % (n = 26); otros 0,7 % (n = 10). La técnica más empleada fue el Lichtenstein en el 72,4 % (n = 931), seguido del Rutkow-Robins en el 26,3 % (n = 338). En el 82 % de los pacientes (n = 1058) la malla empleada fue autofijable, frente al 16,3% (n = 211) en que se emplearon mallas no autofijables. En el 85 % de los pacientes (n = 1097), independientemente de la malla empleada, se aplicó material de sutura para su fijación, no empleándose ninguno en el 10,5 % (n = 136).

Al analizar de forma separada los resultados de mallas autofijables (grupo A) frente a las que no lo son (grupo B), encontramos: el 16,1 % (n = 125) de los pacientes del grupo A causaron pernocta no planificada frente al 20,4 % (n = 28) del grupo B ($\chi^2 = 1,548$; $p = 0,213$). El empleo o no de material de fijación en los sujetos del grupo A no conllevó diferencias en la pernocta no planificada ($\chi^2 = 0,67$; $p = 0,413$). Al comparar la media de dolor al alta hospitalaria en el grupo A fue de $4,24 \pm 2,855$ frente al $3,36 \pm 2,765$ del grupo B ($p = 0,056$). En la revisión en consulta al mes el nivel medio de dolor del primer grupo fue de $0,98 \pm 1,575$ frente al $0,67 \pm 1,222$ del segundo ($p = 0,134$). Al analizar específicamente el grupo A en base o no al empleo de material de sutura no hubo diferencias en el grado de dolor al alta ni al mes de revisión ($p = 0,562$ y $p = 0,596$ respectivamente).

La tasa de complicaciones en la revisión en consulta fue del 5,4 % (n = 51/943) del grupo A frente al 8,5 % (n = 16/187) del grupo B ($\chi^2 = 2,772$; $p = 0,095$). Al analizar el grupo A

si se había empleado o no material de sutura extra no hubo diferencias significativas ($\chi^2 = 0,113$; $p = 0,736$).

Al analizar los pacientes con diagnóstico postoperatorio de hernia recurrente ($n = 133$), fueron excluidos 11 (7 hernias crurales; 4 intervenidos por inguinodinia). Del 91,7 % de los restantes pacientes ($n = 122$) el 45,9 % ($n = 56$) habían sido intervenidos en nuestro centro, un 32,8 % ($n = 40$) en otros centros (35,3 % $n = 12$ en otros SNS, el restante 64,7 % en clínicas privadas/concertadas). De los 56 pacientes intervenidos en nuestro centro, 29 (51,8 %) habían sido operados en el periodo de estudio, siendo nuestra tasa de recurrencia del 2,25 % por paciente ($n = 1291$) y del 2 % por hernia ($n = 1428$).

Conclusión: En nuestra experiencia el empleo de mallas autofijables no mejora el grado de dolor tanto al alta como en la revisión en consulta.

No encontramos diferencias significativas en la tasa de complicaciones asociadas al uso de mallas autofijables frente a la malla tradicional.

La tasa de recurrencia se sitúa en nuestro centro en el 2 % de los procedimientos tras un seguimiento de 5 años.

Palabras clave: Hernia inguinal, malla autofijable, recurrencia.

P-CI-16 PANDEMIA Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN OSI ARABA

M. Camuera González; M. Sánchez Rubio; D. García López de Goicoechea; A. Vázquez Melero; P. Paunero Vázquez; I. Soeda Seminario; P. Helguera Matinez; E. Campo Cimarras

Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz

Introducción: La pandemia ha trastocado la actividad asistencial en todos los servicios de nuestra OSI durante el año 2020. El Servicio de Cirugía General no ha sido una excepción. Nuestro servicio realiza su actividad en dos sedes. La patología que requiere ingreso, fundamentalmente la oncológica, se realiza en la sede Txagorritxu, con un pequeño porcentaje de CMA generalmente en turno de tarde. El mayor volumen de CMA se realiza en la sede Santiago.

Objetivos: Los objetivos de este estudio son valorar la repercusión de la pandemia en nuestra actividad quirúrgica en cirugía mayor ambulatoria comparándola con la actividad con ingreso, así como analizar los múltiples factores que han influido.

Métodos: Hemos realizado una revisión de los datos de actividad quirúrgica con ingreso y por CMA en ambas sedes de nuestro servicio durante el año 2020, comparando estos datos con los del 2019.

Resultados: En nuestro servicio se operaron de forma programada en 2019 un total 3976 enfermos, en 2020 y como consecuencia de la pandemia el total de cirugías bajo a 3154 lo que supuso una disminución de la actividad de un 20,7 %. Esta disminución fue desigual en nuestras dos sedes, mientras en la sede Txagorritxu (sede de referencia de COVID la disminución de la actividad fue del 30,5 %, en la sede Santiago (sede de principal actividad de CMA) fue solo del 4,1 %.

Si nos centramos solo en la actividad de CMA esta disminuyó en número de enfermos, 888 en 2020 comparando con los 1025 de 2019, lo que supuso una disminución del 13,4 %, aunque sin embargo el porcentaje de CMA respecto a la cirugía total se vio incrementado un 4,6 % en 2020.

La disminución de la actividad de CMA fue desigual en las dos sedes, cayó un 20,6 % en la sede Txagorritxu y un 7,7 % en la sede Santiago. El porcentaje de CMA sobre el global de la actividad quirúrgica aumentó en ambas sedes a pesar de la pandemia, es más, ha sido mayor en la sede con menor actividad habitual de CMA.

Encontramos la explicación de estos datos en lo ocurrido en nuestra OSI durante 2020. En la primera ola de la pandemia la Sede Txagorritxu pasó a ser centro de referencia COVID, lo que supuso el paso de los quirófanos a boxes de UCI. Se mantuvieron únicamente quirófanos para urgencias y actividad obstétrica, además la unidad de cirugía sin ingreso se transformó en área de hospitalización convencional. La cirugía oncológica y no demorable se trasladó a la sede Santiago, desplazando la actividad de CMA. Cuando aumentó la presión hospitalaria COVID en la sede Txagorritxu, en la sede Santiago también comenzaron a ingresarse los pacientes COVID, los quirófanos de esta sede sí se mantuvieron operativos, pero la falta de camas de UCI necesarias para cirugías complejas y la falta de enfermería quirúrgica que se trasladó a la UCI, nos obligó a realizar parte de nuestra actividad quirúrgica oncológica en centros privados a los que nos desplazamos a operar a nuestros pacientes. Fue en este momento de la pandemia, abril de 2020, cuando nuestra actividad de CMA se redujo prácticamente a cero.

Superada la primera ola, toda la actividad quirúrgica se ha recuperado paulatinamente, pero sobre todo a costa de la CMA. Incluso durante los meses de junio, julio y septiembre se han superado los datos del 2019. La influencia de los sucesivos rebrotes de final de año, han provocado una disminución de la actividad en cirugía con ingreso, pero la CMA apenas se ha visto afectada.

TABLA I

	CIRUGÍA PROGRAMADA		CMA TOTAL	
	2019	2020	2019	2020
Enero	386	346	101	79
Febrero	368	375	110	78
Marzo	346	147	100	33
Abril	260	38	69	1
Mayo	375	231	95	76
Junio	360	322	91	104
Julio	236	269	49	100
Agosto	103	117	30	46
Septiembre	414	347	92	108
Octubre	433	405	105	109
Noviembre	382	311	105	79
Diciembre	313	246	78	75
TOTAL	3976	3154	1025	888

Conclusiones:

- La CMA fue penalizada en nuestra OSI al inicio de la pandemia al priorizarse otras cirugías oncológicas y no demorables. Durante esta primera ola parte de los recursos de la CMA se utilizaron para atender pacientes COVID.
- La CMA ha sido fundamental en la recuperación de la actividad quirúrgica en meses posteriores de la pandemia, los porcentajes sobre cirugía total han aumentado incluso respecto al año anterior, lo que nos lleva a remarcar la importancia de la CMA como una actividad a potenciar incluso en tiempo de pandemia. Estos circuitos ambulatorios aumentan la seguridad de nuestros pacientes evitando estancias innecesarias y además esta cirugía no consume los recursos de hospitalización que se pueden destinar a otros procesos como la atención de los pacientes COVID.
- Potenciar la CMA es posible y necesario siempre, pero más en tiempo de pandemia.

Palabras clave: Pandemia, cirugía mayor ambulatoria.

P-CI-17 CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN TIEMPOS DE COVID: ¿SE DEBE PRIORIZAR LA MAÑANA?

C. Monje Salazar; J. L. Cuba Castro; J. M. Cabrera Bermon

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Objetivos: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) actualmente representa el estándar de cirugía electiva en hasta el 80 % de los procedimientos quirúrgicos. Innumerables estudios avalan esta práctica como segura, con una satisfacción elevada por parte del paciente y una baja tasa de complicaciones.

Si bien durante las primeras semanas de la pandemia producida por el virus SARS-CoV-2 se produjo el cese de la práctica totalidad de la actividad de CMA, posteriormente y dadas las características de contagio de la enfermedad, hubo un cambio en la actuación por parte de los sistemas sanitarios, potenciando la CMA como forma de asistencia sanitaria más segura para personal y pacientes.

Como consecuencia de la pandemia que produjo un colapso del sistema sanitario, con el cese de la actividad quirúrgica en cuanto a procedimientos demorables, se ha generado un aumento importante del número de pacientes en lista de espera.

La Cirugía Mayor Ambulatoria tiene un papel protagonista en cuanto a cirugía segura en situación de pandemia, y como medida que facilite una mejor gestión de las crecientes listas de espera. Por ello, nos planteamos si esta debe ser priorizada en turno de mañana, donde tradicionalmente se consiguen mejores tasas de ambulatorización.

Métodos: Evaluamos si existen diferencias de resultados en cuanto a tasa de ambulatorización entre el turno de mañana y el de tarde en nuestro centro, Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, previo a la situación de pandemia, durante el año 2019, con el fin de conseguir llevar a cabo el mayor número de intervenciones posibles en régimen CMA como práctica más segura y resolutive actualmente.

Conclusiones: En el año 2019 se intervinieron en régimen CMA 1761 pacientes, de los cuales 1094 fueron intervenidos en turno de mañana y 667 en turno de tarde. En ambos grupos se intervino patología de pared, patología proctológica y patología biliar benigna, con una distribución similar (53,5 %, 31,25 % y 15,25 % en turno de mañana frente a 55,3 %, 32,4 % y 12,3 % respectivamente en turno de tarde), al tratarse en general de quirófanos ‘tipo’ con tiempos muy ajustados.

No obstante, y aunque no queda reflejado en los datos, se procuró programar las intervenciones de mayor complejidad, sobre todo de patología biliar y pared compleja, para el turno de mañana.

En cuanto al alta, en el turno de mañana el 96,4 % de los pacientes fueron dados de alta al cabo de las 4-8 h de la intervención, mientras que en el turno de tarde el 15,1 %

de los pacientes pernoctaron. En el grupo de la mañana, las principales causas de ingreso no programado fueron por complejidad de la patología intervenida, comorbilidad asociada y causas de índole social. Sin embargo, en el turno de tarde, las principales causas de ingreso estaban relacionadas con el no cumplimiento de los criterios necesarios para el alta (deambulación, tolerancia, micción...); aspectos que no se cumplieron hasta bien entrado el turno de noche, impidiendo de esta manera el regreso del paciente al domicilio.

Conclusiones: Aunque durante las primeras semanas de la pandemia por COVID-19 se produjo una suspensión casi total de la cirugía en régimen CMA, llegando en Italia a suspenderse más de 650.000 procedimientos ambulatorios, al considerarse demorables y ante la necesidad de espacios para albergar a los enfermos respiratorios, posteriormente se objetivó la necesidad de retomar la actividad quirúrgica, priorizando la asistencia ambulatoria.

En nuestros resultados conseguidos en 2019 objetivamos una menor tasa de ambulatorización en el turno de tarde en relación fundamentalmente con el factor tiempo, mientras que las causas de ingreso en el turno de mañana se relacionaban más con la dificultad de la patología y la comorbilidad del paciente, ambas previsibles a la hora de programar un quirófano, y bien estudiadas en la literatura.

Ante estos hallazgos y la situación actual de pandemia, parece razonable modificar la programación quirúrgica, seleccionando a los pacientes y distribuyéndolos entre mañana y tarde según su riesgo de ingreso no programado. De esta manera, aquellos pacientes que previsiblemente deban pernoctar o alargar su estancia más de 8 horas desde la intervención por comorbilidades asociadas que precisen mayor tiempo de vigilancia, o por complejidad de la patología que suponga mayor tiempo de recuperación, deberían ser programados en turno de tarde y así optimizar los recursos disponibles, liberando camas y personal sanitario.

Por último, consideramos que el circuito de CMA es actualmente el más seguro dadas las características de la enfermedad por SARS-CoV-2, por lo que se debe potenciar para todos aquellos procedimientos en los que la literatura ha establecido su seguridad.

Palabras clave: Cirugía, ambulatoria, pandemia, mañana, priorización.

P-CI-18 OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POSTQUIRÚRGICA TRAS HERNIOPLASTIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA TOTALMENTE EXTRAPERITONEAL

C. Monje Salazar; J. M. Cabrera Bermon; J. L. Cuba Castro

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Objetivos: Presentar un caso de hernia interna preperitoneal como causa de obstrucción intestinal en el postoperatorio diferido de un paciente sometido a una reparación inguinal vía laparoscópica totalmente extraperitoneal.

Métodos: Presentamos el caso de un varón de 35 años de edad sin antecedentes relevantes sometido de forma electiva a una reparación de hernia inguinal derecha vía laparoscópica totalmente extraperitoneal (TEP) por un equipo quirúrgico en curva de aprendizaje. Se utilizó un trócar de 12 mm periumbilical y dos de 5 mm infraumbilicales. Se realizó la cirugía siguiendo los criterios de visión crítica del orificio miopectíneo. Durante las maniobras de disección se produjo una gran apertura peritoneal que se cerró con “endoloop” y “clips”.

El postoperatorio inmediato cursó sin incidencias, siendo dado de alta en régimen de CMA. Hacía el octavo día postoperatorio, el paciente acudió a su cita de revisión presentando dolor y distensión abdominal asociado a náuseas con vómitos y ausencia de tránsito intestinal de 48 horas de evolución. Presentaba un abdomen distendido, timpánico y doloroso a la palpación. Análíticamente sin alteraciones, salvo PCR de 184 mg/L. La radiografía de abdomen demostró una dilatación de asas de intestino delgado. La TC abdominal evidenció signos de obstrucción intestinal en relación con una hernia interna de intestino delgado a través de un defecto peritoneal adyacente a una región con numerosos clips. Se decidió tratamiento quirúrgico urgente con abordaje laparoscópico. Se utilizaron dos trócares de 12 mm en el flanco izquierdo e infraumbilical, respectivamente, y un trócar de 5 mm a nivel de hipogastrio. Se constató la presencia de una hernia interna a través del defecto peritoneal. Se realizó reducción herniaria sin necesidad de resección intestinal. La malla se visualizó a través del defecto peritoneal, estaba intacta. Dada la desvitalización de los bordes peritoneales, se consiguió un cierre incompleto mediante sutura barbada. Por ello, se optó por la colocación de una prótesis de componente mixto mediante técnica IPOM. El postoperatorio cursó sin incidencias, siendo dado de alta a las 72 horas. El paciente fue revisado a las 4 semanas de la reintervención, no demostrándose recidiva, EVA de 3 y realizando sus actividades diarias con normalidad.

Conclusiones: La obstrucción intestinal como complicación tras TEP y TAPP laparoscópico se estima en un 0,28 %. Está ocasionada por defectos a través de los puertos laparoscópicos, adherencias intrabdominales, así como adherencias con la malla. Estas complicaciones se minimizan con el abordaje TEP al no violar la cavidad abdominal. No obstante, consecuencia de las maniobras de disección se producen desgarros peritoneales con tasas variables entre un 13 y 47 % de los casos. Estos desgarros peritoneales no solo generan una reducción del espacio preperitoneal, sino que predisponen a adherencias intestinales y hernias internas. A pesar del aumento potencial de complejidad técnica y mayor consumo de tiempo quirúrgico, se recomienda cerrar dichos defectos.

Existen múltiples técnicas para cerrar los desgarros peritoneales como son la colocación de endoloop: sutura, grapado e incluso coagulación con bipolar. En nuestro caso, dada la desvitalización de los bordes peritoneales, se optó por cubrir el defecto con la colocación de una malla intraperitoneal. La identificación temprana de daños en la hoja posterior rectal y/o peritoneal, la desinflación tras una minuciosa inspección de la integridad peritoneal y el cierre del defecto peritoneal sin tensión, ayudan a minimizar la incidencia de hernias internas como la descrita.

Palabras clave: TEP, hernia, obstrucción, peritoneo.

P-CI-19 CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL, CIRUGÍA AMBULATORIA Y PANDEMIA

S. González Vinagre; R. Arcila Bermúdez; A. Calvache; B. Vidal Herrador; M. Bustamante Montalvo
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Objetivos: Los pacientes con enfermedad renal crónica en fase terminal dependen de alguna de las modalidades de terapia renal sustitutiva: hemodiálisis o diálisis peritoneal. En comparación con la hemodiálisis, la diálisis peritoneal mejora la preservación de la función renal residual con un menor costo de la terapia y mayor calidad de vida para el paciente. Por otro lado, la laparoscopia favorece la visualización directa de la implantación, permitiendo así la ejecución de otros procedimientos (adhesiolisis, omentopexia, fijación del catéter...) y favorece la ambulatorización. La inserción laparoscópica del catéter de diálisis peritoneal reduce las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias prematuras, además de aumentar el periodo de super-

vivencia sin complicaciones asociadas al catéter. Las dos razones más comunes del fracaso de la diálisis peritoneal son las complicaciones relacionadas con catéter, infecciosas o mecánicas. Una ventaja insospechada de la diálisis peritoneal en un escenario pandémico como el actual es que disminuye la frecuentación hospitalaria, al realizarse en domicilio, por lo que cobran valor dos de sus características: su realización de forma autónoma en el propio domicilio del paciente y la posibilidad de ambulatorización del proceso de inserción del catéter.

Métodos: Describimos la técnica de inserción del catéter de diálisis peritoneal que hemos adoptado en nuestro centro. El formato póster nos permite presentar los pasos clave con su correcta explicación. Realizamos la intervención de forma laparoscópica y en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria. Utilizamos un catéter Braun-SPC® autoposicionable que incluye en la punta un cilindro de tungsteno recubierto de silastic, asegurando de esta manera la posición del catéter en la cavidad peritoneal y evitando su malposición inicial.

La intervención se realiza bajo anestesia general con el paciente en decúbito supino y ligero Trendelenburg. Accedemos a la cavidad abdominal a través de una incisión infraumbilical, introduciendo un trócar de 10 mm y, bajo visión laparoscópica, insertamos un trócar de 5 mm extralargo en fosa ilíaca izquierda que tunelizamos caudalmente antes de perforar el peritoneo. El catéter se introduce a través del trócar umbilical con ayuda de la óptica. La punta de tungsteno se posiciona en el fondo de saco de Douglas y con la pinza auxiliar se sujeta el otro extremo del catéter y se extrae junto con el trócar de fosa ilíaca izquierda, asegurándonos de que los dos cuffs de teflón quedan correctamente posicionados, uno en el tejido celular subcutáneo y, el otro, intramuscular (el cuff subcutáneo debe quedar, al menos, a 2,5 cm del orificio de salida). Utilizando una pinza laparoscópica se tuneliza a nivel subcutáneo el extremo del catéter. Se ensamblan las conexiones del catéter y se comprueba el correcto paso bidireccional de la solución de diálisis a la cavidad abdominal con la ayuda de la enfermera de la Unidad de Diálisis Peritoneal. Posteriormente procedemos a su fijación sin suturas.

Conclusiones: En la actualidad, la cirugía laparoscópica en la implantación de catéteres de diálisis peritoneal se ha establecido como una modalidad alternativa a la cirugía abierta y su uso ha crecido de manera constante. Del mismo modo, la pandemia ha disparado la modalidad peritoneal de la diálisis y también debe hacerlo con la cirugía ambulatoria. Por ello, la implantación laparoscópica de los catéteres de diálisis peritoneal en régimen de CMA conjuga todos los elementos que deben componer una correcta indicación de cirugía ambulatoria en un escenario pandémico. En nuestra experiencia, es la técnica ideal, ya que es fácilmente

reproducibile y presenta buenos resultados. Pretendemos con este póster mostrar los pasos clave de nuestra técnica para que pueda ser adoptada o mejorada por otras unidades. El conocimiento de las mejores prácticas en la inserción laparoscópica de catéteres de diálisis puede minimizar el riesgo de complicaciones y aumentar la probabilidad de una terapia exitosa.

Palabras clave: Catéter, diálisis peritoneal, cirugía ambulatoria, pandemia, laparoscopia.

P-CI-20 CMA Y PANDEMIA, ¿CONDENADOS A ENTENDERSE?

E. Fernández Fernández; S. González Vinagre; F. J. González Rodríguez; A. I. Calvache González; B. Vidal Herrador; B. L. Prada López; M. Bustamante Montalvo
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

Objetivos: Debido a la crisis mundial provocada por la pandemia por coronavirus, muchos centros sanitarios de todo el mundo se han visto obligados a redistribuir sus recursos para atender de forma emergente a pacientes afectados de COVID y, al mismo tiempo, dar respuesta a los problemas de salud agudos y crónicos habituales, incluyendo cirugías no diferibles. Este escenario ha llevado a una interferencia entre procesos, induciendo una drástica reducción de la actividad quirúrgica programada para disponer de recursos humanos y materiales para pacientes críticos, lo que ha obligado a redefinir los circuitos asistenciales.

En este sentido, las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) han servido como modelos de asistencia quirúrgica “covid-free”, permitiendo la realización de cirugías electivas en pacientes seleccionados de manera segura y sin necesidad de camas de hospitalización. Sin embargo, es innegable que su actividad se ha visto afectada. El objetivo de este trabajo es examinar qué impacto ha tenido la pandemia en el programa de Cirugía Mayor Ambulatoria de nuestro centro.

Métodos: Análisis comparativo de las intervenciones realizadas en régimen de CMA en el global del hospital y, específicamente, en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo durante los años 2019 (sin pandemia) y 2020 (con pandemia). Hemos analizado, también, algunos de los indicadores asociados, como la demora media en lista de espera quirúrgica, la demora media en consultas externas y la demora para la realización de pruebas diagnósticas.

Resultados: En 2020 se han realizado en nuestro hospital 6704 intervenciones en régimen de CMA frente a 8449 el año anterior, lo que supone una disminución de un 26 %. En el servicio de Cirugía General se han realizado 398 intervenciones en régimen de CMA durante 2020, frente a 492 el año previo (2019), lo que supone una disminución del 20 %. Debemos destacar el incremento de actividad en UCMA de los servicios de Cirugía Pediátrica y de Cirugía Maxilofacial, que incrementaron su actividad ambulatoria un 35 y un 31 %, respectivamente.

La demora media global en lista de espera en nuestro hospital en 2019 fue de 55,5 días, incrementándose hasta 72 días en 2020 (29,7 %). La demora media de nuestro servicio pasó de 47,3 a 61 días, lo que supone un incremento de 13,7 % durante 2020. Si analizamos los datos comparando julio de 2019 con julio de 2020 (lo que supone medir directamente el impacto de la primera ola de la pandemia), la demora media pasó de 55 a 110 días, lo que supone un incremento del 100 %.

La demora media para una primera consulta fue en nuestro hospital de 38,8 días en 2019, disminuyendo hasta 32,7 días en 2020. En nuestro servicio, la demora pasó de 28,2 días en 2019 a 17,4 en 2020.

En relación con el tiempo medio de espera para realización de pruebas complementarias (que incluyen desde radiografía convencional a otras pruebas complejas como PET, gammagrafías, estudios funcionales o endoscopias), la diferencia media es menos notoria, siendo en 2019 de 51,1 días y de 51,7 días en 2020.

Conclusiones: La pandemia ha tenido un impacto brutal en la demora media en lista de espera, llegando a doblarla en algún momento. De forma paralela, la actividad en CMA ha disminuido considerablemente. La demora en consultas externas ha disminuido debido, probablemente, a la disminución de la demanda. En lo referente a las pruebas diagnósticas, la demora no se ha visto afectada, al equilibrarse la disminución de la demanda con el aumento teórico de la demora. A pesar de que la Cirugía Mayor Ambulatoria integra circuitos asistenciales seguros y que debe mantenerse en pandemia, tal como aconsejan todas las sociedades nacionales e internacionales, hemos asistido a una disminución del número de cirugías electivas en régimen de CMA durante este periodo. Algunos servicios han sabido ver en la pandemia una oportunidad para incrementar su actividad ambulatoria, reduciendo el impacto global en su actividad. La propia disposición arquitectónica de las unidades y su modelo organizativo han sido claves en su grado de afectación, hecho que debe ser tenido en cuenta a la hora del diseño futuro de las unidades de cirugía ambulatoria, aumentando su independencia del hospital, preparando ya

al sistema para esta y futuras pandemias. Es innegable que los circuitos de CMA son circuitos asistenciales seguros, que nos permiten realizar cirugías programadas sin demoras y con total seguridad para el paciente y para los profesionales, por lo que su actividad debe mantenerse.

Palabras clave: CMA, cirugía, pandemia.

P-CI-21 SARCOMAS DEL CORDÓN ESPERMÁTICO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS. EXPERIENCIA EN NUESTRA UNIDAD DE CMA

A. Chivite Moreno; A. Ortega Carrasco; A. Gallego Vela; L. Gómez Bujedo; R. Martín Balbuena; C. Méndez García

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Introducción: La mayoría de los tumores del cordón espermático son lipomas benignos, sin embargo, casi todos los tumores malignos son sarcomas. Estos últimos constituyen una entidad rara y habitualmente afectan a pacientes mayores. La frecuencia de diagnóstico incidental de dichos tumores durante la reparación quirúrgica de una hernia inguinal es menor del 0,1 %. Histológicamente, la mayoría de los sarcomas del cordón son liposarcomas. En general, son bien diferenciados y muestran un patrón de crecimiento lento, con buen pronóstico.

Habitualmente se presentan como una masa unilateral sólida, no dolorosa. Suelen originarse por debajo del anillo inguinal y crecer en el escroto, aunque algunos se pueden extender hacia la región inguinal, pudiendo simular una hernia inguinal.

La ecografía es la primera técnica diagnóstica empleada para la caracterización de cualquier tumoración escrotal. Así, los liposarcomas pueden presentarse ecográficamente como una masa heterogénea con una cantidad variable de grasa y áreas hiperecoicas. La TC y la RMN permiten determinar la extensión a los tejidos vecinos y la presencia de adenopatías pélvicas o retroperitoneales.

Dado que el gold standard de tratamiento es la cirugía, ante el diagnóstico preoperatorio o el hallazgo intraoperatorio de una masa sugestiva de sarcoma del cordón, debe llevarse a cabo una orquiectomía radical, resección del tumor, ligadura alta del cordón espermático y escisión amplia de los tejidos circundantes en el canal inguinal.

El patrón principal de diseminación de estos tumores está representado por la extensión local. Aunque las metástasis linfáticas y hematógenas son posibles, dada su baja incidencia, la resección ganglionar locoregional se reserva para pacientes con adenopatías patológicas en las imágenes preoperatorias.

Algunos autores sugieren la utilización de radioterapia adyuvante tras la resección quirúrgica en pacientes con alto riesgo de recurrencia local. Dadas las características y el pronóstico de esta entidad, debe llevarse a cabo un seguimiento estrecho con TAC de control periódicas.

Métodos: Caso 1. Paciente varón de 60 años remitido por sospecha de hernia inguinal derecha de dos años de evolución. A la exploración, tumoración que protuye con los movimientos de Valsalva con transluminación negativa. Se programa para hernioplastia en enero de 2014, con el hallazgo intraoperatorio de una gran tumoración del cordón infiltrativa, llevándose a cabo exéresis de la misma, orquiectomía derecha y ligadura del cordón espermático. El examen histológico determinó la existencia de un liposarcoma bien diferenciado del cordón espermático, con dudosa infiltración de los márgenes de resección. En el seguimiento radiológico tras la cirugía, se evidenció una lesión residual en la región inguino-pélvica, por lo que se sometió a una cirugía de ampliación de márgenes, con exéresis de una nodulación de aspecto fibroso y el tejido circundante y ligadura más alta del conducto deferente. En noviembre de 2015 la TC de control mostró una recidiva a nivel del cordón espermático que motivó una nueva cirugía con exéresis en bloque de la misma. Tras la cirugía, por la proximidad de la lesión a los márgenes de resección, recibió tratamiento con RT adyuvante. Continúa seguimiento hasta que en enero de 2017 se visualiza una nueva lesión sospechosa de recaída local, volviendo a intervenir con exéresis de tumoración inguinal entrando a bolsa escrotal. La AP demostró recidiva que contactaba planos quirúrgicos. Se desestimó cirugía de rescate debido a las múltiples resecciones previas y la radiación. Última revisión en enero de 2021 con estabilidad de la lesión residual y sin evidencia de enfermedad a distancia.

Caso 2. Paciente varón de 48 años remitido por sospecha de hernia inguinal izquierda con ecografía preoperatoria compatible con dicho diagnóstico. Se programa para intervención quirúrgica en diciembre de 2016, llevándose a cabo, ante el hallazgo de una masa de aspecto tumoral con infiltración del cordón espermático, exéresis amplia de la misma, orquiectomía izquierda y ligadura alta del cordón. La AP determinó la existencia de un liposarcoma bien diferenciado del cordón espermático con dudosa infiltración de los márgenes de resección. Se lleva a cabo posteriormente

un seguimiento estrecho sin evidencia de recaída local ni a distancia hasta última revisión en febrero de 2021.

Conclusiones: Aunque son muy infrecuentes, los sarcomas del cordón espermático pueden simular una hernia inguinal, por lo que los cirujanos deben tener en cuenta esta posibilidad diagnóstica. Ante el hallazgo preoperatorio o intraoperatorio de estos tumores, el tratamiento recomendado es la orquiectomía radical con escisión local amplia y ligadura alta del cordón espermático. Dado el riesgo elevado de recurrencia se debe hacer un seguimiento estrecho. Por último, aunque el uso de radioterapia adyuvante es aún controvertido, habitualmente se emplea si existen dudas sobre la afectación de los márgenes de resección.

Palabras clave: Liposarcomas, hernioplastia.

P-CI-22 EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DEPENDIENTES DEL PACIENTE Y SU RELACIÓN CON EL DOLOR Y LA HEMORRAGIA POSTAMIGDALECTOMÍA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

M. Magdalena Díaz¹; P. García-Cabo Herrero¹; D. Pedregal Mallo¹; R. Cobo Díaz²; A. Sopena Zubira¹; J. P. Rodrigo Tapia¹

¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Objetivos: La amigdalectomía realizada de forma ambulatoria es un procedimiento seguro. Sin embargo, comporta una morbilidad y potenciales complicaciones que hacen necesario un planteamiento perioperatorio que proporcione confort y seguridad al paciente en su domicilio.

Las principales complicaciones que se producen tras una amigdalectomía son el sangrado (entendido como autolimitado y que no requiere atención médica), la hemorragia (aquella que requiere atención médica) y el mal control del dolor, que causa disfagia. La adhesión a ciertos principios, como la técnica quirúrgica fría, la utilización de protocolos analgésicos y la realización de entrevista preoperatoria y seguimiento postoperatorio ayudan a un mejor control del proceso, minimizando las complicaciones.

No obstante, existen factores dependientes del paciente que pueden influir en la aparición de complicaciones postoperatorias como son el sexo, la edad o el tiempo transcurrido entre la última infección amigdalares y la intervención quirúrgica, que deben ser considerados en el seguimiento postoperatorio.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la influencia de dichos factores en la aparición de las principales complicaciones postamigdalectomía.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, observacional y transversal, no aleatorizado, entre enero de 2017 y enero de 2019, en pacientes adultos intervenidos de amigdalectomía en régimen ambulatorio.

Los pacientes fueron intervenidos por faringoamigdalitis bacterianas y/o abscesos periamigdalinos recurrentes, hipertrofia o asimetría amigdalares. Se consideró episodio de infección amigdalares aquel diagnosticado según los criterios de faringoamigdalitis aguda bacteriana y tratado con antibióticos adecuados durante 10 días.

Todos los pacientes incluidos en el estudio fueron intervenidos mediante técnica fría y se les pautó analgesia según un protocolo estandarizado. Se llevó a cabo una entrevista preoperatoria por Enfermería, así como un seguimiento postoperatorio telefónico.

Además de los datos recogidos en la historia clínica de los pacientes, en la entrevista preoperatoria se obtuvo información sobre alergias, fecha de la última amigdalitis y situación actual del paciente. El seguimiento telefónico se realizó al 2.º, 4.º, 7.º y 15.º día del postoperatorio, proporcionando los datos sobre dolor, sangrado/hemorragia, visitas a urgencias e ingresos/reingresos hospitalarios. El dolor postoperatorio fue evaluado utilizando la Escala Numérica (EN) de 0 a 10. En Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) son aceptados como óptimos valores ≤ 3 .

La relación entre variables cualitativas se analizó mediante el test Chi-Cuadrado de Pearson. Se valoró asimismo las diferencias entre las variables cuantitativas entre dos grupos, a través del test t de Student. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$. Se utilizó el programa R Development Core Team, versión 3.6.3.

Resultados: Se incluyeron 95 pacientes que cumplían los criterios previamente mencionados. Se produjo sangrado en 36 pacientes (38 %), siendo 18 varones y 18 mujeres. La edad media de los pacientes que tuvieron sangrado fue de 26,36 años, el rango de edad para los varones fue de 19-55 años y para las mujeres de 15-45 años. Los episodios de sangrado se produjeron entre el 2.º y 12.º día del postoperatorio. La hemorragia tuvo lugar en 18 pacientes (19 %), 9 varones y 9 mujeres con una edad mediana de 25,5 años, los varones presentaron un rango de edad de 21-55 años y las mujeres de 17-32 años.

Respecto al dolor postoperatorio, se recogieron puntuaciones más bajas en varones durante los primeros días, alcan-

zando diferencias significativas con las puntuaciones dadas por mujeres ($p = 0,005$). A partir del 7.º día postoperatorio no se encontraron diferencias en las puntuaciones entre ambos sexos.

La muestra se dividió en 3 grupos por edad: < 18, de 18 a 30 y > 30 años; y se evaluó la asociación entre la edad y el dolor postoperatorio. Aunque el grupo de 18 a 30 años refiere puntuaciones de dolor más bajas al 4.º, 7.º y 15.º días del postoperatorio, no se encontraron diferencias significativas.

No se halló relación entre el último proceso infeccioso amigdalario y los episodios de sangrado/hemorragia. Sin embargo, los pacientes intervenidos en las 4 semanas siguientes a la última amigdalitis presentaron puntuaciones de dolor más altas durante todo el postoperatorio, con diferencias significativas en el 7.º día postoperatorio ($p = 0,012$).

Conclusiones: Los varones presentan mayor incidencia de hemorragia postoperatoria que las mujeres. El tiempo transcurrido tras la última infección amigdalario se relaciona con un mayor dolor postoperatorio, pero no con mayores tasas de hemorragia postquirúrgica.

Palabras clave: Amigdalectomía, dolor, hemorragia, complicaciones postoperatorias.

P-CI-23 ANOPEXIA MUCOSA GRAPADA PARA EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA HEMORROIDAL: RESULTADOS EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

A. Benavides dos Santos; L. A. Hidalgo Grau; F. Martínez Burgos; O. Estrada Ferrer; M. del Bas Rubia; E. M. García Torralbo; P. Clos Ferrero; E. Bombuy Giménez
Hospital de Mataró, Barcelona

Objetivos: La anopexia mucosa grapada (AMG) consigue mejores resultados postoperatorios a corto plazo que la hemorroidectomía clásica, ya que disminuye el dolor posterior a la intervención.

El objetivo de este estudio es demostrar que la AMG es un proceso seguro y eficaz en el tratamiento de las hemorroides y el prolapso rectal en régimen de cirugía ambulatoria.

Pacientes y métodos: Desde enero del 2000 hasta diciembre del 2019, se realizaron 431 AMG. De ellas, 409 casos

(94,9 %) fueron realizados en régimen de cirugía sin ingreso (CMA). Los grados hemorroidales fueron: 28 prolapsos mucosos rectales, 51 fueron de II grado, 205 de III grado y 125 de IV grado. En cuanto al sexo, 260 fueron hombres y 149 fueron mujeres. La edad media de la serie fue de $47,7 \pm 13,05$. La preparación preoperatoria consistía en enemas de fosfato y profilaxis antibiótica (gentamicina y metronidazol). Los pacientes se intervinieron con anestesia intradural. La implementación progresiva de la CMA, el dolor postoperatorio, los ingresos, los reingresos, el postoperatorio y la recidiva fueron considerados en este estudio.

Resultados: El índice de sustitución para el procedimiento en CMA fue del 94 %, con un incremento progresivo desde el 46,2 % al 100 % en 2019. El dolor postoperatorio se midió con escala analógica visual (1-10), y 329 pacientes manifestaron un dolor inferior a 2 en las primeras 48 h. Ningún paciente presentó dolor por encima de 7. Treinta y dos pacientes (7,82 %) requirieron ingreso en el día de la cirugía, principalmente por retención urinaria e hipotensión arterial postoperatoria. Seis pacientes precisaron reingreso (1,5 %) por sangrado postoperatorio que necesitó reintervención. Cincuenta y nueve pacientes expresaron su estado como excelente (15 %), 309 como bueno (75 %), 35 como aceptable (8,5 %) y 6 como malo (1,5 %), contestando un cuestionario telefónico 24 h tras la cirugía. La recurrencia total de casos de produjo en 45 pacientes (11 %).

Conclusión: La AMG es un procedimiento seguro y eficaz para las hemorroides prolapsadas en régimen de CMA. El índice de recidiva es más alto que el observado en técnicas de resección. La implementación progresiva en régimen de cirugía sin ingreso se puede lograr fácilmente.

Palabras clave: Hemorroides, anopexia mucosa grapada, técnica de Longo.

P-CI-24 PATOLOGÍA HERNIARIA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. ¿POR QUÉ NO LLEGAMOS AL 100 %?

D. García López de Goicoechea; M. Camuera González; A. Vázquez Melero; M. Sánchez Rubio; M. Balluerca Alba; E. Merino Diez; P. Paunero Vázquez; E. Campo Cimarras
Hospital Universitario de Araba. Vitoria-Gasteiz

Objetivos: El Servicio de Cirugía General de la OSI Araba (Organización sanitaria integrada de Álava) realiza su labor asistencial en el Hospital Universitario de Álava, el cual consta de dos sedes, Sede Santiago y Sede Txagorritxu.

La patología herniaria supone casi un 90 % de la actividad total de CMA del servicio.

El objetivo de nuestro estudio es analizar nuestros datos para encontrar las causas que ponen freno a la CMA de la patología herniaria en nuestra organización y así poder instaurar las medidas necesarias para tratar de llegar a tasas de ambulatorización mayores.

Métodos: Hemos realizado una revisión de las historias clínicas de los pacientes intervenidos de hernia inguinal, crural y umbilical durante 2019 y 2020, tratando de analizar las causas de por qué pacientes indicados para CMA finalmente ingresaron.

Resultados: Entre los años 2019 y 2020 se han intervenido en nuestra organización 1743 pacientes por hernia inguinal o crural (uni o bilaterales) y/o umbilicales. De ellos 1193 se intervinieron en régimen de CMA lo que supone un 68,45 % del total. De entrada, 550 pacientes, es decir un 31,55 %, se consideraron no susceptibles de CMA.

De los 1193 pacientes incluidos como CMA, 1144 (95,89 %) fueron dados de alta el día de la intervención, pero 49 de ellos (4,11 %) requirieron ingreso.

Las causas de ingreso más frecuentes en estos 49 pacientes fueron:

- En 28 pacientes (57,14 %) problemas médicos o anestésicos: mareos o vómitos (12 pacientes), mal control del dolor (7 pacientes), retención aguda de orina (6 pacientes) y cefalea postpunción (1 paciente).
- En 7 pacientes (14,29 %) complicaciones quirúrgicas: 4 hematomas, 1 seroma y 2 disecciones muy dificultosas de saco herniario, una de ellas con deserosamiento de asa intestinal.
- 7 pacientes (14,29 %) requirieron ingreso por la hora de cierre de la unidad tras cirugía a última hora de la tarde.
- 5 pacientes (10,20 %) estaban mal incluidos como CMA, es decir no cumplían criterios y 2 pacientes (4,1 %) rechazaron el alta tras la cirugía.

Conclusiones:

- Nuestro éxito de CMA es alto, en torno al 96 %, analizando las causas de los fallos de la CMA, además de incidir en la ya conocida necesidad de ser extremadamente cuidadosos en las técnicas anestésicas y quirúrgicas en CMA, podemos trabajar en la mejor organización de los partes quirúrgicos de tarde para evitar que la hora de la cirugía impida la CMA.
- Hemos de ser rigurosos en el cumplimiento de los criterios de inclusión desde la consulta externa y en la infor-

mación del paciente, de cara a evitar fallos de la CMA por estas causas.

- A pesar de los buenos datos aportados, no podemos olvidarnos de que existe un 31,55 % de nuestros pacientes con patología herniaria que no son incluidos inicialmente en régimen de CMA. Es un dato a tener en cuenta para futuros estudios, revisar si nuestros criterios de inclusión de CMA son los adecuados o somos demasiado restrictivos, y así conseguir aumentar la tasa de CMA siempre intentando mantener la misma tasa de éxito de la misma.

Palabras clave: Patología herniaria, fallos CMA.

P-CI-25 TÉCNICA LIFT PARA EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA ANAL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

F. Martínez Burgos; L. A. Hidalgo Grau; O. Estrada Ferrer; E. Sánchez Sáez; M. del Bas Rubia; E. M. García Torralbo; P. Clos Ferrero; E. Bombuy Giménez
Hospital de Mataró, Barcelona

Introducción: El tratamiento de la fístula anal (FA) sigue siendo un reto para los cirujanos. El balance entre la curación de la fístula y preservación de la continencia anal es el objetivo de las técnicas quirúrgicas. En 2007 Rojanasakul y cols. describieron la técnica LIFT (Ligation of Intersphincteric Fistula Tract). El LIFT es ideal para su utilización en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Objetivos: Evaluar los resultados postoperatorios inmediatos de la técnica LIFT en CMA.

Material y método: Desde enero 2011 hasta diciembre de 2018, se incluyen para estudio 70 pacientes operados de fístula perianal con técnica LIFT en régimen de CMA. Las intervenciones las realizaron un grupo de 5 cirujanos expertos en cirugía colorrectal (mínima experiencia de 2 años), que consideraron el LIFT como técnica de elección. El Índice de Sustitución para CMA fue de 100 %.

Treinta y seis pacientes fueron hombres (51,4 %) y 34 mujeres (48,6 %). La edad media fueron 55,1 años \pm 13,9 para los hombres y 45,4 \pm 13,9 para las mujeres. En todos los pacientes se realizó una ecografía endoanal y valoración de continencia como estudio previo. Las fístulas se clasificaron según el resultado de la ecografía y la exploración física en el quirófano. Se trató de 2 fístulas interesfintéricas (2,9 %), 44 transesfintéricas bajas (62,9 %), 23 transesfintéricas altas (32,9 %) y una supraesfintérica (1,4 %).

Para 63 pacientes (90 %) el LIFT fue la primera técnica utilizada, incluyendo en el grupo 31 pacientes con colocación de sedal de marcaje previo. La técnica quirúrgica fue similar a la descrita por Rojanasakul. Las intervenciones se realizaron en posición de litomía bajo anestesia intradural. La profilaxis preoperatoria se realizó con dosis única de gentamicina 80mg y metronidazol 500 mg.

Resultados: No hubo ingresos desde la Unidad de CMA, y todos los pacientes fueron dados de alta el mismo día de la intervención. No hubo reingresos y solo un paciente consultó en urgencias (visita no programada) por supuración del trayecto fistuloso (1,4 %). Cabe decir que el porcentaje de curación fue de 65,7 %.

Conclusiones: La técnica LIFT es una alternativa excelente para el tratamiento de la fístula anal en régimen de CMA, realizable y segura. Por otra parte, el porcentaje de curación es satisfactorio.

Palabras clave: Fístula anal, LIFT.

P-CI-26 CIRUGÍA DE LA EVENTRACIÓN EN RÉGIMEN DE CMA. ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA PERNOCTA NO PLANIFICADA EN NUESTRA UNIDAD

J. Rivas Becerra; R. Pérez Rodríguez; J. D. Turiño Luque; C. Rodríguez Silva; J. Morales; J. Santoyo Santoyo
Hospital Civil. Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Analizar el tratamiento de hernias incisionales de línea media en régimen de CMA identificando qué factores podemos optimizar para conseguir una baja tasa de pernocta no planificada.

Métodos: Estudio observacional prospectivo pacientes intervenidos desde 2015 hasta diciembre de 2020. Se registraron las variables: características epidemiológicas (edad, sexo, índice de masa corporal-IMC-, riesgo anestésico-ASA-), régimen de cirugía (CMA o ingreso), tipo de intervención (cirugía abierta o laparoscópica), tamaño de la hernia, duración estancia y revisión consulta. Se generaron dos grupos de pacientes: A) alta en régimen de CMA y B) pernocta no planificada. El registro y análisis de los datos se realizó mediante el programa SPSS 15.0.

Resultados: Se programaron un total de 567 pacientes de los que se intervinieron el 96,5 % (n = 547), siendo la tasa de suspensión global del periodo del 3,5 % (n = 20).

El 68,9 % de los pacientes (n = 377) fueron intervenidos en régimen de ingreso y el 31,1 % restante lo hicieron en régimen de CMA (n = 170). La tasa de pernocta no planificada se situó en el 37,1 % (n = 63) durante el periodo de estudio. Las tres principales causas que motivaron el ingreso del paciente fueron: 36,5 % (n = 23) la necesidad de colocar un drenaje, 17,5 % (n = 11) cirugía compleja y en el 14,3 % (n = 9) por dolor postoperatorio. Otras causas menos habituales fueron: vómitos o pendiente de tolerancia, retención urinaria, negativa del paciente al alta o falta de soporte familiar.

La tasa de pernocta no planificada ha variado con el tiempo siendo del 51,7 % en el primer año del estudio y que gradualmente ha ido descendiendo hasta el 28,5 % del año 2020.

La mediana de edad de los pacientes del grupo A fue de $56,21 \pm 11,948$ años frente a los $56,65 \pm 1,542$ del grupo B (p = 0,827). El IMC no presentó diferencias entre ambos grupos siendo de $28,45 \pm 4,93$ kg/m² en el grupo A y de $29,33 \pm 5,054$ en el grupo B (p = 0,44). Tampoco se encontraron diferencias por grupo de sexo entre ambos grupos (p = 0,648) ni por el riesgo anestésico (p = 0,223).

Sí encontramos diferencias significativas en los pacientes intervenidos por cirugía laparotómica/laparoscópica a favor a la primera (p = 0,007). La principal diferencia en ambos grupos se debió al largo de la hernia en cm, siendo la mediana del grupo A de $2,804 \pm 1,583$ vs. los $4,93 \pm 3,46$ del grupo B (p < 0,001); así como en el ancho de la misma, siendo en el grupo A de $2,608 \pm 1,456$ frente a los $4,282 \pm 2,795$ del grupo B (p < 0,001). NO hubo diferencias entre que las hernias fuesen primarias o recurrentes entre ambos grupos 66,7 % (n = 66) grupo A vs. 71,7 % (n = 43) del grupo B (p = 0,51).

No hubo diferencias significativas en el grado de dolor según escala EVA tanto al alta grupo A $3,96 \pm 3,102$ vs. $5,83 \pm 1,992$ del grupo B (p = 0,065) y en la revisión en consulta al mes el grupo A presentaba un grado de dolor $0,89 \pm 1,556$ frente al $1,18 \pm 1,532$ del grupo B (p = 0,491).

Ante estos resultados la pernocta no planificada no se vio afectada por características epidemiológicas de los pacientes ni porque se tratase de una eventroplastia recidivada. Aunque el abordaje laparoscópico se asocia a menos dolor y una mayor recuperación, en nuestra serie presenta una alta tasa de pernocta no planificada que responde fundamentalmente a que nos encontramos en la curva de aprendizaje de la técnica. El tamaño de la hernia es el principal condicionante de la pernocta no planificada de forma estadísticamente significativa (p < 0,001). El dolor al alta no alcanza diferencias significativas, pero es superior de forma llamativa en los pacientes que permanecieron ingresados.

Conclusión: La tasa de pernocta no planificada en nuestra unidad es elevada, si bien ha ido disminuyendo gradualmente con el paso del tiempo. El principal condicionante para que se produzca dicho evento es el tamaño herniario y nos obliga a hacer una selección más cuidadosa de nuestros pacientes a la hora de considerarlos aptos para intervención en régimen de CMA. Una vez concluida la curva de aprendizaje de la cirugía laparoscópica de la eventración nos permitirá ampliar el régimen de CMA en nuestros pacientes con más garantía.

Palabras clave: CMA, hernia incisional, eventración, pernocta no planificada.

P-CI-27 COLECISTECTOMÍA SIN INGRESO. RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO Y COMPARATIVO TRAS DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA: REVALORANDO EL PAPEL DEL PUERTO ÚNICO

R. López¹; A. Centeno¹; A. de Miguel¹; A. Sanz¹; H. Subirana¹; R. Jorba²; J. Barri¹; J. Castellví¹

¹*Consorci Sanitari Integral. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona;* ²*Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII*

Objetivos: El creciente volumen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) en los hospitales ha permitido que intervenciones frecuentes de creciente complejidad, como puede ser la colecistectomía laparoscópica (CL), se puedan realizar con esta modalidad. Para ello es imprescindible la correcta selección de los pacientes, la aparición de técnicas cada vez menos invasivas y las mejoras en la inducción anestésica y la analgesia postoperatoria.

El objetivo principal de este trabajo es presentar los resultados de 10 años de experiencia de un programa de CL en régimen de CMA. Asimismo, pretendemos comparar la técnica convencional de cuatro puertos (CP) con el puerto único (PU), el tiempo quirúrgico y la estancia total hospitalaria, entre otros factores.

Métodos: Estudio prospectivo unicéntrico, observacional, descriptivo y comparativo de una muestra total de 585 pacientes intervenidos entre enero de 2011 y marzo de 2021 mediante CL. La muestra incluye pacientes con diagnóstico de coledocistitis sintomática no complicada, ASA I y II, sin complicaciones quirúrgicas previas ni contraindicaciones para el uso de analgesia convencional, seguidos hasta un mes postoperatorio. Se estudia tiempo quirúrgico, estancia total hospitalaria y se comparan resultados entre CP y PU.

Conclusiones: La edad media de nuestra serie fue $39,7 \pm 9,16$ años. El 82,16 % del total eran mujeres. El IMC medio fue $27,10 \pm 4,21$, y la mayoría de ellos fueron ASA I (63,2 %). Se observa que el tiempo quirúrgico medio es de $57,05 \pm 20,41$ minutos. Solamente el 4,8 % de los pacientes (28) requirieron finalmente ingreso hospitalario por dolor o náuseas. La tasa de reingreso es del 0,96 % (5 pacientes). El 99 % de los pacientes refirieron un EVA ≤ 4 al alta (de entre ellos, 25 % EVA 0 y 63,5 % EVA 1). Encontramos una relación estadísticamente significativa entre IMC y tiempo quirúrgico ($p = 0,003$) pero la duración de la intervención no muestra relación con la aparición de complicaciones ($p = 0,0167$).

Al comparar ambas técnicas, no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a tiempo quirúrgico ($p = 0,6340$), tasa de complicaciones o fracaso de la ambulatorización ($p = 0,3284$).

La CL en régimen de CMA es una técnica factible y segura. En nuestra experiencia, el PU aporta ciertos beneficios respecto a la técnica convencional como podrían ser el resultado estético y la mayor facilidad para el cierre de la aponeurosis. Según nuestros análisis, el uso de esta técnica, no supone un alargamiento del tiempo quirúrgico ni está relacionado con mayor tasa de complicaciones ni requerimientos de ingreso hospitalario. Por último, el IMC está relacionado con un mayor tiempo quirúrgico, pero no con mayor tasa de complicaciones ni fracaso de la ambulatorización.

Finalmente, cabe destacar la importancia del régimen de CMA en intervenciones como la CL sobre todo bajo las circunstancias epidemiológicas actuales.

Palabras clave: Colecistectomía, puerto único, CMA, cuatro puertos.

P-CI-28 CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: SEGURIDAD EN TIEMPOS DE COVID

C. Ruiz Marín; J. Rubio López; R. Molina Barea; E. Antonaya Rubia; J. M. Capitán Vallvey
Hospital Universitario de Jaén

Objetivos: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se ha estado desarrollando durante años como una modalidad de trabajo que resulta muy eficiente al sistema de salud.

La crisis mundial desatada por la pandemia de coronavirus ha potenciado su desarrollo, ya que parece ser el modelo

ideal para evitar el contagio. Actualmente aún son pocos los estudios publicados sobre la influencia del COVID-19 en la práctica quirúrgica diaria.

Nuestro objetivo ha sido analizar las nuevas medidas que se han llevado a cabo en nuestra Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y cómo han influido en la seguridad de nuestros pacientes en el contagio de coronavirus.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo realizado en la Unidad de CMA del servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Jaén. Como periodo de estudio se ha tomado desde la declaración del estado de alarma hasta la actualidad (periodo comprendido desde el 14 de marzo 2020 al 15 de marzo 2021, sin embargo, puesto que la Unidad permaneció cerrada durante los meses de abril y mayo 2020, el primer paciente registrado fue en junio 2020). Se han estudiado un total de 82 pacientes de los 695 intervenidos en régimen de CMA durante este periodo, ya que solo se han incluido los pacientes sometidos a colecistectomía (considerando esta intervención como de las de mayor riesgo de contagio al precisar intubación). Las variables recogidas han sido: PCR prequirúrgica, presentación de síntomas relacionados con coronavirus hasta 10 días posteriores a la intervención, realización de Antígeno de coronavirus en Centro de salud hasta 10 días después de la intervención y PCR postquirúrgica.

El registro de PCR tanto pre como postquirúrgica se ha obtenido mediante el programa de Diraya. La presentación de síntomas y la realización de Antígeno en Centro de Salud se ha obtenido mediante llamada telefónica a cada uno de los pacientes.

Tomando como base las recomendaciones de las distintas sociedades científicas, en nuestro centro se llevaron a cabo las siguientes medidas preventivas durante la pandemia, entre otras:

- Determinación de PCR preoperatoria 48 h antes de la intervención.
- Encuesta de cribado clínico-epidemiológico (¿tos, fiebre, contacto con algún positivo?).
- Toma de temperatura y asegurar medidas higiénicas (mascarilla, desinfección de manos).
- Acceso al hospital con un solo acompañante el día de la intervención.
- Citaciones de ingreso más espaciadas en el tiempo (30 min de diferencia) para evitar aglomeraciones en la sala de espera.
- No se permite la entrada de familiares en la unidad de readaptación al medio.
- Determinación de serología del personal sanitario antes de incorporarse al trabajo tras periodo vacacional o días de asuntos propios.

Resultados: Durante este periodo se realizaron 82 colecistectomías en régimen de CMA, comparadas con las 100 realizadas durante 2019 en el periodo de un año, no hubo una gran diferencia en número a pesar de la pandemia. Sin embargo, sí que se ha observado diferencias en el número total de las intervenciones en el servicio de cirugía general en régimen de CMA en este periodo respecto al año anterior, reduciéndose estas casi a la mitad.

El 75,61 % fueron hombres, respecto a 24,39 % mujeres. El 100 % de los pacientes intervenidos tenían PCR negativa prequirúrgica 48 h antes.

Respecto a los síntomas y antígeno, ambos coinciden en porcentajes. El 93,90 % de pacientes no presentaron síntomas ni se realizaron test de antígeno en su Centro de Salud vs. al 1,22 % (1 paciente) que sí presentó síntomas y test de antígeno positivo, aunque a los 14 días de la intervención y conoce el contacto estrecho con positivo, por lo que no lo consideramos positivo como consecuencia de la intervención.

En el 4,88 % restante (4 pacientes) no se pudieron recoger estas variables porque no se ha podido contactar con ellos vía telefónica.

Por último, en relación con las PCR postquirúrgicas solo el 2,44 % (2 pacientes) precisaron realizarse PCR por otros motivos, en menos de 10 días de la intervención, siendo ambos negativos. El 14,6 % (12 pacientes) se realizaron PCR postquirúrgica con meses de diferencia a la intervención, resultando 2 pacientes positivos.

Asumimos que este estudio puede presentar el sesgo derivado de los pacientes que hayan podido contagiarse pero que se hayan presentado asintomáticos.

En definitiva, a excepción de 4 pacientes con los que no se ha podido contactar, ningún paciente de los recogidos ha presentado síntomas, antígeno o PCR positiva para coronavirus como consecuencia directa o indirecta de la intervención.

Conclusiones: Este análisis nos ha permitido reafirmar, con datos objetivos, que nuestra Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria sigue estando a la altura de la situación y cumple con su definición de óptimo modelo organizativo de asistencia quirúrgica multidisciplinar que permite tratar a los pacientes de una forma efectiva, segura y eficiente, con un ingreso inferior a 24 h.

Las diferentes unidades de CMA deberían poseer registros históricos y medición de forma periódica de diversos indicadores de calidad adecuados a cada momento y actuar en

base a estos, pudiendo servir de guía para establecer unos estándares nacionales, que nos orienten para mejorar día a día nuestros resultados.

Palabras clave: Cirugía Mayor Ambulatoria, colecistectomía, coronavirus, pandemia.

P-CI-29 ANÁLISIS DEL EFECTO DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2 EN LA ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE CMA Y CORTA ESTANCIA

J. D. Turiño Luque; R. Pérez Rodríguez; C. Rodríguez Silva; J. Rivas Becerra; A. Cabello Burgos; J. Santoyo Santoyo

Hospital Civil. Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Analizar el impacto de la pandemia SARS-CoV-2 en la actividad quirúrgica de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Métodos: Análisis de las intervenciones realizadas desde enero de 2015 a marzo de 2021 en nuestro centro de CMA y Corta Estancia. Estudio observacional descriptivo del número y régimen de cirugía realizada por grupo de patología (proctología, pared abdominal, supramesocólica y piel y partes blandas) en régimen de CMA y Corta Estancia y su comparación con el periodo previo, así como número de sesiones quirúrgicas y tasa de suspensión.

Se empleó los datos de registro de la unidad dividiéndose la misma en dos periodos de tiempo: grupo A pre-pandemia (enero 2015 a marzo de 2020) y grupo B pandemia (abril de 2020 a marzo de 2021). Su análisis se realizó mediante el programa SPSS 15.0 y EPIDAT 3.1.

Resultados: Durante el periodo de estudio se programaron un total de 5701 pacientes de los que el 9,45 % (n = 539) se intervinieron durante el periodo de pandemia, siendo el promedio anual de pacientes del grupo A de 998,45. Este descenso estuvo en consonancia con el número de quirófanos disponible en ambos grupos de estudio, así en el grupo A el promedio anual de sesiones quirúrgicas fue de 267,7 frente a las 171 del grupo B. Además, el número de pacientes por sesión se vio afectado, pasando de un promedio de 3,55 pacientes/sesión en el grupo A frente al 2,99 del grupo B.

La tasa de suspensión en el grupo A se situó en el 4,9 % frente al 5,19 % del grupo B ($p = 0,764$).

Por grupos de patologías el promedio anual del grupo A en cirugía de pared abdominal se situó en 494,78 pacientes frente a los 278 del grupo B; en proctología se intervinieron de media un total de 227,85 pacientes frente a los 167 intervenidos en el grupo B; fueron sometidos a colecistectomía una media de 153,77 pacientes en el grupo A frente a los 70 intervenidos en el grupo B.

Sin embargo, la tasa de suspensión fue inferior en el grupo B en patología de pared abdominal 3,81 % frente al 4,41 % del grupo A ($p = 0,736$) y del 2,78 % en patología supramesocólica frente al 4,79 % del grupo A ($p = 0,625$). Sin embargo, aumentó la tasa de suspensión en proctología del 5,23 % en el grupo A hasta el 8,38 % del grupo B ($p = 0,096$).

De igual forma la pernocta no planificada en pacientes intervenidos de patología de pared abdominal mejoró ligeramente durante el periodo de pandemia situándose en el 16,43 % en el grupo B frente al 17,04 % de promedio anual del grupo A ($p = 0,822$). En proctología la ligera diferencia fue inferior en el grupo A con un promedio del 9,94 % frente al 10,34 % del grupo B ($p = 0,879$). Sin embargo, la mayor diferencia se presentó en la cirugía supramesocólica donde el grupo B presentó una tasa del 22,81 % frente al 26,2 % del grupo A ($p = 0,576$).

Estas pequeñas diferencias se hicieron más patentes al obtener los resultados de ambulatorización por grupos. El promedio de ambulatorización global de la unidad anual se sitúa en el 63,86 % en el grupo A frente al 69,08 % del grupo B ($p = 0,019$). Las diferencias más importantes afectaron a los tres principales grupos de patologías: pared abdominal 55,94 % promedio del grupo A vs. 62,23 % del grupo B ($p = 0,044$); proctología del 79,2 % en el grupo A subió al 84,97 % del grupo B ($p = 0,094$); supramesocólico mejoró del 55,97 % del grupo A al 62,86 % del grupo B ($p = 0,265$).

Conclusión: El periodo de pandemia ha afectado negativamente a la capacidad de respuesta de nuestra unidad en términos absolutos, sin embargo, nos ha obligado a mejorar optimizando la selección de pacientes consiguiendo mejorar nuestras tasas de ambulatorización ($p = 0,019$) y de pernocta no planificada ($p = 0,822$). Pese a ello, estos datos refrendan una importante disminución de la actividad, lo que previsiblemente, ocasionará un importante aumento de la lista de espera quirúrgica.

Palabras clave: Pandemia, SARS-CoV-2, Cirugía Mayor Ambulatoria.

P-CI-30 CIRUGÍA ONCOLÓGICA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

C. Ruiz Marín; J. Rubio López; R. Molina Barea

Hospital Universitario de Jaén

Objetivos: El cáncer constituye una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial, con una incidencia en 2018 de unos 18,1 millones de casos nuevos. Las estimaciones sobre el futuro no son nada alentadoras, con un aumento de la incidencia hasta 29,5 millones en el año 2040. La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se define como aquella modalidad asistencial en la que se realizan procedimientos quirúrgicos de mediana complejidad y con la cual el paciente abandona el hospital el mismo día de la cirugía.

Son cada vez más las especialidades médico-quirúrgicas que adoptan un programa de CMA para tratar procesos oncológicos con claros beneficios tanto para el paciente como para la gestión hospitalaria, dando salida a una demanda creciente de la patología oncológica. Aunque existen criterios de selección para optimizar el funcionamiento de las unidades de CMA, cada vez son más los pacientes que se benefician debido tanto a una buena evaluación preoperatoria como a un interés de la gerencia.

Los objetivos del presente estudio son:

1. Revisar qué cirugías oncológicas se están realizando en régimen de CMA.
2. Conocer las diferentes especialidades médicas que realizan dicha modalidad.
3. Identificar las posibles causas que han motivado su continuo desarrollo y evolución.
4. Mostrar las ventajas de la CMA en la patología oncológica.

Criterios de inclusión: Se ha realizado una revisión bibliográfica de diversos artículos científicos publicados. La búsqueda bibliográfica se realizó sin periodo de tiempo fijado, incluyendo todas las publicaciones hasta septiembre 2020. Se incluyeron sólo artículos en inglés y español.

Estrategia de búsqueda: Se consultaron las bases de datos de IBECs, MEDES y PUBMED. En el caso de la base de datos MEDES, solo se aceptan términos en español, por lo que se tradujo dicho término para la búsqueda.

Resultados: Se encontraron un total de 356 artículos en las bases de datos.

En la Tabla I se especifican las diferentes especialidades halladas en la búsqueda una vez se depuraron los diferentes artículos.

TABLA I.

	MEDES	IBECs	PUBMED	TOTAL
Mama	0	10	19	29
Urología	0	0	5	5
Ginecología	1	1	3	5
Dermatología	0	1	1	2
Cir. Torácica	0	1	2	3
Tiroides	0	3	2	5
Otros	1	1	6	8
Total	2	17	38	57

Un amplio porcentaje de los estudios son acerca de la cirugía oncológica de la mama, debido a que actualmente es la cirugía más protocolizada de cara a la CMA.

La cirugía del cáncer de mama está adaptada al régimen de CMA por ser una cirugía regulada, de corta duración operatoria, poco dolorosa, con baja tasa de complicaciones y que afecta a pacientes con pocas comorbilidades. Presenta algunas dificultades a nivel organizativo que vienen de la mano sobre todo con la participación de otras especialidades como son Medicina Nuclear (para el ganglio centinela), Radiología y Anatomía Patológica además de la atención psicológica y seguimiento ambulatorio por parte de enfermería. Hay publicaciones que observaron que no hay diferencias en cuanto a morbilidad e índices de reingresos entre la cirugía del cáncer de mama con régimen de CMA y hospitalización, además de las ventajas económicas, psicológicas y entorno familiar. La CMA se ha visto favorecida por la necesidad de aumentar la eficiencia del sistema sanitario por las listas de espera. En cuanto a la cirugía mamaria en general, en un principio tuvo escaso reflejo incluyendo solo tumorectomías y patología benigna, además con unos criterios muy selectivos. Muchos factores hacen posible el actual éxito de la cirugía oncológica mamaria, destacando la educación a los pacientes desde la primera consulta, lo cual ayuda a controlar la ansiedad de los mismos, la formación de los profesionales que intervienen en el proceso, una infraestructura adecuada y una selección adecuada de los pacientes.

El futuro para avanzar más hacia al ambulatorización de la cirugía oncológica de mama va encaminado hacia la reducción de cirugías agresivas (mastectomías y vaciamientos axilares), aunque existen grupos que las realizaron en régimen de corta estancia o de 23 h con buenos resultados.

En cuanto a la cirugía urológica, el tratamiento oncológico no está tan instaurado a nivel global para CMA. Poco a poco, con la evolución tecnológica que favorece cada vez más una cirugía menos invasiva, está permitiendo ir introduciendo la CMA en esta especialidad, sobre todo en el cáncer de próstata. Sí está más instaurado el proceso diagnóstico del cáncer de próstata en CMA mediante biopsias, también muy favorecido por la evolución de la tecnología con ECO, evitando así la vía transrectal (que podía producir casos de sepsis) y abogando por la vía transperineal.

Tradicionalmente, la CMA para la cirugía oncológica ginecológica se ocupa primordialmente del diagnóstico de tumores endometriales, cervicales, vulvares y vaginales. Al igual que ha ocurrido en Urología, con la llegada de la cirugía mínimamente invasiva, hay autores que defienden que hay intervenciones quirúrgicas (ej. Histerectomías, con y sin anexectomía) que pueden ser tratadas con régimen de CMA siendo seguras para el paciente y con buenos resultados oncológicos, siempre y cuando se seleccionen bien los pacientes.

La cirugía dermatológica ha ido creciendo paulatinamente a lo largo de los años. Cada vez más se han ido implantando intervenciones de mayor complejidad sin abandonar el régimen de CMA en la mayor parte de sus intervenciones. La patología más intervenida por parte de Dermatología son el carcinoma basocelular y espinocelular, seguidas por el melanoma.

El estándar actual para la cirugía tiroidea sigue siendo la hospitalización postoperatoria de al menos una noche. Poco a poco, se va introduciendo la ambulatorización en esta cirugía, siendo posible para algunos pacientes muy bien seleccionados. Gracias a la evolución de la cirugía, con la cirugía mínimamente invasiva, se está empezando a realizar cirugía transoral o transaxilar del tiroides, motivo por el cual algunos autores ya incluyen la posibilidad de hacer esta cirugía en CMA.

La cirugía torácica ha tenido baja utilización de la ambulatorización por diversos motivos, entre los que destacan las razones médicas como la complejidad anatómica, la necesidad del drenaje torácico con presión negativa y la menor presión asistencial. Poco a poco ha ido incorporando patologías, siendo la mediastinoscopia, biopsia pulmonar videotoracoscópica y la simpatectomía las mejores establecidas, y cada vez más el diagnóstico del derrame pleural, manejo de las lesiones pleurales y mediastínicas localizadas, la estadificación del cáncer de pulmón y de esófago, así como la resección de nódulos pulmonares solitarios.

Conclusiones:

- Los programas de CMA para el cáncer de mama y dermatología son factibles, seguros y recomendables con buenos resultados oncológicos, quirúrgicos, psicológicos y económicos.
- Tanto la cirugía mínimamente invasiva como los protocolos (ERAS) hacen posible que cada vez más especialidades instauren la CMA para el tratamiento de alguna de la patología oncológica.
- Es fundamental para el éxito de la Cirugía Mayor Ambulatoria la educación de los pacientes y unos buenos criterios de selección.
- El tratamiento del cáncer en CMA es multidisciplinar, además de un procedimiento quirúrgico, requiere apoyo emocional, asesoramiento e información sobre el control de su enfermedad el cual debe ser aún más acentuado cuando se trata en CMA.
- El diagnóstico de algunos tipos cáncer es un procedimiento que se suele realizar en CMA por su rapidez y rentabilidad.

Palabras clave: Cáncer, Cirugía Mayor Ambulatoria.

P-CI-31 ÍNDICE DE SUSTITUCIÓN Y COMPARATIVA CMA EN LOS AÑOS 2018, 2019 Y 2020 EN EL HOSPITAL DE RIOTINTO

P. de la Herranz Guerrero; J. L. García Moreno; A. Gila Bohórquez; J. L. Guerrero Ramírez; J. M. Suárez Grau; J. Gómez Menchero

Hospital de Riotinto, Huelva

Objetivos: Durante la pandemia COVID-19 se ha producido una reducción significativa en la actividad quirúrgica de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Nuestro objetivo ha sido demostrar que, a pesar de la pandemia, se ha mantenido un número de intervenciones elevado debido al sobreesfuerzo en los meses inter-pandemia, manteniendo la seguridad y eficiencia de este sistema de gestión, comparando la actividad quirúrgica en régimen de CMA en los 2018, 2019 y 2020 de forma mensual.

Métodos: Hemos analizado los pacientes intervenidos en régimen de CMA (hernia inguinales abiertas y laparoscópicas, cirugía oncológica cutánea, proctología, colocación de reservorios, colecistectomías y hernias umbilicales) en los tres periodos en el servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital de Riotinto, comparando el

índice de sustitución (IS) y el número total de intervenciones por mes.

Conclusiones: Durante los meses de pandemia en el año 2020 (marzo-mayo) se puede constatar una caída global de la CMA. Sin embargo, en los meses posteriores se han realizado un número muy superior de intervenciones con respecto a los años previos, permitiendo de esta forma que el índice de sustitución anual en el año 2020 no haya sido menor del 70 %.

En los meses interpandemia del año 2020 se han realizado incluso un número mayor de intervenciones en régimen de CMA que en años previos no COVID, demostrando que, a pesar de las dificultades del último año, la CMA cada vez cobra más peso en el total de intervenciones.

En el año 2018 se realizaron 452 intervenciones totales, siendo 334 de CMA (IS: 73 %). En el año 2019 se realizaron un total de 593 intervenciones quirúrgicas, siendo 468 en régimen de CMA (IS: 78 %), mientras que en el año 2020 se realizaron 484, siendo 370 de CMA (IS: 76 %).

Palabras clave: COVID, índice sustitución, CMA.

P-CI-32 ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES DE LA HERIDA QUIRÚRGICA TRAS CIRUGÍA HERNIARIA EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN

J. P. Roldán Aviña; I. Serrano Borrero; F. Muñoz Pozo; J. A. Díaz Brito; L. Herrera Gutiérrez; A. D. Ferrusola Díaz; S. Merlo Molina

Hospital de Alta Resolución de Écija, Sevilla

Objetivos: Analizar las infecciones de la herida quirúrgica (IHQ) tras cirugía herniaria electiva (no urgente).

Métodos: Se revisaron los pacientes de la base de datos del hospital, realizando posteriormente un estudio descriptivo retrospectivo de comparación de variables.

Conclusiones: Revisamos un periodo de 186 meses (desde junio de 2008 a diciembre de 2019), con un total de 1315 pacientes. La incidencia de IHQ fue del 1,14 % (15 pacientes en total).

En el análisis de las causas encontramos que en el periodo 2012-2013 hubo un aumento de las infecciones relacionado con la suspensión de la profilaxis antibiótica por cambios en

el protocolo realizados por el Comité de Infecciones. Tras el análisis de los factores relacionados con la IHQ, se elaboró un nuevo protocolo de profilaxis preoperatoria que incluye a todos los pacientes con reparación protésica, y en aquellos en los que se colocamos malla cuando cumplan alguno de los siguientes requisitos: edad > 70 años, ASA \geq 3, IMC > 30, fumador o diabético. Tras su aprobación, las tasas de IHQ son similares a la primera época donde se administraba profilaxis antibiótica a todos los pacientes.

No se encontró relación entre la IHQ y la localización anatómica de la hernia, ni con la técnica quirúrgica o anestésica empleada.

En los 13 casos de IHQ en precoz (< 4 semanas tras la intervención) los gérmenes aislados fueron Gram positivos, coincidiendo el tratamiento antibiótico empírico con los resultados del antibiograma. En los 2 casos de IHQ tardía (8 y 24 semanas) los gérmenes aislados fueron Gram negativo. Se produjeron 5 ingresos hospitalarios con una estancia media de 4 días.

Palabras clave: Infección herida quirúrgica, cirugía hernias, malla, prótesis, profilaxis antibiótica.

P-CI-33 COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA. CASUÍSTICA DE NUESTROS PRIMEROS 200 CASOS

F. Martínez Rodenas; R. Hernández Borlán; G. Torres Soberano; Y. Guerrero de la Rosa; A. Alcaide; E. Pou; J. Marroquín; J. R. Llopart

Hospital Municipal Badalona, Barcelona

Objetivos: La colecistectomía laparoscópica ambulatoria (CLA) fue implementada en nuestro Hospital en abril 2013 con el objetivo de:

- Confirmar la validez de los criterios de selección establecidos.
- Aumentar la calidad asistencial.
- Adaptar nuestra cartera de servicios quirúrgicos a los nuevos estándares sanitarios.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo de pacientes con colelitiasis sintomática y con criterios preoperatorios de selección para CLA que aceptaron participar en el proyecto.

Se averiguaron las razones de rechazo para participar, las causas de exclusión intra y postoperatorias, los ingresos y la morbilidad en el primer mes y el grado de satisfacción del paciente.

El periodo de estudio finalizó en marzo 2021.

Los resultados obtenidos han sido analizados estadísticamente.

Resultados: Fueron seleccionadas 229 personas que cumplían criterios de selección. Rehusaron a participar 29 (14,5 %). La falta de soporte familiar fue la razón principal para no aceptar la ambulatorización. Los 200 casos incluidos inicialmente (139 mujeres y 61 varones) tuvieron una edad media de 44,8 + 12 años. De estos, 13 fueron excluidos por no cumplir criterios de selección intraoperatorios y 2 por incumplir criterios postoperatorios. Por tanto, 185 pacientes (92,5 %) cumplieron criterios pre, intra y postoperatorios y fueron dados de alta el mismo día de la operación; de los cuales, 181 (97,8 %) no tuvieron incidencias en su domicilio y 4 pacientes (2,2 %) fueron ingresados: dos por dolor mal controlado, uno por fiebre debido a un síndrome gripal y otro paciente al 4.º día del alta por coleperitoneo secundario a bilirragia a través de un conducto de Luscka inadvertido que evolucionó satisfactoriamente con revisión y tratamiento quirúrgico laparoscópico. La estancia hospitalaria media fue de 386 min desde la finalización de la operación. El dolor postoperatorio fue el principal efecto adverso en los primeros pacientes que fue remediado con el cambio de la pauta analgésica ($p < 0,01$). Los pacientes manifestaron un alto grado de satisfacción.

Conclusiones:

- La información preoperatoria adecuada fue esencial para aceptar la CLA. Sin embargo, el 14,5 % de los pacientes rechazaron participar.
- En nuestra serie, el 92,5 % de los pacientes con criterios de CLA fueron dados de alta el mismo día de la operación.
- La CLA es segura si se cumplen estrictamente los criterios de selección pre, intra y postoperatorios (ausencia de incidencias en el 97,8 % de los casos dados de alta).
- Prescribir una analgesia eficaz y lograr su cumplimiento es fundamental para obtener unos resultados óptimos.
- El grado de satisfacción de los pacientes ha sido alto.

Palabras clave: Colectomía laparoscópica ambulatoria, colelitiasis, cirugía mayor ambulatoria.

P-CI-34 EVISCERACIÓN CONTENIDA EN EL POSTOPERATORIO PRECOZ TRAS REPARACIÓN HERNIARIA VENTRAL MEDIANTE ETEP

A. Gallego Vela; R. Martín Balbuena; A. Ortega Carrasco; C. Méndez García; A. Chivite Moreno; L. Gómez Bujedo

AGS de Sevilla

Objetivos: La reparación de la eventración mediante cirugía mínimamente invasiva está en plena instauración. A lo largo del tiempo, ha sufrido un desarrollo continuo hasta describirse el abordaje totalmente extraperitoneal extendido (e-TEP) para la colocación de mallas en el espacio preperitoneal-retromuscular por vía laparoscópica. Con la ventaja de disminuir el dolor postoperatorio, reestablecer la anatomía y funcionalidad de la pared abdominal y acortar la estancia hospitalaria, además de disminuir los costos globales por procedimiento. Sin embargo, es una técnica que no está exenta de complicaciones.

Describimos una complicación de recidiva precoz de un caso de eventroplastia reparada por vía e-TEP sin complicaciones perioperatorias.

Caso clínico: Mujer de 68 años, sin patología previa, IMC 26,56 kg/m². Diagnosticada de doble eventración en línea media descrita en TAC abdominal: una de ellas en hipocondrio derecho de 53 x 27 x 5 8 mm con cuello de 31 x 27 mm y la segunda más caudal de unos 77 x 47 x 67 mm con orificio herniario de 52 x 38 mm. Se propone intervención quirúrgica para reparación de la misma mediante abordaje eTEP. Se realiza acceso en hipocondrio izquierdo del espacio retromuscular, disecando este espacio y cruzando línea media para extender la disección al lado derecho, durante la cual se identifican sacos herniarios que se reducen, a continuación, se cierran los defectos de fascia posterior y anterior, para colocar finalmente malla extensa de 20 x 30 cm de polipropileno. El postoperatorio inmediato cursa sin incidencias ni complicaciones inmediatas y la paciente es dada de alta a las 24 horas con buen estado general y dolor postoperatorio controlado con analgesia habitual.

Seguimiento y complicaciones: Al mes de la intervención la paciente acude por hematoma extenso de la pared anterior con distensión abdominal y se confirma mediante TAC abdominal recidiva herniaria. Se indica reparación de nueva eventración vía abierta de forma programada. Se observa desplazamiento completo de la malla alojada en lado izquierdo, apertura del peritoneo y fascia anterior con evisceración contenida del paquete intestinal. Se realiza reparación tipo rives-stoppa con apertura fascia oblicuo

del abdomen bilateral y colocación de doble malla. En la actualidad sin complicaciones ni nuevas recidivas.

Conclusiones: Se describe una complicación poco frecuente, donde existe dehiscencia de las suturas fasciales anterior y posterior y evisceración contenida del paquete intestinal. Esta técnica ha demostrado ser una técnica reproducible y con buenos resultados finales, pero necesita una amplia curva de aprendizaje y conocimiento anatómico para obtener unos resultados óptimos.

Palabras clave: eTEP, eventración, laparoscopia, Rives Stoppa, IPOM.

P-CI-35 EXPERIENCIA INICIAL DE UNA UNIDAD DE CMA EN EL MANEJO DEL E-TEP PARA LA REPARACIÓN DE LA HERNIA VENTRAL: VENTAJAS E INCONVENIENTES RESPECTO A OTRAS TÉCNICAS ANTERIORMENTE UTILIZADAS

A. Gallego Vela; C. Méndez García; A. Chivite Moreno; A. Ortega Carrasco; R. Martín Balbuena; L. Gómez Bujedo
AGS de Sevilla

Introducción: Mediante el acceso totalmente extraperitoneal de vista extendida (eTEP) se realiza una serie de maniobras y estrategias operatorias destinadas a potenciar un espacio extraperitoneal de trabajo, para el reparo mínimamente invasivo de la hernia, mediante las cuales se accede al plano retromuscular con el objetivo de implantar una malla fuera de la cavidad abdominal. Entre los beneficios teóricos, destacamos que los pacientes pueden experimentar una reducción del dolor al no requerir esta técnica de la fijación mecánica de la malla (en comparación con el IPOM tradicional donde la malla se fija a la pared abdominal interna) y además esa malla se mantiene fuera de la cavidad abdominal, lo que permite lograr una reducción del riesgo de complicaciones a largo plazo relacionadas con la malla.

Objetivo: Este trabajo tiene como objetivo analizar y expresar los resultados iniciales de la Unidad de CMA del AGS de Sevilla en el manejo del e-TEP para la reparación de la Hernia Ventral/Incisional, en comparación a nuestra experiencia previa mediante otros abordajes laparoscópicos como el IPOM o la Reparación Ventral Abierta.

Métodos: Se plantea un trabajo descriptivo y retrospectivo en formato póster, en el cual se recogen datos de forma consecutiva de pacientes que han requerido reparación her-

niaria laparoscópica mediante e-TEP, atendiendo al motivo de la indicación, antecedentes del paciente, características del defecto, técnica quirúrgica, estancia hospitalaria, así como la aparición de posibles complicaciones.

Conclusiones: Los resultados preliminares obtenidos son favorables al empleo del eTEP en relación a nuestra experiencia previa con otros abordajes laparoscópicos o la reparación abierta, en términos de disminución de estancia hospitalaria, mejor control del dolor postoperatorio, disminución de la fijación requerida, disminución de la posibilidad de lesiones viscerales, así como adherencias y reducción de costes en relación a las mallas empleadas.

Por tanto, podemos concluir que la reparación herniaria mediante eTEP ha demostrado ser una técnica segura y efectiva en nuestra valoración inicial. Sin embargo, es un procedimiento complejo que exige un entrenamiento especial. Las principales ventajas de la cirugía endoscópica extraperitoneal son las siguientes:

- Disminuye el riesgo de lesión intestinal.
- Disminuye la necesidad de retracción visceral.
- Hace menos frecuente el íleo posoperatorio.
- Se forman menos adherencias intraperitoneales, con sus complicaciones.
- Hay menos efectos hemodinámicos adversos que con el abordaje intraperitoneal.
- Permite colocar la malla por fuera de la cavidad abdominal, lo cual disminuye los riesgos de erosión, fístula y adherencias, hace menor la necesidad de fijación y sus consecuencias, facilita su integración, hace posible su posición ideal desde el punto de vista anatómico y para prevenir la recurrencia. Además, reduce los costos.

Palabras clave: eTEP, eventración, laparoscopia, Rives Stoppa, IPOM.

P-CI-36 IMPLANTE DE CATÉTER PARA DIÁLISIS PERITONEAL EN RÉGIMEN DE CMA: UN MÉTODO SEGURO DURANTE LA PANDEMIA

E. Antonaya Rubia; C. M. Ruiz Marín; J. Rubio López; M. A. Madero Morales; J. M. Capitán Vallvey
Hospital Universitario de Jaén

Objetivos: La implantación de catéter de diálisis peritoneal en régimen de CMA es un procedimiento ampliamente avalado con estudios que demuestran su seguridad, y establecido en múltiples unidades a nivel nacional.

Además, su colocación mediante laparoscopia realizando técnica de dos puertos disminuye el dolor postoperatorio que en ocasiones puede resultar de difícil manejo dada la alteración nociceptiva basal en muchos de los pacientes con insuficiencia renal crónica.

Dadas las altas tasas de infección por SARS-CoV-2 en pacientes hospitalizados, la COVID-19 presenta desafíos para los pacientes en diálisis. Los pocos estudios realizados en España reflejan una mortalidad de hasta el 28 % en pacientes en hemodiálisis que requirieron ingreso hospitalario por COVID-19.

Por este motivo la diálisis peritoneal es una alternativa segura y eficaz que cobra una mayor importancia en el contexto de pandemia actual, siempre que los pacientes sean candidatos a la misma.

Métodos: Realizamos una revisión retrospectiva de aquellos pacientes a los que se les implanto un catéter para diálisis peritoneal en régimen de CMA desde junio de 2020 hasta marzo de 2021. El 100 % de los mismo se realizó mediante abordaje laparoscópico. El índice de complicaciones fue del 18 % (hemoperitoneo y fuga pericatóter) y la necesidad de ingreso tras la realización del procedimiento del 9 %.

Un total de 3 pacientes preciso la retirada posterior del catéter por mal funcionamiento del mismo o peritonitis terciarias de repetición. Ante un mal funcionamiento del catéter, se realizó laparoscopia exploradora en 1 paciente, con intención de comprobar su posición y así evitar la retirada del mismo, siendo efectiva este caso.

La retirada de dichos catéteres se realizó también en un 100 % de las ocasiones en régimen de CMA.

En nuestro centro la inserción de dispositivos para diálisis peritoneal se comparte con el Servicio de Nefrología que lo realiza vía percutánea. Aquellos pacientes que se han derivado a nuestra unidad de CMA han sido priorizados, permaneciendo el mínimo tiempo posible en lista de espera quirúrgica.

Conclusiones: Los pacientes en diálisis peritoneal tienen una potencial ventaja sobre los pacientes en hemodiálisis respecto al seguimiento de las medidas de confinamiento y de la hiperfrecuentación hospitalaria, consiguiendo así la reducción del riesgo de exposición al virus. Por este motivo, nuestras sociedades científicas han impulsado y difundido durante la pandemia la realización de esta técnica.

Su realización en régimen de CMA aporta además la ventaja de una estancia hospitalaria breve (< 24 h), que además

en nuestro centro se produce en una Unidad propia, limpia y con escaso tránsito tanto de pacientes como de personal, lo que disminuye aún más el riesgo de contagio.

Palabras clave: Catéter, diálisis peritoneal, COVID-19.

P-CI-37 MELANOMA SUBUNGUEAL, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

E. Antonaya Rubia; C. M. Ruiz Marín; R. Molina Barea; J. Rubio López; J. M. Capitán Vallvey
Hospital Universitario de Jaén

Objetivos: El melanoma subungueal constituye un reto diagnóstico por su presentación clínica atípica. Se trata de una patología poco común, con una incidencia de entre el 0,7 % y el 3,5 % entre todas las formas malignas del melanoma.

Su forma clínica más frecuente corresponde al síndrome de melanoniquia estriada, una banda longitudinal de coloración marrón a negra, de proximal a distal, localizada en la lámina ungueal. Los criterios clínicos para la sospecha de melanoma son los siguientes: compromiso monodactílico, inicio en la edad adulta, heterocromía, melanoniquia triangular, ausencia de otra causa de pigmentación ungueal, ensanchamiento de la banda a lo largo del tiempo o pigmentación de la piel periungueal (signo de Hutchinson, figura 1). En estadios avanzados se observa una pigmentación completa de la lámina ungueal. Más adelante esta se fisura o erosiona y la pigmentación compromete grandes áreas de la piel periungueal.

A pesar de los valiosos datos proporcionados por la clínica en la dermatoscopia (gracias a la tan ampliamente extendida regla ABCD), la histopatología continúa siendo el gold standard en el diagnóstico del melanoma subungueal. Posterior a la confirmación del diagnóstico, se debe completar el estudio de extensión.

El pronóstico más pobre de todas las formas clínicas de melanoma corresponde a la variedad subungueal, con una supervivencia a los 5 años que oscila entre el 16 y el 87 % en la mayoría de los casos en relación con el retraso diagnóstico.

Métodos: Paciente mujer de 67 años sin antecedentes patológicos de interés, derivada de Atención Primaria para valorar lesión pigmentada de un año de evolución, en lecho ungueal del primer dedo de pie derecho. Valorada en con-

sulta de Cirugía, se incluyó para exéresis de la misma en régimen de CMA. Se remitió muestra a Anatomía Patológica que informa de hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos sugerentes de melanoma.

Con el diagnóstico histopatológico de melanoma lentiginoso acral. El estudio de extensión con analítica y TC toracoabdominal resultado negativo, además mediante la técnica de biopsia selectiva de ganglio centinela tampoco se hallaron micrometástasis en los ganglios inguinales homolaterales.

Tras presentar el caso en comité multidisciplinar de tumores dermatológicos, se indicó la amputación completa del primer dedo. La paciente continúa en seguimiento por parte de Oncología sin evidencia de recidiva local o a distancia en el momento actual.

Conclusiones: Son numerosos los estudios que confirman que frecuentemente existe un retraso en el diagnóstico del melanoma subungueal. En nuestro caso, además se añade la importante distorsión anatómica del dedo dado lo extenso de la lesión, lo que dificultaba la identificación de los signos clásicos del melanoma subungueal.

Debemos considerar el diagnóstico de melanoma en toda lesión subungueal que plantee una mala respuesta al tratamiento, y realizar biopsia lo más precozmente posible, para intentar mejorar el pronóstico de esta patología.

Palabras clave: Ungueal, melanoma, signo de Hutchinson.

P-CI-38 DESCOLGAMIENTO DE LOS VASOS EPIGÁSTRICOS INFERIORES TRAS LA CREACIÓN DEL ESPACIO PREPERITONEAL EN TEP LAPAROSCÓPICO. “HANGING” EPIGÁSTRICO, UN RECURSO TÉCNICO EFICAZ

J. M. Cabrera Bermón; C. Monje Salazar; J. L. Cuba Castro

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Objetivos: El abordaje laparoscópico de la hernia inguinal ofrece beneficios postoperatorios relevantes demostrados ampliamente en la literatura. No obstante, presenta una curva de aprendizaje dura. El sangrado intraoperatorio presenta una incidencia de 0,11 %, pudiendo llegar a tener consecuencias letales (1). Evitar o tener recursos técnicos para corregir la hemorragia durante la cirugía es muy importante.

Queremos reportar un caso de reparación inguinal laparoscópica totalmente extraperitoneal (TEP) en el que se lleva a cabo de forma exitosa una solución técnica al descolgamiento de los vasos epigástricos inferiores, evitándose la ligadura de los mismos.

Métodos: Paciente de 58 años de edad sin antecedentes personales relevantes. Autónomo. Es diagnosticado mediante exploración física de hernia inguinal primaria izquierda, con IMC 29. Se optó por realizar TEP laparoscópico por un equipo quirúrgico en curva de aprendizaje. Una vez realizada la incisión en la fascia anterior rectal y disecado el espacio retrorrectal, se introdujo el “space-maker” para crear el espacio preperitoneal. Al retirar dicho instrumento e introducir la óptica se evidenció el descolgamiento de los vasos epigástricos inferiores ipsilaterales. Se colocaron dos trócares de 5 mm en línea media. Con la finalidad de no lesionar los vasos descolgados y conseguir una correcta exposición del campo quirúrgico, se decidió realizar un “hanging” de los vasos epigástricos. Para ello, se utilizaron dos puntos extracorpóreos de seda separados unos 3 centímetros permitiendo colgar dichos vasos. De esta forma se consiguió evitar su lesión y/o ligadura. Posteriormente, se llevaron a cabo los pasos quirúrgicos estandarizados siguiendo los criterios de visión crítica del orificio miopectíneo. Tras la correcta colocación de la prótesis, se procedió a retirar ambos puntos con posterior desuflación del neumo-preperitoneal. El postoperatorio inmediato cursó sin incidencias, siendo dado de alta en régimen de CMA. En la revisión postquirúrgica de la semana no se evidenciaron signos de hematoma, presentando EVA de 2 y deambulando con normalidad.

Conclusiones: Desde la llegada de la laparoscopia a la cirugía de la hernia inguinal en la década de los 90, la utilización de la misma en la patología de pared abdominal ha tomado un lugar preponderante. Múltiples trabajos avalan las ventajas de estos procedimientos mínimamente invasivos, consiguiendo una mejor visualización de la anatomía, una reparación de todos los posibles defectos herniarios del área miopectínea, menor dolor postoperatorio inmediato, menor tasa de complicaciones postoperatorias y disminución de infección de herida, mejor resultado estético además de una recuperación más precoz.

Sin embargo, a nivel mundial la mayoría de las hernias inguinales se reparan mediante el abordaje clásico abierto. Esta baja adherencia se debe principalmente a los elevados costes y a la larga y dura curva de aprendizaje inherente a este abordaje. Además, existen trabajos que describen series con complicaciones intraoperatorias mayores que, aun siendo muy inusuales, son más frecuentes con las reparaciones endoscópicas. Por su parte, las lesiones vasculares son muy infrecuentes y pueden afectar a los vasos epigástri-

cos inferiores, ilíacos externos, gonadales y corona mortis, entre los más destacados. Concretamente, durante la fase de creación del espacio preperitoneal mediante telescopaje o uso de spacemaker se puede producir el descolgamiento de los vasos epigástricos inferiores aumentando el riesgo de lesión de los mismos además de dificultar una correcta disección. Esto es motivado por la variabilidad anatómica que presentan los vasos epigástricos inferiores. Se reporta un caso de TEP laparoscópico en el que se lleva a cabo de forma exitosa una solución técnica al descolgamiento de los vasos epigástricos inferiores tras la creación del espacio preperitoneal mediante uso de spacemaker.

La reparación laparoscópica de la hernia inguinal es un procedimiento quirúrgico cuya curva de aprendizaje es pronunciada y demandante. Existe evidencia que demuestra que la tasa de complicaciones disminuye con el aumento de la experiencia quirúrgica. El sangrado, aunque infrecuente, es una de las principales complicaciones intraoperatorias y puede tener consecuencias letales. Se ha demostrado que una supervisión y capacitación adecuadas pueden acortar la curva de aprendizaje, facilitando la destreza manual y la toma de decisiones intraoperatorias para solventar complicaciones intraoperatorias.

Palabras clave: Hernia, inguinal, laparoscopia, epigástricos, descolgamiento.

P-CI-39 AMBULATORY LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY: A SINGLE CENTER EXPERIENCE

L. Carvalho

CHEDV. Portugal

Objectives: Laparoscopic cholecystectomy (LC) is the most common performed abdominal surgery in western countries and it is currently accepted as the gold standard for management of symptomatic gallstone disease. Outpatient LC is currently an established practice.

Methods: We conducted a retrospective uni-center study including all patients submitted to an ambulatory LC in CHEDV between October 2019 and June 2020.

The aim of this study was to evaluate the outcomes of our first cases of ambulatory LCs, assessing the safety and cost-effectiveness of the method. We also wanted to analyze the factors that influence the performance of LC in day surgery, focusing on patient selection criteria. The main

factors analyzed were patient's age, previous history of complicated biliary pathology, obesity, medical conditions and usual medication, previous supramesocolic abdominal surgery, anesthesia risk classification (ASA), medications.

During the study period, we performed 98 LCs, 27 in males and 71 in females. The mean age was 45.3 years old (range 18-73 years). The cholecystectomies were all performed by the same Hepato-Pancreato-Biliary team. The indication for surgery were symptomatic cholelithiasis and evidence of polyps with surgery criteria. All patients performed an ultrasound before surgery to confirm the presence of lithiasis without clinical or radiological evidence of acute cholecystitis or the presence of polyps. Out of the total number of patients, 25 patients were ASA (I) and 73 were ASA (II). None of patient required unplanned admission. There is no case of conversion to open cholecystectomy. Of the patients discharged, 1 (1 %) required readmission after the initial discharge. No mortality cases were reported.

Conclusion: Ambulatory LC is safe, feasible, and cost-effective with a low conversion rate and low associated morbidity. Patient criteria selection and the implementation by experienced surgical teams seems to be crucial factors that influence the success of outpatient LC.

Palabras clave: Ambulatory surgery, laparoscopic cholecystectomy.

P-CI-40 RESULTADOS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. AMPLIANDO NUESTRA EXPERIENCIA EN SU AMBULATORIZACIÓN

A. Benavides dos Santos; A. M. Ciscar Belles; M. Vila Tura; J. de la Cruz Verdun

Hospital de Mataró, Barcelona

Objetivos: Analizar las características de los pacientes operados de colecistectomía laparoscópica en régimen de CMA en nuestro centro en comparación con los pacientes tratados en régimen de hospitalización (HC). Evaluar los resultados en términos de indicadores de calidad CMA y estimar posibles factores de riesgo de fracaso de la ambulatorización en esta cirugía.

Métodos: Se reclutan todos los pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica electiva desde enero de 2019 a diciembre 2019 en nuestro centro. Se establecen dos subgrupos: aquellos intervenidos mediante CMA y aquellos mediante HC. Se comparan ambos grupos en cuanto a datos

demográficos (edad, sexo, índice de masa corporal (IMC)), estado físico preoperatorio según la clasificación de ASA (American Society of Anesthesiologists), intervenciones abdominales previas, antecedentes previos biliopancreáticos y características ecográficas. Se hace lo propio en cuanto al seguimiento postoperatorio mediante análisis de complicaciones a los 30 días postoperatorios, número de visitas no programadas, reingresos y/o reintervenciones por motivos relacionados con el proceso.

En el subgrupo CMA se analizan los indicadores de su trayectoria según subprocesos (selección y programación, acogida, intervención, recuperación y alta). Se identifican aquellos factores de riesgo para fallo de ambulatorización.

El estudio estadístico se realiza mediante t-student, Chi cuadrado para el análisis bivariante y Test de regresión logística múltiple para el análisis multivariante.

Resultados: Se consideran un total de 179 pacientes. El índice de sustitución para CMA es del 52,5 %. Del total de pacientes HC, 20 cumplen criterios para CMA inicialmente, pero se programaron como HC por tiempo de actividad de la unidad de CMA.

No se hallan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (CMA y HC) excepto para la edad, ASA y presencia de patología biliar previa (siendo la pancreatitis aguda la más frecuente). No hay diferencias en cuanto al número de complicaciones, así como tampoco en los reingresos o el número de consultas no programadas. De los factores de riesgo estudiados para fracaso de la ambulatorización, únicamente presentan diferencias significativas el IMC, el tiempo quirúrgico y el tiempo de estancia en reanimación en el análisis bivariante. En cambio, el tiempo de estancia en reanimación es el único factor de riesgo que presenta significación estadística en análisis multivariante.

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento tan seguro realizado en régimen de CMA como en HC. El IMC, el tiempo quirúrgico y el tiempo de estancia en reanimación prolongados se identifican como posibles factores de riesgo para el fallo de la ambulatorización: para conseguir índices de sustitución elevados es primordial una correcta selección de los pacientes.

Palabras clave: Colecistectomía, laparoscopia, CMA.

P-CI-41 TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL: ¿TRIVIALIDAD O RETO? NUESTRA EXPERIENCIA EN CMA

E. Antonaya Rubia; C. M. Ruiz Marín; R. Molina Barea; J. Rubio López; J. M. Capitán Vallvey
Hospital Universitario de Jaén

Objetivos: La fisura anal es una afección benigna pero que puede llegar a limitar en gran medida la calidad de vida de los pacientes. Si no se tratan de manera eficaz, pueden provocar recurrencia, infección o abscesos. Se trata de una patología de la que disponemos de amplia experiencia y evidencia científica para que los cirujanos podamos seguir unos patrones bien definidos. A pesar de ello, en la práctica clínica diaria hay cierta controversia en cuanto a su algoritmo terapéutico.

Nuestro objetivo en este estudio es analizar el tratamiento quirúrgico de las fisuras anales en nuestro centro y comparar los resultados con los descritos en las guías clínicas a nivel nacional.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo realizado en la Unidad de CMA en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Jaén, donde se evalúan a los pacientes sometidos a tratamiento de la fisura anal en el periodo comprendido entre el 1 de junio de 2018 y el 30 de junio de 2019. Las variables registradas fueron: datos epidemiológicos, tipo de intervención realizada, régimen de ingreso, proporción de curación, recurrencia y complicaciones infecciosas, así como la sección a la que pertenece el facultativo que lo realiza. Se ha realizado una estadística descriptiva para obtener los resultados que se detallan a continuación.

Resultados: Se han evaluado 40 pacientes en total, un 57,5 % fueron mujeres y un 42,5 % hombres, con una edad media global de 51,7 años. En el 67,5 % de los casos se realizó una ELI, con un éxito del 48,1 % (se controló la sintomatología y no han presentado recurrencia). Un 37 % de pacientes no han continuado con el seguimiento en consulta, aunque de estos, ninguno ha precisado asistencia sanitaria en el Servicio de Urgencias por este motivo. En cuanto a las complicaciones, hemos registrado 2 casos de incontinencia, 2 abscesos postquirúrgicos y una fístula. La aplicación de toxina botulínica se realizó en un 32,5 % de los casos, con un control de los síntomas sin recurrencia posterior del 46,15 %. Sin embargo, también en un 46,15 % los pacientes no mejoraron con el tratamiento por lo que requirieron la realización de ELI en los siguientes 12 meses. El número

de complicaciones infecciosas y de incontinencias con esta técnica fue de 0. De los 40 casos revisados, un 72,5 % de los pacientes sobre los que se realizó un tratamiento quirúrgico de la fisura anal pudieron ser dados de alta en el mismo día. Si analizamos los datos en función del tipo de cirujano que realiza la técnica encontramos que en el caso de la realice un FEA de la Unidad Colon, que constituye un 37,5 % de los casos, lo más frecuente es la inyección de toxina botulínica (53,3 %) frente a la realización de ELI (46,6 %).

Nuestra tasa de éxito es algo inferior a los descritos en las guías de referencia, debido en gran parte a la pérdida de pacientes durante el seguimiento que en nuestro caso fue del 32,5 %. En ninguno de estos casos se ha evidenciado la necesidad de asistencia sanitaria posterior por síntomas propios de fisura anal. Encontramos un alto porcentaje de inyección de toxina botulínica (32,5 %) con respecto a otros centros, ya que consideramos que puede constituir un escalón intermedio para aquellos pacientes en los que el tratamiento médico e higiénico dietético ha fracasado y antes de someterlos a un procedimiento quirúrgico mayor como es la ELI, que asocia mayor comorbilidad.

Conclusiones: En definitiva, el tratamiento de la fisura anal ha sido objeto frecuente de discusión a nivel de diversas sociedades científicas y a pesar de haber una tendencia general común de manejo, aún existen discrepancias, por lo que es de gran utilidad realizar estos análisis en nuestras unidades de CMA y actuar en función de los resultados.

Palabras clave: Fisura anal, esfinterotomía lateral interna, toxina botulínica.

P-CI-42 EXPERIENCIA EN LA COLOCACIÓN DE CATÉTERES DE DIÁLISIS PERITONEAL POR LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

C. Payá Llorente; M. Moragues Casanova; M. Giménez Edo; C. Cifre Martínez; R. Santofimia Chordá; F. Villalba Ferrer; A. Salvador Martínez; C. Zaragoza Fernández

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos: La diálisis peritoneal (DP) es una técnica de sustitución renal en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRC). La colocación de los catéteres en las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) ha permitido mejorar la calidad de vida de los pacientes sin detrimento de la técnica.

Métodos: Evaluar la experiencia en la implantación de catéteres de DP, los resultados obtenidos, las complicaciones asociadas y la supervivencia del catéter.

Estudio observacional retrospectivo entre enero de 2016 y diciembre de 2020 incluyendo pacientes que se intervinieron para colocación de catéter de DP por la Unidad de CMA.

El análisis estadístico se realiza con el programa SPSS v.20.0.

Resultados: Durante este periodo fueron intervenidos 61 pacientes, el 70,5 % varones. La edad media era de 57 ± 12 años. El IMC medio era de $25,72 \pm 4,85$ kg/m².

En 60 pacientes se colocó un catéter Tenckhoff recto auto-posicionante con dos cuff, en 1 paciente no se pudo colocar el catéter por adherencias intraabdominales. En 9 pacientes (14,8 %) se asoció cirugía herniaria, siendo la más frecuente la hernia umbilical en 7 (11,5 %).

La causa de la IRC que llevó a la necesidad de la implantación de un catéter fue, en primer lugar, la glomerulonefritis en 15 pacientes (24,6 %), seguida de la diabetes mellitus en 14 pacientes (23 %) y nefroangioesclerosis en 10 pacientes (16,4 %). En 5 pacientes (8,2 %) se colocó el catéter por síndrome cardio-renal.

24 pacientes (39,3 %) tenían antecedentes de cirugía abdominal previa, siendo la más frecuente la cirugía ginecológica.

Ningún paciente requirió intervención quirúrgica en la primera semana tras la cirugía.

En 4 pacientes (6,6 %) no se inició la diálisis peritoneal, en 2 (3,3 %) por no necesidad de la técnica, en 1 (1,6 %) por atrapamiento omental y otro (1,6 %) por hernia abdominal.

8 pacientes (13,1 %) presentaron aparición de hernias en la pared abdominal, de los cuales 7 se intervinieron. 4 pacientes (6,6 %) presentaron complicaciones relacionadas con el catéter, 1 (1,6 %) atrapamiento omental que se resolvió mediante cirugía laparoscópica, 2 (3,3 %) fugas pericatóter y 1 (1,6 %) disfunción por obstrucción del catéter por fibrina que se resolvieron mediante tratamiento conservador.

21 pacientes (34,4 %) salieron del programa debido a infra-diálisis en 8 pacientes (13,1 %) seguido por trasplante en 4 (6,6 %) y por complicaciones infecciosas en otros 4 pacientes (6,6 %).

La supervivencia media del catéter fue de $21,42 \pm 15,65$ meses.

Conclusiones: La colocación de catéteres de DP en régimen de CMA es seguro. Además, permite una adecuada implantación y el tratamiento de sus complicaciones, lo cual es fundamental para asegurar la supervivencia de la técnica.

Palabras clave: Diálisis peritoneal, Cirugía Mayor Ambulatoria, complicaciones, enfermedad renal crónica.

P-CI-43 UTILIDAD DE LA ANESTESIA LOCAL EN LA AMBULATORIZACIÓN DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

I. Capitán del Río¹; A. Corma Gómez²; J. M. Capitán Vallvey¹

¹Hospital Universitario de Jaén; ²Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Introducción: Uno de los factores limitantes para la ambulatorización de la colecistectomía laparoscópica (CL) es el dolor postoperatorio.

En múltiples procedimientos quirúrgicos la analgesia multimodal se ha demostrado eficaz en el control del mismo, y en ella juegan un papel importante el empleo de anestésicos locales.

Diversos estudios recomiendan el empleo de anestésicos locales en los puertos de entrada y/o intracavitaria en CLs, tanto al comienzo como al final de la intervención. Su uso no tiene apenas efecto sobre el tiempo quirúrgico y es de simple ejecución.

La relación de su empleo con la ambulatorización de la colecistectomía laparoscópica continúa siendo controvertido, aunque cabe pensar, *a priori*, que la disminución del dolor postoperatorio favorece el alta del paciente.

Objetivo: El objetivo principal del estudio es evaluar si el empleo de bupivacaína, tanto en los puertos de entrada como en dilución intracavitaria, disminuye el dolor postoperatorio y favorece la ambulatorización estricta en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria en un hospital de tercer nivel de Andalucía.

Métodos: Estudio retrospectivo de datos recogidos prospectivamente en el que se incluyeron a todos los pacientes

sometidos a CL en la UCMA desde 2015 a 2018. Las variables desenlace primaria y coprimaria fueron el alta ambulatoria y el dolor postoperatorio en la Sala de Readaptación al Medio (SRM) y en el momento del alta, valorado mediante Escala Visual Analógica (EVA). Los pacientes recibieron anestesia estándar con fentanilo y/o remifentanilo intravenoso para inducción y mantenimiento.

La analgesia intraoperatoria consistió en la combinación de paracetamol, dexketoprofeno, metamizol y, en la mayoría de los casos, cloruro mórfico. Todos los pacientes tenían prescrita la misma pauta analgésica en el postoperatorio. Se procedió al alta ambulatoria siempre que los pacientes cumplieran los criterios de Aldrete modificados.

Se realizó un análisis bivalente mediante el test de la Chi cuadrado o el test exacto de Fisher para la comparación de las variables categóricas. En el caso de las variables continuas, dicha comparación se realizó mediante el test de la T de student o de la U de Mann-Whitney. Para la comparación de 2 variables relacionadas, se llevó a cabo el test de Wilcoxon. Para las comparaciones de más de 2 grupos se aplicó el test de la Chi cuadrado para las variables categóricas, y el test de Kruskal-Wallis para las continuas. Además, se efectuaron múltiples comparaciones mediante la corrección de Bonferroni.

Con el fin de controlar posibles sesgos debidos a las diferencias entre los grupos “standard of care” y el grupo que recibió anestésicos locales, se llevó a cabo un análisis mediante la puntuación de propensión [“Propensity Score” (PS)]. En primer lugar, se calculó el PS para estimar la probabilidad de pertenecer al grupo que recibió anestesia local, mediante regresión logística binaria. En este modelo, se incluyeron como covariables, aquellos factores basales y relacionados con la cirugía que presentaron una distribución diferente entre los 2 grupos, con un p valor $\leq 0,2$. La variable dependiente fue el uso de anestésicos locales. Para identificar los factores asociados de forma independiente con las variables desenlace se realizó análisis multivariante mediante regresión logística binaria en el caso de la variable primaria y mediante regresión lineal múltiple para la variable co-primaria. El PS se incluyó como covariable en estos modelos de regresión multivariante.

Resultados: Se incluyeron 422 pacientes, de los cuales 348 (82 %) recibieron anestésicos locales. La gran mayoría de los pacientes (378; 89,6 %) recibieron el alta ambulatoria. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la proporción del alta en régimen de CMA según la localización de la administración de la anestesia local ni tampoco según el momento de la infiltración. En la SRM, más de las tres cuartas partes de la población no refirió dolor, o únicamente refirió dolor leve (342/421). Al alta,

la proporción de pacientes sin dolor o con dolor leve fue todavía mayor (391/417, $p < 0,001$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación EVA en función de la localización de la anestesia local. De la misma manera, tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación EVA según el momento de la administración de los agentes anestésicos.

En el análisis multivariante, un tiempo quirúrgico mayor de 90 minutos (Ora = 19,15 [95 % IC 4,07-90,06], $p < 0,001$) y la presencia de colecistitis (Ora = 5,25 [95 % IC 1,71-16,13], $p = 0,004$) se asociaron de forma independiente a una mayor duración de la estancia hospitalaria. El uso de anestésicos locales no se asoció de forma independiente al alta ambulatoria (Ora = 1,10 [95 % IC 0,20-6,07], $p = 0,913$). Tras incluir el "Propensity Score" como covariable en el modelo, la administración de anestesia local tampoco se asoció al alta en régimen de ambulatorización estricta (Ora = 1,06 [IC 95 % 0,20-5,69], $p = 0,947$).

Con respecto al dolor postoperatorio, el uso de anestésicos locales no resultó ser un factor predictor ni de menor dolor en la SRM ($\beta = -0,032$ [IC 95 % -0,47-0,41], $p = 0,846$), ni al alta ($\beta = -0,04$ [IC 95 % -0,49-0,41], $p = 0,864$). Incluyendo el "Propensity Score" como covariable en los 2 modelos, los resultados fueron muy similares. El único factor que se asoció de forma independiente al dolor en la SRM fue el sexo ($\beta = 0,34$ [95 % IC 0,04-0,68], $p = 0,048$).

Conclusiones: En nuestro estudio, el empleo de anestésico local no influyó en el alta ambulatoria y no condujo a una reducción del dolor postoperatorio tras colecistectomía laparoscópica. En base a nuestros resultados, la administración rutinaria de anestésico local no parece aportar beneficios en los resultados clínicos relacionados con la ambulatorización tras la colecistectomía laparoscópica. El tiempo quirúrgico superior a 90 minutos y la presencia de colecistitis se asociaron de forma independiente a la no ambulatorización.

Palabras clave: Anestesia local, colecistectomía laparoscópica, CMA.

P-CI-44 ENDOSCOPIC PILONIDAL SINUS TREATMENT (EPSiT) FOR CHILDREN AND YOUNG ADULTS: PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASUREMENTS

J. Moreira Pinto; F. Almeida; S. Sousa; R. Ramos; S. Gregório

Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

Aim: Endoscopic Pilonidal Sinus Treatment (EPSiT) has been proposed as a minimally invasive surgery for sacrococcygeal pilonidal disease (SPD). In this study, we present the outcomes of this technique reported by our patients and their parents.

Methods: All patient submitted to EPSiT in our department between 2018 and 2020 or their parents were contacted by telephone in order to consent to enter this study (N=57). All of them agreed to answer a Google Forms query, where questions regarding pain after surgery (0-10, visual scale), return to regular activities, time to complete wound closure, recurrence of the disease, and overall satisfaction (1-5, visual scale) were asked.

Results: 52 patient-parent duets responded to the query. 34 patients were male. The median age was 16 years old (range: 7-34). The median body mass index was 23 (range: 18-60). 16/52 had SPD for longer than 12 months, 12/54 had been operated before, 19/52 had at least one direct relative with SPD. Median follow-up after EPSiT was 20 months (range 3-32). Concerning pain, median value was 3 on day one after surgery (range: 0-8) and 1 after one month (range 0-7). Every patient had their wounds completely closed after EPSiT. The median time to complete wound closure was 3 weeks (range 1-16). 7/52 patients had a recurrence of SPD: 1 was re-operated in another hospital, 1 had a second PEPSiT in our hospital, 2 resolved completely with local dressings, 3 were previously lost to follow-up and will be scheduling reevaluation. 85% of respondents were 5/5 satisfied with EPSiT.

Conclusion: EPSiT is effective in treating PSD. Recurrence of the disease remains challenging. Patient-Reported Outcome Measurements are valuable in assessing patient and parents assessment of this technique and also to regain contact to patients lost to follow-up.

ENFERMERÍA

P-EN-01 RETIRADA DEL DISPOSITIVO ELASTÓMERO POR EL PACIENTE DE CMA

J. Alcaraz Busqueta; B. Méndez Prieto; S. Florida Parra; I. Rodrigo Abad; A. Rodríguez Lancha

Hospital Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Objetivos: Desde 2010 el Hospital Parc Tauli realiza IQ. a procedimientos que tanto por la técnica quirúrgica como por la anestesia son candidatos a realizarse en régimen de CMA pero que sabemos que mantienen un grado de dolor agudo posoperatorio (DAP) elevado-severo con analgesia convencional las primeras 48 h. Es por esto que hemos utilizado analgesia intravenosa mediante bomba elastómera con posterior control por el servicio de Hospitalización a Domicilio (HaD) durante estos 9 años para mantener los objetivos de CMA de forma segura.

En diciembre de 2019 se inició un cambio importante en el seguimiento y retirada del elastómero. Los motivos para este cambio fueron la saturación del servicio HaD. de pacientes de CMA. La no admisión de pacientes de fuera del área de influencia del hospital que limitaba las intervenciones en CMA o se tenían que ingresar y el mantenimiento de costos en otro servicio asistencial.

Objetivo:

1. Gestionar los pacientes portadores de elastómero por enfermería de CMA.
2. No depender del área de influencia del hospital.
3. Iniciar empoderamiento del paciente.
4. Retirar el dispositivo por el paciente.
5. Reducir los costes sanitarios.

Métodos: Enfermería de la Sala Adaptación al Medio (SAM) es la pieza fundamental para este cambio, es el profesional que:

- Recibe y está durante más tiempo con el paciente y acompañante.
- Interactúa a todos niveles.
- Realiza el seguimiento telefónico domiciliario postquirúrgico.

Resultados: Los datos nos muestran un índice de retirada del elastómero por parte del paciente del 99 %. Hemos conseguido liberar el servicio de HaD. De 18-20 pacientes que tenían a la semana, asumen 1-2 máximo. Las incidencias de náuseas y vómitos son nulas. El paciente manifiesta la facilidad en la retirada del dispositivo.

Conclusiones: Enfermería está capacitada para asegurar el seguimiento del paciente postoperatorio. La respuesta al empoderamiento ha supuesto una reducción real de costes. La satisfacción y la seguridad siguen siendo máximos.

Palabras clave: Enfermería, elastómero, dolor, postoperatorio.

P-EN-2 INDICADORES DE CALIDAD EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DEL ÁREA SANITARIA DE VIGO

J. Rosendo Galán; M. González Mouriño

Hospital Meixoeiro de Vigo

Objetivos: Evaluar los índices de calidad en la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria de nuestra Área Sanitaria.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de los resultados obtenidos de las intervenciones quirúrgicas en régimen de CMA, realizadas en los años 2017, 2018 y 2019.

Datos obtenidos de la UCMA y de la administración del hospital, guías del Ministerio de Sanidad, ACHS, ASECEMA y bases de datos con evidencia científica.

Las intervenciones quirúrgicas correspondieron a las indicadas en el LISTADO A por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Hemos seleccionado el total de intervenciones de CMA y clasificado por especialidades quirúrgicas obteniendo el número total de intervenciones, suspensiones e ingresos no previstos quedando reflejados en distintos diagramas.

También hemos estudiado cuatro indicadores de calidad propuestos por el organismo Australian Council on Healthcare Standards, obteniendo las siguientes tasas: T. suspensión, T. ingresos, T. sustitución y T. ambulatorización expresando los resultados en diversos diagramas y tablas.

Resultados:

- Tasa de suspensiones: año 2017: 0,84 %; año 2018: 0,66 %; año 2019: 0,61 %.
- Tasa de ingresos: año 2017: 1,5 %; año 2018: 1,1 %; año 2019: 1,2 %.
- Tasa de ambulatorización: año 2017: 51 %; año 2018: 50 %; año 2019: 50 %.

Conclusiones: Tras el análisis de todos los datos se ha podido comprobar que los índices de calidad en la UCMA del Área Sanitaria de Vigo se encuentran dentro de los estándares propuestos por la ACHS y el SNS.

Observamos que año tras año aumenta el número de intervenciones en la modalidad de CMA y por el contrario disminuyendo el número de ingresos no previstos y suspensiones derivadas de estas cirugías.

Este es el resultado de los avances y mejoras en las técnicas anestésicas y quirúrgicas además de un personal cualificado e implicado en este modelo de atención.

Palabras clave: Índice calidad, cirugía mayor ambulatoria, intervenciones quirúrgicas.

P-EN-03 PRESENTACIÓN DE LA GUÍA DE ENFERMERÍA DE PROCESOS QUIRÚRGICOS. ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LA FORMACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

E. Fernández Carrasco; M. A. Durán García; A. M. Pereda Gil; R. Domínguez Fernández; A. R. Fernández Carrera

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos:

1. Mostrar los resultados de una encuesta dirigida a los profesionales de enfermería de la Unidad de CMA sobre la formación de los enfermeros en Cirugía Mayor Ambulatoria.
2. Presentar una Guía de Enfermería de Procesos Quirúrgicos en formato WEB que se ha empezado a elaborar en la Unidad de CMA del Hospital Universitario San Carlos.

Métodos:

1. Se ha realizado una encuesta de 21 preguntas (15 cerradas y 5 mixtas) a la totalidad del personal de Enfermería que trabaja en la Unidad de CMA del Hospital Clínico San Carlos.
2. Se organiza un equipo de trabajo, formado por enfermeros con gran experiencia en CMA y personal de apoyo de la Unidad de Informática del Hospital, que comienza a elaborar una página web intrahospitalaria,

dirigida a los profesionales de Enfermería sobre los procesos quirúrgicos realizados en CMA; no solo se describen las técnicas quirúrgicas si no que se tratan todos los cuidados de enfermería durante el pre, intra y postoperatorio.

Conclusiones: La encuesta ha sido cumplimentada por el 100 % de los profesionales. De ellos, el 100 % considera a la CMA como una unidad con unas características especiales respecto al resto de los servicios del hospital incluido el Bloque Quirúrgico.

El 94 % de los encuestados utiliza las fichas de quirófano de las que dispone el hospital, fichas que han sido elaboradas por los profesionales de enfermería y que describen las técnicas quirúrgicas de los procesos que se realizan habitualmente en los quirófanos de CMA.

El 88,24 % ha contestado que el área más difícil de aprendizaje dentro de la CMA es el quirófano frente al 11,76 % que opina que es el Área de Readaptación al medio.

El 100 % considera que es importante formarse en todo el proceso de CMA y el 100 % considera necesario el disponer de una herramienta de formación, como la Guía de Enfermería de Procesos Quirúrgicos, que trate no solo la técnica quirúrgica si no todo el proceso de CMA, que comienza en la consulta de enfermería prequirúrgica y finaliza cuando la enfermera realiza las llamadas postoperatorias y el paciente es dado de alta, tras asegurarnos que la recuperación está siendo óptima.

Conclusiones: La innovación de esta guía radica en la combinación del conocimiento adquirido a través de la experiencia del trabajo diario y respaldada en la evidencia científica con recursos multimedia para dar como resultado una guía de consulta sencilla, clara y precisa.

Se ha creado un grupo de trabajo integrado por enfermeros de la Unidad de CMA que junto a profesionales de la Unidad de Informática organizan y distribuyen el trabajo y mediante reuniones periódicas se marca la sistemática a seguir.

En la Guía de Enfermería de Procesos Quirúrgicos cada proceso tiene un menú común donde se tratan todos los aspectos importantes para ofrecer unos cuidados de calidad, porque estandarizar los cuidados, actuaciones y técnicas de enfermería va a proporcionar seguridad al paciente en todo el proceso de CMA.

Palabras clave: Encuesta, formación, web, guía, calidad.

P-EN-04 TÉCNICA WALANT (WIDE-AWAKE LOCAL ANESTHESIA NO TOURNIQUET) EN CMA: CREACIÓN DE UNA TRAYECTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN LA UCSI DEL HOSPITAL DE MATARÓ

E. Escobar Cuesta; T. Huete Rastrojo; E. Solera Luna; A. Vega Fornells

Hospital de Mataró, Barcelona

Objetivos: La cirugía de la mano-pie ha experimentado uno de los mayores avances en los últimos tiempos debidos al uso de la técnica anestésica WALANT.

La técnica WALANT consiste en inyectar una solución de lidocaína 1 %, adrenalina (1:100000) y bicarbonato sódico (10:1) en la zona a incidir. Se recomienda infiltrar lentamente la solución, bajo la dermis, y esperar 30 minutos antes de la incisión. Múltiples estudios defienden su uso de forma segura. La fentolamina revierte de forma eficaz el efecto vasoconstrictor de la adrenalina, aunque muy rara vez es necesario su uso.

El objetivo de este trabajo ha sido describir nuestra experiencia con esta técnica en la unidad de cirugía sin ingreso (UCSI) del Hospital de Mataró, a propósito de la creación de una trayectoria clínica de enfermería específica para los pacientes intervenidos con esta técnica anestésica.

Métodos: Como metodología de trabajo se ha realizado un estudio descriptivo tras analizar retrospectivamente el número de intervenciones quirúrgicas realizadas con la técnica Walant en nuestro centro hospitalario, durante el periodo comprendido entre enero del 2019 y enero del 2020.

Durante el periodo analizado, se realizaron 778 intervenciones con técnica anestésica Walant, en manos, muñecas, pies y tobillos. La edad media de nuestros pacientes fue de 61 años. Un 67,4 % eran mujeres y un 32,5 % varones.

Conclusiones: No se empleó manguito de isquemia ni se precisó refuerzo anestésico en ninguno de los casos. No ha habido ningún caso de sangrado ni ninguna complicación de tipo isquémico que precisara el uso de la fentolamina. Ha habido dos casos de infección postoperatoria, uno de carácter leve que se solucionó con desbridamiento local y antibiótico vía oral y otro de mayor envergadura que ha precisado reintervención e injerto por parte de cirugía plástica para tratar un defecto cutáneo con exposición tendinosa.

La técnica anestésica tipo Walant en cirugía de la mano-pie presenta grandes ventajas tanto para el paciente intervenido

en régimen de cirugía mayor ambulatoria, así como para los profesionales y centros hospitalarios.

Reporta un beneficio para el paciente en términos de satisfacción, bienestar y rapidez ya que el control del dolor es excelente y permite prescindir de pruebas y visitas preoperatorias.

Palabras clave: Anestesia, WALANT, mano, pie, enfermería.

P-EN-05 ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. ESTUDIO CUANTITATIVO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO

J. Parra Estepa; R. Sarrías Ramírez; M. J. Gómez González; R. Avellanet García; X. Nofrerías Mondéjar; D. Martínez Fernández; D. Pérez de Gracia

Hospital Plató. Barcelona

Objetivos: *Objetivo principal:* conocer el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos en la UCSI para realizar las acciones de mejora necesarias que nos lleven a una atención de enfermería excelente. *Objetivo secundario:* conocer el trato recibido por parte del equipo de enfermería durante todo el proceso. Conocer el dolor postoperatorio controlado con la analgesia pautada.

Métodos: La satisfacción es un sentimiento subjetivo de la persona que recibe el servicio y su conocimiento es de gran valor para mejorar la atención. La realización de encuestas, así como su posterior análisis, nos facilita la obtención de esos datos. Es por eso que se decide realizar un estudio cuantitativo observacional descriptivo, con una duración de 4 semanas, con una muestra de 379 pacientes en total.

Se validaron encuestas facilitadas por el personal de enfermería y de anestesia de UCSI. El dolor se midió mediante la escala EVA, y la satisfacción con la escala LIKERT, la cual incluía los parámetros de grado de satisfacción, trato cortés, respeto a la intimidad y solución de dudas.

Resultados: Un 88,7 % de la muestra tuvo un dolor postoperatorio controlado con analgesia pautada.

La Escala Likert muestra los siguientes resultados:

- Grado de satisfacción: 4,84.
- Trato cortés: 4,92.

- Respeto a la intimidad: 4,87.
- Resolución de dudas: 4,86.
- Un 88,7 % de los pacientes tuvieron un dolor postoperatorio controlado con la analgesia pautada.
- Un 98,7 % de los pacientes volvería a operarse en nuestro hospital.

Palabras clave: CMA, enfermería, satisfacción, dolor, cuidados.

P-EN-06 IMPLANTACIÓN DE UNA ENCUESTA PARA CONOCER LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA, DENTRO DEL MISMO PROCESO

S. Toro Calderón; C. González Fernández; C. Losada Ruiz del Portal; R. Porta Urdiales; R. Barez Díaz; O. Alcalde de La Peña

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Objetivos: La satisfacción del paciente de Cirugía Mayor Ambulatoria se mide a través de la encuesta realizada por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, que se realiza de manera habitual una vez al año; eso hace que se conozca la vivencia del proceso, en algunos casos, meses después de su realización.

Mediante la realización de la encuesta de satisfacción visual analógica desarrollada en nuestra unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, conoceremos la vivencia a tiempo real del proceso quirúrgico al que ha sido sometido el paciente, y completaremos el seguimiento con la realización de la llamada a las 24 horas tras intervención.

Esta aplicación informática es de fácil uso y sencilla de explotar datos.

Objetivos: *Objetivo general:* conocer la satisfacción del paciente atendido en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) para posteriormente explotar los datos obtenidos y aplicar medidas de mejora, en el bloque quirúrgico del Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid.

Objetivos específicos:

- Resolver dudas sobre el postoperatorio inmediato antes del alta a domicilio del paciente intervenido.

- Conocer su percepción del dolor antes del alta.
- Promover la participación del paciente en su proceso quirúrgico, humanizando los cuidados enfermeros.

Métodos:

- Elaboración, consenso y aprobación de la encuesta de satisfacción, en las siguientes reuniones del grupo de trabajo de CMA, perteneciente al proceso quirúrgico del Hospital Infanta Leonor. El grupo de trabajo es un grupo multidisciplinario cuyos integrantes son todas las especialidades quirúrgicas, actores en el proceso de Cirugía Mayor Ambulatoria y profesionales de enfermería (enfermeras/os y TSMCAE).
- Realización de una encuesta visual analógica a través de una APP en un dispositivo tipo tablet.
- La encuesta consta de cuatro preguntas con tres posibles respuestas visuales de caras que representan distintos estados emocionales que nos indiquen la adecuación o no de los cuidados durante el proceso.

Conclusiones:

- Porcentaje de pacientes que se han sentido muy satisfechos o no con el respeto a su intimidad.
- Porcentaje de pacientes que se han marchado de alta sin dolor de alta a domicilio.
- Porcentaje de pacientes que se han sentido satisfechos o no con la información recibida por parte de todos los miembros del equipo quirúrgico y de CMA.
- Grado de implicación de los profesionales del equipo sanitario en el Plan de Humanización de la Consejería de Sanidad y del Hospital Infanta Leonor.

La implantación de encuestas sencillas de realizar en los momentos inmediatos tras la cirugía hace que se conozcan de manera más objetiva y veraz las sensaciones vivenciales de los pacientes, sin el sesgo de memoria que ocurre con el paso del tiempo.

La App informática es una herramienta válida, fiable y sencilla para valorar la satisfacción de los pacientes con los cuidados y trato humano recibido.

Este conocimiento *in situ* hace posible una mejora continua y eficaz de los cuidados.

Palabras clave: Satisfacción, encuesta, Cirugía Mayor Ambulatoria.

P-EN-07 O TELEFONEMA DE FOLLOW-UP E SATISFAÇÃO DO CLIENTE PEDIÁTRICO, EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO: UMA INTERVENÇÃO AUTÓNOMA DA ENFERMAGEM AVANÇADA

S. Ferreira Gregorio Camarinha¹; M. Reis Santos²; A. P. Prata²

¹Hospital-Escola Universidade Fernando Pessoa, Portugal; ²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

Objetivos: Obter evidências científicas que permitam compreender a importância do telefonema de follow-up na satisfação do cliente pediátrico submetidos a cirurgia de ambulatório e contribuir para a definição deste telefonema enquanto intervenção autónoma de enfermagem com a elaboração de um Protocolo de Realização do Telefonema específico para a Pediatria.

Métodos: Revisão Sistemática da Literatura segundo as recomendações do Joanna Briggs Institute[®]. Pesquisa realizada nas bases de dados: CINAHL[®], Medline[®], Cochrane Central Register of Controlled Trials[®], Scopus[®] e WEB OF SCIENCE[®]. Descritores utilizados Child*, Telenursing, Telephone, Follow-up, Parent satisfaction, Ambulatory surgery. Consideraram-se estudos, qualitativos e quantitativos, publicados em português, inglês e espanhol, entre 2007 a 2018. Investigação conduzida de forma independente por dois investigadores. A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada pelos instrumentos preconizados pela Joanna Briggs[®].

Resultados: Obtiveram-se 336 estudos, oito cumpriam os critérios de inclusão. Os resultados revelaram que os pais das crianças, submetidas a cirurgia ambulatória, evidenciavam satisfação com o telefonema de follow-up, pois este transmite-lhes segurança, fornece resposta atempada às suas dúvidas e preocupações e minimiza o tempo e a distância na comunicação direta com os profissionais de saúde. Emergiram seis categorias das evidências encontradas: Eficácia do Telefonema, Impacto na rotina familiar, Impacto económico, Comunicação com profissionais, Segurança no Cuidar e Satisfação em Geral.

Conclusões: O telefonema de follow-up surge como uma ferramenta essencial para a monitorização de indicadores da eficácia dos protocolos, eficiência da equipa, adequação da estrutura física, grau de satisfação com a experiência ambulatorial e com a equipa. Concluiu-se que esta ferramenta tem um impacto positivo ao nível do envolvimento/ comprometimento das instituições e profissionais de saúde, no controlo da dor no pós-operatório e na disponibilização de suporte, em tempo real, pelos enfermeiros ao cliente

pediátrico, minimizando deslocações desnecessárias ao hospital. Sugeriu-se uma extensão pediátrica ao protocolo do telefonema, definindo-se este momento como uma possível intervenção autónoma de Enfermagem Avançada.

Palabras clave: Cliente pediátrico, cirurgia de ambulatório, satisfação parental, telefonema de follow-up.

P-EN-08 ENFERMERÍA EN EL SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DEL PACIENTE AMBULATORIO

M. Navarro García; A. Campos Letran; I. Fonseca González; T. Souto Cabo; Y. Galafate Andrades; M. S. Francisco Pelegrina

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Está ampliamente demostrado que los cuidados preoperatorios inciden directamente en el resultado de la cirugía, tanto como los postoperatorios, así como también se demuestra que la planificación y la prestación de cuidados adecuados en este periodo es una de las causas de éxito de la cirugía. Es por ello que el principal objetivo de los cuidados de enfermería en esta etapa se centra en la preparación tanto física como psicológica y mental del paciente, para finalmente conseguir que se encuentre en unas condiciones óptimas para afrontar la cirugía y prevenir, en lo posible, las complicaciones postoperatorias:

- Prevenir, diagnosticar y tratar los trastornos tanto fisiológicos como psicológicos provocados por la misma intervención.
- Devolver al paciente el mayor grado de independencia.
- Identificar y satisfacer las necesidades del paciente con la mayor calidad y seguridad posible.
- Evitar posibles complicaciones.
- Impartir educación sanitaria tanto al paciente como a su familia sobre los cuidados y recomendaciones que tendrá que mantener durante su recuperación hospitalaria y en el hogar.

Métodos: Estudio prospectivo y descriptivo, previa consulta de las principales bases de datos de Ciencias de la Salud, así como buscadores de internet académicos y la lectura de información publicada en páginas relacionadas con Enfermería, del seguimiento postoperatorio que se hace al paciente intervenido en modalidad ambulatoria y el papel que desempeña enfermería en este período de recuperación dentro del proceso al que ha sido sometido dicho paciente.

Se describe, asimismo, la situación actual en el seguimiento postoperatorio de los pacientes intervenidos en CMA y su tratamiento en el domicilio estando apoyado por una serie de herramientas como son: la información/educación, la llamada telefónica, la escala ASI (ambulatory surgery inability) o el uso de las nuevas tecnologías (apps, redes informáticas).

Conclusiones: La protocolización de la asistencia que se presta en las unidades de CMA puede y debe enlazar perfectamente con la política actual de los centros de Atención Primaria, con quienes se hace obligado estrechar la colaboración entre niveles de asistencia sanitaria y donde en todo momento se conoce el devenir de sus pacientes. El personal de estos centros dispone de cualificación e interés suficientes para asumir responsabilidades postoperatorias, que en estrecho contacto con los equipos de CMA, permitirá seguir en la línea de una asistencia sanitaria de mayor calidad cada día.

La rápida y favorable recuperación postoperatoria del paciente es el principal desafío y justificación de la cirugía ambulatoria. Si no se supervisa, la satisfacción del paciente puede verse disminuida y también la confianza en la cirugía ambulatoria.

La actuación de enfermería se convierte en el elemento fundamental dentro del proceso quirúrgico, tanto en la evolución del postoperatorio como en sus etapas anteriores, donde se hace necesario el desarrollo de su vocación con un alto contenido de identidad profesional, técnica científica y humanización, con el último fin de restablecer el equilibrio fisiológico del paciente, favorecer una temprana y adecuada recuperación con las mínimas complicaciones y ofreciendo excelencia en la calidad del servicio prestado.

Palabras clave: Seguimiento postoperatorio, CMA.

P-EN-09 MARCAJE QUIRÚRGICO EN CMA: SEGURIDAD DE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

M. T. Martín García; L. Carmona Albentosa; M. Cando López; C. Tomás Beberide
Hospital Dos de Maig. Barcelona

Objetivos: Eliminar la posibilidad de realizar el procedimiento quirúrgico en un lugar erróneo con el marcaje de la zona y la lateralidad en el momento del ingreso en UCSI.

Métodos: El marcaje quirúrgico consiste en la realización de una marca con tinta indeleble de la zona que se va a operar, debiendo quedar esta expuesta tras la zona de la asepsia de la zona quirúrgica. Siempre se realizará la confirmación del lado a intervenir con el paciente y del procedimiento quirúrgico y que sea el mismo que consta en la historia clínica, luego se procede al marcaje.

Se practica la revisión de un corte de pacientes consecutivos durante 4 días de los diferentes servicios quirúrgicos.

Resultados: Hemos asistido en CMA/URP un total de 103 pacientes, 88 de CMA y 15 de URP de los cuales 35 son OFL, 30 de C. GEN, 12 de CORT, 5 de ORL, 8 de C. VAsc, 10 de Maxilofacial y 8 de Dolor. Se encontraron 2 pacientes de CMA con lateralidad incorrecta en el momento del ingreso (1,94 %); en la historia clínica el cirujano había indicado la lateralidad contraria.

En el 98,05 % el marcaje era correcto.

Del total de la muestra solo no precisaron marcaje 31 pacientes (30,09 %).

Conclusiones: La práctica y revisión del marcaje al ingreso en UCSI por la enfermera reduce la posibilidad de error.

Señalar el área más próxima posible.

El lugar señalado tiene que ser visible, una vez el campo quirúrgico esté instalado.

Importancia fundamental en la seguridad del paciente quirúrgico, del marcaje, de la lateralidad y del sitio del marcaje.

Palabras clave: Paciente, marcaje, seguridad, localización, enfermería.

P-EN-10 LLAMADA PREQUIRÚRGICA INFORMATIZADA EN CONTEXTO COVID. IMPLANTACIÓN EN UN CENTRO DE ALTA RESOLUCIÓN

A. Cazorla Pérez; R. Martínez Martínez; A. Marín Hernández; I. García González
Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería

Objetivos: La llamada prequirúrgica informatizada es una estrategia de mejora que nos permite tanto orientar como dar un soporte adecuado al paciente, ofreciéndole de mane-

ra individualizada la información necesaria de su procedimiento quirúrgico en CMA.

Recientemente, la pandemia por COVID-19 nos ha enfrentado a una de las situaciones más complejas de la historia, lo que entre otras cosas está afectando de manera muy importante la atención quirúrgica. Hemos tenido que realizar nuevos protocolos consensuados y lo más estandarizados posible, siendo susceptibles de cambios en función de los resultados que se iban obteniendo, para tener un seguimiento activo de este tipo de pacientes.

Dar a conocer la importancia de la planificación que implica una intervención quirúrgica en tiempos de COVID-19.

Identificar un circuito independiente para la cirugía programada en un entorno libre de COVID-19.

Métodos: Elaboración de protocolo entre profesionales del área quirúrgica y CMA, para clarificar las actividades a realizar en la tarea de la llamada prequirúrgica, basándonos en el respaldo científico y búsqueda bibliográfica.

En este contexto, se determinó la siguiente metodología para el abordaje del COVID-19 y la práctica quirúrgica. Este aporte intenta protocolizar el manejo tomando en cuenta la actual evidencia y el continuo devenir de estudios, más específicamente en la parte de llamada prequirúrgica que se realiza 24-48 horas antes de la intervención, orientada a brindar la máxima seguridad a los pacientes y al personal de salud en este nuevo escenario en que la persistencia de la enfermedad por COVID-19 sigue afectando a nuestra población y el riesgo de contagio permanece latente.

Los pacientes quirúrgicos una vez pasada la consulta de preanestesia, pasan otro tipo de filtro que es la llamada prequirúrgica, atendida por una enfermera en este centro, con ella confirmamos:

- Fecha, hora y procedimiento.
- Revisión de enfermedades importantes, tratamiento habitual, suspensión de la medicación, nuevos tratamientos indicados, estado de salud actual.
- Recordatorio sobre ayunas, hora de llegada al centro.
- Confirmar aporte de la documentación ofrecida incluyendo consentimientos informados aptos para la intervención que deben estar firmados.
- Dar cita al paciente para la toma de muestra nasofaríngea, de una PCR de SARS-CoV-2, dentro de las 48 horas previas a la cirugía. En el caso de pacientes con PCR positiva, 15 días antes de la intervención se le extrae una muestra sanguínea para determinar si tiene IgG positiva.
- Resolver posibles dudas.

Conclusiones: El COVID-19 es una enfermedad altamente contagiosa, que representa un gran desafío para los sistemas de salud, especialmente en los servicios quirúrgicos. Es nuestro deber proporcionar una atención preoperatoria óptima a los pacientes, proteger a los trabajadores de la salud y a los demás pacientes de contraer la enfermedad. Para todo ello se han creado nuevos protocolos con el fin de mantener la cirugía programada, pero sin olvidar la seguridad del paciente ni la del equipo de salud.

Palabras clave: Llamada prequirúrgica, COVID-19, centro alta resolución, enfermería, informatizada.

P-EN-11 CIRUGÍA DE MOHS EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

S. Onrubia Paterna; M. E. Pérez Giménez
Hospital Clínic de Barcelona

Objetivos:

- Cuantificar el volumen de las cirugías micrográficas de Mohs (CMM) realizadas desde el año 2014 al 2020 en Sede Platón de Hospital Clínic.
- Describir el circuito y cuidados de enfermería de los pacientes intervenidos de CMM en nuestro centro.

Métodos: Se realizó un estudio observacional en el periodo comprendido desde 2014 al 2020. Se incluyeron todos los pacientes intervenidos de CMM en nuestro hospital durante ese periodo. Consultamos la historia clínica de cada uno de los pacientes y recogimos los siguientes parámetros: edad, sexo y número de etapas o estadios de la intervención quirúrgica. Este estudio fue aprobado por el Comité ético del Hospital Clínic.

Resultados: Se incluyeron 187 pacientes (89 varones y 98 mujeres) intervenidos entre 2014 a 2020. Por franja de edad se observan: de 30 a 39 años, 8 casos; de 40 a 49 años: 10 casos; de 50 a 59 años: 35 casos; de 60 a 69 años: 35 casos; de 70 a 79 años: 57 casos; de 80 a 89 años: 37 casos y de igual o mayores de 90 años: 5 casos. Detectamos un aumento de intervenciones: 2 pacientes en 2014, 15 pacientes en 2015, 18 pacientes en 2017, 17 pacientes en 2018, 29 pacientes en 2019 y 89 pacientes en 2020.

En cuanto al número de estadios: 105 pacientes han requerido uno; 65 pacientes dos; 12 pacientes tres y cinco pacientes, cuatro.

Se describe el circuito y los cuidados de enfermería que requieren estos pacientes. Esto lo mostramos mediante un diagrama de flujo donde explicamos cada uno de los cuidados que reciben los pacientes intervenidos de CMM en cada una de las zonas del área quirúrgica.

Resultados: Se observa un incremento de intervenciones de CMM en nuestro hospital.

El incremento de estas cirugías justifica la necesidad de elaborar un circuito adecuado y eficiente que implique al personal de enfermería.

Palabras clave: Enfermería, CMA, cirugía de Mohs.

P-EN-12 CUIDADOS ENFERMEROS Y SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

A. Cazorla Pérez; I. García González; R. Martínez Martínez; A. Marín Hernández

Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería

Objetivos: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se ha incrementado en los últimos años. Entre sus ventajas se encuentra que el paciente pueda ser dado de alta el mismo día de la intervención y su recuperación postoperatoria suele ser más rápida.

Es por esto que los cuidados postoperatorios del paciente se han convertido en una herramienta fundamental para la recuperación del mismo. Donde el equipo de enfermería juega un papel importante en la transmisión de los cuidados y en el seguimiento postoperatorio.

- Determinar cuáles son los criterios que se deben de valorar antes de dar de alta a los pacientes postquirúrgicos.
- Conocer cómo se realiza el seguimiento postoperatorio tras una intervención de CMA en un centro de alta resolución, mediante llamada telefónica.

Métodos: El método empleado consiste en estandarizar un protocolo de actuación acerca de los cuidados enfermeros y del seguimiento postoperatorio en CMA, basándonos en la evidencia científica reciente y en los estudios científicos más relevantes.

Se realizan varias reuniones de trabajo entre el personal de enfermería en un centro de alta resolución, para determinar cuáles son los criterios comunes que deben de cumplir los

pacientes antes de ser dados de alta. Así como, determinar a qué tipo de pacientes quirúrgicos se les debe realizar llamada postquirúrgica.

Resultados: Se estandariza que los pacientes antes de ser dados de alta deben de cumplir varios criterios: ausencia de dolor (controlado por analgesia pautada), eliminación urinaria positiva, ausencia o leve sangrado de la herida, signos vitales adecuados y un conocimiento adecuado del régimen terapéutico. Cada ítem se numera de 1-5 puntos y queda registrado a través de un programa informático.

En cuanto al seguimiento telefónico postoperatorio, es realizado por personal de enfermería.

Se realiza como mínimo 24 h tras ser intervenido el paciente y se realizan hasta un total de tres llamadas (si el paciente no contesta). Valorando la pérdida de sangre, curación de la herida, control del dolor, ingestión alimentaria, nivel de autocuidado, descanso, termorregulación, nivel de ansiedad/miedo, estado neurológico, conocimientos: recursos sanitarios y cuidados de la enfermedad y satisfacción de los cuidados.

Conclusiones: Podemos concluir que la estandarización de cuidados y su registro informático, mejoran la unificación de criterios. Siendo más sencillo para el personal de enfermería la identificación de cualquier complicación que pueda presentar el paciente postquirúrgico.

Por otro lado, la llamada postquirúrgica favorece la comprensión del paciente acerca de la continuidad de cuidados que debe realizar el paciente en su domicilio. Así como reduce la tasa de ansiedad y miedo del paciente.

Palabras clave: Postoperatorio, enfermería, CMA, cuidados.

P-EN-13 EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA DE CMA CON LA ECOGRAFÍA

A. Imbuluzqueta García; M. P. Jiménez Lanzas

Hospital Civil. Málaga

Objetivos:

- Ampliar el papel de la enfermería con la especialización.
- Mejorar las técnicas de imagen no invasivas en enfermería.
- Minimizar el daño al paciente pudiendo tener un alta más precoz.
- Colaborar en las técnicas anestésicas ecoguiadas.

Métodos: Uso del ecógrafo por parte de enfermería tras haberse formado, en técnicas de visualización, valoración y canalización de vías periféricas, así como en patologías más comunes en CMA de tipo musculoesquelético y musculo-nervioso, usándolo en el antequirófano y dentro del quirófano.

Mejorar la calidad de asistencia y seguridad al paciente mediante el uso normalizado del ecógrafo por parte de enfermería.

Conclusiones: Tras el uso continuado en nuestro quirófano del ecógrafo tanto en las técnicas anestésicas, así como en las técnicas de enfermería se obtienen una serie de resultados, principalmente observados a raíz de un caso.

- Gracias a los avances en las pruebas de imagen, podemos actualizar las ya existentes dando una idea más precisa, y minimizando el tiempo y el riesgo al paciente.
- La enfermería juega un papel importante en este diagnóstico, ya que puede usar la ecografía para múltiples técnicas de enfermería como la valoración y canalización de vías y accesos periféricos, así como la de dar una seguridad al paciente y ayudar al equipo médico.
- Una enfermería preparada es capaz de usar las nuevas tecnologías en beneficio del paciente, pudiendo proporcionarle más confort y menos riesgos, sobre todo en CMA, así como ayudar al anestesista en las técnicas ecoguiadas de anestesia, para garantizar el bienestar del paciente.
- En nuestro quirófano enfermería ya realiza numerosas técnicas tanto de canalización de vías, como de marcación y actualización del estado de la lesión traumática, así como la ayuda de bloqueos nerviosos ecoguiados por anestesia.

Palabras clave: Ecografía, enfermería quirúrgica, enfermería CMA.

P-EN-14 CONTRIBUTOS DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS

C. Fernandes de Sousa¹; F. A. Dias da Costa²; R. Sousa Torres¹

¹Escola Superior de Saúde. Portugal; ²Hospital Sta Maria Maior Barcelos. Portugal

Objetivos: Em Portugal, a excessiva afluência dos utentes aos Serviços de Urgência (SU) transforma-os numa das

áreas mais difíceis do Sistema Nacional de Saúde. Esta sobrelotação frequente torna-se potenciadora de impacto negativo na qualidade das respostas às necessidades em cuidados de saúde da população.

A nível internacional, surgem vários modelos de triagem no SU no sentido de apoiar os profissionais na identificação rápida dos utentes em situação de doença ou lesão emergente/urgente. Em Portugal, o Sistema de Triagem de Manchester (STM) está presente em todos os SU, maioritariamente assegurado pelos enfermeiros, e a sua função é identificar critérios de gravidade permitindo a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo alvo recomendado até à observação médica.

Com este estudo pretendeu-se conhecer a perceção dos enfermeiros sobre os contributos do STM no SU.

Métodos: Trata-se de um estudo qualitativo exploratório e descritivo. Os participantes foram selecionados nos SU de dois hospitais da região norte de Portugal, com STM implementado. Como critérios de inclusão definiram-se: ser enfermeiro; estar habilitado com o curso ministrado pelo GPT e realizar Triagem de Manchester; ter experiência profissional no SU superior a dois anos e aceitar participar no estudo. Participaram 10 enfermeiros com idades compreendidas entre 30 e 50 anos, com experiência profissional e no SU, superior a 10 anos, quatro dos participantes detinham a pós-licenciatura de especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica. A recolha de dados foi conduzida por entrevista semiestruturada, entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020, e registada em suporte áudio, depois de solicitado e obtido o consentimento dos participantes, procedendo-se à sua transcrição integral, respeitando todas as palavras e o seu sentido. Foi obtida autorização das instituições e parecer favorável das Comissões de Ética. Para a análise temática utilizou-se a técnica de análise de conteúdo.

Conclusiones: Da análise do conteúdo das entrevistas, obtivemos um conjunto de áreas temáticas. O contributo do STM mais salientado pelos enfermeiros, foi o estabelecimento de prioridades, pois permite que a decisão da prioridade deixe de ser aleatória, subjetiva ou por ordem de chegada e passe a ser com base em critérios bem estabelecidos. Através da utilização do STM é possível identificar a prioridade clínica e definir o tempo alvo recomendado até à observação médica, tanto em situações de funcionamento normal do SU, como em situações de catástrofe.

O papel do STM no atendimento ao utente foi assinalado pelos entrevistados, promovendo-o em função do critério clínico, uniforme e sistematizado, permitindo uma caracterização mais correta do perfil do utente que recorre aos SU, constituindo-se como uma mais valia pela nomencla-

tura e definições uniformes e nacionais, metodologia de trabalho objetiva, programa de formação organizado, auditoria sistemática e um estímulo para a boa prática no SU. O STM contribui também para a melhoria do funcionamento do serviço, tornando-se numa ferramenta imprescindível para o planeamento e gestão dos SU, ao nível dos recursos humanos e materiais, sendo capaz de fazer uma previsão das necessidades futuras com base no nível de prioridade atribuído. Acrescenta-se ainda o contributo na organização e distribuição dos equipamentos disponíveis pelas áreas onde mais são necessários.

O STM pode também proporcionar alterações no funcionamento dos SU que contribuam para uma maior qualidade nos cuidados prestados pois permite adequar os recursos materiais e humanos às necessidades dos utentes de acordo com a sua prioridade e, por consequência, da gravidade da situação clínica e dos cuidados de vigilância e monitorização, aumentando desta forma a segurança e a qualidade.

Esta comunicação faz parte de um estudo de investigação no âmbito do Sistema de Triagem de Manchester, conjuntamente com outra com o título, fatores que influenciam a Triagem de Manchester: perceção dos enfermeiros, apresentada ao presente Congresso.

Palabras clave: Intervenção do enfermeiro, sistema de triagem de Manchester, contributos, serviço de urgência.

P-EN-15 “HAY QUE CONTINUAR OPERANDO, LA PANDEMIA NO NOS PUEDE PARAR”. ADECUACIÓN DE LOS CIRCUITOS QUIRÚRGICOS EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID: UNA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN EL TOYO

A. J. Cazorla Pérez; F. A. Yañez Collado; V. Colomina García; F. Guil López; J. F. Pérez Martínez
Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería

Objetivos: El objetivo general de este trabajo es la evaluación del procedimiento implantado en nuestra Unidad, Bloque Quirúrgico HAR El Toyo, con el fin de mantener las medidas de asepsia, garantizando la seguridad de profesionales y pacientes, en el contexto de la pandemia por COVID para poder seguir desempeñando la actividad quirúrgica con normalidad.

Los objetivos específicos son:

- Establecer criterios de actuación frente al SARS-CoV-2 en base a las recomendaciones científicas existentes.
- Establecer recomendaciones generales de protección a profesionales y pacientes durante el acto quirúrgico.
- Creación de circuitos asistenciales quirúrgicos adaptados al contexto COVID.
- Detección precoz de infección activa entre profesionales.
- Detección de infección activa para SARS-COV-2 en pacientes citados para intervención quirúrgica.

Métodos: El HAR El Toyo se inauguró en junio de 2005 y fue el primero de una serie de centros puestos en marcha en el marco del sistema sanitario público, denominados centros de alta resolución: el Bloque Quirúrgico del Hospital de Alta Resolución. En este trabajo queremos dar a conocer el diseño de un circuito funcional para garantizar la seguridad tanto de pacientes, profesionales y acompañantes durante la pandemia COVID.

El desarrollo de estos circuitos, y la concreción de este proyecto ha requerido de un ejercicio de comunicación constante con Atención Primaria, hospitales de referencia como son Hospital de Poniente y Hospital Torrecárdenas, y el esfuerzo titánico de trabajadores y dirección del centro, teniendo en todo momento que tomar decisiones dinámicas para tener resultados satisfactorios, hecho que ha requerido la implicación de todas las partes.

Los puntos sobre los que se ha trabajado son:

- Elaboración doble circuito de entrada de pacientes y profesionales, que nos ha permitido, detectar potenciales casos de infección SARS-CoV-2 por medio de la medición temperatura de todas las personas que han accedido al Hospital HAR El Toyo, enviando a las personas que han presentado fiebre o febrícula, para una valoración por parte de Urgencias., y así evitar junto a medidas preventivas como dispensación de soluciones hidroalcohólicas, cambio de mascarilla.
- Seguridad a profesionales: diseño de un circuito único de entrada con control de temperatura y cambio obligatorio de mascarilla quirúrgica, como medida preventiva a la “entrada de profesionales” (punto que se crea como exclusivo para le entrada de profesionales en pandemia COVID); comunicación fluida con Servicio de Salud Laboral.
- Potenciación de la llamada prequirúrgica: realizada por personal de enfermería. Establecemos la consulta prequirúrgica como punto en el que se identifican datos acerca de contacto COVID, así como de detección de síntomas compatibles, mediante la comprobación de una check list

Así mismo se recomienda que al hospital se acuda con un único acompañante.

- Momento de recepción quirúrgica.
- Formación/actualización a profesionales: lo precipitado y desconocido de esta enfermedad en su inicio, nos obligó a establecer circuitos definidos para mantener a los profesionales formados e informados, así como dar respuesta a todos los cambios que se sucedían en continuo (reuniones desde la Dirección asistencial con frecuencia diaria y posteriormente semanales, en amplias salas que mantenían las medidas de distanciamiento social, también, se establecieron vías de comunicación fluidas que nos permitieron dar a conocer la ingente cantidad de información cambiante).
- Fomento de la humanización: la sensibilización en todo lo referente a la humanización nos ha llevado a, prestar especial atención al proceso de información dada a los acompañantes, manteniéndolos informados de cualquier cambio que pueda producirse, informando puntualmente, vía telefónica, hecho, que, junto al uso de dispositivos para la realización de videollamada con sus familiares, ha permitido mitigar situaciones de soledad, y ha disminuido la ansiedad de nuestros usuarios.
- Seguridad de pacientes y acompañantes. Nuestros pacientes han visto aumentada su seguridad del siguiente modo:
 - Recepción/Preparación de pacientes. Se realizará la recepción y entrevista de un paciente por especialidad, citándonos a la citación escalonada; la citación de pacientes se ha determinado con las distintas secretarías, para que se realice en franjas horarias de 30 minutos, con lo que, uniendo esta medida, a la de un único acompañante, evitamos afluencia masiva puntual de pacientes y acompañantes.
 - Fase Intraoperatoria. En esta fase se han impulsado una serie de medidas extra para evitar la diseminación de aerosoles, y protección del personal como medida de seguridad:

Según guías clínicas de anestesia, uso de glidescope® (videolaringoscopia), pudiendo así mantener una distancia de seguridad óptima con la vía aérea, hecho que no se consigue con otros dispositivos existentes en el mercado como son videolaringoscopios desechables, entre otros.
 - Uso de mamparas que permite establecer una separación física, estas mamparas están diseñadas con aperturas laterales para el acceso de los brazos durante el proceso de intubación / extubación.
 - Uso de cobertura plástica en cabeza y tórax, además de cubrir la mampara protectora, que evita la diseminación de aerosoles durante el proceso de extubación.
 - Uso de batas, guantes y protectores de ojos (viseras o gafas).

- Utilización en los depósitos de los aspiradores de un sello de lejía, tanto para contenido líquido, como para aerosoles desprendidos por el bisturí eléctrico.
- Uso de bisturí eléctrico con conexión a la aspiración.
- Llegada a URPA. Durante el proceso de adaptación al medio, se facilita la posibilidad de realizar videollamada al acompañante, ayudando a disminuir la sensación de soledad que pueda generar la situación de pandemia. Todo esto se implementa además de las actividades relacionadas con el Cuidado y confort del paciente postquirúrgico.
- Planificación al alta: Una vez cumplidos los criterios de alta quirúrgica, Enfermería contacta con el acompañante para establecer las pautas a seguir en la recuperación del paciente haciendo especial hincapié en el control de dolor, signos de hemorragia y signos de infección, así como la explicación del proceso y continuación del mismo (cita con atención primaria, cita especialista...), se avisa al acompañante y el paciente es acompañado por el TCAE, para reunirse con él en el hall del Hospital.
- Llamada postquirúrgica 24 h.

Resultados: En nuestro Centro Hospital Alta Resolución El Toyo, los resultados de la actividad quirúrgica en tiempo de pandemia, nos muestran no solo que se haya podido mantener la actividad quirúrgica, es más, los resultados, nos demuestran que se ha aumentado el número de intervenciones quirúrgicas realizadas en el año de pandemia.

El 18 de marzo 2020, se produce el cese de la actividad quirúrgica por indicaciones de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, retomándola nuevamente el 20 de abril de 2020.

Debido a las características y ubicación de nuestro centro, ha sido posible dar respuesta asistencial quirúrgica a 3 centros hospitalarios, como centros proveedores de actividad quirúrgica, al ser “centro limpio” en la provincia de Almería; la situación de desbordamiento de los dos hospitales de referencia nos ha llevado a ser centro útil para la realización de la actividad quirúrgica en régimen de CMA que nos han solicitado (Hospital de Poniente y Hospital Torrecárdenas).

Resultados: El análisis de los datos de intervenciones 2019 vs. 2020, demuestra que las cifras totales, más allá de las restricciones impuestas por las medidas institucionales obligatorias para el control de la pandemia, han variado mínimamente.

1. Suspensiones quirúrgicas: contexto de las suspensiones quirúrgicas, de las que se producen los siguientes resultados en las tres variables estudiadas:
 - El porcentaje de suspensiones por causa hospitalaria en la comparativa 2019/2020 desciende 0,19 %.

- El porcentaje de incomparecencia es algo mayor 1,32 en 2019 frente a 1,75 en 2020, un total de +0,43 %.
 - El porcentaje por otras causas es menor 2,81 frente a 2,78, a pesar de estar inmersos en una pandemia, ha sido mínimo, un total de +0,03 %.
 - La realización de PCR para garantizar la seguridad en el circuito quirúrgico, con los sistemas sanitarios saturados por la pandemia (laboratorios de análisis, etc.), es un factor añadido a los porcentajes habituales de suspensión quirúrgica.
 - En el caso de nuestro centro, el número de intervenciones suspendidas por causa PCR, han sido 90, que se desglosa como sigue:
 - PCR Positiva: 26 pacientes.
 - PCR No concluyente: 11 pacientes que se consideran positivos, ya que se indica nueva muestra en 72 h.
 - Sin PCR:
 - No acude a cita: 33 pacientes. Se han producido por diversos motivos, como son: situaciones laborales, miedo a someterse a la intervención quirúrgica en el contexto pandemia, mala comprensión de la indicación por barrera idiomática, contexto movilidad reducida controles por perimetrales impuestos como medidas obligatorias para el control de la pandemia.
 - Sin resultado de PCR a tiempo: 20 pacientes. Se produce por dos motivos fundamentalmente:
 - No acude a la cita para realización de PCR (48 h antes).
 - Ausencia de resultado: por dos motivos, sobresaturación del servicio de análisis de PCR, extravío de muestras por exceso de afluencia.
2. Análisis actividad quirúrgica: El análisis de la actividad quirúrgica 2019/2020, arroja un resultado positivo en cuanto al número de intervenciones anuales, habiendo aumentado en un 24,91 %, siendo el total de pacientes operados en 2019 de 5794 pacientes y en 2020 de 7220 pacientes.
- Este aumento de las cifras en lo referente a intervenciones quirúrgicas es debido a tres causas fundamentales, además del hecho de considerar nuestro hospital, “hospital libre de covid”, que nos ha permitido:
- Aumento de la actividad quirúrgica en régimen de CMA, estando realizando incluso quirófanos de urgencias de diferidas de traumatología.
 - Aumento del número de quirófanos disponibles en mañana y tarde.
 - Aumento del número de profesionales requerido para la realización de la actividad quirúrgica.

Podemos decir que continuamos operando en pandemia COVID, y aprovechamos este trabajo para dar las gracias a todos los profesionales que han hecho posible este reto gracias a su inconmensurable esfuerzo y dedicación, que como queda patente, ha sido un éxito.

Asimismo, agradecer a la Dirección Asistencial de nuestro centro, perteneciente a la Agencia Sanitaria Hospital de Poniente dependiente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que ha apostado por la sanidad pública para poder realizar este reto con tan solo 6 quirófanos y 22 camas, habiéndose intervenido 7220 pacientes en 2020.

Palabras clave: SARS-CoV2, pandemia, intervención quirúrgica, circuito COVID, CMA.

P-EN-16 PROTOCOLO DE ENFERMERÍA: ARTROSCOPIA DE MUÑECA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

M. Magdalena Díaz; R. Heres González; Y. Valcárcel Álvarez

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Objetivos: La artroscopia de muñeca permite la visualización directa de la anatomía de la muñeca: cartílago, tejido sinovial y ligamentoso. Puede ser diagnóstica o terapéutica y está indicada en el tratamiento del fibrocartílago triangular, diagnóstico y tratamiento de lesiones y roturas de ligamento, tratamiento de lesiones condrales, sinovitis y extracción de cuerpos libres.

La realización de esta intervención quirúrgica en Cirugía Mayor Ambulatoria requiere de una adecuada selección del paciente, una cuidadosa práctica anestésica, una técnica quirúrgica mínimamente invasiva y unos cuidados de Enfermería planificados. Todo ello sitúa al paciente en las mejores condiciones posibles precisando por tanto unos cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración pudiendo ser dado de alta a las pocas horas después del procedimiento.

- Diseñar un protocolo de enfermería para los pacientes ambulatorios que precisen una artroscopia de muñeca.
- Describir las etapas del procedimiento quirúrgico estandarizando los cuidados.
- Optimizar los recursos.
- Garantizar la calidad de atención de los cuidados.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las bases de datos Pubmed y Google Scholar empleando los Descriptores de Ciencias de la Salud: Enfermería en el quirófano, Protocolo, Artroscopia, Cirugía Ambulatoria.

Se diseñó el protocolo de Enfermería en Noviembre de 2017, utilizando la plantilla dictada por el Servicio de Salud del Principado de Asturias que se compone de los

siguientes apartados: nombre del protocolo, las/los autores, Revisores y Autorización, Definición/objetivo, Recursos humanos, Materiales y Normas de protección (materiales textiles, instrumentales, suturas, otros materiales, aparatos y accesorios), Información y preparación del paciente (recepción, colocación en la mesa quirúrgica, tiempo anestésico), Técnica de realización (tiempos de la intervención), Observaciones, Registros, Cuidados del material y Bibliografía. En la última página se reflejan las fechas de Implantación, última actualización y Revisión.

Se efectúa una descripción detallada de todas las intervenciones, actividades y cuidados de Enfermería necesarios para realizar esta intervención quirúrgica garantizando unos estándares de calidad y seguridad para el paciente.

Una vez realizado se envió al Dpto. Formación, Docencia e Investigación de Enfermería para su aprobación por la Comisión de Procedimientos.

Resultados: Se implanta el protocolo de Enfermería en enero de 2018 siendo evaluado en enero de 2020.

El protocolo es aprobado por la Comisión de Procedimientos en febrero 2020, convirtiéndose en un documento legal a disposición de cualquier profesional de Enfermería que lo necesite.

Hasta la fecha se han realizado 36 artroscopias de muñeca durante las cuales se fueron aportando áreas de mejora que permitieron el aumento de la operatividad del equipo quirúrgico, reduciendo notablemente el tiempo de preparación del quirófano.

Conclusiones: La implantación de un protocolo de Enfermería garantiza la calidad de la atención al paciente, y proporciona una utilización óptima de los recursos asignados.

La estandarización de los cuidados es una herramienta de trabajo para los enfermeros de nueva incorporación que facilita la comunicación entre el equipo quirúrgico.

Palabras clave: Enfermería en el quirófano, protocolo, artroscopia, cirugía ambulatoria.

P-EN-17 EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA HOSPITALAR. UM RECURSO A IMPLEMENTAR

A. Azevedo Marques¹; C. Fernandes Sousa²; A. Lima Vieira³

¹Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde. Portugal; ²ESS do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Portugal; ³Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Portugal

Introdução: As equipas médicas de emergência intra-hospitalar, inicialmente conhecidas como equipas de reanimação, surgiram com o objetivo primário de reverter paragens cardiorrespiratórias, que ocorriam dentro dos hospitais. Mais tarde, percebeu-se que o melhor caminho para diminuir a mortalidade e morbidade hospitalar é a prevenção dessas paragens cardiorrespiratórias, que em muitas situações podem ser potencialmente detetadas e antecipadas. Daí que, atualmente, a ativação das equipas de emergência intra-hospitalares passa pela identificação de alterações de sinais vitais importantes e interpretados como deterioração clínica aguda.

Em Portugal, também se assistiu a essa evolução. Em 2010, por via da Circular Normativa nº 15/DQS/DQCO da Direção Geral da Saúde (DGS), as equipas de reanimação evoluíram para Equipas de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI), tendo como critérios de ativação todas as situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) acontecidas ou eminentes, assim como, disfunções agudas entendidas como potencialmente emergentes. Neste contexto, emerge a importância e a necessidade de solidificar um sistema integrado de resposta à emergência intra-hospitalar, que permita uma intervenção coordenada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais de saúde, que se venha a traduzir em ganhos em saúde.

Objetivo: Promover a criação e implementação da Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar, numa Unidade Hospitalar da região Norte do país, para uma intervenção precoce e diferenciada à pessoa em situação crítica, em contexto intra-hospitalar.

Métodos: Para a realização deste trabalho, optou-se pela Metodologia de Projeto, uma vez que, com a finalidade de estudar um problema atual, permite prever, orientar e preparar o caminho a percorrer ao longo de toda a realização do projeto, centrada na investigação, análise e na implementação de estratégias e intervenções para a sua resolução. Assim, iniciou-se com o diagnóstico de situação, através da aplicação de um questionário dirigido à equipa médica e de enfermagem e uma entrevista semiestruturada a elementos estratégicos pertencentes aos órgãos de gestão hospitalar, com o propósito de perceber a sensibilidade dos gestores e das equipas sobre a importância da implementação da EEMI, identificar as necessidades para a implementação da EEMI e as principais dificuldades na implementação da mesma na Unidade Hospitalar. Foi realizada também uma análise SWOT de forma a identificar as variáveis que

poderiam interferir no desenvolvimento deste projeto. Neste contexto, foram analisadas as forças (Strengths) - os pontos fortes, as potencialidades e as vantagens; e as fraquezas (Weaknesses) - os pontos fracos e as desvantagens existentes ao nível interno da Instituição, de modo a potenciar o que existe de positivo e minimizar os aspetos mais frágeis, respetivamente. Foram também refletidas as oportunidades (Opportunities) de intervenção e as ameaças (Threats), isto é, as circunstâncias e os fatores externos favoráveis ou os que possam levar ao insucesso do projeto.

Os resultados do estudo diagnóstico salientam e reforçam a importância da implementação de equipas dedicadas para a abordagem em situações de emergência intra-hospitalar, uma vez que trará ganhos diretos para o doente, nomeadamente no que concerne a uma atuação mais rápida e diferenciada, refletindo-se na melhoria da qualidade dos cuidados, aumento da sobrevivência e diminuição de complicações imediatas e tardias; que existem dificuldades na abordagem ao doente crítico, nomeadamente no que respeita à inexistência de uma metodologia de atuação e uniformização de protocolos e necessidade de um plano de formação contínua.

Depois de validar o objetivo do projeto pelo diagnóstico de necessidades, o plano de ação desenvolveu-se em sete atividades que permitiram desde a divulgação do projeto e dos resultados obtidos, aos órgãos de gestão e a toda a equipa médica e de enfermagem do hospital, à identificação dos recursos necessários à implementação da EEMI, bem como, a elaboração de um plano de formação para os profissionais que integram a EEMI e a apresentação de uma proposta de protocolo de atuação imediata e ativação da mesma.

Conclusão: Embora a criação da EEMI seja uma necessidade identificada e reconhecida como imprescindível à Unidade Hospitalar, é um processo moroso e complexo que vai para além do tempo disponível para o presente estudo. No entanto, acreditamos que os resultados deste trabalho possam constituir a base de trabalho para a implementação da EEMI, a curto prazo.

Palabras clave: Cuidados críticos, enfermagem médico-cirúrgica, emergências, equipe médica de emergência.

P-EN-18 FATORES QUE INFLUENCIAM A TRIAGEM DE MANCHESTER: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS

C. Fernandes de Sousa; F. A. Dias Costa; R. Sousa Torres

Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde. Portugal; Hospital Sta Maria Maior, Barcelos. Portugal; Hospital de Braga. Portugal

Objetivos: Os serviços de urgência (SU) são considerados a face visível dos hospitais. É através do papel desempenhado pelos seus profissionais, associado à própria organização estrutural e dinâmica do serviço, que os utentes constroem a sua opinião acerca do serviço e consequentemente da própria instituição.

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) procura dar resposta à excessiva afluência dos utentes aos SU, priorizando-os consoante a gravidade clínica. Sendo o enfermeiro triador o profissional que estabelece o primeiro contacto com o utente/família, é importante que detenha um conjunto de competências para tomar a melhor decisão.

Existem diversos fatores, que dificultam a sua tomada de decisão, quer contextuais, quer individuais. Quanto aos enfermeiros, a literatura aponta como fatores influenciadores, o conhecimento e a experiência profissional. Relativamente aos fatores contextuais, a sobrelotação dos SU, que acontece na maioria das vezes por situações não urgentes ou doenças crónicas e a pressão pelos restantes profissionais do SU e dos familiares, representam uma condicionante na realização de Triagem de Manchester (TM). A falta de conhecimento dos utentes em relação à finalidade da TM e dos SU, a alteração do estado clínico do doente e a violência física e verbal, bem como, as estruturas físicas do posto de triagem também têm sido apontadas como fatores que afetam a realização da TM.

Este estudo tem como objetivos conhecer a perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester e explorar sugestões de melhoria.

Métodos: O estudo exploratório descritivo inscreveu-se no paradigma qualitativo. A amostra não probabilística acidental foi selecionada em contexto de SU, de dois hospitais com implementação da TM, da região norte de Portugal, tendo como critérios de inclusão: ser enfermeiro; estar habilitado com o curso ministrado pelo Grupo Português de Triagem; realizar TM; experiência profissional no SU superior a dois anos e aceitar participar no estudo. Participaram 10 enfermeiros com idades compreendidas entre 30 e 50 anos, maioritariamente do sexo masculino, com experiência profissional e experiência no SU superior a 10 anos e quatro com especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica. A recolha dos dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, registada em suporte áudio, depois de solicitado e obtido o consentimento dos participantes, entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020. Obteve-se a

autorização das instituições envolvidas e parecer favorável das Comissões de Ética. Para a análise temática recorreu-se à técnica de análise de conteúdo.

Conclusões: Da análise dos dados, obtivemos um conjunto de áreas temáticas. Na perspetiva dos enfermeiros, os fatores que influenciam o processo de triagem relacionam-se com os recursos humanos e materiais, com a estrutura física do posto de triagem, principalmente no que diz respeito à privacidade; relacionados com o serviço, nomeadamente em termos de organização e dinâmica do mesmo; relacionados com o utente e relacionado com o enfermeiro triador, quanto à sua experiência profissional nos cuidados ao doente crítico. Constatou-se que os resultados obtidos estão em linha com os autores referidos.

Associado à identificação destes fatores, emergiram sugestões de melhoria como, desenvolver planos de formação orientados para melhorar a eficácia da TM, melhorar a estrutura física dos postos de triagem, gerir melhor os recursos humanos; integração mais adequada dos novos enfermeiros na TM e eliminar as tarefas administrativas realizadas na triagem.

O STM procura dar resposta à excessiva afluência dos utentes aos SU, priorizando-os consoante a gravidade clínica. Apesar de se ter iniciado a sua implementação em 2000, e atualmente em todos os SU, do território português, ainda se constata fatores que condicionam a TM quer associados às unidades hospitalares, quer relacionadas com o próprio sistema ou com os profissionais que aplicam o protocolo.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam despoletar futuros estudos e promover a reflexão proativa entre gestores institucionais, auditores e enfermeiros triadores sobre o STM, para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes e potenciadoras da performance na realização da TM, constituindo-se num contributo para os processos de mudança na procura constante da excelência dos cuidados.

Esta comunicação faz parte de um estudo de investigação no âmbito do Sistema de Triagem de Manchester, conjuntamente com outra com o título, contributos do Sistema de Triagem de Manchester nos serviços de urgência: perceção dos enfermeiros, apresentada ao presente Congresso.

Palabras clave: Intervenção do enfermeiro, sistema de triagem de Manchester, fatores influentes, serviço de urgência.

P-EN-19 O ENFERMEIRO NO CORPO DE BOMBEIROS: O VALOR DA SUA INTERVENÇÃO

C. Fernandes de Sousa; M. A. Ferreira da Silva
Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde. Portugal; Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Portugal

Objetivos: Os cuidados de saúde, assumem hoje uma progressiva importância, exigência técnica e científica, pois a diferenciação e a especialização são cada vez mais uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. O cidadão exige aperfeiçoamentos nesta área, pelo que se justifica a identificação e apresentação de propostas de melhorias contínuas.

Temos assistido ao longo das últimas décadas ao desenvolvimento de estruturas de resposta a situações de urgência, com elevada diversidade e heterogeneidade de meios, quer físicos, quer humanos. Os Corpos de Bombeiros, necessitam acompanhar o nível de exigência, pois são os maiores intervenientes no socorro à população, o que pode, pelas características da sua missão, ser associado elevados riscos de saúde a curto, médio e longo prazo. No entanto, carecem dos devidos cuidados de saúde ocupacional, que atualmente ultrapassam o foco nos acidentes de trabalho e as doenças profissionais, dando lugar a uma proteção comum, intervindo em todos os problemas relacionados com os trabalhadores.

Neste sentido, surge este estudo que visa descrever os contributos da intervenção do Enfermeiro no Corpo de Bombeiros, com a finalidade de tornar mais visível a intervenção destes profissionais neste contexto e o seu contributo para uma melhor prestação cuidados. Este objetivo foi segmentado em objetivos específicos para melhorar a orientação do estudo, sendo eles:

- Identificar as atividades que os enfermeiros realizam nos corpos de bombeiros;
- Descrever a perceção dos enfermeiros relativamente aos benefícios da sua intervenção para a qualidade do serviço prestado nos corpos de bombeiros;
- Perceber as expectativas dos enfermeiros que exercem funções nos corpos de bombeiros;
- Descrever as dificuldades/constrangimentos vivenciados pelos enfermeiros no desenvolvimento da sua atividade nos corpos de bombeiros;
- Perceber os contributos do reconhecimento da profissão de enfermeiro nos corpos de bombeiros;

- Identificar sugestões que permitam otimizar o reconhecimento da intervenção do enfermeiro no corpo de bombeiros.

Métodos: Este estudo assenta numa abordagem qualitativa, de cariz exploratório-descritivo, aproximando-se a um estudo de caso. A estratégia de recolha de dados recaiu na entrevista semiestruturada dirigida a onze enfermeiros que exercem funções em corpos de bombeiros, sendo na sua maioria da região norte de Portugal, recrutados através do método de amostra bola de neve. A entrevista foi gravada em formato digital, permitindo a sua transcrição integral, depois de obter o consentimento dos participantes. As entrevistas transcritas possibilitaram realizar a leitura e releitura de todo o material, permitindo identificar os componentes que deram resposta aos objetivos do nosso estudo.

A seleção dos participantes obedeceu aos seguintes os critérios: ser cumulativamente enfermeiros e bombeiros; exercício profissional há pelos menos 5 anos em cada uma das profissões; exercer funções no quadro ativo ou de comando no corpo de bombeiros há cinco anos ou mais; aceitassem colaborar.

Caracterizando, eram maioritariamente do sexo masculino, com idade entre os 33 e os 52 anos, tempo de serviço como enfermeiro entre os 5 e os 30 anos, com uma média de 14 anos, e como bombeiro entre os 8 e os 25 anos, com uma média de 18 anos.

Para a análise da informação e da sua sistematização recorremos à técnica de análise de conteúdo que permite examinar e organizar os dados através de procedimentos sistemáticos e objetivos do respetivo conteúdo, de forma a apreender os temas chave para a compreensão do fenómeno em questão.

Conclusiones: Da análise dos dados emergiram seis áreas temáticas: áreas de intervenção dos enfermeiros nos corpos de bombeiros; contributos da intervenção dos enfermeiros nos corpos de bombeiros; expectativas enquanto enfermeiros; dificuldades vivenciadas; contributos do reconhecimento da profissão; sugestões.

Os resultados desta investigação demonstram que o enfermeiro pode desempenhar um papel relevante tanto para o Corpo de Bombeiros, como para as pessoas e populações que necessitam de socorro. Os cuidados de saúde extra-hospitalares, a saúde ocupacional dentro dos corpos de bombeiros, a assessoria, gestão de recursos e a formação, são áreas onde o enfermeiro pode desenvolver um trabalho amplo e fundamental, que deverá ser mais reconhecido através de uma carreira profissional própria, numa reunião de esforços e análise conjunta das entidades reguladoras,

quer de Enfermagem como dos Corpos de Bombeiros e da Proteção Civil.

Palabras clave: Enfermeiro, bombeiro, contributos, carreira profesional.

P-EN-20 INVOLUCRACIÓN DE UNA UNIDAD SATÉLITE DE CMA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN EL AÑO 2020

J. Gracia i Miró; L. Asenjo Calasanz; L. Martín Mora; E. Martínez Gutiérrez; E. Rodríguez Coma

Xarxa Sanitaria i Social de Santa Tecla. Hospital Lleuger de Llevant. Tarragona

Objetivos: Dejar constancia escrita de la afectación y de la evolución de la pandemia COVID-19 en nuestra Unidad de CMA satélite (Xarxa Sanitaria i Social de Santa Tecla en Tarragona).

Métodos: Estudio descriptivo biográfico narrativo.

Conclusiones: Esta comunicación surge del deseo de compartir nuestra vivencia personal y reflexionar de cómo nos ha afectado personal y profesionalmente.

La pandemia llegó a nuestro centro a la par de todo el país, la actividad asistencial se vio anulada de un día para otro, el 14 de marzo 2020.

Está siendo una situación excepcional para la que se tomaron y siguen tomándose medidas excepcionales en estrecha relación con la fase la pandemia que estemos enfrentándonos.

El personal que componemos nuestra Unidad de CMA satélite, inaugurada ya hace 14 años y con amplia experiencia a nivel quirúrgico, ha servido para dar soporte y respuesta a las necesidades presentadas a raíz de la aparición de la pandemia por COVID-19, suspendiendo la actividad quirúrgica durante 6 semanas.

Delante de esta situación excepcional y de crisis, se tuvieron que tomar medidas excepcionales a todos los niveles en la institución a la que pertenecemos.

La COVID no solo afectó física y psicológicamente a las personas infectadas, sino a todos. Nuestra primera gran preocupación fue ver y sentir lo que sufrían nuestros colegas italianos a través de los medios de comunicación y redes sociales.

El último día de actividad en la Unidad, todo el mundo estuvo pendiente de las informaciones que llegaban del exterior, el miedo a lo desconocido nos invadió.

Los cambios logísticos, asistenciales y docentes han entrenado nuestra capacidad de resiliencia, aunque el estado anímico del equipo de enfermería tuvo y sigue teniendo oscilaciones y cambios según las etapas de la pandemia.

El trabajo describe la necesidad que hubo de gestionar el material sanitario y recursos humanos durante esas 6 semanas en nuestra unidad.

Desmantelamos todo nuestro servicio y nos integramos en la gestión de una nueva planta sociosanitaria mixta “COVID positivo” junto con pacientes de convalecencia y paliativos, cubierto por el personal de nuestro servicio mayoritariamente.

Esta circunstancia ha hecho reencontrarnos con los fundamentos y esencia de nuestra profesión enfermera.

Posteriormente, la vuelta a la actividad de CMA dentro del contexto pandémico ha conllevado cambios para la reanudación segura de las intervenciones quirúrgicas; consiguiendo minimizar el riesgo de infección para los usuarios y el propio personal sanitario.

Palabras clave: Pandemia, resiliencia, cuidados enfermería.

P-EN-21 RECOMENDACIONES HIGIÉNICO DIETÉTICAS PARA PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA PROCTOLÓGICA

M. Francisco Pelegrina; A. Campos Letran; J. Redaño Quiñones; M. Carmona Martínez; M. J. Reina Durán; A. Ruiz Piñol; Y. Galafate Andrades; M. Rodríguez Fernández
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Marco conceptual: Antes de la década de 1980, la mayoría de la cirugía anal o perianal precisaba ingreso hospitalario. Actualmente, se estima que hasta el 90 % de estos procedimientos pueden ser candidatos para cirugía ambulatoria y se puede realizar a un costo reducido con eficiencia, seguridad y altos niveles de satisfacción del paciente.

Es necesaria:

- La selección adecuada del paciente.
- El uso de atención perioperatoria basada en la evidencia.

- El control efectivo del dolor postoperatorio.
- La educación del paciente y seguimiento; aquí enfermería juega un papel importante, en la modificación de los hábitos higiénico dietéticos.

Se calcula que aproximadamente el 80 % de las personas mayores de 50 años sufren algún tipo de trastorno que afecta la región anal o perianal, aunque solo el 20 % de ellos consulta por este motivo.

La dieta, los hábitos intestinales y los cambios en el estilo de vida son a menudo el primer paso en el tratamiento la patología proctológica y de ahí la importancia elaborar una guía con recomendaciones higiénico-dietéticas basadas en las Guías de Práctica Clínica que deben formar parte del tratamiento a seguir.

Objetivo: Elaborar una guía con las recomendaciones higiénico dietéticas que deberán ser llevadas a cabo por los pacientes candidatos a cirugía proctológica.

Fomentar la participación activa de las personas en sus cuidados, proporcionándoles una información clara, veraz y comprensible que les capacite en la correcta toma de decisiones.

Métodos: En la fase previa se realizó una revisión de la situación actual: análisis de recomendaciones vigentes, búsqueda y lectura crítica.

La búsqueda ha sido realizada en las siguientes bases de datos: Cuiden, Medline, PubMed, Cochrane Plus y Google Académico y se ha restringido a los artículos publicados desde el año 2005 hasta la actualidad en los idiomas inglés y español.

Los descriptores utilizados han sido: “cirugía anal o perianal”; “cuidados peri-operatorios de procesos anales o perianales”; “cuidados enfermería en hemorroidectomía y fisuras”; “quiste pilonidal”; “cirugía mayor ambulatoria” y “procedimientos quirúrgicos ambulatorios”.

Resultados: Elaboración de una guía informativa sobre las recomendaciones higiénico-dietéticas para pacientes con patología proctológica.

Los objetivos de las recomendaciones son:

- Minimizar el trauma en el área (suavizando las heces y regulando los hábitos intestinales).
- Evitar complicaciones (manteniendo la zona lo más aséptica posible).

1. Prevención del estreñimiento: la mayoría de los problemas anales son causados por una inadecuada ingesta de fibra y de agua.
 - Incrementar la ingesta de fibra para aumentar el volumen y promover el movimiento del contenido intestinal. Consumir abundantemente: frutas, verduras, legumbres, productos integrales, cereales, arroz integral.
 - Líquidos. Beba al menos 1,5-2 litros al día, pueden incluir agua, sopas, infusiones.
 - Eduque el intestino:
 - Acuda al baño al “sentir la llamada”, no reprima la necesidad puesta agravaría el estreñimiento.
 - “Coma despacio y mastique bien los alimentos”. Procure comer a horas regulares.
 - “Acostumbre al organismo a establecer un hábito diario de evacuación”, mejor tras las comidas y al levantarse, porque es cuando aumentan los movimientos intestinales.
 - “Evite los esfuerzos excesivos en la evacuación”.
 - Ejercicio: practique ejercicio físico moderado diariamente: nadar, bicicleta. Contribuye a aumentar la motilidad intestinal y se tonifica la musculatura abdominal.
 - Laxantes: evite los laxantes irritantes (puede provocar alteraciones intestinales y crear hábito). En caso de precisarlos se indicaría laxantes de volumen: salvado de avena, plantago ovata y metilcelulosa.
2. Higiene local:
 - Baños de asiento o duchas: comenzarán dentro de las 24 horas de la operación, tres veces al día y después de ir al baño. Se aconseja agua templada, no más de 5 minutos para reducir la contracción esfinteriana.
 - Secado: sin frotar, presionando suavemente con una toalla o usando secador.
 - Apósitos: no necesarios (exceptuando en el quiste pilonidal) En caso de exudado, aplicar en la ropa interior un apósito limpio de algodón y embadurnar una pasta neutra si presenta hemorroides externas.
 - Se desaconseja uso de toallitas y papel higiénico.
 - Ropa: evite la ropa irritante (mejor de algodón sin teñir).
 - Almohadas: no se recomiendan la tipo donut, ya que comprimen y crean más tensión en la piel anal.
3. Defecación: no permanecer en el baño más de 1-2 minutos. Posición de cuclillas: sentarse en el retrete con las rodillas flexionadas por encima de la altura de las caderas (puede colocar un taburete en los pies), así se disminuye el esfuerzo para la evacuación.
4. Conducta ante una crisis hemorroidal:
 - Reposo en cama, elevación de la pelvis con almohada.
 - Régimen alimentario estricto.

- Baños de asiento con agua templada (el agua fría, aunque produzca alivio favorece la contracción anal).
5. Alimentos y bebidas desaconsejadas:
 - Aquellos alimentos que provocan irritación química tanto en el recto como en el canal anal: alcohol, picantes, bebidas carbónicas, ácidos en exceso, salazones, chocolate, frutos secos, marisco y café en grandes cantidades.
 - Las dietas ricas en azúcares artificiales y cafeína pueden reducir la consistencia de las heces.

Conclusiones: La mayoría de los problemas de salud anal son el resultado de una ingesta inadecuada de fibra y agua, junto con malos hábitos intestinales y de higiene.

La educación para la salud, y el autocuidado son relevantes para conseguir un mejor conocimiento por parte del paciente y su familia.

Los cambios guiados en la ingesta dietética y modificaciones en el comportamiento del baño provocarán una mejora e incluso una resolución completa de los síntomas en la mayoría de los pacientes.

Palabras clave: Cirugía proctológica, cuidados perioperatorios, procedimientos quirúrgicos ambulatorios, cuidados enfermería, hemorroides.

P-EN-22 IMPLANTACIÓN DE LA TÉCNICA WALANT EN LA CIRUGÍA DE MANO EN LA UNIDAD DE CMA LLEVANT DEL HOSPITAL SANT PAU Y SANTA TECLA: DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROCEDIMIENTO Y LOS BENEFICIOS QUE APORTA

L. Asenjo Calasanz; J. Gracia Miró; L. Martín Mora; E. Martínez Gutiérrez; E. Rodríguez Coma
Xarxa Sanitaria i Social de Santa Tecla. Hospital Lleuger de Llevant. Tarragona

Objetivos: Describir la técnica WALANT, cómo se ha implantado en la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria Llevant del Hospital Sant Pau y Santa Tecla, valorar los beneficios para el paciente y para la unidad, derivados de la introducción de esta técnica.

Métodos: Se trata de un estudio observacional descriptivo con la finalidad de exponer la organización y la experiencia profesional del equipo de enfermería de esta unidad de CMA, en la implantación de la técnica WALANT para la cirugía de extremidad superior.

Se tendrá en cuenta la experiencia profesional durante los tres años de su instauración (del 2018 al 2020 incluido).

En él se detallará el procedimiento realizado y sus características desde el momento del ingreso del paciente hasta que es dado de alta.

Se expondrán las características propias de la técnica y el método empleado en la unidad.

El paciente tras ser seleccionado en la consulta, bajo criterio del médico especialista y una vez informado del tipo de intervención y técnica anestésica a realizar, se cita para la intervención quirúrgica en la unidad de CMA.

No es necesario estudio preoperatorio, ayuno para la intervención ni la suspensión de ningún tipo de medicación. El paciente acude a la unidad con un único acompañante que permanecerá con él y le acompañará tras el alta del servicio. No precisa premedicación ni venoclisis. Tras ser identificado y vestido con la ropa proporcionada para acudir al quirófano, será el mismo traumatólogo el que administrará la anestesia local en el BOX, acompañado por un profesional de enfermería. Precisaré de un tiempo mínimo de 30' para asegurar un óptimo efecto de la anestesia antes de ser intervenido, tiempo que esperará en el box con el acompañante. Una vez en la sala quirúrgica será monitorizado con pulsioxímetro. Durante la intervención el paciente colaborará según indicaciones del traumatólogo. Se dejará un pequeño apósito oclusivo en la zona de la incisión, pudiendo salir directamente al BOX. Allí una vez recibida la documentación (informe médico y visita de control), las recomendaciones y cuidados posquirúrgicos por parte del profesional de enfermería es dado de alta del servicio. Al día siguiente el profesional de enfermería realiza llamada telefónica para valorar el estado postquirúrgico del paciente.

Resultados: Desde la implantación de la técnica WALANT en la unidad de CMA, hemos visto reducidos los tiempos quirúrgicos y por consecuente han incrementado considerablemente el número de cirugías de mano realizadas.

Los pacientes no refieren prácticamente ninguna sensación de dolor en el proceso de infiltración anestésica.

Durante el acto quirúrgico el paciente puede interactuar y colaborar según indicaciones de traumatología.

La combinación de fármacos utilizados para la infiltración anestésica hace que el sangrado de la intervención sea escaso, pudiendo prescindir del torniquete utilizado en otras técnicas.

El apósito quirúrgico es mínimo, sin precisar vendaje y sin necesidad de cabestrillo.

El tiempo de ingreso hospitalario se ve reducido considerablemente.

Durante estos tres años hemos podido valorar una disminución del dolor postquirúrgico en los pacientes intervenidos mediante esta técnica y que siguen la pauta de analgesia indicada por el médico.

En general y según la experiencia del personal de enfermería los pacientes refieren un alto índice de satisfacción, por la comodidad del apósito sin ningún tipo de compromiso de movilidad de la extremidad y la técnica mínimamente invasiva.

Para la implantación de esta técnica en la unidad, se han diseñado unos "PACKS" con el instrumental indispensable envueltos en doble bolsa. Sin necesidad de utilizar cajas y facilitando el proceso de lavado, desinfección y esterilización. De este modo con tan solo un proceso tendremos capacidad para esterilizar todos estos "PACKS" al final del turno. Cada pieza de instrumental va marcada con unas tiras de colores para distinguirlas del material de otro tipo de cirugía.

Conclusiones: En las cirugías de mano realizadas bajo la técnica anestésica tipo Walant no hemos observado complicaciones, ni durante la intervención ni en el postoperatorio.

Los beneficios detectados están relacionados con el bienestar y la comodidad manifestada por el paciente.

Se ha observado una notable reducción de los tiempos quirúrgicos en comparación con otras cirugías de mano con otras técnicas anestésicas.

El gasto en material fungible para la técnica de administrar la anestesia es mínimo, así como el de la cura postquirúrgica.

La creación de los nuevos "PACKS" de cirugía de mano ha optimizado los recursos y simplifica el proceso de instrumentación al tener el material indispensable que se utiliza en esta técnica.

Palabras clave: Anestesia local, dedo en resorte, túnel carpiano, isquemia, WALANT.

P-EN-23 SIMULAÇÃO DE ALTA-FIDELIDADE (SAF) ENQUANTO ESTRATÉGIA FORMATIVA DE ENFERMEIROS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) EM REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP)

C. de Sousa¹; M. A. Pereira²; S. Sousa³; C. Sá Couto⁴

¹Centro Hospitalar e Universitário de São João. Portugal;

²Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Portugal;

³Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital de Santa Luzia. Portugal;

⁴Centro de Simulação Biomédica da Faculdade de Medicina do Porto. Portugal

Objetivos: Avaliar o efeito da SAF, enquanto estratégia de formação, na aquisição de competências dos enfermeiros de uma UCI em RCP – resultados associados a este objetivo apresentados na Reunião Anual Virtual de 2021 da SESAM;

1. Construir um instrumento de observação de competências técnicas em RCP no contexto de UCI;
2. Explorar empiricamente a perceção do impacto e a satisfação dos enfermeiros quanto à formação com recurso a SAF – foco deste resumo.

Métodos: Para a operacionalização do objetivo em destaque, procedeu-se à aplicação de um questionário autoadministrado à amostra de conveniência do presente estudo quase-experimental pré-teste/pós-teste de grupo único, constituída por 28 enfermeiros pertencentes a uma UCI de um hospital universitário.

O tratamento dos dados obtidos através deste questionário incluiu tanto uma análise quantitativa (análise descritiva) para as questões fechadas do mesmo, como uma análise qualitativa para as questões abertas.

A análise qualitativa teve por base a técnica de análise de conteúdo, que permitiu dar uma estrutura aos dados, organizando-os em unidades e categorias, através de codificação. Por se tratar de questões abertas de um questionário, procurou-se identificar categorias através do estudo das respostas fornecidas, destacando expressões chave ou segmentos relevantes, de acordo com o tema da questão. Optou-se pela utilização de uma técnica de escrutínio para definir categorias, nomeadamente a de repetições.

Conclusiones: A maioria dos enfermeiros considerou que a formação com SAF contribuiu “muito” ou “completamente” para o desenvolvimento tanto de competências técnicas como de não-técnicas em RCP, o que vai ao encontro dos resultados obtidos nas avaliações das suas competências pré e pós-formação.

Ao analisar os resultados relativos a cada competência específica referida no questionário, é interessante notar que, no caso das competências não-técnicas, a percentagem mais alta (53%) da categoria “completamente” correspondeu ao desenvolvimento de estratégias de comunicação. De facto, foi na comunicação que se verificou uma maior diferença entre as pontuações pré e pós-teste.

Embora as percentagens relativas às diferentes competências técnicas explicitadas no questionário fossem similares entre si, 50% dos enfermeiros considerou que a formação contribuiu “completamente” para melhorar a identificação de recuperação de circulação espontânea. A avaliação desta competência estava incluída na secção “Análise eletrocardiográfica/Desfibrilhação”, que foi a segunda a apresentar o maior aumento na pontuação pós-formação.

Além do impacto percebido relativo ao desenvolvimento de competências, explorou-se se o mesmo se traduziu de alguma forma no contexto de trabalho ou na equipa. O facto de 96% referir que a formação com SAF provocou a alteração de comportamentos é um bom indicador. As repercussões mais mencionadas corresponderam ao desenvolvimento das competências “Comunicação” e “Interação/Cooperação da equipa”. Foram também referidas repercussões relativas a competências técnicas e científicas (como a atualização/aquisição de conhecimentos) e ao desenvolvimento pessoal (como a prática reflexiva e o aumento da autoconfiança).

No que se refere à satisfação dos enfermeiros relativamente à formação com SAF em que participaram, 96% considerava-se muito satisfeito, sendo que os restantes 4% referiram estar satisfeitos. Não obstante, a SAF, como qualquer estratégia formativa, tem vantagens e desvantagens.

A vantagem mais mencionada pelos enfermeiros foi o realismo e imersividade dos cenários de SAF, seguindo-se a eficácia desta estratégia na promoção de aquisição de competências (tanto técnicas como não-técnicas).

Relativamente às desvantagens, a mais mencionada foi o distanciamento do contexto clínico real, seguindo-se o ambiente intimidante e a dificuldade em vivenciar o cenário simulado como algo real.

Em relação ao distanciamento do contexto clínico, é importante referir que 6 das 8 menções a esta desvantagem eram referentes ao material e não propriamente ao cenário per si, como por exemplo o tipo e/ou localização do material ser diferente do contexto clínico, ou até a rigidez do tórax do manequim ser superior à de um tórax real. Assim, é perceptível que, na verdade, a vantagem e desvantagem mais apontadas não são contraditórias.

De notar que foram referidas consideravelmente mais vantagens do que desvantagens (66 referências a vantagens versus 18 referências a desvantagens), o que vai de encontro ao grau de satisfação descrito anteriormente.

Em suma, é evidente a satisfação dos enfermeiros com a utilização desta estratégia formativa, assim como a percepção de efeitos positivos decorrentes da mesma. A elevada quantidade de sugestões para formações futuras, desde outros temas a abordar, a questões de operacionalização, possivelmente traduzem o reconhecimento do grande potencial associado à utilização da SAF na formação contínua de enfermeiros de UCI.

Palabras clave: Educação, enfermagem, continuidade, reanimação cardiopulmonar, treino de simulação de alta fidelidade, cuidados críticos.

P-EN-24 HOLA, ES MI PRIMER DÍA EN LA UNIDAD DE CMA

J. Redaño Quiñones; A. Campos Letrán; M. S. Francisco Pelegrina; I. M. Fonseca González; V. Sánchez Verdugo; E. M. Romero Cabeza

Hospital Duques del Infantado HUVR. Sevilla

Introducción: En toda unidad asistencial suele haber una variabilidad en la rotación de personal, ya sea eventual o sustituto, por motivos de traslados, acoplamientos internos, bajas por enfermedad, vacaciones, jubilaciones, estudiantes y otros. En nuestra unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) debido a la situación actual de pandemia por COVID-19, esta variabilidad se ha visto incrementada.

La llegada a un nuevo centro bien sea como profesional fijo o eventual es un momento estresante para todos.

Como gestores de cuidados y del personal que los imparte, tenemos que proporcionar una visión actualizada y global del funcionamiento de la CMA y del entorno.

Por este motivo nos planteamos la necesidad de elaborar un Plan de acogida para nuevos profesionales de salud en una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

El plan de acogida es una guía que debe adaptarse a las necesidades del trabajador, y también a las de la unidad de CMA.

Es un documento que se configura como un instrumento de comunicación con un texto abierto y, por tanto, permanen-

temente sujeto a aquellas sugerencias y aportaciones que los propios trabajadores quieran realizar, lo que garantizará en todo momento su flexibilidad, éxito y funcionalidad.

Objetivos:

- Orientar al profesional en su nuevo puesto de trabajo.
- Motivar y hacer partícipe al nuevo trabajador en las competencias que desarrolla la unidad de CMA.
- Conocer las funciones y valores de la Unidad de gestión clínica.

Métodos: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de las distintas guías ya existentes en otras unidades tanto en el campo de la salud como empresarial.

Mediante la empatía, ponerse en el lugar del profesional nuevo, hemos respondido a la pregunta “¿qué me hubiera gustado conocer cuando llegué a la Unidad por primera vez?”, averiguando así las necesidades de los profesionales de nueva incorporación.

Se materializan dos documentos:

- Uno para dar la bienvenida e información acerca del entorno y ubicación de la unidad al nuevo trabajador (documento en formato dptico).
- Otro para el conocimiento de los recursos, y herramientas que necesita en su desempeño diario (documento en formato digital pdf). Este se hace llegar al trabajador a través del correo electrónico o mensajería telefónica de servicio inmediato.

Resultados: Elaboración de un plan de acogida para el personal de nueva incorporación que recoja toda la información que necesita un profesional en su debut en la unidad.

En el documento en formato dptico:

- Se da la bienvenida y ubica al personal.
- Se informa sobre cómo obtener las claves de acceso al sistema informático, cuáles son los turnos, dónde obtener el uniforme y la identificación, y qué hacer en caso de encontrarse con un evento adverso.

En el documento en formato digital se recogen todas las funciones del personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería) en las distintas etapas del circuito del proceso quirúrgico como son: Unidad de Readaptación al Medio, Quirófano, Unidad de Recuperación Anestésica.

Conclusiones: Un Plan de acogida para el personal de nueva incorporación en una unidad de CMA es un instrumento

de comunicación que ayuda a los trabajadores a integrarse cuanto antes en la Unidad de destino.

Proporciona conocimientos de las funciones y tareas del puesto de trabajo a desempeñar, para realizarlas con eficacia y eficiencia. Por lo tanto, servirá para que cualquier profesional tenga una visión actualizada y global del funcionamiento de la unidad de CMA.

Es una herramienta sencilla y útil, que recoge toda la información que necesita un profesional prestador de cuidados.

Por último, podemos afirmar que dicho Plan es un buen indicador de la calidad de las relaciones humanas y de la gestión del personal en la Unidad porque disminuye el estrés y la ansiedad ante lo nuevo y desconocido.

Palabras clave: Guía de acogida, nuevos empleados, funciones de enfermería, enfermería en quirófano, estrés laboral.

P-EN-25 EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA HOSPITALAR. UM RECURSO A IMPLEMENTAR

A. Marques¹; C. Fernandes Sousa²; A. Lima Vieira^{2,3}

¹Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila de Conde, Portugal; ²Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo; ³Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem/UICISA: E, Cluster da ESS do IPVC, Portugal

Introdução: As equipas médicas de emergência intra-hospitalar, inicialmente conhecidas como equipas de reanimação, surgiram com o objetivo primário de reverter paragens cardiorrespiratórias, que ocorriam dentro dos hospitais. Mais tarde, percebeu-se que o melhor caminho para diminuir a mortalidade e morbidade hospitalar é a prevenção dessas paragens cardiorrespiratórias, que em muitas situações podem ser potencialmente detetadas e antecipadas. Daí que, atualmente, a ativação das equipas de emergência intra-hospitalares passa pela identificação de alterações de sinais vitais importantes e interpretados como deterioração clínica aguda (Soar, [et.al.], 2021).

Em Portugal, também se assistiu a essa evolução. Em 2010, por via da Circular Normativa nº 15/DQS/DQCO da Direção Geral da Saúde (DGS), as equipas de reanimação evoluíram para Equipas de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI), tendo como critérios de ativação todas as situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) acontecidas

ou eminentes, assim como, disfunções agudas entendidas como potencialmente emergentes. Neste contexto, emerge a importância e a necessidade de solidificar um sistema integrado de resposta à emergência intra-hospitalar, que permita uma intervenção coordenada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais de saúde, que se venha a traduzir em ganhos em saúde (INEM, 2019).

Objetivo: Promover a criação e implementação da Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar, numa Unidade Hospitalar da região Norte do país, para uma intervenção precoce e diferenciada à pessoa em situação crítica, em contexto intra-hospitalar.

Métodos: Para a realização deste trabalho, optou-se pela Metodologia de Projeto, uma vez que, com a finalidade de estudar um problema atual, permite prever, orientar e preparar o caminho a percorrer ao longo do projeto, centrada na investigação, análise e na implementação de estratégias e intervenções para a sua resolução (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010). Assim, iniciou-se com o diagnóstico de situação, através da aplicação de um questionário à equipa médica e de enfermagem e entrevista semiestruturada a elementos estratégicos dos órgãos de gestão hospitalar, com o propósito de perceber a sensibilidade das equipas e dos gestores sobre a importância da implementação da EEMI, e as principais dificuldades na implementação da mesma na Unidade Hospitalar. Foi realizada uma análise SWOT de forma a identificar as variáveis que poderiam interferir no desenvolvimento deste projeto. Neste contexto, foram analisadas as forças (Strengths) - os pontos fortes, as potencialidades e as vantagens; e as fraquezas (Weaknesses) - os pontos fracos e as desvantagens existentes ao nível interno da Instituição, de modo a potenciar o que existe de positivo e minimizar os aspetos mais frágeis, respetivamente. Foram também refletidas as oportunidades (Opportunities) de intervenção e as ameaças (Threats), isto é, as circunstâncias e os fatores externos favoráveis ou os que possam levar ao insucesso do projeto (Schiefer, [et.al.], 2007).

Resultados: Do estudo diagnóstico salientam e reforçam a importância da implementação de equipas dedicadas para a abordagem em situações de emergência intra-hospitalar, uma vez que trarão ganhos para o doente, no que concerne a uma atuação mais rápida e diferenciada, refletindo-se na melhoria da qualidade dos cuidados, aumento da sobrevivência e diminuição de complicações imediatas e tardias; que existem dificuldades na abordagem ao doente crítico, pela inexistência de uma metodologia de atuação e uniformização de protocolos e de um plano de formação continua.

Depois de validar o objetivo do projeto pelo diagnóstico de necessidades, o plano de ação desenvolveu-se em sete atividades que permitiram desde a divulgação do projeto e dos

resultados obtidos, aos órgãos de gestão e a toda a equipa médica e de enfermagem do hospital, à identificação dos recursos necessários à implementação da EEMI, bem como, a elaboração de um plano de formação para os profissionais que integram a EEMI e a apresentação de uma proposta de protocolo de atuação imediata e ativação da mesma.

Conclusão: Embora a criação da EEMI seja uma necessidade identificada e reconhecida como imprescindível à

Unidade Hospitalar, é um processo moroso e complexo que vai para além do tempo disponível para o presente estudo. No entanto, acreditamos que os resultados deste trabalho possam constituir a base de trabalho para a implementação da EEMI, a curto prazo.

Palabras clave: Cuidados críticos, enfermagem médico-cirúrgica, emergências, equipe médica de emergencia.

GESTIÓN Y CALIDAD

P-GC-01 ANULACIONES DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) DE NUESTRO HOSPITAL EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

M. Ceballos Burbano; O. Salmerón Zafra; S. Viedma Crespo; A. Gomá Queraltó; G. Vila Rubina; C. Congo Silva; V. Hosta Mateu; M. L. Moret Ferrón
Hospital Plató. Barcelona

Objetivos: El objetivo del estudio es evaluar el porcentaje de anulaciones de intervenciones programadas en los últimos 10 años en nuestra CMA.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional descriptivo.

Se recoge mediante nuestra base informática del proceso quirúrgico en CMA las anulaciones en el mismo día de la intervención por especialidad quirúrgica y motivo de anulación.

Los datos obtenidos se presentan en medias para variables descriptivas.

Se recogieron 45785 pacientes intervenidos en CMA desde enero 2010 hasta diciembre 2019 (10 años). El porcentaje de anulaciones por año es el siguiente: 2010; 5,3 % 2011; 5,1 % 2012; 3,4 % 2013; 4,7 % 2014; 4,5 % 2015; 4,5 % 2016; 3,4 % 2017; 4,4 % 2018; 4,4 % y 2019; 2,9 %.

Tras el inicio del sistema de mensajería móvil para aviso del paciente con 24 h de antelación, el porcentaje de anulaciones por paciente no presentado ha disminuido.

El mayor porcentaje de anulaciones en el mismo día de la intervención ha sido en Cirugía Maxilofacial (461 pacientes, 9,2 %) y Dermatología (59 pacientes, 5,7 %).

El menor porcentaje de anulaciones ha sido en Oftalmología (520 pacientes; 3,3 %) y Cirugía General (201 pacientes; 3,1 %).

El motivo de anulación más frecuente ha sido que el paciente no se ha presentado al hospital (832 pacientes, 42,7 %); anulaciones por el servicio quirúrgico correspondiente (400 pacientes, 20,5 %); logística (323 pacientes, 16,6 %); paciente enfermo (215, 11 %); paciente que no cumple el ayuno (90 pacientes; 4,6 %) e intervención anulada por el servicio de anestesiología (89 pacientes; 4,6 %).

Conclusiones: El porcentaje de anulaciones el día de la intervención quirúrgica en nuestra CMA en los últimos 10 años ha sido bajo.

El conocer con antelación las anulaciones previstas ha permitido reprogramar la agenda quirúrgica mejorando la eficiencia en la ocupación de quirófano.

Palabras clave: Anulaciones, intervenciones programadas, CMA.

P-GC-02 GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN NUESTRA UNIDAD DE CMA

D. Mateo Arzo¹; I. Vives Llorente¹; J. A. Jiménez Pérez¹; J. A. Meza Vega¹; J. M. Nieto Rodríguez¹; D. López Torres²

¹UCSI PV Valle Hebrón; ²HU Valle de Hebrón. Barcelona

Introducción: En la actualidad el desarrollo de las áreas de gestión clínica confiere a la seguridad de pacientes (SP) un papel destacado en el área de derechos y garantías de los mismos dentro de las Unidades de CMA. La SP es una dimensión de calidad transversal, junto con la eficiencia y equidad.

Los sistemas de notificación y control (no punitivo, confidencial, independiente, ágil, analizado por expertos, orientado hacia el sistema y sensible) nos permiten recoger, formular y diseminar recomendaciones para evitar efectos adversos y contribuir a la SP.

Material y métodos: Implantación e implementación del Sistema de Notificación de Incidencias TPSC Cloud en nuestra CMA desde 2016. Características: es una plataforma tecnológica que permite a los profesionales de los hospitales de Cataluña (personal médico, enfermería, farmacéuticos, TCAI, Celadores) el análisis y gestión de los riesgos en la asistencia sanitaria y aplicable a todo tipo de incidentes relacionados con la SP. La transversalización llega también a los 10 referentes en SP (2 administrativas, 4 enfermeras, 2 cirujanos y 2 anestesiólogos) que se encargarán de su gestión.

Conclusiones: Perfil de los (211) incidentes notificados y riesgo asociado año 2019 caídas 12 (riesgo bajo 4; riesgo moderado 8)/ incidentes de gestión clínica-administrativa 13 (riesgo bajo 12; riesgo moderado 1)/ incidentes de gestión y de procedimiento 15 (riesgo bajo 9; riesgo muy bajo 2; riesgo moderado 4)/incidentes de dispositivos o equipos asistenciales 9 (riesgo bajo 2; riesgo moderado 7)/inciden-

tes de documentación analógica y digital 109 (riesgo bajo 92; riesgo muy bajo 3; riesgo moderado 14)/incidentes de medicación 51 (errores de prescripción)/2 incidentes relacionados con infraestructuras. Este mapa de incidentes nos ha permitido realizar grupos de trabajo para realizar contramedidas con el objetivo para reducir el riesgo, detectando que la causa raíz del 80 % de los incidentes eran habilidades no técnicas como comunicación, trabajo en equipo, liderazgo y conciencia situacional.

Recomendaciones/conclusiones:

- Es importante trabajar en equipo en la estandarización de los procedimientos técnicos y no técnicos, elaborar listados de verificación y diseñar estrategias (tablas visuales dinámicas multidisciplinares con todas las categorías implicadas en el flujo de pacientes) para aprender de los errores.
- El Sistema de Notificación de Incidencias TPSC CLOUD permite a nuestros profesionales contribuir de forma activa a la SP de nuestra CMA.

Palabras clave: Seguridad paciente, sistemas de notificación, TPSC cloud, estrategias, estandarización.

P-GC-03 ESTUDIO RETROSPECTIVO DE INGRESOS NO ESPERADOS Y REINGRESOS TRAS HERNIOPLASTIA INGUINAL UNILATERAL PRIMARIA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA EN 5 AÑOS

P. Ortega Rezola; M. D. del Campo Martín; A. Izeta Anza; A. Enparantza Aiestaran; E. del Val Peciña; A. de Frutos Gamero

Hospital Universitario de Donostia

Introducción: Los índices de ingresos no esperados (INE) y reingresos (RI) son dos importantes marcadores de calidad en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), se establecen respectivamente en < 2 % y 1 %.

En nuestra Unidad de CMA creada en mayo del 2014, de tipo autónomo, la hernioplastia inguinal es el procedimiento quirúrgico más frecuente.

La aplicación de técnicas analgésicas multimodales y de bloqueos de la pared abdominal, junto a la prevención de la retención urinaria y náuseas y vómitos postoperatorios conlleva una reducción de dichos índices.

En el año 2015 comenzamos a realizar el bloqueo del plano transversal del abdomen (TAP), llegando a ser rutinario desde el año 2017.

Objetivos:

- Revisar los pacientes intervenidos desde enero de 2015 hasta diciembre 2019 de hernioplastia inguinal unilateral primaria que precisaron INE o RI, analizando las causas que lo originaron.
- Valorar nuestros índices de ingreso no esperado y reingreso.

Material y método: Consideramos ingreso no esperado (INE) los que ingresan tras la intervención sin alta a su domicilio y reingreso (RI) pacientes que tras el alta vuelven al hospital e ingresan.

Mediante un análisis retrospectivo evaluamos la incidencia de ingresos no esperados (INE) y reingresos (RI) analizando sus causas. Estas pueden ser anestésicas: dolor, náuseas o vómitos postoperatorios (NVPO), mareos y retención urinaria aguda (RAO); quirúrgicas, médicas y sociales.

Los datos se han obtenido a partir de formularios informáticos integrados dentro de la historia clínica.

Se han recopilado datos demográficos habituales y analizado variables: técnicas anestésicas con y sin bloqueo de la pared abdominal (TAP), duración de la intervención, presencia de dolor, utilización de opioides, duración del INE, asistencias a médico de cabecera o urgencias en el período postoperatorio y necesidad de reintervención.

Se ha seguido la evolución del paciente a través de la historia clínica hasta diciembre de 2019, buscando posibles complicaciones.

Se describen las variables mediante el estadístico más apropiado para la naturaleza y escala de medición de cada una: media y desviación estándar para variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas en porcentaje para las variables cualitativas. Realizamos el test de Chi cuadrado o el test de Fisher para comparar la distribución de las variables cualitativas.

Resultados: Durante ese periodo se realizaron 1835 hernioplastias unilaterales primarias, mediante la técnica sin tensión de Lichtenstein. Su distribución por años: en 2015 N = 379, INE 3,16 %, RI 1,84 %; en 2016 N = 356, INE 1,96 %, RI 0,28 %; en 2017 N = 333, INE 2,70 %, RI 0,60 %; en 2018 N = 389, INE 3,34 %, RI 1,28 %; y en 2019 N = 320. INE 3,12 %, RI 0,93 %.

Se han analizado 69 pacientes: 51 casos INE y 18 casos de RI. Datos demográficos generales: sexo 15 mujeres (21,74 %) y 54 hombres (78,26 %), edad entre 15 y 85 años siendo la edad media 58,08 años. ASAI 13 (18,84 %), ASAI 42 (60,87 %) y ASAI 14 (20,29 %). El índice INE global fue de 2,7 %. El motivo principal de INE fue anestésico 64,71 % (N = 33), siendo la causa más importante el dolor postoperatorio, 29,41 % (N = 15). El motivo social originó 31,37 % (N = 16) y el quirúrgico 3,92 % (N = 2). El índice RI global representó el 0,98 % siendo el motivo principal quirúrgico y la causa más frecuente el hematoma 35,29 % (N = 6). Solo hubo 5 casos (9,80 %) de retención urinaria (RAO) que motivaron INE.

Las técnicas anestésicas utilizadas: anestesia general (AG) más bloqueo TAP 40,58 % (N = 28), anestesia raquídea (AR) más bloqueo TAP 28,99 % (N = 20), AG 8,70 % (N = 6), AR 18,84 % (N = 13), anestesia local más bloqueo TAP y sedación 2,90 % (N = 2).

En 2015 el principal motivo de INE fue el social 58,33 % (N = 7) y el resto de los años el anestésico. El principal motivo de RI fue quirúrgico, solo 2 casos por RAO.

Entre el 3-7.º día se presentaron 3 complicaciones graves quirúrgicas que requirieron reintervención: 1 torsión testicular, 1 isquemia testicular y 1 gangrena de Fournier. Entre 15-30.º día: 1 neumonía, 1 insuficiencia cardiaca y 1 ictus. Las complicaciones médicas aparecieron en pacientes ASA III.

Conclusiones: Aunque el porcentaje de nuestros índices globales está dentro del estándar aceptado, debemos mejorar el tratamiento del dolor postoperatorio. A partir del 2016 hemos mejorado disminuyendo el motivo de ingreso por causas sociales, relacionadas con el incumplimiento de los criterios de selección de los pacientes.

Creemos que el bajo número de RAO se debe a su prevención controlando el llenado de vesical haciendo orinar al paciente antes de entrar en el quirófano, con restricción de líquidos intravenosos y con la analgesia multimodal utilizando bloqueos de la pared que disminuyen la necesidad de opioides.

Palabras clave: Tasa de Ingresos no esperados y reingresos, hernioplastia inguinal.

P-GC-04 LA DISCRECIONALIDAD DE LOS INDICADORES DE RENDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CMA

C. Grande Baos

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Objetivos: Los indicadores de rendimiento quirúrgico son unas herramientas necesarias pero muy discutidas para medir con rigor diferentes parámetros en el rendimiento de la actividad quirúrgica, pero el problema surge cuando se utiliza para hacer una valoración global y/o un estudio comparativo entre hospitales y servicios. Es de vital importancia definir correctamente los criterios del indicador y también lo es establecer los estándares mínimos de cumplimiento en el momento de la negociación o, al menos, de su implantación.

Generalmente no hay consenso entre los diferentes profesionales que participan en el proceso quirúrgico, con los indicadores que se seleccionan para medir globalmente el rendimiento de un quirófano, de un servicio o de una sesión quirúrgica. Tampoco suele haberlo con la definición de los criterios ni de los estándares mínimos.

Nuestro objetivo es demostrar que, independientemente de los otros factores, el indicador de rendimiento quirúrgico en sí, es una versión objetiva e indiscutible de la eficiencia en un quirófano, pero tiene un cierto grado de intencionalidad ya que, discrecionalmente puede abordarse desde muchos puntos de vista seleccionando o creando indicadores según lo que interese medir y a quién le interese tomar decisiones.

Métodos: A partir de la bibliografía y de nuestra experiencia, recogemos, revisamos y analizamos los diferentes indicadores de rendimiento quirúrgico que están en vigor en los hospitales con el fin de determinar qué mide cada uno y cuál interesa usar en cada caso. Para explicarlo se seleccionan los ejemplos más demostrativos tanto en la selección del indicador como en el rigor, en la precisión de lo que mide, en su reproducibilidad, en los criterios de comparación con otros hospitales y en los puntos de debate.

Resultados: En primer lugar, hemos observado que los indicadores de rendimiento, aunque se clasifican dentro de los indicadores de calidad, no miden ninguno de los aspectos más relevantes de la calidad asistencial en el sentido de calidad de resultado y eso es un argumento para justificar el desagrado de los profesionales asistenciales.

Dentro de la eficiencia hay indicadores que miden más el rendimiento del cirujano, otros del quirófano, otros el grado de complejidad, otros la rentabilización de recursos humanos, materiales o estructurales, otros la cantidad de jornadas y, algunos de ellos, la calidad asistencial etc. Según el objetivo, cirujanos y gestores seleccionarán discrecionalmente cuáles les interesan.

El problema surge en la interpretación del indicador, en la definición del estándar que hay que alcanzar y en las consecuencias que conlleva no alcanzar ese estándar o, cuando

se ha alcanzado, pero se sale mal parado en las tablas comparativas. Otro de los frentes de discusión es cuando no se tienen en cuenta factores moduladores de los indicadores de rendimiento como pueden ser la complejidad quirúrgica, la docencia, el estrés del riesgo añadido o el cansancio del equipo.

De forma anecdótica, citamos algunas de las técnicas más comunes de gestión de los indicadores para incrementar el rendimiento y cómo detectarlas.

Conclusiones: En definitiva, cirujanos y gestores, hospitales grandes y hospitales pequeños, centros de referencia y unidades de reducción de lista de espera quirúrgica, hospitales universitarios y hospitales no docentes, sanidad pública y sanidad privada, cada uno puede seleccionar los indicadores y los criterios de definición de los mismos según su interés.

Palabras clave: Indicadores, rendimiento quirúrgico, actividad de quirófano, gestión de quirófano.

P-GC-05 INCIDENCIAS POSTOPERATORIAS EN UNA UNIDAD INTEGRADA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

L. Hidalgo Grau; D. Neira Cedrón; E. Sánchez Sáez; F. Martínez Burgos; A. Benavides dos Santos
Hospital de Mataró. Barcelona

Objetivos: En el seguimiento postoperatorio de los pacientes intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) suceden diversas incidencias. De entre ellas, algunas pueden elegirse como indicadores, dentro del Programa de Calidad de la Unidad. En nuestra Unidad de CMA consideramos como tales las reintervenciones, los ingresos, las visitas no programadas y los reingresos. Su monitorización y seguimiento nos permite realizar acciones correctivas para adecuarlos a los objetivos previamente fijados.

El objetivo es valorar la evolución de las reintervenciones, los ingresos, las visitas no programadas y los reingresos en un periodo de 3 años y ver si se adecuan a los objetivos propuestos.

Material y método: Consideramos las reintervenciones, ingresos (pacientes que ingresan en el hospital desde la Unidad de CMA), visitas no programadas y reingresos (pacientes dados de alta de la Unidad que deben ingresar posteriormente) entre los años 2017-2019, ambos inclui-

dos. Los objetivos fijados para los mencionados indicadores son los siguientes porcentajes: reintervenciones < 0,5 %, ingresos < 2 %, visitas no programadas < 5 % y reingresos < 0,5 %. Se intervinieron en la Unidad 5832 pacientes en 2017, 5513 en 2018 y 6559 en 2019. Como motivos de que originan las incidencias los dividimos en administrativos, médicos, anestésicos y quirúrgicos.

Resultados:

	2017	2018	2019
Reintervenciones	1 (0,017 %)	3 (0,054)	2 (0,03 %)
Ingresos	103 (1,78 %)	106 (1,92 %)	109(1,66%)
Visitas no programadas	77 (1,32 %)	101 (1,83 %)	115(1,75%)
Reingresos	47 (0,82 %)	40 (0,72 %)	52(0,796%)

Cabe decir que tanto en los ingresos como en los reingresos predominan las causas quirúrgicas, principalmente la complejidad de la cirugía y, en segundo lugar, las anestésicas, principalmente por dolor postoperatorio. Entre las causas reintervenciones predomina el sangrado postoperatorio. Por se refiere a visitas no programadas, también predominan las acusas quirúrgicas, esencialmente por problemas con las heridas.

Conclusiones: Hemos conseguido adecuarlos a los objetivos del porcentaje de incidencias postoperatorias, excepto en el caso de los reingresos. Esta circunstancia puede relacionarse con el incremento de la complejidad de la cirugía. La selección de los pacientes para CMA es fundamental para corregir los reingresos.

Palabras clave: Incidencias postoperatorias en CMA, reintervenciones, ingresos, visitas no programadas, reingresos.

P-GC-06 PROGRAMA DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA A PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL SEVERA EN RÉGIMEN DE CMA

M. V. Sánchez Hernández; D. Bustos García; M. Vaquerro Roncero; E. Sánchez Barrado; M. L. García Martínez; D. Pérez Cáceres
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Introducción: Los pacientes con discapacidad intelectual severa presentan con mucha frecuencia deterioros dentales con imposibilidad de tratamiento por los odontólogos de atención primaria, con la generación de importantes infecciones y la desesperación por las familias.

La mayoría de dichos pacientes presentan patologías concomitantes que habitualmente obligarían a no realizar estas intervenciones en régimen ambulatorio. Pero dado que los pacientes se benefician de ser controlados en un entorno habitual y familiar, son intervenidos en este régimen y remitidos a su domicilio tras su recuperación.

Objetivo:

- Poner en conocimiento, mediante revisión de las historias clínicas, de los pacientes con discapacidad intelectual severa intervenidos en régimen ambulatorio en el C.A.U. de Salamanca de los años 2016 a 2019.
- Destacar las síndromes o patologías más frecuentemente que presentaban los pacientes incluidos.
- Mostrar las patologías concomitantes más frecuentes.
- Determinar las complicaciones más frecuentes tras la cirugía de los pacientes en estos pacientes.
- Tasa de ingresos no previstos.

Método: Estudio de revisión de historias clínicas de los 184 pacientes intervenidos por el servicio de odontología de atención primaria en el CAU. de Salamanca en régimen ambulatorio.

Resultados: Fueron intervenidos 184 pacientes durante los años 2016 a 2019 por servicio de odontología de atención primaria en el C.A.U. de Salamanca. La media de edad de los pacientes fue de 54 años, oscilando entre 24 a 68 años.

Las síndromes más frecuentes que presentaban los pacientes fueron: pacientes con parálisis cerebral infantil, 38 pacientes con encefalopatía por epilepsia en la infancia, 24 pacientes con autismo severo, 18 síndrome de Down severo, 15 deterioro cognitivo tras traumatismo craneoencefálico severo, 31 pacientes con otros síndromes congénitos.

Las patologías concomitantes más frecuentes fueron: 63 pacientes con criterios anestésicos de intubación difícil; 43 pacientes con patología cardíaca concomitante; 42 pacientes con trastorno epiléptico; 30 con diabetes mellitus; 12 con Hipotiroidismo; 10 microcefalia.

La complicación más frecuente en el postoperatorio fue la presencia de sangrado en 16 pacientes y la presencia de vomito en 6 pacientes.

Solo 5 pacientes precisaron pernoctar en el hospital.

Conclusiones: El programa especial de asistencia odontológica en cirugía ambulatoria en pacientes con déficit intelectual severo funciona de manera correcta y da asistencia a pacientes que por su patología no estarían descartados para ser intervenidos por este régimen.

Palabras clave: Discapacidad intelectual, odontología, cirugía ambulatoria.

P-GC-07 APP PARA GESTIÓN DE UN BLOQUE QUIRÚRGICO

R. Villegas Castro¹; L. D. Martínez Sánchez²; A. Becerra Terón³; J. A. Piedra Fernández⁴; A. Cazorla Pérez¹; J. Pérez Martínez¹

¹Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería; ²Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería; ³UAL. Ciencias de la Computación. Almería; ⁴UAL. Lenguajes y Sistemas informáticos. Almería

Objetivos: Un fallo común en la organización hospitalaria es la imperfección en la información. La extrema variabilidad de procedimientos muy especializados dentro de un mundo en continua evolución y con una interacción de procesos complejos y un enfoque multidisciplinar continuado del paciente, (un factor humano que no permite el seguimiento continuado), obliga a la participación de muchos profesionales que tomarán decisiones de forma exponencial, lo que supondrá finalmente un uso de recursos materiales comunes o específicos.

Esa variabilidad es causa de fallos del sistema y, aunque existan distintos procedimientos de seguridad, es cierto que las ineficiencias técnicas se producen cada vez que se emplean demasiados útiles para producir un resultado, una ineficiencia operativa que pone en riesgo la seguridad del paciente y la calidad percibida por el mismo.

En la actualidad, un eje de pensamiento de la gestión hospitalaria va dirigido hacia la incorporación de avances tecnológicos y su potencial para participar e impulsar procesos de innovación, que busquen una seguridad en la atención de los pacientes y minimizar los riesgos derivados de sus procesos y tratamientos.

El desarrollo de herramientas que permitan una identificación inequívoca y automática de los equipos y materiales, conociendo con detalle su estado y ubicación física, en cualquier momento y lugar, permitirán una disminución del riesgo de errores lo cual implicará a medio plazo, convertirse en clave para una gestión eficaz del Hospital.

La aplicación que se presenta busca reducir al máximo el tiempo invertido y eliminar tareas que no aportan valor o que tienen posibilidad de error humano, orientando a los profesionales sanitarios a invertir su actividad en la atención de los pacientes.

Una trazabilidad como la que se suministra con este desarrollo, centrado en una plataforma transversal, como es la organización de los almacenes hospitalarios intermedios, que comparten espacios adaptados, alejados físicamente, con dotaciones específicas y generales adaptados a cada particularidad en la atención organizativa del área que suministran, es lo que precisa de una adaptación y creación de herramientas *ad hoc* como la presente, diseñadas específicamente y adaptadas a las demandas del cliente sanitario.

El objetivo final se basa en la búsqueda de la seguridad y de la calidad del paciente, minimizando los errores y favoreciendo la integración de un personal cambiante y permeable en un sistema hiper contextualizado y tremendamente especializado que ha de converger en una atención integral de un individuo que demanda un resultado: Salud.

Métodos: La mayoría de los profesionales que trabajan en el hospital desconoce cómo se estructuran los almacenes y aún más la ubicación del material en cuestión que desean localizar. Es por ello que se plantea la creación y puesta en marcha de herramientas para mejorar la calidad asistencial de todos los profesionales implicados, como una aplicación móvil para facilitar a dichos profesionales el acceso a los almacenes y sus materiales. Fundamental, si cabe, para los profesionales de nueva incorporación y para aquellos que, a pesar de tener su correspondiente titulación, desconocen los materiales por no estar familiarizados con ellos.

La *app* incluye todo el material de los almacenes KANBAN y que cualquier profesional en activo pueda acceder a esa información desde su propio terminal telefónico de manera gratuita, intuitiva y segura. Esta idea se podría trasladar a todos los almacenes y ubicaciones de los 4 hospitales de la empresa (Hospital de Poniente, Hospital El Toyo, Hospital de Loja y Hospital de Guadix).

Actualmente, existe una herramienta, el ERP SAP, que gestiona toda la logística del hospital. Esta herramienta dispone de un buscador, muy básico, al que se puede acceder a través de una página web dentro de la red corporativa del mismo hospital y solo por los Gestores de Cuidados.

Este proyecto supondría una mejora considerable con respecto a este buscador. En primer lugar, por desarrollar una *app* que se podría instalar en cualquier dispositivo móvil de cualquier profesional del centro (previo acceso). Y, en segundo lugar, por realizar una búsqueda mucho más deta-

llada con un repositorio de imágenes asociadas y con la opción de realizar búsquedas del material por texto, por código de barras, por código QR, por voz y por Imagen de forma inequívoca.

La finalidad que persigue este proyecto es mejorar el acceso a los profesionales del hospital al material ubicado en el almacén, diseñando e implementando una herramienta que facilite su búsqueda y localización, en este caso una aplicación móvil. Esto permitirá promover el uso de aplicaciones móviles en el hospital que sean rápidas, sencillas e intuitivas además de favorecer la seguridad y de la calidad del paciente por permitir identificar de forma inequívoca y automática el material buscado con unos objetivos específicos:

- Implementar una aplicación para dispositivos móviles multiplataforma (para iOS y Android) con una interface amigable al usuario usando Dart y Flutter.
- Diseñar las búsquedas por descripción (texto, voz o códigos de barra /QR) a través de los servicios que ofrece la API REST de Firebase [3] (servicio backend en la nube con una fuente de datos en tiempo real y librerías para acceder a ella desde aplicaciones web, iOS y Android)
- Generar elementos descriptivos que faciliten el acceso e información del material disponible mediante imágenes relevantes, así como cualquier otro elemento relacionado que sea necesario conocer (falta de stock, ubicado en almacén distinto al seleccionado, etc.).

Se detallan a continuación las diferentes herramientas que han sido utilizadas para su desarrollo:

- GanttProject: es una herramienta gratuita de gestión de proyectos que permite realizar diagramas de Gantt a fin de planificar el proyector y planificar los recursos.
- Visual Paradigm: es una herramienta para la creación de los casos de uso, diagramas UML.
- Visual Studio Code: es el entorno de desarrollo integrado con Git gratuito y multiplataforma que se utilizará para la realización de este proyecto.
- Git: es un sistema de control de versiones distribuido, gratis y de código abierto para manejar todo tipo de proyectos.
- GitHub: es una plataforma que puede mantener repositorios de código en almacenamiento basado en la nube para que varios desarrolladores puedan trabajar en un solo proyecto y ver las ediciones de cada uno en tiempo real
- Flutter: es un framework desarrollado por Google de código abierto para crear aplicaciones nativas de forma rápida, fácil y sencilla.
- Dart: es un lenguaje de programación de código abierto, desarrollado por Google que ofrece una alternativa más moderna al actual JavaScript.

- Firebase: Firebase Realtime Database [3] es una base de datos alojada en la nube. Los datos se almacenan en formato JSON y se sincronizan en tiempo real con cada cliente conectado.
- Proto.io: aplicación web para la elaboración de prototipos de aplicaciones móviles.

Resultados: Se está implantando una aplicación móvil para realizar las búsquedas necesarias de los materiales del almacén hospitalario usando el framework de desarrollo de aplicaciones móviles Flutter junto con Firebase Realtime Database para almacenar la información.

También podrán gestionarse dichos materiales, crear nuevos, editar los existentes y borrarlos. Además, se podrán gestionar las incidencias sobre los productos que realicen los profesionales como errores de almacenaje y/o problemas varios.

La recepción y adaptabilidad del proceso presenta un índice de satisfacción alto en su fase de pilotaje, y se prevé desarrollarla en los cuatro hospitales tras la evaluación inicial programada de un trimestre.

La aplicación multiplataforma se puede ejecutar en dispositivos móviles tanto con sistema operativo iOS como en Android, desarrollándola, escribiendo el código una sola vez en el lenguaje Dart.

Conclusiones: El resultado principal que lleva al desarrollo de este proyecto es la búsqueda de manera fácil, rápida e inequívoca de material en el almacén de un hospital, sobre todo en casos de emergencia (quirófano o urgencias). Por lo tanto, el objetivo no es el desarrollo de una aplicación para la gestión del inventario de un almacén, de las cuales existen múltiples en la actualidad.

Para esta necesidad, en concreto, no existe nada en el mercado parecido que pueda realizar dicha función tan específica. Es decir, ninguna *app* puede dar solución al problema existente. Se necesita entonces de un desarrollo nuevo hecho ad hoc en base a las especificaciones establecidas.

El propio ERP que utiliza el hospital, SAP, desde el que se gestiona todo el stock de los materiales, el inventario, etc., dispone de un buscador por texto bastante simple (por nombre, descripción, código SAP y hospital), al cual sólo tienen acceso un limitado número de personas (por las licencias disponibles), que suelen ser responsables o supervisores.

La solución que se propone con este desarrollo tendría como usuario final a cualquier profesional del hospital con acceso a un dispositivo móvil (siempre y cuando esté dado de alta como trabajador). Con lo que cualquier profesional

podría buscar y encontrar el material necesario en cualquier momento desapareciendo así la limitación por licencia.

Palabras clave: Gestión, seguridad, APP, calidad, móvil.

P-GC-08 HOSPITAL ÚTIL. CONTROL DE DAÑOS HOSPITALARIOS EN SITUACIÓN DE PANDEMIA

J. Pérez Martínez; A. J. Cazorla Pérez; F. Guil López
Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería

Objetivos: Identificar la utilidad de nuestra asistencia en pro de aumentar la seguridad de los pacientes atendidos fue el motivo del diseño inicial de un plan de contingencia en la actual situación de pandemia. Considerando que por nuestra ubicación y dotación sólo seríamos útiles para atender a las demás patologías, se habilitan silos de atención que permitieran una seguridad sobresaliente sobre el paciente atendido, con especial dedicación al paciente quirúrgico en régimen de CMA y corta estancia.

Métodos: Identificación precoz de los recursos y necesidades de la población teniendo en cuenta nuestra dotación humana y de recursos materiales para la atención sanitaria de la población de referencia.

Considerando la dotación de recursos humanos, se toma en consideración la utilidad de nuestro hospital dentro de la red pública de atención terciaria de la provincia. La conclusión es que nuestro hospital es útil para atender la patología urgente de toda índole y útil para seguir con el tratamiento y diagnóstico de toda la patología quirúrgica en régimen de CMA de nuestra provincia.

Conclusiones: Por ello y en aras de mejorar la seguridad de nuestros pacientes atendidos, nos convertimos en centro de referencia de patología quirúrgica en régimen de CMA de 3 hospitales de la provincia. Todos los pacientes que se atienden siguen un protocolo establecido a tal fin, con toma de PCR 48 horas de su atención, información si el resultado es positivo, de forma directa por nosotros, acceso independiente al bloque Quirúrgico, identificación de acompañante útil y limitación de acceso del mismo, preparación de pacientes en boxes diferenciados y atención por el mismo personal evitando las fluctuaciones o traspasos de profesionales entre los distintos servicios del hospital del mismo, conformando grupos burbuja de profesionales dedicados exclusivamente a su atención que siguen todas las medidas descritas para su protección y la de sus pacientes.

La realización de un “control de daños” quirúrgico en la atención sanitaria general han permitido mantener una actividad reglada quirúrgica de 3 hospitales de forma simultánea, marcando récord histórico en el mes de octubre de intervenciones regladas, con unas tasas de satisfacción cercanas al 100 %.

Palabras clave: Gestión, COVID-19, hospital útil, organización líquida, CMA.

P-GC-09 ADECUACIÓN DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

L. Sopena Zubiría; D. Laguna Allende; J. Galán Gutiérrez; N. García González; M. Estrada Rodríguez; M. González Rodríguez; R. Louçao Prada; B. Mancha Getino
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Objetivos: La actual pandemia de COVID-19 ha supuesto una emergencia global, constituyendo uno de los mayores desafíos a los que los profesionales sanitarios se hayan podido enfrentar. Ha tenido una enorme repercusión en el funcionamiento de la asistencia hospitalaria, no siendo ajenas a esta situación las unidades de cirugía mayor ambulatoria (UCMA).

La alta ocupación de camas de cuidados intensivos, sobre todo durante los picos de contagio más altos de la pandemia obligó a reconvertir diversas zonas de los hospitales en unidades polivalentes de asistencia a pacientes críticos.

Hacemos una descripción de cómo fue la contribución y adaptación de la UCMA del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), tercer nivel de atención, durante el año 2020 a la situación generada por la pandemia de COVID-19.

Métodos: A través de los datos asistenciales recogidos en nuestra propia Unidad junto con los facilitados por la unidad de control de gestión del hospital, describimos cuál y cómo fue la actividad de la UCMA del HUCA en los dos momentos más graves de la pandemia COVID-19 en nuestra provincia (1 abril-15 mayo y 3 noviembre-18 diciembre).

Se obtuvieron datos acerca del tipo de paciente asistido (crítico médico, crítico postquirúrgico, pacientes ambulatorios...), tiempo de estancia en la Unidad y especialidad a la que pertenece; se hizo, además, una comparativa entre la actividad en ambos picos de pandemia y también con respecto a las mismas fechas en el año 2019.

Resultados:

- Durante la primera ola (1 abril-15 mayo), se atendieron un total de 146 pacientes, de los cuales 116 (78,1 %) se correspondían con pacientes en postoperatorio inmediato y 32 (21,9 %) eran ingresos médicos que precisaban cuidados intensivos.
- Durante la segunda ola (3 noviembre-18 diciembre), en la UCMA se dio cabida a un total de 864 pacientes, de los cuales 849 (98,2 %) suponían pacientes en postoperatorio inmediato (tanto en régimen ambulatorio como con ingreso) y 15 (1,74 %) fueron pacientes críticos de carácter médico.
- En relación con la propia actividad quirúrgica ambulatoria con respecto al año previo, los resultados fueron claramente distintos: en el primer período se llevaron a cabo un 10,14 % de las intervenciones realizadas en 2019, mientras que en el segundo pudo tener lugar el 49,9 % de las mismas.

Discusión: El primer pico de la pandemia (abril-mayo) llegó a Asturias más retrasado que en el resto de España, y con menor virulencia. Sin embargo, el segundo (noviembre-diciembre) fue mucho más intenso y obligó a la UCMA a adaptarse haciendo un enorme esfuerzo para dar cabida a las necesidades asistenciales del hospital.

En la primera fase hubo una paralización de la cirugía a nivel estatal, tanto con ingreso como en régimen ambulatorio, salvo aquellos casos urgentes o imperativamente no demorables. En nuestra Unidad solo se intervinieron pacientes de carácter tumoral. Una vez pasada la fase más crítica, la reanudación de la actividad en la UCMA fue lo más apresurada posible.

La experiencia adquirida en esta primera ola nos sirvió para enfrentarnos de manera más eficaz a la segunda crisis, dando una respuesta adecuada a las demandas asistenciales sin necesidad de paralizar totalmente la actividad quirúrgica. La UCMA formó parte de un “circuito no-COVID”, asumiendo pacientes críticos (médicos y postoperatorios) y manteniendo además el 50 % de nuestra su labor habitual.

Bibliografía:

1. Archilla A, Zaballos M. Recomendaciones para la re-apertura de las Unidades de CMA durante el período de transición de la pandemia por el COVID-19 (SARS-Cov-2).
2. Sopena A. Memoria 2020 de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Universitario Central de Asturias.

Palabras clave: Cirugía Mayor Ambulatoria, cuidados intensivos, pandemia, COVID-19.

P-GC-10 INCIDENTES DE SEGURIDAD EN CMA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA DE LA OSI ARABA

E. Campo Cimarras; I. Ozaeta Ortiz de Urbina; I. Moraza Dulanto; C. López Barruso; J. Teruelo Prieto; J. Díaz Gutiérrez; J. Sánchez Zugazua; M. C. Ruiz Villagarcía

Hospital Universitario de Araba. Vitoria-Gasteiz

Objetivos: La OSI Araba es la organización sanitaria integrada de Álava. Su hospital de referencia es el Hospital Universitario de Álava, el cual consta a su vez de dos sedes, la Sede Santiago y la Sede Txagorritxu. En ambas se realiza CMA y en cada una existe una unidad de cirugía sin ingreso/hospital de día quirúrgico (UCSI/HDQ).

El objetivo es realizar una revisión de los incidentes de seguridad notificados en la OSI araba relativos a nuestras unidades de cirugía sin ingreso, su número y tipo y la frecuencia relativa con respecto a los incidentes notificados en toda la OSI durante el año 2020.

Métodos: Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) en su estrategia de seguridad del paciente cuenta con una plataforma corporativa denominada SNASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente) que consiste en una base de datos centralizada de acceso *on line*, destinada a la notificación y registro de incidentes sin daño relacionados con la Seguridad de los pacientes. Estos incidentes notificados son después analizados por los distintos grupos multidisciplinares de seguridad de la OSI con el objetivo de identificar acciones de mejora para evitar o disminuir las posibilidades de que el incidente se repita.

En esta revisión se han tomado los datos del SNASP para ver el número y tipo de los incidentes declarados que corresponden a nuestras UCSI/HDQ durante el año 2020.

Resultados: En el año 2020 se han notificado en el SNAPS 1141 incidentes sin daño en nuestra OSI, 144 de estas notificaciones implican al bloque quirúrgico, y 43 que afectan directamente a las UCSI.

Los 43 incidentes notificados se han clasificado en 7 categorías, 1 en educación del paciente (falta de información para el paciente en informe de alta), 2 de tareas y 2 de cuidados, 3 de incumplimiento de protocolos, 4 de déficit de comunicación entre profesionales, 8 relativos a medicación (4 de incidencias en la administración y 4 en la prescripción) y 22 incidentes de identificación (1 del paciente, 4 de documentación y 17 de lateralidad).

Los incidentes más frecuentes en este entorno son los de identificación, sobre todo los de no o mala identificación del sitio quirúrgico. Como medida correctora en nuestra OSI se ha creado un protocolo de marcaje de sitio quirúrgico en oftalmología con la proyección de extenderlo al resto de los servicios.

Los incidentes notificados u ocurridos en las UCSI hasta 2019 eran analizados en el grupo de seguridad del bloque quirúrgico, pero dadas las características diferenciadoras de los circuitos de CMA se ha decidido que tienen entidad más que suficiente para tener un grupo de seguridad propio constituido ya a finales de 2019 pero que no se encuentra operativo actualmente al 100 % por motivo de la pandemia.

Conclusiones:

- La cultura de seguridad es fundamental en todas las actividades quirúrgicas, y como las unidades sin ingreso son pilar de nuestros circuitos de CMA la notificación de incidentes en ellas es la mejor manera de analizar nuestros eventos y buscar medidas correctoras. Hacer unidades seguras es invertir en CMA segura para nuestros pacientes.
- Los incidentes de seguridad influyen en la actividad de la CMA (cancelaciones, retrasos, conflictos, demandas...) pero sobre todo influyen en el estado anímico de nuestros pacientes (ansiedad, pérdida de confianza en el proceso, en la CMA y en la institución).

Palabras clave: Incidentes seguridad, unidades de CMA.

P-GC-11 AMPLIACIÓN DE ACTIVIDAD DE UCMA DURANTE LA PANDEMIA

A. Cuadrado García; B. del Blanco Narciso; A. Monente Ramos; P. de la Calle Elguezal; J. C. Martínez Moya; L. Santé Serna

Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid

Introducción: Nuestro Hospital cuenta con una unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) integrada tipo 2, es decir, con un circuito completo independiente que consta de 2 quirófanos, 3 puestos de URPA y 12 puestos de REAM y, además, recibe pacientes del resto de los quirófanos del hospital en régimen de CMA, quienes ingresan a través de nuestra UCMA y son dados de alta desde allí.

Debido a la falta de camas de hospitalización durante la segunda ola de la pandemia COVID y para tratar de man-

tener la actividad quirúrgica en pacientes “no-COVID”, nos planteamos mantener abierta la UCMA durante la noche y, de este modo, dar cabida a aquellos enfermos que habitualmente se intervienen con una pernocta tras la cirugía. Así, los pacientes eran intervenidos, pasaban la noche en la UCMA y desde allí al día siguiente, tras ser valorados por el cirujano correspondiente y anestesia se les daba el alta a su domicilio, sin ocupar cama de hospitalización. Si no cumplían criterios de alta quedaban ingresados. Se trataba de mantener la actividad quirúrgica, reduciendo la lista de espera y evitar contagios, puesto que los enfermos ingresaban en la UCMA, eran trasladados al quirófano correspondiente, regresaban a la UCMA en el postoperatorio y desde allí a su domicilio. Todo esto sin menoscabo de la actividad propia de CMA.

Objetivo: Atender enfermos en régimen de “corta estancia” en la UCMA, una pernocta, para mantener la actividad quirúrgica más allá de la propia de CMA.

Reducir la lista de espera

Evitar los contagios, manteniendo una unidad de cirugía libre de COVID.

Métodos: Se habilitaron como “Unidad de Corta Estancia” (UCE) 8 de las 12 camas de Readaptación al medio (REAM) y se dotaron de personal de enfermería y TCAE, quedando a cargo de un Anestesiólogo en los turnos de mañana-tarde y de la guardia de Anestesia por la noche.

De manera consensuada con los distintos servicios quirúrgicos, se programaron cirugías susceptibles de ser atendidas en este régimen durante un periodo de dos meses, momento en que mejoró la disponibilidad de camas del hospital.

Así, se registraron los pacientes atendidos de este modo en nuestra UCMA en el periodo comprendido desde el 1 de octubre de 2020 al 1 de diciembre de 2020.

Resultados: Durante este periodo de dos meses (40 días hábiles) se programaron en turno de mañana, de lunes a viernes, en régimen de UCE, un total de 191 pacientes, es decir una media de 4,8 pacientes diarios, de ellos:

- Cirugía general: 52, de ellos 25 colecistectomías laparoscópicas.
- Trauma y Ortopedia: 53 (20 fracturas miembros superiores, 14 cirugías de retropié).
- Urología: 54 (49 resección transuretral, 5 ureteroscopia).
- Ginecología: 13 (5 salpinguectomías-ooforectomías, 2 cirugía de mama).
- ORL: 4 (1 amígdalas, 2 microcirugía laríngea, 1 implante coclear).

- Maxilofacial: 4 (1 cáncer de encía, 1 cáncer nasal, 2 artroscopias ATM).
- Ojos: 5 (3 trasplantes de córnea, 1 evisceración ocular, 1 vitrectomía).
- Cirugía plástica: 4 (1 abdominoplastia, 1 mastopexia, 1 linfedema 1 rinoseptoplastia).
- Neurocirugía: 1 (implante de neuroestimulador).
- Cirugía vascular: 1 (amputación de dedos).

De todos ellos precisaron ingreso un total de 22 casos (11,5 %): 7 de cirugía general, 1 de traumatología, 13 de urología y 1 de cirugía vascular. El resto fueron dados de alta sin complicaciones a su domicilio.

Conclusiones: La ampliación de actividad de la UCMA, incluyendo cirugía de corta estancia, de forma temporal durante la pandemia, permite intervenir pacientes que precisan una pernocta frente a la ausencia de camas de hospitalización y con ello reducir la lista de espera y evitar los contagios, manteniendo una unidad de cirugía libre de COVID.

Palabras clave: Corta estancia, pernocta, cirugía sin ingreso.

P-GC-12 ¿COMPRENDE EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EL CONCEPTO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA? SUS EFECTOS AL COMPARAR UNIDADES DE CMA

J. Turiño Luque; R. Pérez Rodríguez; A. Neuhaus Nevado; A. Cruz Muñoz; J. Santoyo Santoyo

Hospital Civil Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Identificar discrepancias entre los datos de la unidad y los registrados por el centro según el diferente criterio conceptual de cirugía mayor ambulatoria.

Métodos: Análisis comparativo en la recogida de datos y codificación de los pacientes intervenidos en los últimos 6 años tanto en régimen de cirugía mayor ambulatoria como ingreso en nuestra unidad. Se comparó el registro diario de la unidad (grupo A) con el registro final de cada paciente por el sistema de documentación del centro (grupo B). Dicho estudio se centró en los pacientes con ingreso no superior a las 48 horas con el fin de conocer la tasa de ambulatorización en este grupo de pacientes. Fueron excluidos aquellos pacientes con dobles episodios (ambulatorio e ingreso) para un mismo procedimiento. Se empleó el sistema SPSS 15.0 para el análisis de datos.

Conclusiones: Durante el periodo de estudio se programaron un total de 5594 pacientes de los que fueron intervenidos 5319 (95,08 %). De estos, 4341 pacientes permanecieron en el centro menos de 48 horas (81,61 %), excluyéndose 306 pacientes que presentaban doble episodio en el mismo procedimiento (7,05 %). Fueron incluidos en el estudio final un total de 4035 pacientes, de los que 3251 fueron programados en régimen de CMA (80,57 %).

En el grupo A 3108 pacientes fueron alta el día de la intervención (77,02 %) frente a los 3685 del grupo B (91,32 %) siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Por grupos de patología la pared abdominal, en esta selección de pacientes, presentó una tasa de ambulatorización global del 72,94 % ($n = 1582$) en el grupo A frente al 90,13 % ($n = 1955$) del grupo B ($p < 0,001$); en proctología en el grupo A fue del 88,03 % ($n = 1044$) frente al 94,94 % ($n = 1126$) del grupo B ($p < 0,001$); en patología supramesocólica el grupo A obtuvo una tasa de ambulatorización del 70,88 % ($n = 482$) frente al 88,82 % ($n = 604$) del grupo B ($p < 0,001$).

Las principales limitaciones del presente trabajo han sido la exclusión de: pacientes con ingreso superior a las 48 horas y los pacientes con duplicidad de episodio (al ser difícil su interpretación según los datos del centro al calcular régimen final de los mismos) y todos los cuales fueron causa de pernocta no planificada.

La diferencia de criterio a la hora de interpretar el concepto de Cirugía Mayor Ambulatoria puede conllevar diferencias significativas en los resultados de los centros y por tanto dificultar la comparación de unidades de características similares.

Palabras clave: CMA, interpretación, corta estancia.

P-GC-13 SOMOS, DE FACTO, EFICAZES, NO FOLLOW UP DOS NOSSOS DOENTES? RESULTADOS DA AUDITORIA AO TELEFONEMA DE FOLLOW-UP NUMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO PORTUGUESA

M. Martins; M. Coroa; H. Barbosa; A. Brás; M. Silva; A. Morais

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho, EPE. Portugal

Objetivos: Portugal constitui um exemplo de referência no âmbito da cirurgia de Ambulatório, verificando uma expansão sustentada, que acompanha a tendência de crescimento internacional (1).

O seguimento pós-alta constitui, no contexto organizacional específico da Unidade de Cirurgia de Ambulatório, uma forma essencial de identificação de complicações cuja adequada gestão é determinante no sucesso deste regime de intervenção (2).

O telefonema de follow up é frequentemente citado como uma intervenção custo-efetiva e a sua realização é obrigatória em Portugal 24 horas após a alta (2-5). No contexto da pandemia COVID-19, aquando do retorno da atividade cirúrgica no contexto de Unidade de Ambulatório, as Normas Orientadoras elaboradas pela Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório incluíam, adicionalmente, a realização de um telefonema ao 7º e 14º dias pós-alta (6).

O presente estudo tem como objetivo avaliar a taxa de resposta ao telefonema realizado às 24 horas, 7º e 14º dias pós-operatórios aos doentes intervencionados numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório Portuguesa.

Como objetivo secundário, pretende-se avaliar a necessidade de implementação de medidas adicionais com vista a aumentar a taxa de resposta aos telefonemas supracitados.

Métodos: Foram incluídos na Auditoria todos os doentes intervencionados em regime de ambulatório na Unidade de Cirurgia de Ambulatório em questão entre 8 de maio de 2020 e 24 de julho de 2020. Não foram definidos critérios de exclusão.

A recolha das informações estabelecidas foi realizada com recurso à análise documental das informações registadas no Impresso de Registo de Resposta ao Contacto Telefónico correspondente ao 7º e 14º dias pós-operatórios, e através de acesso ao sistema informático SClínico® para obtenção de informações relativas ao contacto telefónico realizado 24h pós-alta.

A presente Auditoria foi validada pelo responsável da Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar envolvido e foi garantida, ao longo da mesma, a anonimidade relativa à identidade e às respostas de cada participante.

A informação obtida foi analisada com recurso aos programas IBM SPSS Statistics 27® e Excel 2008®.

Conclusiones: A amostra reunida totalizou 1012 doentes.

Menos de metade dos doentes responderam aos três telefonemas realizados ($n = 500$, 49,4 % da amostra). Um total

de 40 doentes (4,0 %) não respondeu a nenhum dos três telefonemas. A maior ausência de resposta verificou-se nos telefonemas realizados às 24 horas (24,7 %, n = 250) e 14º dias pós-procedimento (24,8 %, n = 251). Mais de um terço dos doentes (35,1 %, n = 355) não respondeu a um dos telefonemas, e mais de um décimo (11,6 %, n = 117) não respondeu a dois telefonemas.

Verifica-se uma quantidade significativa de ausência de resposta ao telefonema de follow up pós-alta, o que pode condicionar a capacidade de adequada avaliação da qualidade dos cuidados prestados e de identificação de complicações decorrentes dos mesmos. Por conseguinte, foram identificadas um conjunto de medidas a serem implementadas com vista ao aumento da taxa de resposta verificada.

Evidencia-se a relevância da realização de Auditorias, que constituem um meio de excelência imprescindível para o alcance de uma performance de alta qualidade nos programas de Cirurgia de Ambulatório.

Reconhece-se, adicionalmente, a pertinência da realização futura de uma nova Auditoria, homóloga à apresentada, com vista à avaliação dos resultados das medidas implementadas na taxa de conformidade dos critérios auditados.

Referências bibliográficas:

1. Secretário de Estado Adjunto e da Saúde - Ministério da Saúde. Despacho nº 1380/2018 publicado em Diário da República n.º 28/2018, Série II, a 8 de fevereiro de 2018, disponível em https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/114654436/details/3/maximized?serie=II&parte_filter=31&day=2018-02-08&date=2018-02-01&dreId=114641066 a 04.01.2021.
2. Bailey C, Ahuja M, Bartholomew K, Bew S, Forbes L, Lipp A, et al. Guidelines for day-case surgery 2019. *Anaesthesia*. 2019;74(6):778-92. DOI: 10.1111/anae.14639.
3. Johnson M, Laderman M, Coleman E. Enhancing the Effectiveness of Follow-Up Phone Calls to Improve Transitions in Care: Three Decision Points. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2013;39(5):221-9. DOI: 10.1016/s1553-7250(13)39029-1.
4. Danielsa S, Kelly A, Bachand D, Simeoni E, Hall C, Hofer SM, et al. Call to care: the impact of 24-hour postdischarge telephone follow-up in the treatment of surgical day care patients. *Am J Surg*. 2016;211(5):963-7. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2016.01.015.
5. Secretário de Estado Adjunto e da Saúde - Ministério da Saúde. Despacho nº 30114/2008, publicado em Diário da República n.º 227/2008, Série II, a 21 de novembro de 2008, disponível em https://dre.pt/web/guest/pesquisa-avancada/-/asearch/724591/details/maximized?p_auth=3oztFkDs&serie=II&search=Pesquisar&ano=2008&perPage=100&types=DR a 08.01.2021.
6. Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório. Recomendações Nacionais | Retorno da Atividade Cirúrgica na Era COVID-19. Disponível em https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/RECOMENDACOES_NACIONAIS_RETOMA_DA_CA.pdf a 04.01.2021.

Palabras clave: Cirurgia de ambulatório, telefonema de follow-up, taxa de resposta, auditoria, melhoria de qualidade.

P-GC-14 NUESTRA PRIMERA EXPERIENCIA EN LA UCMA SOBRE CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE MAMA, DURANTE LA PANDEMIA

I. Capitán del Río; M. B. Sánchez Andújar; J. M. Capitán Vallvey

Hospital Universitario de Jaén

Objetivos: La patología quirúrgica de la mama, tanto oncológica como no oncológica, se está incorporando de modo progresivo en la Cartera de Servicios de muchas Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria.

La evolución del tratamiento del cáncer de mama experimentada en las últimas décadas, con la disminución de la radicalidad de la exéresis quirúrgica, requiere en la actualidad la participación activa de diversas especialidades hospitalarias, de modo que permita la realización de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC), la disección axilar dirigida, la quimioterapia neoadyuvante, las técnicas oncológicas, la radioterapia intraoperatoria y la cirugía radioguiada, entre otras.

La estructura de las Unidades de CMA condiciona la Cartera de Servicios que oferta.

Métodos: Nuestro hospital está distribuido en dos centros separados entre sí tres kilómetros. La Unidad de CMA se encuentra ubicada en el Hospital Traumatólogo, mientras que los Servicios de Medicina Nuclear, Anatomía Patológica y Radiología Intervencionista se encuentran en el Hospital General y es, en este último, donde de modo habitual se realiza la cirugía mamaria oncológica y no oncológica por su dependencia y proximidad de estos Servicios.

La situación originada por la COVID-19 obligó en su primera ola al cierre casi total de quirófanos programados (incluida la Unidad de CMA), tanto para patología neoplásica como no neoplásica, quedando solo operativos los quirófanos de urgencias.

La presión asistencial ocasionada por esta falta de actividad quirúrgica en pacientes oncológicas nos hizo buscar alternativas para disponer de quirófanos para la cirugía del cáncer de mama, especialmente preocupante en pacientes con neoadyuvancia.

Conscientes de que la infraestructura del Centro donde su ubica la Unidad de CMA carece del concurso inmediato de aquellos Servicios imprescindibles para llevar a cabo la correcta cirugía del cáncer de mama, nos planteamos una redistribución de los circuitos asistenciales, a fin de

poder utilizar nuestra Unidad autónoma de CMA, al ser el Servicio más apropiado del conjunto hospitalario por sus condiciones estructurales, organizativas e higiénicas.

Para llevar a cabo esta iniciativa realizamos las siguientes acciones previas:

1. El restablecimiento de la programación quirúrgica selectiva en la UCMA.
2. Acondicionamiento de las citas en Medicina Nuclear y en Radiología Intervencionista para la programación quirúrgica.
3. La actuación inmediata de los Servicios de Anatomía Patológica y Radiología.
4. La creación de un servicio específico de transporte inmediato de piezas quirúrgicas.
5. La creación del contacto telefónico específico diario y directo con los Servicios clínicos implicados.

Resultados: Durante los casi dos meses de cierre total de quirófanos programados en el Hospital General al comienzo de la pandemia, por primera vez intervinimos en la Unidad de CMA 65 mujeres afectas de patología mamaria.

De ellas 37 afectas de cáncer, con una edad media de 60,2 años (19-92) y 28 por procesos no neoplásicos, con una edad media de 32,3 años (14-57) y con los diagnósticos siguientes: carcinoma ductal infiltrante unilateral en 30 pacientes, carcinoma ductal infiltrante bilateral en 2, carcinoma lobulillar en 4, carcinoma papilar en 1. Completamos los partes quirúrgicos con 22 fibroadenomas, 2 tumores filodes, 2 extrusiones de prótesis y 1 lipoma mamario gigante.

En los procesos oncológicos realizamos la mastectomía en 22 pacientes, de ellas 5 bilaterales, la BSGC en 19 pacientes, 4 linfadenectomías, 13 tumorectomías y la reconstrucción inmediata y simetrización en 18 ocasiones.

Todas las pacientes intervenidas por procesos benignos y 22 pacientes neoplásicas fueron dadas de Alta de la Unidad el mismo día de la intervención. Las 15 pacientes neoplásicas restantes pernoctaron una noche y fueron dadas de Alta a la mañana siguiente. Todas las pacientes mostraron un alto grado de satisfacción por la resolución de su patología y el Alta ambulatoria u overnight.

Conclusiones: La resolución en la Unidad de CMA (por primera vez) de este grupo específico de procesos de patología mamaria supuso una demostración de que el esfuerzo organizativo, en el que se implicaron los Servicios clínicos imprescindibles para la correcta cirugía mamaria, puede colaborar a dar una respuesta quirúrgica adecuada en esta situación de pandemia.

Los buenos resultados obtenidos han posibilitado que, en la actualidad, en esta tercera ola de la COVID-19, hayamos mantenido los circuitos establecidos e intervenido a pacientes afectas de patología mamaria en nuestra Unidad de CMA.

Palabras clave: Cáncer de mama, COVID-19, CMA, rentabilidad UCMA.

P-GC-15 ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS DIFERENTES METODOLOGÍAS PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL PROCESO QUIRÚRGICO

C. Grande Baos

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Objetivos: A lo largo de la historia se han ido empleando diferentes métodos con el fin de mejorar el rendimiento quirúrgico, unos de diseño propio y la mayoría importados de otras disciplinas.

Nuestro objetivo principal es analizar la filosofía de los métodos o herramientas más importantes buscando sus fortalezas y sus debilidades y, en la medida de lo posible, destacar lo más aprovechable de cada una de ellas.

Métodos: Hemos realizado una revisión sistematizada de la bibliografía obtenida en las búsquedas bibliográficas y hemos revisado la experiencia adquirida en los 35 años de ejercicio profesional y, también la compartida con otros compañeros.

Conclusiones: Por un lado, el proceso quirúrgico es muy difícil de mejorarlo, en cuanto a rendimiento se refiere, pues se encuentra con muchos obstáculos, entre los que podemos destacar los intereses contrapuestos entre clínicos y gestores, la gran cantidad de intangibles que consumen tiempo y recursos, las medidas a adoptar para la seguridad del paciente aunque el riesgo matemáticamente sea pequeño, la necesidad de descanso del personal quirúrgico para evitar los errores ligados al agotamiento, la imposibilidad de que el paciente perciba la sensación de prisa para terminar, las necesidades de comunicación con el paciente, etc.

Por otro lado, están el método Lean para suprimir lo innecesario, el método six-sigma para reducir los defectos detectados en el proceso (en cuanto a rendimientos y costes), el método Kaizen que busca los pequeños cambios hacia mejor, los modelos de excelencia global como el EFQM o el Método Baldrige, u otros más específicos basados en la actividad

como la Gestión por procesos, la Gestión basada en la gestión de la actividad ABQ que se compone de ABM y ABC, el Modelo conceptual de calidad del servicio o la Metodología para Optimizar el Desempeño y la Calidad ODC que se focalizan en la mejora de cada actividad que compone el proceso y, por último, la Dinámica de Sistemas que se fija más en el comportamiento final que en el mecanismo interno.

Por todo ello concluimos que, la metodología ideal sería la que optimizara conjunta y equilibradamente la triada seguridad, calidad y eficiencia, la que priorizara los puntos más importantes para que no queden desatendidos por focalizarse en lo más ajeno al paciente y la más sencilla de comprender para que pueda ser aplicada con poco esfuerzo por todo el personal sanitario implicado en el proceso, que es quien mejor lo conoce. En esta línea se encontrarían la filosofía del método Kaizen y la del método ODC (Metodología para Optimizar el Desempeño y la Calidad) acompañadas de una correcta planificación y, por supuesto, de la ejecución de los cambios.

Palabras clave: Eficiencia quirúrgica, rendimiento de quirófano, optimización proceso quirúrgico.

P-GC-16 ¿CÓMO CREAR UNA APP ÚTIL PARA UNA CMA?

C. Grande Baos

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Objetivos: Las *app* de teléfono móvil son herramientas muy útiles y que están al alcance de todos los pacientes que se operan en una unidad de cirugía mayor ambulatoria y/o de sus familiares o acompañantes/cuidadores.

Su objetivo es formar e informar acerca del proceso quirúrgico para liberar en cierta medida de ese trabajo al personal sanitario y para que el paciente tenga disponible esa información de forma inmediata y en cualquier momento.

Lo ideal es crear una *app* multitarea para cada grupo de patologías más frecuentes en esa CMA, como pueden ser cataratas, hernias de la pared abdominal, artroscopia de rodilla, etc., que sea accesible para deficientes visuales, que sea fácil de usar, que le sirva al paciente y a su acompañante, y que esté personalizada para cada hospital. Consta de dos partes, una descripción personalizada del circuito de cada hospital y otra más centrada en cada proceso quirúrgico. En nuestro caso también hemos diseñado otra aplicación de móvil que está más enfocada a ayudar al acompañante/

cuidador del paciente que va a ser intervenido en una unidad de cirugía mayor ambulatoria.

Nuestro objetivo es aportar los conocimientos y habilidades necesarias para que cualquier trabajador de una CMA sin conocimientos de programación y que tenga esa inquietud, pueda crear, gratuitamente y en poco tiempo, una *app* de este tipo.

Métodos: Entre todos los tutoriales revisados y las herramientas o plataformas probadas seleccionemos las que nos parece que mejor se adaptan para desarrollar este tipo de *app* de contenido sanitario, que sean fáciles de usar y que, además, sean gratuitas.

Por otro lado, estudiamos los circuitos y procesos de una unidad de cirugía mayor ambulatoria típica haciendo hincapié en los puntos que obligatoriamente tiene que incluir una *app* para que le resulte útil al paciente y a los profesionales.

Conclusiones: Como culminación de este trabajo y basándonos en nuestra experiencia y en los comentarios de los pacientes, hemos seleccionado la plataforma Mobincube y unos tutoriales para mostrar su funcionamiento y hemos creado dos *app*, una que lleva por nombre “Tengo cataratas” y otra que hemos llamado “Manual de ayuda para el acompañante quirúrgico”.

En la primera hablamos de qué es una catarata, cómo comprobamos que tenemos cataratas, cómo resolver el dilema de si nos tenemos que operar o no, cómo nos preparamos, describimos el proceso quirúrgico desde la consulta preoperatoria, pasando por el día de la intervención, las curas hasta el alta definitiva y algunos enlaces de interés.

En la otra definimos las cualidades y funciones del acompañante/cuidador, con sus derechos y deberes, su misión en todo el proceso quirúrgico tanto en el hospital como en el domicilio, cómo dar apoyo logístico y psicológico al paciente, cómo cubrir las necesidades del acompañante y cómo hay que proceder cuando no se dispone de acompañante, terminando con algunos enlaces de interés.

Concluimos que, por medio de la plataforma Mobincube y de unos tutoriales muy ilustrativos se puede diseñar, y de hecho hemos creado, una *app* para pacientes y otra para acompañantes, que se pueden descargar gratuitamente, que cumplen con los objetivos que nos hemos puesto: facilidad de creación y de uso, sencillez en el manejo, completas en su contenido y gratuitas tanto en su creación como para descargar en el móvil.

Palabras clave: App, herramientas de ayuda, información al paciente, informática y salud.