
ASAMBLEA GENERAL DE SOCIOS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Presidente: Dr. L. Hidalgo Grau

Secretario/a : Dr. J.Mª Capitán Vallvey

Vicesecretario/a: Dña. Mª. Virtudes Navarro García

Fecha: 28 de abril, 2021.

ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL DE SOCIOS DE ASECMa,

Reunión celebrada el 28 de abril por vía telemática a través de la plataforma Zoom y convocada por la Secretaría Técnica, ante la situación de pandemia por Covid-19 que imposibilita las reuniones presenciales. En JD se acuerda darle oficialidad a esta modalidad de reuniones para que los acuerdos tomados en ellas sean válidos.

Orden del Día

- 1. Lectura y aprobación si procede del Acta de la Asamblea anterior (2019, Málaga).**
- 2. Informe del Presidente.**
- 3. Informe del secretario.**
- 4. Informe Económico.**
- 5. Informe del Comité Científico.**
- 6. Elección de cargos vacantes en la Junta Directiva de ASECMa.**
- 7. Ruegos y preguntas.**

Punto 1. Aprobación del acta de última Asamblea celebrada en 2019, Málaga.

Para su acceso y lectura por parte de los socios de ASECMa, el acta de la asamblea que tuvo lugar en Málaga de manera presencial durante el 13 Simposium Nacional (7 de junio de 2019), está incluida en la página web de ASECMa.

Se hace una votación telemática en la que los socios pueden expresarse afirmativa y negativamente o con abstención. El resultado de dicha votación es 8 votos a favor, 0 en contra y 1 abstención, quedando aprobada el Acta de la última Asamblea de socios de ASECMa.

Punto 2. Informe del Presidente.

D Luis Hidalgo Grau, como presidente de la Sociedad Española de Cirugía Mayor Ambulatoria interviene con palabras de agradecimiento a los participantes y colaboradores en el actual congreso.

Hace mención honorífica al difunto compañero y miembro de ASECMa, D Manuel Planells Roig, fallecido en diciembre de 2020, manifestando el sentir personal y de esta sociedad por quien fue un fiel colaborador e impulsor de actividades e iniciativas en pro de la Cirugía Mayor Ambulatoria, que quedarán en la memoria de la Asociación así como el recuerdo entrañable de sus cualidades personales.

Punto 3. Informe del secretario.

D. José M^a Capitán Vallvey procede a leer el informe de la actividad desarrollada por la Junta Directiva de ASECMa durante los últimos meses quedando descrita en el ANEXO 1 (págs. 5-8).

Punto 4. Informe Económico.

D. Miguel Vicente Sánchez Hernández presenta el Informe de cuentas, reflejado en el ANEXO 2 (pág.9).

Punto 5. Informe del Comité Científico.

D. Fernando Docobo Duránte, como presidente del comité científico de y de este Congreso, presenta informe detallado de la actividad científica en la que ha participado esta sociedad a través de sus miembros y colaboradores (ANEXO-3, págs. 10-39).

Punto 6. Elección de cargos vacantes en la Junta Directiva de ASECMa.

Respecto a la renovación de cargos:

- Enfermería: Se presentan las tres vocales actuales a la reelección (D^a M^a Teresa Valle Vicente, D^a M^a Virtudes Navarro García y D^a Isabel Rosell Barrachina).

- Formación: Se presenta el vocal actual a la reelección (D Juan Carlos Cajigas Lanza).

- Anestesia: El Dr. Hidalgo trasmite la decisión tomada por la Junta Directiva en la reunión del 19-4-2, en relación a esta vocalía. En la actualidad la Junta Directiva está compuesta por 14 miembros de los 15 posibles, pueden existir dos vocalías de Anestesia, para las que se presentan D José Manuel Cordero Lorenzo y D Julio César Galán Gutiérrez.

Cumpliendo todos los candidatos con los requisitos acorde con los Estatutos de la asociación se procede a su votación, obteniendo como resultado 14 votos a favor, 0 en contra y 1 abstención, quedando constituida la Junta Directiva de ASE CMA por:

Presidente:	LUIS ANTONIO HIDALGO GRAU
Vicepresidenta:	MATILDE ZABALLOS GARCÍA
Secretario :	JOSÉ MARÍA CAPITÁN VALLVEY
Tesorero:	MIGUEL VICENTE SÁNCHEZ HERNÁNDEZ
Vocales:	
Anestesiología:	JOSÉ MANUEL CORDERO LORENZO JULIO CÉSAR GALÁN GUTIÉRREZ
Calidad:	MATILDE ZABALLOS GARCÍA
Cirugía:	JOSÉ LUIS PORRERO CARRO
Enfermería:	MARÍA TERESA VALLE VICENTE MARÍA VIRTUDES NAVARRO GARCÍA ISABEL ROSELL BARRACHINA
Formación:	JUAN CARLOS CAJIGAS LANZA
Gestión:	JOSÉ LUIS ESTEBAN SÁNCHEZ
Presidente Comité Científico:	FERNANDO DOCOBO DURÁNTEZ
Director de la Revista CMA:	DIETER MORALES GARCÍA

Punto 7.- Ruegos y preguntas.

El Dr. Hidalgo toma la palabra felicitando y agradeciendo, nuevamente el trabajo de todos los participantes en el desarrollo de este congreso.

No hay preguntas en el chat, sólo 4 felicitaciones a la JD por el trabajo realizado por y para la CMA.

Finaliza la asamblea a las 20:50h



José Mª Capitán Vallvey
Secretario



Mª Virtudes Navarro García
Vicesecretaria

ANEXO 1

INFORME DEL SECRETARIO

1.- Cronología

- Última Asamblea: Málaga, 7 de Junio de 2019.
- En marzo el congreso se pospuso a octubre 17-19
- En reunión de la JDirectiva del 8 de mayo de 2020 ante la situación de la pandemia, se decide la nueva suspensión del Congreso Ibérico/IAAS de 2020, previsto para 19-21 junio en Madrid. El 13 de marzo la Secretaría técnica lo comunica a ponentes y moderadores.
- En reunión de la JDirectiva del 8 de septiembre de 2019 y en Asamblea del Simposium de Málaga se acordó la celebración del próximo Simposium nacional en Gijón. En la reunión de JDirectiva del 8 de mayo de 2020 se decidió posponerlo a 2022 por la situación de la pandemia. Alberto Sopena y Fernando Cosio en calidad de Presidentes del Comité Organizador

2- Reuniones Junta Directiva: Desde la última Asamblea General la J.Directiva ha mantenido las siguientes reuniones:

-2019:

- 6 de junio durante el Sumposium de Málaga,
- 28 de septiembre. Hotel Tryp, Madrid.

- 2020:

- 13 de marzo: Se suspendió por la pandemia
- 8 de mayo, telemática
- 23 de septiembre, telemática
- 23 de noviembre, telemática
- 21 de diciembre, telemática

- 2021: Reuniones telemáticas. Tema prioritario: Organización del Congreso y actividades científicas.

- 18 de enero
- 8 de febrero
- 22 de febrero

22 de marzo

5 de abril

19 abril

3.- Número de asociados.

3.1.- Altas y bajas (2020 y 2021)

-Altas: 28

Hombres: 10 / Mujeres: 18

Anestesia 12, Cirugía General 4, Enfermería 11, Ginecología 1,

-Bajas: 8

3.2.- Número de asociados a fecha 26 de abril 2021= 219

De ellos:

Mujer: 133 (60,73%)

Hombre: 86 (39,27%)

Por especialidad:

Médicos: 174 (79,45%)

Anestesia: 95

Cirugía General: 76

Traumatología: 4

Cirugía Plástica: 1

Ginecología: 1

UCI: 1

Urología: 1

Enfermería: 39 (17,81%)

Por provincias:

Álava	3	Albacete	2
Alicante	2	Almería	3
Asturias	6	Badajoz	3
Barcelona	25	Burgos	1
Cáceres	1	Cantabria	4

Castellón	3	Ciudad Real	1
Córdoba	4	Girona	5
Granada	2	Guadalajara	2
Guipúzcoa	8	Jaén	4
La Coruña	4	La Rioja	1
Las Palmas	7	León	1
Lugo	5	Madrid	38
Málaga	15	Murcia	1
Navarra	1	Pontevedra	7
Salamanca	3	Santiago de C.	1
Segovia	1	Sevilla	17
Tarragona	8	Tenerife	8
Toledo	2	Valencia	15
Valladolid	1	Zaragoza	3
Chile	1	Francia	1

4.- Actividad científica

Se ha mantenido desde la última Asamblea la actividad científica de la Asociación.

La describirá el Dr. Docobo.

5.- Recomendaciones del Ministerio

ASECMA colaboró y consta como co-autor del documento técnico que elaboró el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias y la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad sobre *“Recomendaciones para la Programación de Cirugía en condiciones de seguridad durante la pandemia Covid-19”*

6.- Proyectos

6.1.- Proyecto DUCMA: Se está trabajando en la actualización del Proyecto de Directorios de Unidades de CMA, en colaboración con la casa Menarini

6.2.- Indicadores de calidad

En la actualidad se está elaborando por parte de la JDirectiva un documento técnico sobre “Indicadores básicos de calidad en CMA” a fin de ponerlo a disposición de todas las Unidades de CMA para uniformar criterios básicos. (Decisión de la JDirectiva en reunión del 23 septiembre 2020).

Grupo de trabajo: Dra. Ana Rodriguez Archilla y los Dres, Jose Luis Porrero, Jose Luis Esteban, Fernando Docobo y José M^a Capitán.

6.3.- **Proyecto PRACMA** para acreditación de Unidades CMA. Se empezó a trabajar junio de 2019 (Dr. Docobo, Dr. Cajigas). Ahora: Acreditación voluntaria y telemática.

Se pondrá en marcha una vez realizado el Proyecto DUCMA.

7.- Revista CMA

La J Directiva en reunión del 23 de septiembre de 2020 acordó la suspensión del formato papel y la edición de la revista CMA solo en formato electrónico y de acceso libre, a partir de 2021.

Director de la revista: Dieter Morales, con impulso.

Se han actualizado los Comités de Redacción y Editorial.

Próximo número: saldrá después de este Congreso, con una recopilación de las actividades que vamos a desarrollar.

**ANEXO 2
INFORME ECONÓMICO**

CUENTAS ASECMA ABRIL 2021

JULIO 2019: TOTAL 49.308,65

40.140,05 euros en cuenta BANCO DE SABADELL

9.168,6 euros en cuenta BBVA

INGRESOS		
	CUOTAS	7.383 (205 SOCIOS)
	CURSOS ASECMA	7.381
	INGRESOS	14.764
GASTOS		
	DEVOLUCIONES CUOTAS	504 (14 SOCIOS)
	COMISIONES BANCO	330,4
	IMPUESTOS SOBRE COMISION	91,99
	GASTOS CORREO BANCO	111,34
	PAGO ANUAL IAAS 2020 y 21	1.614 x2= 3228
	ARSYS INTERNET	200,38
	ABOGADOS	1.028
	GASTOS	5.494,11
TOTAL	BALANCE	9.269,89

A 26 DE ABRIL DE 2021:

CUENTA BANCO DE SABADELL : 52.635,83

BBVA : 5.919,95

TOTAL EN CUENTAS : 58,555,78 (PTE PAGO IMPUESTOS HACIENDA)
(PTE COBRO CUOTAS SOCIOS 2021)

MIGUEL V. SÁNCHEZ HERNÁNDEZ
TESORERO ASECMA

||

ANEXO 3

INFORME DEL COMITÉ CIENTÍFICO

INFORME DEL COMITÉ CIENTIFICO DE LA ASECMA A LA ASAMBLEA 2021

El Dr. Fernando Docobo presenta la actividad desarrollada desde la última Asamblea,

*WEBINARS

CMA EN TIEMPOS DE PENDEMIA EXPERIENCIA EN COVID-19

20 Mayo

Moderador: Dr. Luis A. Hidalgo Grau Servicio de Cirugía General. Consorcio Hospitalario del Maresme. Barcelona. Presidente de ASECMMA

AFECTACIÓN DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DURANTE LA PANDEMIA Dr. José Luis Porrero Carro Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. Vocal de Cirugía de ASECMMA.

AFECTACIÓN DE LA ACTIVIDAD ANESTÉSICA DURANTE LA PANDEMIA Dra. Ana Rodríguez Archilla Unidad de CMA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Vocal de Anestesia de ASECMMA.

AFECTACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA Dña. María Teresa Valle Vicente Jefa Unidad Bloque Quirúrgico. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Vocal de Enfermería de ASECMMA.

DEBATE ABIERTO A TODOS LOS PARTICIPANTES • Recomendaciones de puesta en marcha de actividad tras la pandemia • ¿Qué pacientes debemos seleccionar y por qué? • Precauciones específicas en el nuevo entorno • Modelo de calidad asistencial. ¿Debemos revisar los indicadores de calidad?

*DOCUMENTO TÉCNICO DE ASECMMA RECOMENDACIONES PARA LA REAPERTURA DE LAS UNIDADES DE CMA DURANTE EL PERIODO DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA POR EL COVID-19 (SARS-CoV-2)

COORDINACIÓN: Junta Directiva de ASECMMA.

ELABORACIÓN: Ana Archilla. Servicio de Anestesia, Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. Matilde Zaballos. Servicio de Anestesia, Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

INTRODUCCIÓN En diciembre de 2019, la ciudad de Wuhan, capital de la provincia de Hubei en China, se convirtió en el centro de un brote de neumonía de causa desconocida. El 7 de

enero de 2020, los científicos chinos habían aislado un nuevo coronavirus, el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo 2 (SARS-CoV-2; conocido anteriormente como 2019-nCoV), de los pacientes con neumonía por el virus, que fue posteriormente designada en febrero de 2020 por la OMS como enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). El 11 de marzo de 2020, la OMS ha declarado a COVID-19 como enfermedad pandémica, propagándose a numerosos países y territorios de todo el mundo con más de 4.635.786 casos confirmados y aproximadamente 311.821 muertes. El primer contagio de la enfermedad COVID-19 se determinó en España en enero de 2020. El primer fallecimiento ocurrió el 13 de febrero. El domingo día 15 de marzo, el Estado español decretó el estado de alarma sanitaria. El impacto en la actividad quirúrgica fue secuencial: se suspendieron las intervenciones quirúrgicas programadas por patología benigna y se programaron cirugías electivas de pacientes oncológicos, seleccionando los casos más prioritarios. Esto se ha traducido en la suspensión de prácticamente toda la actividad de procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en nuestro país.

1. **JUSTIFICACIÓN** Teniendo en cuenta la situación epidemiológica en la que se encuentra nuestro país actualmente, en la fecha 25 de mayo de 2020, donde el porcentaje de pacientes COVID hospitalizados está disminuyendo (5-25 %), muchas comunidades autónomas están procediendo a incrementar su actividad quirúrgica. En este contexto la recomendación de todas las sociedades quirúrgicas es la potenciación, en la medida de lo posible, de procedimientos de CMA de las diferentes especialidades, considerando la disponibilidad de quirófanos y el establecimiento de un circuito para el paciente de forma apropiada. La reintroducción de la actividad de la cirugía sin ingreso debe plantearse con la mayor seguridad posible, tanto para los pacientes y acompañantes como para los profesionales sanitarios. Cada unidad, de acuerdo con sus características, deberá establecer el circuito de sus pacientes y procedimientos, que atenderá en esta primera fase de reintroducción de la CMA.

Durante este periodo de transición de la pandemia COVID-19, la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria debe proponer unas recomendaciones para el reinicio de la actividad que deberán estar sujetas a revisión en función de la evolución de la pandemia y adaptadas a cada centro hospitalario.

2. **CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES Y VALORACIÓN PREOPERATORIA**
Para la programación de los pacientes se hace imprescindible que, con tiempo suficiente (15 días), se realice un despistaje de infección activa por SARS-CoV-2 que incluya criterios clínicos y epidemiológicos. Si la encuesta es negativa, se aconsejará un control riguroso de las medidas de distanciamiento físico y protección las dos semanas previas a la cirugía para disminuir las posibilidades de contagio. Se facilitará un sistema de contacto para que informe a la unidad de cualquier cambio en su estado de salud en esos 15 días. Los pacientes que se programen inicialmente pueden disponer de una valoración preoperatoria, en muchos casos antes y durante la pandemia COVID-19, por tanto, si la encuesta ha sido negativa se podrán programar. Algunos autores aconsejan que en la reintroducción de la actividad en la unidad de forma inicial se incluyan de forma preferente pacientes ASA 1 y 2, menores de 60/65 años. Hay que evitar en la medida de lo posible pacientes en tratamiento con inmunosupresores o corticoides. No se aconseja inicialmente incluir a pacientes que están institucionalizados (residencias, instituciones penitenciarias, centros de mayores y menores...). Consulta de anestesia y cirugía En caso de que se precise nueva consulta, se seguirán las mismas

recomendaciones en cuanto al despistaje de infección activa por SARS-CoV-2. En los casos en los que el resultado del sistema de despistaje sugiera sospecha de COVID-19, posponer la consulta presencial y derivar al circuito habilitado para el diagnóstico de COVID-19. Encuesta de cribado clínico-epidemiológico Debe incluir al menos las siguientes preguntas:

- Pregunta 1: en las últimas dos semanas, ¿ha tenido fiebre?
- Pregunta 2: en las últimas dos semanas, ¿ha tenido tos seca (que previamente no tenía) o dificultad para respirar?
- Pregunta 3: en los últimos 7 días, ¿ha estado en contacto con alguna persona infectada por COVID-19 o en estudio? Si alguna respuesta es positiva, posponer la cirugía dos semanas; se remitirá al paciente a su médico responsable (médico de atención primaria), que indicará las medidas de aislamiento y tratamiento oportunas. En el Anexo I se muestra una encuesta de cribado más amplia que puede ser utilizada a modo de guía.

Recomendaciones para la consulta presencial .Si el paciente y el procedimiento requiere de una consulta presencial, se debe intentar citar en acto único las pruebas complementarias y la consulta.

- Habilitar la zona de espera de consultas de modo que permita mantener la distancia de seguridad interpersonal recomendada (2 m).
- Espaciar la secuencia temporal de citas para evitar el exceso de afluencia en las zonas de espera, según la política de cada centro.
- Los pacientes deben llevar mascarilla (tipo higiénico o quirúrgico) que cubra la vía aérea (nariz y boca). En el caso de llevar otro tipo de mascarilla o respirador con válvula de exhalación, se sustituirá o cubrirá por una de tipo quirúrgico.
- Los pacientes deben realizar higiene de manos con preparado de base alcohólica al entrar en la consulta. Si llevase guantes, se deshará de ellos y realizará higiene de manos inmediatamente.
- No deben acudir acompañados salvo circunstancias que lo justifiquen, en cuyo caso, seguirán las mismas medidas. Determinación de la PCR preoperatoria A todos los pacientes se les realizará una PCR, siglas por su término en inglés, que significan “reacción en cadena de la polimerasa”, que es una prueba de diagnóstico que permite detectar un fragmento del material genético de un patógeno, en este caso del SARSCoV-2. Esta se realizará en un intervalo de 72-48 h antes de la fecha prevista de la cirugía. No se permitirá que el paciente acuda a la unidad hasta que se conozca el resultado de la PCR. Cada unidad debe establecer el circuito del paciente para la realización de la PCR y evaluación del resultado antes de la cirugía. Se recomienda, al igual que otras sociedades científicas, que el paciente y su acompañante mantengan de forma rigurosa las medidas de distanciamiento desde el día de la realización de la PCR preoperatoria hasta la fecha de su cirugía para disminuir el riesgo de infección. En la fase o escenario I de alerta (casi normal), donde el volumen de casos COVID-19 sería prácticamente residual (menor del 5 %) y la situación epidemiológica se considera favorable, se puede desarrollar una actividad prácticamente habitual, manteniendo las medidas de seguridad consensuadas con medicina preventiva. En esta situación, y en el paciente con riesgo y cirugía intermedios (CMA), se omitirá la PCR. Pacientes con PCR positiva En estos casos, y al igual

que en los casos de sintomatología sospechosa de enfermedad por COVID-19, se suspenderá la cirugía 2-3 semanas y se remitirá al paciente a su médico de atención primaria, que establecerá las medidas de confinamiento y tratamiento oportunas. Pacientes con PCR negativa Podrán ser programados para su intervención quirúrgica sin la exigencia de requerimientos de pruebas preoperatorias adicionales.

Paciente con antecedentes de enfermedad por COVID-19 .Se desconoce el curso posoperatorio de los pacientes que han pasado la enfermedad y han sido sometidos a un procedimiento quirúrgico con posterioridad, siendo incierto el tiempo óptimo de programación y los requisitos adicionales de investigación y pruebas preoperatorias que aporten una mayor seguridad del procedimiento.

Ante la incertidumbre, se propone que los pacientes más graves ASA III y IV, asintomáticos de su enfermedad COVID-19, no sean programados en esta fase inicial de reinicio de la actividad de CMA. Si se trata de un procedimiento preferente, se deberá consensuar de forma disciplinar la actuación más segura para el paciente.

Paciente con clínica dudosa por COVID-19 y PCR negativa En pacientes con PCR negativa y clínica dudosa de enfermedad por COVID-19, se aconseja posponer la cirugía y reevaluación en dos semanas

Pruebas preoperatorias En caso de pacientes que hayan tenido enfermedad por COVID-19, tanto la decisión de su cirugía ambulatoria como la petición de pruebas preoperatorias adicionales será consensuada de forma individualizada. En los casos en los que se haya suspendido la cirugía, al igual que las recomendaciones editadas por el Ministerio de Sanidad para la cirugía con ingreso, para poder reprogramar la misma recomendamos:

- Que pasen 14 días desde el diagnóstico para los casos asintomáticos.
- Que pasen 3 días desde la resolución de los síntomas, y como mínimo 14 días desde el inicio de los síntomas, en casos con cuadros clínicos leves.
- Que pasen 14 días tras el alta hospitalaria en los casos graves que han requerido ingreso, siempre que no tengan una PCR negativa al alta. En caso de que la tengan, no será necesario un periodo de espera, siempre y cuando estén asintomáticos.

Paciente pendiente de cirugía programada:

Cribado clínico epidemiológico :

Sospecha de infección >Cancelación de cirugía.> Remitir al médico de atención primaria>

Reevaluación para programación en 2-3 semanas

No sospecha de infección > PCR nasofaríngea SARS-CoV-2 > POSITIVA Programar cirugía
NEGATIVA >Reevaluación para programación en 2-3 semanas

FIGURA 1 Secuencia de actuación para la programación de paciente en cirugía sin ingreso.

Profesionales sanitarios y otro personal implicado en la atención del paciente en todo su proceso asistencial en CMA.

En relación con el personal sanitario, y siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, recomendamos:

- Insistir en el cumplimiento de las recomendaciones de higiene de manos en la atención sanitaria (5 momentos de la OMS) de cada centro.
- Evitar el uso de anillos, pulseras, relojes de muñeca y uñas pintadas o postizas.
- Evitar o, en lo posible, retrasar al momento inmediatamente anterior a la cirugía la realización de exploraciones o curas de heridas que supongan un riesgo de generación de salpicaduras o aerosoles (por ejemplo, en el caso de la exploración del Mallampati en la valoración de la vía aérea).
- Usar el uniforme de trabajo de tipo pijama con manga corta. Evitar el uso del uniforme del bloque quirúrgico en áreas de consulta. Usar un pijama limpio a diario y seguir el resto de recomendaciones del centro hospitalario respecto a la vestimenta.
- Usar mascarilla de tipo quirúrgico, bien ajustada y cubriendo nariz y boca, para la atención normal en consulta y exploraciones que no generen aerosoles.
- Usar mascarillas tipo FFP2 o superior (en el caso de que la mascarilla tenga válvula de exhalación, se cubrirá con una de tipo quirúrgico) y protección ocular integral para exploraciones o procedimientos que generen aerosoles. Utilizar batas desechables.
- Usar protección tipo pantalla para maniobras que pudiesen generar salpicaduras.
- Realizar una limpieza selectiva de las superficies de contacto del paciente entre cada paciente.
- El personal sanitario y no sanitario implicado en la atención al paciente, según recomendación del Ministerio, deberá haberse realizado un despistaje inicial para COVID-19.

3. SELECCIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS. La CMA no solo incluye procedimientos de riesgo bajo o moderado, sino que también atienden a pacientes de mayor riesgo que se someten a cirugías cada vez más complejas. Parece prudente que el reinicio de la CMA en nuestro país sea gradual con procedimientos de bajo riesgo, más cortos, y luego pasar a otros más avanzados a medida que la pandemia esté controlada. Cada hospital debería preparar una lista de procedimientos quirúrgicos que podrían ser objeto de inclusión para el reinicio de la actividad en CMA.

4. PREPARACIÓN DE LA UNIDAD Cada unidad debe valorar los espacios y circuitos, desde el punto de vista del mantenimiento de las distancias de seguridad, en todas las fases del proceso. Se debe facilitar a todo el personal sanitario y al paciente y acompañante el uso de dispensadores de solución hidroalcohólica a su disposición. Asimismo, se debe disponer de mascarillas para su uso en pacientes y acompañantes. En las salas de espera de las unidades se deberán establecer las separaciones de las sillas, de 1,5 a 2 metros. De igual manera, se debe establecer la distancia de seguridad de los pacientes antes de su entrada a quirófano, dependiendo de la arquitectura de las instalaciones. Las unidades de recuperación posoperatoria y de adaptación al medio de cada centro deberán organizarse considerando las medidas de distanciamiento de seguridad. La unidad debe disponer de equipos de protección individual (EPI), que se utilizarán de forma racional en función del procedimiento quirúrgico o técnica anestésica que se vaya a realizar. En relación con la limpieza de las instalaciones, se deberán seguir los protocolos de limpieza y desinfección de rutina y se deben desinfectar con mayor frecuencia las zonas de alto tráfico de pacientes y personal.

5. ANTES DE LA INTERVENCIÓN Se deberá confirmar, a la llegada del paciente, que se dispone de la encuesta clínico-epidemiológica en la historia clínica y confirmación del resultado negativo de la PCR. Se tomará la temperatura del paciente. Algunas sociedades científicas aconsejan que se verifique y realice al acompañante la encuesta de cribado clínico-epidemiológico.

6. CONSENTIMIENTO INFORMADO Reflejar en la historia clínica el tipo de consulta que se realiza, si es presencial o no presencial. Se debe registrar la entrevista en la historia clínica, indicando que se ha informado al paciente de las características de la intervención, de los riesgos asociados, la aceptación del paciente a participar en la misma y el consentimiento dado por el paciente. El consentimiento podrá ser firmando electrónicamente o, en el caso de que no se disponga de esta utilidad, quedará pendiente de su firma a expensas de realizarse el mismo día de la intervención. En cada unidad se decidirá, según sus características, la forma de organizar la firma del consentimiento informado. Muchos hospitales están incluyendo un consentimiento específico referente a la situación de pandemia COVID actual como un anexo al consentimiento informado, que el paciente firmará antes de su intervención. Se recomienda la implantación de la firma electrónica. En cuanto la situación clínico-epidemiológica lo permita, se reanudará la firma del consentimiento informado conforme a la práctica habitual, así como en los pacientes nuevos que sean vistos de forma presencial.

7. EN LA UNIDAD, EL DÍA DE LA INTERVENCIÓN

Sala de espera Tanto el paciente como el acompañante deberán mantener una mascarilla quirúrgica durante su estancia en el centro. Se recomienda limitar a un solo acompañante y se aconseja que la espera sea realizada fuera de las unidades para evitar, en la medida de lo posible, las aglomeraciones. En la misma deberán facilitarse dispensadores de solución hidroalcohólica a disposición del paciente y acompañante. Se aconseja que en el quirófano esté el mínimo personal imprescindible.

Preparación del paciente El paciente debe llevar mascarilla quirúrgica y realizará lavado de manos con solución hidroalcohólica al llegar a la Unidad y al desplazarse al quirófano. Se deberá tomar la temperatura del paciente a su llegada a la unidad. Algunas sociedades aconsejan también tomar la temperatura de su acompañante. Los objetos personales del paciente deben guardarse en el armario o bolsa y sacarse solo cuando van a ser utilizados con el fin de dejar las superficies libres para permitir su limpieza e higienización frecuente. El paciente debe informar al personal sanitario si ha habido algún cambio o síntoma relacionado con infección COVID-19. Deben evitar estornudar o toser en la dirección del personal sanitario. Antes de pasar al paciente al quirófano se aconseja que enfermería compruebe:

- Que el paciente lleva mascarilla.
- Temperatura del paciente.
- Cribado clínico-epidemiológico negativo.
- Confirmar resultado PCR (-).
- Consentimientos informados firmados (procedimiento y específico COVID-19).
- Cumplimiento de las instrucciones preoperatorias (ayuno, etc.). Quirófano En los procedimientos quirúrgicos o anestésicos susceptibles de generar aerosoles (como maniobras de

intubación y ventilación, endoscopia, broncoscopia, laparoscopia [en relación a los procedimientos de laparoscopia no hay consenso universal de que generen aerosoles]), cirugía maxilofacial y ORL), es necesario utilizar equipos de protección individual (EPI) y otras medidas como:

- Observar de forma estricta el protocolo y recomendaciones de higiene de manos en la atención sanitaria (5 momentos de la OMS) de cada centro.
- Evitar o, en lo posible, retrasar al momento inmediatamente anterior a la cirugía la realización de exploraciones o curas de heridas que supongan un riesgo de generación de salpicaduras o aerosoles (por ejemplo, en el caso de la exploración del Mallampati en la valoración de la vía aérea).
- En especial, se tendrá cuidado de no usar la ropa del bloque quirúrgico en áreas de consulta y hospitalización, y viceversa.
- Usar mascarillas tipo FFP3, FFP2 o N95 (en el caso de que la mascarilla tenga válvula de exhalación, se cubrirá con una de tipo quirúrgico) y protección ocular integral para exploraciones o procedimientos que generen aerosoles. Uso de batas desechables.
- Añadir la protección tipo pantalla para las maniobras que pudiesen generar salpicaduras y batas desechables.
- Limitar número de personas. En relación con las máquinas de anestesia, y si el paciente precisa de anestesia general, se aconseja el uso de filtros virales y el orden de colocación sería el siguiente:

1. Tubo orotraqueal. 2. Humidificador habitual. 3. Filtro antiviral de alta eficiencia. 4. Capnógrafo. 5. Tubuladuras. El filtro deberá cambiarse con cada paciente. En la Tabla I se resumen las medidas de protección aconsejadas en función del procedimiento que se vaya a realizar.

Tabla I. Paciente quirúrgico PCR negativo. Medidas de protección en quirófano

Mascarilla FFP2/FFP3 sin válvula	Mascarilla quirúrgica	Guantes	Bata	Protección ocular
No generan aerosoles	V		V	V
Salpicaduras				si
Si generan aerosoles	V		V	V

Otras consideraciones que se aconsejan son: cerrar puertas y guillotinas para que se mantenga la presión positiva, y programar los procedimientos dejando tiempo suficiente entre ellos para que los aerosoles, si se generan, puedan depositarse y limpiarse posteriormente. Evitar la administración de oxígeno a altos flujos si se administra siempre debajo de la mascarilla

quirúrgica, y si es necesario oxígeno, mejor en gafas nasales. Unidad de recuperación postoperatoria El paciente debe continuar con la mascarilla y se debe mantener la distancia de seguridad entre los pacientes. Al igual que en el quirófano, se tratará de evitar la administración de oxígeno a altos flujos. Las mascarillas con efecto-Venturi deben evitarse, ya que difundirán la propagación de las gotas si el paciente tose y favorecen la potencial aerosolización del virus. Unidad de readaptación al medio El paciente debe continuar con la mascarilla y se debe mantener la distancia de seguridad entre los pacientes. Se aconseja que el paciente esté preferiblemente solo. En el domicilio Se deberá evaluar el soporte familiar del paciente al alta, que idealmente se habrá considerado en la evaluación preoperatoria. Se realizará seguimiento habitual del paciente, o telemedicina. Es esencial la educación sociosanitaria del paciente y acompañantes en las medidas de prevención de contagio de COVID-19. Algunos aspectos sobre los que se debe informar y educar son:

- El paciente debe mantener el uso de la mascarilla higiénica o quirúrgica, si no hay contraindicación clínica.
- El paciente debe mantener las normas de distanciamiento físico con visitantes y familiares en su domicilio, y reducir las visitas.
- El paciente debe recibir información sanitaria sobre medidas de higiene.
 - Realizar lavado e higienización de manos frecuente.
- Notificar la aparición de síntomas relacionados con COVID-19.
- Informar para detectar complicaciones y posibles mejoras en todos los pasos.

Paciente en la unidad de CMA el día de la cirugía. 1 acompañante > Sospecha de infección

	V	V
clínico	V	Confirmar cribado
	V	
negativa	V	epidemiológico negativo y PCR
		V
Proporcionar mascarilla + lavado de manos + toma		Cancelar cirugía
de temperatura		Remitir al médico
de		

Quirófano: protección del personal adaptado atención primaria
al procedimiento anestésico y quirúrgico

Limitar número de personas

V

URPA.Mantener mascarilla .Distancia seguridad

Minimizar uso de oxigenoterapia

Utilizar bajos flujos O₂

V

Unidad de adaptación al medio

Mantener mascarilla

Mantener distancia de seguridad

V

Educación sociosanitaria Instrucciones de cuidados PO Alta domiciliaria + seguimiento telefónico

FIGURA 2 Flujo de pacientes en la unidad de CMA hasta el alta domiciliaria.

En la Figura 2 se puede ver un esquema del flujo de pacientes en la unidad de CMA. Consideraciones anestésicas Aunque la elección de la técnica anestésica depende generalmente del procedimiento y del paciente, la prevención de la transmisión del coronavirus por medio de la aerosolización debe ser una consideración importante. En este sentido, los resultados de falsos negativos en la determinación de la PCR deben ser considerados, ya que existe una gran variabilidad en la precisión de las diferentes técnicas de diagnóstico, y por ello se aconseja la maximización en términos de seguridad, en especial en la práctica de técnicas anestésicas con riesgo importante de aerosolización. Es preferible evitar la instrumentación de la vía aérea (VA) y la consiguiente generación de aerosoles y potencial aumento del riesgo de transmisión por el aire. Por consiguiente, siempre que sea posible, se prefiere la anestesia local/regional con un mínimo de sedación o sin ella. Como se ha mencionado previamente, el paciente debe llevar una mascarilla quirúrgica durante todo el procedimiento. Debe evitarse la administración de oxígeno suplementario con flujos altos por mayor riesgo de aerosolización. De ser necesario el oxígeno suplementario, se administrará por medio de una cánula nasal utilizando flujos bajos. En los pacientes subsidiarios de anestesia general, existe controversia en la utilización de dispositivos supraglóticos (DSG) porque teóricamente no garantizan un sellado completo de la vía aérea y existe riesgo potencial de fugas, sobre todo si se utiliza ventilación mecánica, y por tanto de aerosolización. Sin embargo, no hay evidencia de que apoye este supuesto y existen opiniones contradictorias al respecto.

Expertos en el uso de DSG refieren que un buen uso de los mismos, en especial de los DSG de segunda generación, proporciona excelentes presiones de sellado y ausencia de fugas. Dada la falta de evidencia que apoye el uso de DSG vs. intubación orotraqueal en la pandemia actual, la

Sociedad Inglesa de Anestesiología no recomienda un cambio en la práctica habitual en el uso de DSG en la pandemia COVID-19, sin embargo sugiere que si se utiliza un DSG, este sea un dispositivo de segunda generación, y que se preste una atención escrupulosa para garantizar un sellado sin fugas. Si se realiza intubación oro-traqueal, se recomienda una inducción de secuencia rápida, evitando la ventilación con mascarilla facial en la medida de lo posible. Asimismo, la extubación del paciente es un procedimiento de alto riesgo de generar aerosoles, y se deben extremar los cuidados evitando la tos; se aconseja colocar una mascarilla facial inmediatamente después de la extubación. En este sentido, si el paciente ha recibido un DSG, supuestamente el riesgo de aerosolización es menor en su retirada. El resto del personal de quirófano deberá estar alejado de la cabeza del paciente al menos 1,5-2 metros durante las maniobras de intubación y extubación de los pacientes. Se aconseja la instauración de una profilaxis de las náuseas y vómitos posoperatorios con al menos 2 o 3 antieméticos, ya que los vómitos posoperatorios pueden generar aerosolización. Del mismo modo, se debe actuar de forma anticipada y agresiva en el control del dolor posoperatorio con analgésicos no opiáceos como el paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos, así como la analgesia local/regional. Se debe limitar el uso de opiáceos en el posoperatorio para evitar los efectos adversos, en particular la depresión respiratoria y la obstrucción de la VA que pueden requerir oxígeno suplementario, y de la manipulación/ instrumentación de la VA.

8. CAMBIOS QUE SE PREVEN EN LA PRÁCTICA DIARIA La pandemia COVID-19 propicia muchos cambios rápidos y simultáneos, lo que nos exige gran capacidad de adaptación. Estamos viviendo un cambio generalizado hacia la atención no presencial del paciente, ya que es importante disminuir el número de visitas de los pacientes a los hospitales. Las consultas presenciales deberían justificarse. Esta crisis sanitaria nos debe impulsar hacia el desarrollo de aplicaciones digitales en la preparación y seguimiento de los pacientes. Mientras exista riesgo de contagio, la selección del paciente será más cuidadosa en cuanto a procedimientos, edad y comorbilidades. Uno de los valores que tiene la CMA en esta crisis sanitaria es que la brevedad de la hospitalización limita al máximo el riesgo de infección nosocomial y el riesgo de contaminación epidémica.

Anexo I. Check list de cribado telefónico epidemiológico y clínico.

Informe clínico: Respuestas SI - NO

¿Ha presentado en las últimas 2 semanas?

Fiebre mayor de 37°

Tos seca

Dificultad respiratoria

Fatiga severa (cansancio)

Dolor muscular

Falta de olor

Falta de gusto

Diarrea, náuseas o vómitos

Alteraciones en los ojos, tipo conjuntivitis

Alguna lesión cutánea

Existe algún motivo que justifique los síntomas por parte del paciente:

¿Ha ACUDIDO al hospital, al centro de salud o LLAMADO al centro de atención por alguno de estos síntomas?

En caso afirmativo qué actitud le dijeron que tomara:

(Tomado del documento de consenso. Ministerio de Sanidad, mayo de 2020).

BIBLIOGRAFÍA

- Al-Balas M, Al-Balas HI, Al-Balas H. Surgery during the COVID-19 pandemic: A comprehensive overview and perioperative care. *Am J Surg.* 2020;S0002-9610(20)30222-1. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2020.04.018.
- Cook T, Ferguson K, Maguire B, Harrop-Griffiths W. Use of supraglottic airways during the COVID-19 pandemic [Internet]. Difficult Airway Society. Updated May 7, 2020. Available in: <https://icmanaesthesiacovid-19.org/use-of-supraglottic-airways-during-the-covid-19-pandemic>
- COVID 19: Elective Case Triage Guidelines for Surgical Care. American College of surgeons. Updated March 27, 2020. Available in: <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case>
- Joint Statement: Roadmap for Resuming Elective Surgery after COVID-19 Pandemic [Internet]. American Society of Anesthesiology. Update April 17, 2020. Available in: <https://www.asahq.org/about-asa/newsroom/news-releases/2020/04/joint-statement-on-elective-surgery-after-covid19-pandemic>
- Rajan N, Joshi GP. The COVID-19: Role of Ambulatory Surgery Facilities in This Global Pandemic. *Anesth Analg.* 2020; 10.1213/ANE.0000000000004847. DOI: 10.1213/ANE.0000000000004847.
- Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación; Asociación Española de Cirujanos, Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica y la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica. Recomendaciones para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante el periodo de transición de la pandemia COVID-19 [Internet]. Ministerio de Sanidad. Revisado el 16 de mayo de 2020. Disponible en: [https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200517-DOCUMENTO_CIRUGIA-FINAL_\(2\).pdf](https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200517-DOCUMENTO_CIRUGIA-FINAL_(2).pdf)
- Society for Ambulatory Anesthesia. Society for Ambulatory Anesthesia (SAMBA) Statement on Resuming Ambulatory Anesthesia Care as Our Nation Recovers from COVID-19 [Internet]. SAMBA. Update April 18, 2020. Available in: <https://sambahq.org/wp-content/uploads/2020/04/SAMBAStatement-on-Resuming-Ambulatory-Anesthesia-Care-as-the-Nation-Recovers-FromCOVID-19-4-18-2020.pdf>

- Uppal V, Sondekoppam RV, Landau R, El-Boghdadly K, Narouze S, Kalagara HKP. Neuraxial anaesthesia and peripheral nerve blocks during the COVID-19 pandemic: a literature review and practice recommendations. *Anaesthesia*. 2020. DOI: 10.1111/anae.15105.
- Vetter TR, Pittet JF. The Response of the Anesthesia & Analgesia Community to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Anesth Analg*. 2020;10.1213/ANE.0000000000004905. DOI: 10.1213/ ANE.0000000000004905.
- World Health Organization. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): situation reports – 66 [Internet]. Update March 26, 2020. Available in: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200326-sitrep-66-covid-19.pdf?sfvrsn=9e5b8b48_2

***MICROLEARNING**

Se presentó un plan de PILDORAS FORMATIVAS .Organizado por ASE CMA y Patrocinado por área científica Menarini.

Presentado por el DR. LUIS A. HIDALGO GRAU Presidente de ASE CMA.La pandemia COVID–19 ha provocado un nuevo modelo sanitario que exige procesos asistenciales distintos a los que estamos acostumbrados. Nos encontramos en una situación de cambio en el que el reescalamiento de los servicios clínicos y la atención a los pacientes está variando. En este momento y con este escenario, son muchos los agentes implicados que deben tener la capacidad de adaptarse a la nueva realidad. La Cirugía Mayor Ambulatoria supone una excelente elección para avanzar en esta línea. De hecho, muchos procedimientos pasarán a realizarse bajo este modelo asistencial. Ante esta situación la ASE CMA (Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria) en colaboración con el Grupo Menarini impulsa el proyecto Microlearnings en CMA que tiene como objetivo dotar a los profesionales sanitarios de claves fundamentales para desarrollar procesos ambulatorios de forma segura y con una calidad óptima. A través de píldoras educativas en formato de vídeos cortos diferentes expertos abordarán temas actuales que esperamos sean de tu interés.

PROGRAMA

PROTOSCOLOS ANTE COVID - 19 ¿POR DÓNDE EMPEZAMOS? Dr. Luis A. Hidalgo Servicio de Cirugía General. Hospital de Mataró. Consorcio Hospitalario del Maresme 15 Junio 2020

DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO Dr. Servando López Servicio de Anestesiología. Complejo Hospitalario A Coruña. 22 Junio 2020

¿PODEMOS AUMENTAR LA COMPLEJIDAD DE LOS PROCESOS DE CMA SIN PONER EN RIESGO LA SEGURIDAD? Dr. José Luis Porrero Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Santa Cristina.29 Junio 2020

EXPERIENCIA DE LA PANDEMIA COVID - 19. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL FUTURO Dra. Matilde Zaballos Servicio de Anestesiología. Hospital Universitario Gregorio Marañón.6 Julio 2020

¿LO QUE HAGO ES CMA? Dra. Ana Rodríguez Servicio de Anestesiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. 13 Julio 2020

***Proyecto DUCMA.** Directorio de Unidades de CMA en España en colaboración de Menarini, que en una primera fase realizará el trabajo de campo.

El Comité científico del mismo está constituido por la Dra. Matilde Zaballos vicepresidente de la asociación y por los Dres. Juan Carlos Cagigas Vocal de Formación, Luis Hidalgo Presidente de ASECMa y Fernando Docobo Presidente del Comité Científico de ASECMa.

Estado actual. (segunda edición), se informa sobre las conversaciones mantenidas con Menarini® para la realización del proyecto DUCMA. Desde una comisión creada para este fin, se confeccionará un cuestionario breve (10-15 ítems) para su envío a los 850 hospitales del país y se gestionará mediante contratación de una empresa con experiencia en este tipo de estudios.

***Indicadores de Calidad en CMA.**

La Junta Directiva ha propuesto elaborar un conjunto de indicadores básicos que puedan ser utilizados por todas las Unidades del país, con idea de unificar criterios y puedan servir para poder establecer estudios comparativos de los resultados de las diferentes unidades de CMA. Se constituye una comisión al efecto formada por la Dra. Ana Rodríguez Archilla y los Dres. Jose Luis Porrero, Jose Luis Esteban, Fernando Docobo y José M^a Capitán.

***IV CURSO FORMACION CONTINUADA EM CMA. COLABORACION MENARINI**

Se celebró en las fechas indicadas 18-19 Marzo 2021, en versión no presencial. Con gran éxito de participación.

PROGRAMA:

16.00 h INAUGURACIÓN DEL CURSO. Dr. Luis A. Hidalgo Grau. Presidente de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMa).

16.15h CONFERENCIA. SELECCIÓN DE PACIENTES: VALORACIÓN PREOPERATORIA EN ANESTESIOLOGÍA. Dra. Matilde Zaballos. Unidad de CMA. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

17.15 h MESA 1 SELECCIÓN DE PACIENTES EN CMA: QUIÉN, CUÁNDO Y CÓMO.

Moderador: Dr. Luis A. Hidalgo. Presidente de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMa). Dr. Dieter Morales. Coordinador de la Sección de CMA de la Asociación Española de Cirujanos. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Dra. Maribel García Vega. Unidad de CMA. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Fundación Jiménez Díaz.

18.35 h MESA 2 CRITERIOS DE ALTA EN CMA. Moderador: Dra. Matilde Zaballos. Unidad de CMA. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Dr. José Luis Esteban. Unidad de CMA. Servicio de Anestesiología y

Reanimación. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. Sra. Maite Valle. Unidad de CMA. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

16.30 h MESA 3 SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO EN CMA: TRATAMIENTO A DOMICILIO. Moderador: Dra. Almudena Reyes. Unidad de CMA. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Dr. José María Capitán. Unidad de CMA. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Jaén. Sra. Virtudes Navarro. Unidad de CMA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

17:50 h MESA 4 NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO. Moderador: Dr. Luis A. Hidalgo. Presidente de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA). Dra. Isabel Fábregas. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital de Mataró. Sra. Evelyn Escobar. Monitora asistencial en la unidad de cirugía sin ingreso (UCSI) del Hospital de Mataró. Barcelona.

19.05 h CLAUSURA DEL CURSO

***I MASTER DE CMA de la ASECMA en colaboración con la SCCMA**

Planteada esta primera edición en el pasado 2019, se celebró a lo largo de 2020 en sus 2 fases , general y específica, con recepción de los trabajos fin de Master.

Denominación oficial: Máster Universitario en Cirugía Mayor Ambulatoria

Directores : Dr. Luis A. Hidalgo Grau; Dr. Josep Planell Piqueras; Dra. María José Linares Gil

Creditos a cursos 60 créditos ECTS en 2 años / 1.500 horas

Modalidad: Profesional

Forma de estudio: 100% online

Aval: Sociedad Catalana de Cirugía Mayor Ambulatoria. Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria

Universidad Francisco de Vitoria. Madrid

Plazas ofertadas: 350

Patrocinio: Menarini

Menarini colabora con el Master CMA y patrocina la matrícula de todas las plazas ofertadas

Calendario:

Pre-inscripción-solicitud 19-11-18 / 9-12-18

Notificación admisiones : 21-12-18

Comienzo master: 14-1-18

Comienzo bloque común: 14-1-19 / 1-12-19

Comienzo bloque específico: 2-12-19 / 11-10-20

Realizaron las actividades completas 286 alumnos.

El master ha tenido muy buena acogida, superando el número de solicitudes a las plazas existentes, por lo que desde la Secretaría Técnica se envió un correo a los profesionales que no fueron admitidos y pudieran estar interesados en matricularse en una segunda edición a realizar en 2021, y cuya preinscripción se haría en torno al mes de mayo. Se amplió el plazo para la recepción de trabajos de fin de master hasta final de diciembre o enero de 2021, y fueron evaluados por un tribunal compuesto por el Presidente de ASE CMA, el Presidente del Comité Científico y otro miembro de la Junta Directiva. Se asume que los trabajos fin de master se publiquen en la revista y a ser posible asignar algún premio.

Se inician los trámites para presentar la segunda edición del Master, de CMA de la ASE CMA en colaboración con la SCCMA, con anuncio pertinente en la web donde figuran los criterios de selección para el mismo con tiempo de preinscripción y solicitudes en mayo, los criterios serán expuestos en la web.

***COLABORACION CON LA IAAS.**

Participación activa en los actos del Spring Meeting Congress, 2º Congreso on-line 10 de Abril (DR.L.Hidalgo) y 17 Abril sesión de comunicaciones libres “on-line” 10 comunicaciones (Dr.F.Docobo) , con premio a las 3 primeras con una inscripción a cada una para el Congreso de la IAAS de 2022 en Brujas. La comunicación presentada por la Dra.Eugenia Cimarras en relación con la incidencia del Covid en la actividad quirúrgica con ingreso y sin ingreso en el complejo hospitalario de Vitoria consiguió el 3º premio.

-Participation in Meeting UEMS, online

They have done a general review about "Measures taken by the EACCMA in 2020 to face COVID challenge by EACCME staff".More than 200 online participants

*Welcome President UEMS. Definition UEMS and EACCMA.Educational Standards and Continual Medical Education (Scope. Focus. Way).

*Medical events present and future.From presential to online activities. "The new normal" (It will not be the same in the future).

Online activities have increased 33 % and 55% out from Europe, with a high quality level.

2020- 2021 proposals:

Easy access to training (Hybrid forms, video presentations, online forms, social media platforms).

Dificulties (Acreditation. Payment. Feed-back. Active public participation).

Physical events: Postponement activities.Live streaming.Reduded deadline.Refund.

*Webinars:Covid webinars.Live webinar package.Monitoring of participants.

*Involving and acknowledgement of industry.

*Acreditation of recordings of live educational events. Adaptation CME acreditations. No free?

*Chat discussion.

*How do providers see the future? Industry new models´.

Medical events present and future. From presental to online activities. 3 Medical societies experiencies were presented: Bio Med Alliance / European Cancer Organization and European Society of Cardiology.

*Discusson/ Conclusions:

Partners with DS providers.

Innovation. Explorer new areas.

Develop new methodologies and tools.

*EACCCME´s vision for the future. UEMS General Secretary Joao Grenho.

*CLOSING REMARKS. UEMS President Vassilos Papalois.

Acreditation short sessions.

Engagement actual problems.

30-45 minutes Webinars.

Possible changes in CME acreditations, in several periods (3-5 days ,3- 6 months, 1 year ?).

Teaching-training (Possible blended programmes. On-line sessions. Difficult to develop comprehensive programmes).

Next year meeting they will done EACCCME´s vision for the future.

Fernando Docobo-Durantez

***9º CONGRESO IBERICO- 13 NACIONAL DE CMA 2021**

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidentes Carlos Magalhaes , Luis A. Hidalgo Grau

Miembros: Pilar Argente Navarro, José María Capitán Vallvey, José Luis Esteban Sánchez, Lucia Marinho , Patricia O´Neill, José Luis Porrero Carro, Josep Puigcercós Fusté ,Isabel Rosell Barrachina ,Miguel V. Sánchez Hernández, Alberto Sopena Zubiría, Juan Manuel Suárez Grau, Paula Tavares, María Teresa Valle Vicente, Matilde Zaballos García

COMITÉ CIENTÍFICO Presidentes Fernando Docobo Durántez, Vicente Vieira

Miembros M.^a José Bassons Herbera ,Paula Botelho ,Frederico Branco, Juan Carlos Cagigas Lanza ,Célia Castanheira, Fernando Cossío, Artur Flores ,Emmanuel Guerreiro ,Servando López Álvarez ,Abelardo Martínez Ferri ,Dieter Morales García ,M.^a Virtudes Navarro García ,Silvia Neves ,Paula Sarmiento, Elena Segura Grau ,Diana Batista Silva ,José Miguel Silva Pinto

Secretaria Tecnica. Inspira Network

PROGRAMA

MIÉRCOLES, 28 DE ABRIL DE 2021

PLENARIA PARALELA

16:00-16:45 CMA. Una visión actual y perspectivas

16:45-17:30 CMA. Definición y límites 17:30-17:45 Inauguración Oficial

17:45-18:30 CMA en cirugía de urgencias Enfermera especialista versus enfermera de práctica avanzada

18:30-19:15 Actualizaciones en anestesia regional en CMA Unidades de CMA. Modelos y estructura

19:15-20:00 Empoderamiento de enfermería en CMA Dispositivos supraglóticos en CMA: ¿realmente hacemos usos avanzados con seguridad?

20:00-21:00 Asamblea ASE CMA

JUEVES, 29 DE ABRIL DE 2021

PLENARIA PARALELA 16:00-16:45 Papel de la CMA en la pandemia por COVID-19

16:45-17:30 Nuevas tecnologías en CMA

17:30-18:15 Evolución y futuro de la CMA en España y Portugal 18:15-

19:00 La ruta de la seguridad del paciente de CMA ¿Las complicaciones intraoperatorias excluyen el alta en CMA?

19:00-19:45 Mejores comunicaciones Cirugía Mejores comunicaciones Anestesia

19:45-20:30 Mejores comunicaciones Enfermería Mejores comunicaciones Gestión

20:30-20:45 Clausura

Se han presentado un total de 120 comunicaciones, Se seleccionaron por pares 21 para exposición pública, de las que se seleccionará la mejor por cada grupo. Las demás serán en poster (99).

MEJORES COMUNICACIONES MEJORES COMUNICACIONES DE ANESTESIA (5)

AN-007 RESECCIÓN TRANSURETRAL DE TUMORES VESICALES POR ELECTROCOAGULACIÓN MONOPOLAR VÍA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: NUESTROS PRIMEROS CASOS. E. Ruiz Velásquez; D. Pérez Martínez; P. Peris Ramón; E. Talavera Sánchez; X. Carré Rubio; L. Colet Oliver; P. Sala Francino

AN-009 VALORACIÓN DE RESULTADOS DEL PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN Y RETIRADA DE BALONES INTRAGÁSTRICOS VÍA CMA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA, ¿ÉXITO O FRACASO? VALORACIÓN DE RESULTADOS DEL PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN Y RETIRADA DE BALONES INTRAGÁSTRICOS VÍA CMA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA, ¿ÉXITO O FRACASO?

AN-012 ¿ES NECESARIO EL EMPLEO DE LOS BLOQUEOS FASCIALES TORÁCICOS EN CIRUGÍA CONSERVADORA DE MAMA? L. Sopena Zubiría; J. Galán Gutiérrez; N. García González; M. González Rodríguez; C. Pérez Díaz; B. Ayuso Iñigo; M. Vega Colon; R. Louçao Prada

AN-025 LMA® GASTRO™ PARA PROCEDIMIENTOS GASTROINTESTINALES ENDOSCÓPICOS AVANZADOS: UNA SERIE DE CASOS L. Rodríguez Rodríguez; M. Durán Aparicio; V. E. Vega Sánchez; C. Jimeno Fernández; J. Garrido Ramírez; P. Benito Saz; J. Pacheco Jiménez; M. Zaballos García

AN-030 ANESTESIA INTRADURAL CON DOSIS BAJAS DE PRILOCAINA PARA BIOPSIA DE PROSTATA POR FUSION EN CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA. S.Gonzalez Santillana; C.Menendez Suarez;P.Cabrerizo Torrente;M.Zaballos Garcia.

MEJORES COMUNICACIONES MEJORES COMUNICACIONES DE CIRUGÍA (6)

V-CI-01 MANEJO DE LA CIRUGÍA TIROIDEA Y PARATIROIDEA EN RÉGIMEN DE CMA M. de la Fuente Bartolomé; M. L. Sánchez de Molina Rampérez; C. García Vasquez; M. V. Vieiro Medina; L. Alonso Murillo; C. Rihuete Caro; M. de Mingo Martín; S. Jiménez de los Galanes Marchán Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro, Madrid

V-CI-02 PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA Y MALIGNA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA A. García-Vilanova Comas; J. Medrano González; V. Gumbau Puchol; C R. Santofimia Chorda; C. Castañer Puga; C. Zaragoza Fernández Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

V-CI-03 UN AÑO DE PANDEMIA: ¿CÓMO HA AFECTADO A NUESTRA ROTACIÓN EN CMA? J. D. Turiño Luque; R. Pérez Rodríguez; A. Neuhaus Nevado; A. Cruz Muñoz; A. Cabello Burgos; J. Santoyo Santoyo Hospital Regional Universitario de Málaga

V-CI-04 EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD Y LAS COMPLICACIONES DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA M. Moregues Casanova; C. Payá Llorente; A. Ríos Agudo; M. Ramón-Baviera Martínez; J. Mir Labrador; A. Salvador Martínez; C. Zaragoza Fernández Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

V-CI-05 INFLUENCIA DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA UNIDAD DE PARED ABDOMINAL AVANZADA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES: INTERVENCIONES EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA M. Fernández Baeza; M. Santidrián Zurbano; M. Domínguez Bastante; J. L. Díez Vigil; A. Mansilla Roselló; A. Gómez Arroyo Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

V-CI-06 EVALUATION OF PATIENT'S SATISFACTION AFTER VASECTOMY C. Marramaque; P. Costa; D. Pereira; D. Araújo; R. Rodrigues; S. Bastos; L. Ferraz Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho. Portugal

MEJORES COMUNICACIONES DE ENFERMERÍA (5)

V-EN-01 GESTIÓN ÓPTIMA DE LA TEMPERATURA DEL PACIENTE PERIOPERATORIO A. Fernández Carrera; R. Domínguez Fernández; E. Yanguas Cubo; M. A. Durán García; A. Pereda Gil Hospital Clínico San Carlos. Madrid

V-EN-02 CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA EM CIRURGIA AMBULATORIA: QUE RESULTADOS PARA A PESSOA IDOSA E FAMÍLIA? C. Nascimento¹; S. Santos²; M. Luzia³ 1 Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Portugal; 2 Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Portugal; 3 Centro Hospitalar do Oeste. Portugal

V-EN-03 AMBULATORIZACIÓN DEL PROCESO DE INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA (COLOCACIÓN DE MALLA TRANSOBTURATRIZ) MEDIANTE LA CREACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CMA M. Torres Iglesias; A. Mendoza Azcue; M. A. Ollo Hurtado; K. Astarbe Galparsoro; M. M. Otaño Vázquez; J. t Carrillo Echeverría Hospital Universitario Donostia. Gipuzkoa

V-EN-04 ENFERMERÍA UCSI EN TIEMPOS DE PANDEMIA M. V. Rodríguez Lorenzo; M. Rocamora Gutiérrez; M. Gómez Orts; P. Albadalejo Grau; M. C. Fernández Berna Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante

V-EN-05 TIEMPOS DE PANDEMIA: RESISTIENDO AL COVID A. Campos Letrán¹; M. S. Francisco Pelegrina¹; J. Redaño Quiñones¹; A. J. Menacho Barroso²; E. García Márquez¹; F. Aguilera Navarro¹ 1 Duques del Infantado. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla; 2 Centre d'Atenció Primària Dr Martí i Julià. Cornellà de Llobregat, Barcelona

MEJORES COMUNICACIONES DE GESTIÓN Y CALIDAD (5)

V-GC-01 GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN UNA UNIDAD INTEGRADA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA L. Hidalgo Grau; D. Neira Cedrón; E. Sánchez Sáez; A. Bernabeu García Hospital de Mataró. Barcelona

V-GC-02 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PLANA L. Vives Piqueres; A. Nicolau Gozalbo; J. C. Rivera Gaitero Hospital Universitario de La Plana. Castellón

V-GC-03 PERNOCTA NO PLANIFICADA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y CORTA ESTANCIA. ANÁLISIS EVOLUTIVO DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS. PROPUESTAS DE MEJORA A. Cruz Muñoz; J. D. Turiño Luque; P. Fernández Galeano; J. Rivas Becerra; A. Cabello Burgos; J. Santoyo Santoyo Hospital Civil Hospital Regional Universitario de Málaga

V-GC-04 VALORACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS F. Rico Rodríguez; S. Ruan Lin; A. Mayoral Márquez; D. Camargo Espitia Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife

V-GC-05 RESULTADOS DE UNA UNIDAD INTEGRADA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO EN 25 AÑOS? L. Hidalgo Grau; D. Neira Cedrón; F. Martínez Burgos; A. Benavides dos Santos; A. Bernabeu García Hospital de Mataró. Barcelona

COMUNICACIONES EN POSTER CONGRESO VIRTUAL:

ANESTESIA (18)

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

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

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

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

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

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

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

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

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 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

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

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

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 Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

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 Frago; A. Viciano Maya; J. M. Pérez Reyes; R. M. Orza Muñoz; C. Acuña Fernández Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife

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; A. L. Frago; A. Viciano; J. L. Esteban Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife

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

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

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 Gutierrez; A. Williams Aguirre Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

CIRUGÍA (44)

P-CI-01 LIGADURA SUBFASCIAL ENDOSCÓPICA DE VENAS PERFORANTES DEL MIEMBRO INFERIOR A. Molina Estrada Hospital Roosevelt. Guatemala

P-CI-02 UMA ARMADILHA NA CIRURGIA DA TIRÓIDE R. Gonçalves Pereira¹ ; J. Seabra² ; A. Rocha² ; H. Candeias² ; R. Eusébio² ; L. Cortez² ¹ Centro Hospitalar Barreiro Montijo. Portugal; ² Hospital de Setúbal. Portugal

P-CI-03 UMA HÉRNIA COM SURPRESA R. Gonçalves Pereira; S. Reis; C. Santos; S. Patrocínio; Z. Caetano Centro Hospitalar Barreiro Montijo. Portugal

P-CI-04 FIABILIDAD DE LA TÉCNICA FISTULA-TRACT LASER CLOSURE (FiLaC) EN PACIENTES CON FÍSTULA PERIANAL COMPLEJA V. Briceño Agüero¹ ; A. Ortega Carrasco¹ ; C. Méndez García¹ ; R. Martín Balbuena¹ ; A. Navas Cuéllar¹ ; P. Gallardo

García² ; J. Marín Morales² ; L. Gómez Bujedo² 1 Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla; 2 Hospital El Tomillar. Alcalá de Guadaíra, Sevilla

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

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. Esmailli Ramos; S. Martínez Cortijo Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

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. Dominguez Bastante; J. Santoyo Villalba; J. L. Díez Vigil; A. Gómez Arroyo; A. Mansilla Roselló Hospital Virgen de las Nieves. Granada

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

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

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

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

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

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. Padillo Ruiz
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

P-CI-14 RESULTADOS DE LA HEMITIROIDECTOMÍA Y PARATIROIDECTOMÍA EN
RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA G. Eleuterio Cerveró; F. L. Villalba
Ferrer; C. Basés Valenzuela; G. Alcalá García del Río; A. Montaner Sanchís; M. Moragues
Casanova; M. Tomé Jiménez; C. Zaragoza Fernández Consorcio Hospital General
Universitario de Valencia

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

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 Martínez; E. Campo Cimarras Hospital
Universitario Araba. Gasteiz

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

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

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

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

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

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

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

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 Álava. Vitoria

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

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

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. Tarragona

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

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

P-CI-30 CIRUGÍA ONCOLÓGICA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA C. Ruiz Marín; J. Rubio López; R. Molina Barea; E. Antonaya Rubia; J. M. Capitán Vallvey Hospital Universitario de Jaén

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

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

P-CI-33 COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA. CASUÍSTICA DE NUESTROS PRIMEROS 200 CASOS F. Martínez Ródenas; R. Hernández Borlán; G. Torres

Soberano; Y. Guerrero de la Rosa; A. Alcaide; E. Pou; J. Marroquín; J. R. Llopart Hospital Municipal Badalona, Barcelona

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 Área de Gestión Sanitaria de Sevilla

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 Área de Gestión Sanitaria de Sevilla

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

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

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

P-CI-39 AMBULATORY LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY: A SINGLE CENTER EXPERIENCE L. Carvalho Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga. Portugal

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 Verdún Hospital de Mataró, Barcelona

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

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

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

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

ENFERMERÍA (23)

P-EN-02 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

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

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

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. Sarrias Ramírez; M. J. Gómez González; R. Avellanet García; X. Nofrerias Mondéjar; D. Martínez Fernández; D. Pérez de Gracia Hospital Plató. Barcelona

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

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 1 Hospital-Escola Universidade Fernando Pessoa. Portugal; 2 Escola Superior de Enfermagem do Porto. Portugal

P-EN-08 ENFERMERÍA EN EL SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DEL PACIENTE AMBULATORIO M. Navarro García; A. Campos Letrán; I. Fonseca González; T. Souto Cabo; Y. Galafate Andrades; M. S. Francisco Pelegrina Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

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

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

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

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

P-EN-13 EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA DE CMA CON LA ECOGRAFÍA A. Imbuluzqueta García; M. P. Jiménez Lanzas Hospital Civil. Málaga

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 Torres³ 1 Escola Superior de Saúde. Portugal; 2 Hospital Sta Maria Maior Barcelos. Portugal; 3Hospital de Braga. Portugal

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. Yáñez Collado; V. Colomina García; F. Guil López; J. F. Pérez Martínez Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería

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 P-EN-

18 FATORES QUE INFLUENCIAM A TRIAGEM DE MANCHESTER: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS C. Fernandes de Sousa¹ ; F. A. Dias Costa² ; R. Sousa Torres³ 1 Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde. Portugal; 2 Hospital Sta Maria Maior, Barcelos. Portugal; 3Hospital de Braga. Portugal

P-EN-19 O ENFERMEIRO NO CORPO DE BOMBEIROS: O VALOR DA SUA INTERVENÇÃO C. Fernandes de Sousa¹ ; M. A. Ferreira da Silva² 1 Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde. Portugal; 2 Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Portugal

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

P-EN-21 RECOMENDACIONES HIGIÉNICO DIETÉTICAS PARA PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA PROCTOLÓGICA M. Francisco Pelegrina; A. Campos Letrán; 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

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

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 1 Centro Hospitalar e Universitário de São João. Portugal; 2 Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Portugal; 3 Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital de Santa Luzia. Portugal; 4 Centro de Simulação Biomédica da Faculdade de Medicina do Porto. Portugal

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; M. V. Navarro García Hospital Duques del Infantado. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

P-EN-25 EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA HOSPITALAR. UM RECURSO A IMPLEMENTAR A. Azevedo Marques¹ ; C. Fernandes Sousa² ; A. Lima Vieira² 1 Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila de Conde. Portugal; 2 Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Portugal

GESTIÓN Y CALIDAD (14)

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. Salmeron Zafra; S. Viedma Crespo; A. Gomá Queraltó; G. Vila Rubina; C. Congo Silva; V. Hosta Mateu; M. L. Moret Ferrón Hospital Platón. Barcelona

P-GC-02 GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN NUESTRA UNIDAD DE CMA D. Mateo Arzo; I. Vives Llorente; J. A. Jiménez Pérez; J. A. Meza Vega; J. M. Nieto Rodríguez; D. López Torres UCSI PV Valle Hebrón. Barcelona

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 Donostia. Gipuzkoa

P-GC-04 LA DISCRECIONALIDAD DE LOS INDICADORES DE RENDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CMA C. Grande Baos Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid 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

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. Vaquero Roncero; E. Sánchez Barrado; M. L. García Martínez; D. Pérez Cáceres Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

P-GC-07 APP PARA GESTIÓN DE UN BLOQUE QUIRÚRGICO R. Villegas Castro¹ ; L. D. Martínez Sánchez¹ ; A. Becerra Terón² ; J. A. Piedra Fernández³; A. Cazorla Pérez¹ ; J. Pérez Martínez¹ 1 Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería; 2 Universidad de Almería. Ciencias de la Computación. Almería; 3 Universidad de Almería. Lenguajes y Sistemas informáticos. Almería P-

GC-08 HOSPITAL ÚTIL. CONTROL DE DAÑOS HOSPITALARIO EN SITUACIÓN DE PANDEMIA J. Pérez Martínez; A. J. Cazorla Pérez; F. Guil López Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería

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

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 Álava. Vitoria

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 Elguezabal; J. C. Martínez Moya; L. Santé Serna Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid

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

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

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

P-GC-15 ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS DIFERENTES METODOLOGÍAS PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL PROCESO QUIRÚRGICO C. Grande Baos Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

P-GC-16 ¿CÓMO CREAR UNA APP ÚTIL PARA UNA CMA? C. Grande Baos Hospital Universitario Santa Cristina

***AVALES CONCEDIDOS**

Se han concedido a:

Manual de CMA y Gestión Clínica en Cirugía Plástica y Estética, solicitado por el Dr Toni Pineda Serra.

Guía de CMA del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Regional Universitario de Málaga. Solicitado por el Dr. Turiño
