



15.º CONGRESO NACIONAL DE ASECMA Y X CONGRESO IBÉRICO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA, CELEBRADO DEL 18 AL 20 DE MAYO DE 2023

RESÚMENES DE COMUNICACIONES ORALES

- Anestesia
- Enfermería
- Gestión y calidad

RESÚMENES DE COMUNICACIONES PÓSTERES

- Anestesia
- Cirugía
- Enfermería
- Gestión y calidad
- Miscelánea

Dirección

Jefe de Redacción

Dieter José Morales García
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga
e-mail: dms11@me.com

Comité de Redacción

Área de Anestesiología y Terapéutica del Dolor	Área de Enfermería
Matilde Zaballos García Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid	Carmen López Fresneña Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid
Ana López Gutiérrez Hospital Clinic. Barcelona	Montserrat Santa-Olalla Bergua Hospital de Viladecans. Barcelona
Área de Especialidades Quirúrgicas	Área de Calidad y Gestión
Alfredo Jiménez Bernardó Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza	Jesús Martín Fernández Hospital General de Ciudad Real
Pilar Hernández Granados Hospital de Alcorcón. Madrid	Pilar Argente Navarro Hospital Universitario La Fe. Valencia

Comité Editorial

José María Capitán Vallvey Complejo Hospitalario Jaén	María Isabel García Vega Fundación Jiménez Díaz. Madrid
Paula Diéguez García Complejo Hospitalario Universitario A Coruña	Miguel Prats Maeso Hospital de Mataró. Barcelona
Manuel Planells Roig Hospital Quirón. Valencia	Magi Raich Brufau Hospital Vall d'Hebron. Barcelona
Fernando Docobo Hospital Virgen del Rocío. Sevilla	Carmen Cereijo Garea Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Fernando Gilsanz Rodríguez Hospital La Paz. Madrid	M.ª Cruz Isar Santamaría Complejo Hospitalario de Toledo
Ana María Laza Alonso Complejo Hospitalario de Toledo	Juan Viñoles Pérez Hospital Pesset. Valencia
Miguel Vicente Sánchez Hernández Hospital Clínico. Salamanca	



Junta Directiva de ASECEMA

Presidente

Luis Antonio Hidalgo Grau

Secretario

Manuel Planells Roig

Tesorero

Miguel Vicente Sánchez Hernández

Vocal de Anestesia

Ana Rodríguez Archilla

Vocal de Cirugía

José María Capitán Vallvey

Vocal de Enfermería

María Teresa Valle Vicente

María Virtudes Navarro García

Vocal de Gestión

José Luis Porrero Carro

Vocal de Calidad

Matilde Zaballos García

Vocal de Formación

Juan Carlos Cajigas Lanza

Presidentes Simposio 2018

José Luis Porrero Carro y

Matilde Zaballos García

Presidente del Comité Científico

Fernando Docobo Durántez

IAAS

International Association for Ambulatory Surgery

ASECMA forma parte de la IAAS (International Association for Ambulatory Surgery).
Se puede consultar todas las sociedades pertenecientes a la IAAS en la web <http://www.iaas-med.com/>

EN LA PÁGINA WEB OFICIAL DE ASECEMA SE PUEDE CONSULTAR EL CONTENIDO DE LA REVISTA
NORMAS DE PUBLICACIÓN DISPONIBLES EN LA WEB OFICIAL DE ASECEMA

© Copyright 2023. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información sin la autorización por escrito del titular del copyright. La editorial declina toda responsabilidad sobre el contenido de los artículos que aparezcan en esta publicación.

Publicación trimestral más suplementos

Tarifa suscripción anual: Mir y Estudiantes: 48 €; Médicos: 65 €; Organismos y Empresas: 110 €; Países zona euro: 269 €; Resto de países: 383 € (IVA incluido)

Incluida en Directorio LATINDEX, Índice Médico Español (IME) e Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS)

Soporte válido SV 98-R-CM. ISSN 1137-0882. Depósito legal: TO-1436-1996.

© INSPIRA NETWORK. Tel. +34 607 82 53 44 / Fax. +91 547 05 70 C/ Caleruega, n.º 102, 2ª planta. 28033, Madrid. manuel.santiago@inspiranetwork.com

Edita: ASECEMA

Secretaría Técnica y Coordinación Editorial: Inspira Network

Imprime: Diseño y Control Gráfico

SUMARIO

ABRIL-JUNIO 2023
VOL. 28 N.º 1

COMUNICACIONES

15.º CONGRESO NACIONAL DE ASECMMA Y X CONGRESO IBÉRICO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA, CELEBRADO DEL 18 AL 20 DE MAYO DE 2023

Resúmenes de Comunicaciones orales

■ Anestesia / Anesthesia	1
■ Enfermería / Nursery	18
■ Gestión y calidad / Management and quality	25

Resúmenes de Comunicaciones pósteres

■ Anestesia / Anesthesia	32
■ Cirugía / Surgery	76
■ Enfermería / Nursery	116
■ Gestión y calidad / Management and quality	139
■ Miscelánea / Miscelanea	147

COMITÉ CIENTÍFICO

Desde el Comité Científico quisiéramos agradecer a los ponentes de las comunicaciones recibidas, en un importante número y destacada calidad, su interés por participar en el éxito del Congreso.

También resaltar la tarea realizada por los evaluadores del Comité Científico en tiempo y forma para seleccionar las mejores comunicaciones de cada área para ser expuestas de forma oral.

Fernando Docobo Durántez
Presidente Comité Científico

RESÚMENES DE COMUNICACIONES ORALES

ANESTESIA

O-01 VALORACIÓN DEL DOLOR TRAS DACRIORRINOSTOMÍA EXTERNA EN RÉGIMEN AMBULATORIO. ESTUDIO OBSERVACIONAL

A. Lozano Reina, J. Serrano Pastor, I. Collado de la Guerra, M. D. Moreno Rey, M. Echevarría Moreno, C. Almeida González

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: Valorar el dolor tras la dacriorrinostomía externa al alta y al mes, y observar si existe relación entre el dolor y el tratamiento analgésico administrado durante el procedimiento.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo. Se incluyen 53 pacientes sometidos a dacriorrinostomía externa en régimen ambulatorio desde julio de 2022 a marzo de 2023 en el Hospital Virgen de Valme. Las variables registradas son: demográficas (sexo y edad), valoración del riesgo anestésico según clasificación ASA, el empleo de analgesia intraoperatoria según protocolo o no (nuestro protocolo de analgesia incluye metamizol 2 G i.v y dexketoprofeno

50 mg i.v). Se contacta telefónicamente y se obtiene consentimiento verbal, se les realiza una entrevista protocolizada a todos los pacientes sobre el dolor al alta y al mes de la intervención según la escala verbal numérica (EVN) clasificándose en dolor leve (EVN 1-3) y dolor moderado-severo (EVN 4-10). También se registra el grado de satisfacción del paciente respecto al procedimiento anestésico en régimen ambulatorio.

Conclusiones: Se analizaron 53 pacientes, edad media de 61,53 años de los cuales el 67,9 % eran mayores de 55 años, el 80 % fueron mujeres, el 13,2 % ASA I, el 62,2 % ASA II, 20,8 % ASA III y 3,8 % ASA IV.

Al valorar el EVN según la edad, dividiendo la muestra en pacientes mayores y menores de 55 años, observamos que el dolor al alta en los pacientes > 55 años, es leve (EVN 1-3) en un 70,6 %, y en un 77,8 % en aquellos pacientes < 55 años (p 0,73). Sin embargo, al mes los pacientes > 55 años presentaban un dolor moderado-severo (EVN 4-10) en un 8,8 % frente al grupo < 55 años en el cual todos presentaron un dolor leve (p 0,2).

Analizando el dolor según el sexo, las mujeres presentaron un dolor leve al alta (75 %) y al mes (92,9 %), al igual que en el grupo de los hombres (77,8 % al alta y 100 % al mes).

Con respecto al ASA, observamos como al alta, el dolor es leve en el 57,1 % de los pacientes ASA I, el 78,8 % de los ASA II y en el 76,9 % de los ASA III ($p < 0,55$), y el dolor es moderado-severo en el 42,9 % de los pacientes ASA I, 21,2 % ASA II y 18,2 % de ASA III, no siendo valorable el grupo de ASA IV por su bajo número de muestra. Al mes, el dolor fue leve en todos los pacientes ASA I y se observó dolor moderado-severo en el 3,2 % de los pacientes ASA II y en el 18,2 % de los pacientes ASA III ($p < 0,2$).

De los 53 pacientes, en el 73,5 % se aplicó el protocolo de analgesia intraoperatoria, en el 9,43 % se aplicó analgesia, pero no según protocolo, y en el resto no se utilizó analgesia intraoperatoria. De los pacientes con analgesia según protocolo, el 84,6 % describe el dolor al alta como leve, sin embargo, se observó un dolor moderado-severo al alta en un 40 % de los pacientes con analgesia fuera de protocolo y en un 55,6 % de aquellos pacientes a los que no se les administró analgesia ($p < 0,05$). Al mes se observó dolor leve en el 94,9 % de los pacientes del grupo de analgesia según protocolo, en el 100 % de los pacientes con analgesia fuera de protocolo y en el 85,7 % del grupo sin analgesia. El dolor moderado-severo permanecía al mes del alta en el 14,3 % de los pacientes a los que no se le administró tratamiento analgésico, convirtiéndose en dolor leve en todos los pacientes con tratamiento analgésico no protocolizado.

En cuanto al grado de satisfacción, del total de los pacientes el 62,3 % se encuentran muy satisfechos con la técnica anestésica realizada, el 28,3 % se encuentran satisfechos y el 9,4 % se encuentran insatisfechos.

Conclusiones: En aquellos pacientes sometidos a dacriorri-nostomía externa bajo anestesia locorregional, que siguen el protocolo analgésico intraoperatorio establecido en nuestro hospital, existe menor porcentaje de dolor moderado-severo que en los pacientes con analgesia fuera de protocolo o aquellos en los que no se ha aplicado analgesia ($p < 0,05$).

Palabras clave: Dacriorri-nostomía, anestesia, oftalmología, dolor, ambulatorio.

O-02 SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE LOS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS SOMETIDOS A AMIGDALECTOMÍA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN EL 2022

A. Olmos Nieto, A. Fernández González, J. M. Arroyo Molina, J. L. López Romero
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Describir la aparición de complicaciones en el postoperatorio inmediato de pacientes sometidos a amigdalectomía en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria con una edad inferior o igual a 15 años en el Hospital Duques del Infantado en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2022.

Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en pacientes iguales o menores de 15 años intervenidos de amigdalectomía en régimen de CMA en el Hospital Duques del Infantado entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre del mismo año.

La fuente de información primaria fue la historia clínica digitalizada de dichos pacientes a la que se accedió tras la obtención de su consentimiento.

Como criterios de inclusión, se seleccionaron a todos los pacientes sometidos a amigdalectomía en dicho hospital, en los meses descritos previamente y con una edad inferior o igual a 15 años.

Todos los procedimientos fueron realizados en régimen de CMA con una estancia mínima de 6 horas en la unidad y con un protocolo de alta estandarizado con el test modificado PADSS (pacientes con una puntuación superior a 8 se consideran idóneos para el alta a domicilio).

La prescripción analgésica se realizó con fármacos del primer escalón de la escala analgésica de la OMS. En algunos pacientes se utilizó perfusión a través de elastómero.

Se realizó el seguimiento postoperatorio de los pacientes mediante una llamada telefónica en las 24-48 horas posteriores a la intervención, en la que se recogían la aparición de complicaciones tras el alta hospitalaria como sangrado, náuseas y vómitos y dolor valorado este último a través de la escala EVA, así como la necesidad de analgésicos y el inicio de tolerancia.

Para las variables cualitativas calculamos los porcentajes absolutos y relativos. Para las variables cuantitativas se calculó la media y las desviaciones estándar en el caso de que la distribución fuera normal (según el test de Kolmogorov-Smirnov) y la mediana y el rango intercuartílico en caso contrario.

Conclusiones: Se incluyeron un total de 40 pacientes. La amigdalectomía fue realizada con éxito en el 100 % de los pacientes sin necesidad de reintervención.

De ellos, 16 fueron mujeres y 24 hombres. Comprendían edades de entre 3 y 15 años de acuerdo a los criterios de inclusión. La media de edad de los pacientes que se sometieron a cirugía fue de 7 (p_{25} - p_{75} = 4-11). No hubo diferencias estadísticas según el sexo y la mayoría de los pacientes tenía entre 3 y 10 años (75 %).

El dolor se midió de 0 a 10 siguiendo la escala de dolor de EVA a las 24-48 h, valorado por los familiares de los pacientes. Si comparamos el dolor entre ambos géneros, encontramos que la media de dolor según la escala EVA fue de 4,75 en niños y de 4,1875 en niñas. Todos los pacientes del estudio presentaron dolor, exceptuando aquellos a los que se administró analgesia a través de elastómero.

En cuanto al resto de complicaciones 3 de los niños experimentaron fiebre (7,5 %). 5 de ellos presentaron sangrado importante (12,5 %). 4 de los mismos presentaron náuseas junto con vómitos (10 %), sin diferencias significativas entre ambos géneros.

En general, la mayor parte de los pacientes presentaron un buen estado general tras 24-48 horas de la intervención (77,5 %), uno de ellos definió su estado como excelente (2,5 %) y los 8 restantes como regular (20 %).

La amigdalectomía fue combinada con adenoidectomía en 32 pacientes (80 %).

Conclusión: En nuestro medio, la amigdalectomía ambulatoria es un procedimiento muy seguro, con escasas complicaciones y de poca gravedad. Además la buena tolerancia oral de los pacientes en las primeras 24-48 horas y la escasa tasa de náuseas y vómitos postoperatorios en niños, favorecen la inclusión dentro de los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria, constituyendo uno de los pocos procedimientos realizados en niños incluidos en este régimen.

Sin embargo, se deben tener en cuenta las principales complicaciones como son la hemorragia precoz y el dolor.

En este sentido y para mejorar el control de las complicaciones postoperatorias debe protocolizarse el tratamiento analgésico, así como el seguimiento de otras recomendaciones por parte de los familiares.

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

O-03 EXPERIENCIA DEL PRIMER AÑO EN PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

A. Sánchez Allueva, A. Cabrera Coma, F. Blasco Blasco, E. López Picazo, M. Castells Esteve, J. F. Suárez Novo, N. Picola Brau, F. Vigués Julià
Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona

Objetivos: Reportar nuestra experiencia inicial de prostatectomía radical robótica (PRR) en régimen ambulatorio.

Métodos: Análisis retrospectivo de los primeros pacientes intervenidos de PRR en régimen ambulatorio entre marzo de 2021 y febrero de 2022.

Previo al inicio del programa se elaboró un protocolo asistencial conjunto de los Servicios de Urología y Anestesiología, el cual fue aprobado por la dirección del centro hospitalario para incorporar este procedimiento al régimen de CMA. En la consulta de urología, los pacientes eran informados de la novedad en la ambulatorización de esta cirugía y aceptaban el proceso mediante firma de consentimiento informado.

Los criterios de inclusión para ambulatorización fueron:

- Características del paciente.
- Edad < 70 años.
- IMC ≤ 30.
- Paciente cooperador, que comprenda las instrucciones pre y postoperatorias.
- Participación voluntaria en el programa.
- Entorno social.
- Un adulto responsable debe hacerse cargo del paciente las primeras 24-48 horas.
- Teléfono accesible las 24 horas del día.
- Sin barreras arquitectónicas (disponibilidad de ascensor si vive en un piso alto).
- Vivienda a menos de 100 km del Hospital.
- El paciente y sus familiares se responsabilizarán de su propio traslado.
- Estado físico (A.S.A.).
- Se admiten los ASA I-II.
- Los ASA III estables, al menos tres meses antes de la cirugía, se incluirán una vez que el programa esté bien establecido.
- Los diabéticos tratados con ADO pueden incluirse si se intervienen a primera hora de la mañana.
- Cirugía.
- Programación de la IQ antes de las 10 AM (primera cirugía del parte quirúrgico).
- Tiempo quirúrgico menor de 150 minutos.
- PRR por CaP de bajo riesgo y riesgo intermedio (sin linfadenectomía asociada).
- Próstatas anatómicamente normales y volumen prostático menor de 70 cc (medido por RMmp)-

Los criterios de exclusión fueron:

- ASA III inestable.
- Alergias a AINES y al látex.
- Obesidad (IMC > 30).

- Paciente EPOC.
- ADVP.
- Epilepsia.
- Tratamiento con IMAOS.
- Trastornos de la coagulación.
- Tratamiento con anticoagulantes.
- Antecedentes de trombosis venosa profunda y/o tromboembolismo pulmonar.
- Coronariopatías.
- ASA IV.
- Los pacientes que no cumplan los criterios de inclusión.
- Pacientes que no aceptan la ambulatorización.

Se registraron datos referentes a las características del paciente como la edad, IMC, presencia de dolor crónico y toma de analgesia de manera habitual.

La cirugía consistía en prostatectomía radical transperitoneal con abordaje anterior mediante DaVinci X o Xi, en función de disponibilidad. Estas cirugías fueron llevadas a cabo por cirujanos con experiencia previa de más de 100 PRR.

El manejo intraoperatorio anestésico fue llevado a cabo con intubación endotraqueal, analgesia multimodal (infiltración anestesia local + analgesia endovenosa con paracetamol/metamizol/dexketoprofeno ± fármacos coadyuvantes como ketamina, sulfato de magnesio, lidocaína endovenosa, dexametasona o buscapina) y profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) con dexametasona y/o ondansetrón.

Una vez finalizada la cirugía, los pacientes salieron al área de reanimación postanestesia (URPA) donde se evaluó el dolor a la llegada y a la salida, se registró la medicación analgésica que precisaron y si presentaron náuseas o vómitos postoperatorios y su tratamiento si lo precisaron.

Una vez comprobada la estabilidad del paciente, con el dolor bien controlado y sin NVPO fueron trasladados a la planta de CMA donde fueron dados de alta en las siguientes 8 horas posteriores a la intervención tras valorar la estabilidad clínica, el buen control analgésico, la correcta tolerancia oral sin náuseas ni vómitos, la tolerancia a la deambulación y la ausencia de signos de sangrado. En esta fase se evaluó el dolor a su llegada y al alta, la medicación que precisaron, la correcta tolerancia a vía oral y a la deambulación y se registraron retrospectivamente si hubo alguna incidencia.

Los pacientes marchan de alta con un informe de alta con las indicaciones a seguir en domicilio, recetas médicas y una hoja de recomendaciones donde consta un teléfono de contacto con el hospital disponible 24horas.

A la mañana siguiente, la enfermera de la Unidad Funcional de Próstata contacta con los pacientes para reforzar la educación sanitaria y detectar signos de alarma. Interrogamos en esta llamada acerca del dolor, medicación analgésica, NVPO, tolerancia a la deambulación e incidencias.

La primera visita presencial se realiza a los 7 días postoperatorios con enfermería para retirada de sonda vesical y valoración de herida, al mes tienen la visita con el cirujano.

Conclusiones: 24 pacientes fueron intervenidos en régimen de CMA en el primer año, la edad media fue 61 años (48-71), un IMC 26,5 (22,4-33) y fueron clasificados como ASA I o II. De todos ellos, 4 pacientes (16,6 %) presentaban dolor previo a la cirugía por lo que tomaban analgesia crónica.

Intraoperatoriamente se detectó una única complicación que fue una apertura vesical que fue reparada en ese momento, este fue el único paciente al que se dejó un drenaje. El tiempo medio de cirugía fue de 145 min (110-180 min) y las presiones de pneumoperitoneo se mantuvieron entre 10-15 mmHg.

El manejo analgésico se realizó con analgesia multimodal con infiltración de ropivacaína 0,2 % previa a la inserción de los trócares, irrigación del saco de Douglas y de nuevo al finalizar la cirugía (dosis totales inferiores a 2mg/kg peso) más analgesia convencional endovenosa con paracetamol 1g (100 % de los pacientes), dexketoprofeno 50 mg (83,3 %) y/o metamizol 2 g (45,8 %). La dosis media de fentanilo fueron 268,75 µg (0-550 µg) y en algunos casos se administraron fármacos coadyuvantes como ketamina bolus lento de 10-20 mg al inicio (40 % de los pacientes), sulfato de magnesio 1,5 g (62,5 %), lidocaína bolus lento de 0,6-2 mg/kg (71 %) dexametasona 4-8 mg (100 %) y buscapina 20 mg (58,3 %). Todos los pacientes fueron relajados con rocuronio manteniendo una relajación neuromuscular profunda y revertidos con sugammadex al finalizar el procedimiento. Respecto a la profilaxis de NVPO, además de la dexametasona se administraron 4 mg de ondansetrón (100 % de los pacientes).

A su llegada a la URPA, el 87,5 % de los pacientes referían ausencia de dolor o un dolor leve (esto es un valor ≤ 3 según la escala verbal numérica [EVN]) y el 12,5 % un dolor moderado (máximo valor registrado, EVN de 6). Durante su estancia el 40 % recibió analgesia con un segundo AINE y el 35 % precisó rescate con tramadol o dosis bajas de morfina endovenosa. Además, el 30 % de los pacientes precisó buscapina 20 mg por molestias relacionadas con la sonda vesical. Al alta de la unidad, el 100 % de los pacientes presentaba un dolor leve o ausencia de dolor.

Respecto a NVPO el 25 % precisaron dosis extra de ondansetrón 4 mg o ranitidina 50 mg e.v.

A su llegada a planta de CMA, 2 pacientes (8,3 %) refirieron dolor moderado (EVN 4 y 6) que cedieron tras tratamiento. Al alta todos los pacientes referían buen control del dolor (EVN 0 o 1), ausencia de NVPO, correcta tolerancia oral y deambulaci3n.

Hubo un ingreso no esperado por ortostatismo, que fue dado de alta a la mañana siguiente.

En la llamada de control por enfermería a las 24 horas todos los pacientes referían ausencia de dolor o dolor leve en reposo (EVN \leq 3) pero era moderado en movimiento en el 33 % de los pacientes (EVN 4-6) con una pauta analgésica de paracetamol 1 g/6 h alterno con dexketoprofeno 25 mg/8 h y rescates con tramadol 50 mg/12 h que lo precisaron el 20 % de los pacientes. Ningún paciente refirió NVPO y no precisaron tratamiento.

Buscapina 20 mg fue requerida en 33 % de los pacientes por molestias relacionadas con la sonda vesical.

En la visita de control con enfermería a los 7 días, los pacientes seguían refiriendo ausencia de dolor o dolor leve en reposo (EVN \leq 2), al movimiento el 8 % referían dolor moderado. El 54 % de los pacientes continuaban una analgesia con paracetamol 1 g/8 h y dexketoprofeno 25 mg/8-12 h, 2 pacientes (8,3 %) no precisaban analgesia y el 37,5 % solo precisaban paracetamol 1 g/8-12 h. El 17 % de los pacientes precisaban rescate con tramadol 50 mg/12 h y el 29 % precisaban buscapina.

En esta visita se detectó como principal queja de los pacientes problemas relacionados con la sonda vesical (espasmos vesicales, pérdida perisonda) por lo que consideramos que es esencial educaci3n sanitaria pre-procedimiento a este respecto además de la prescripci3n de buscapina para el postoperatorio.

Respecto a las visitas a urgencias, dos pacientes (8 %) acudieron en las primeras 24 horas por problemas relacionados con la sonda vesical. Respecto a las visitas a urgencias tardías, un paciente acudió al cuarto día por una parafimosis, otro paciente consultó por hematuria y hubo un paciente que tuvo que ser reintervenido por una eventraci3n en el octavo día postoperatorio, por lo que consideramos esta complicaci3n directamente relacionada con la cirugía y no con el proceso de ambulatorizaci3n.

En la encuesta de satisfacci3n el 26 % de los pacientes se mostró muy satisfecho, el 48 % satisfecho, el 22 % ambivalente y un 4 % insatisfecho. El 33 % de los pacientes no

repetirían la experiencia argumentando en su mayoría que preferirían una noche en el hospital.

Conclusi3n: La PRR en régimen ambulatorio es posible en pacientes seleccionados y con un equipo quirúrgico experimentado. Para mejorar el grado de satisfacci3n del paciente es necesario incidir en una mayor educaci3n sanitaria desde el preoperatorio de todo el proceso de ambulatorizaci3n y en relaci3n con la sonda vesical y toma de medicaci3n.

Palabras clave: Prostatectomía, rob3tica, ambulatoria, PRR, dolor.

O-04 INTEGRACI3N DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACI3N A DOMICILIO EN EL CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN ARTROSCOPIA DE HOMBRO CMA

L. Bacariza Morillas, P. Peris Ramón, D. Pérez Martínez, X. Carré Rubio, V. Ureña Buch, S. Garate Azpiazu, A. Juan Matamoros, P. Sala Francino
Hospital Universitario Sant Joan de Reus

Introducci3n: Uno de los éxitos de la Cirugía Mayor Ambulatoria radica en que los pacientes puedan reincorporarse a su vida habitual con la menor repercusi3n posible, incluyendo un buen control del dolor.

Las artroscopias de hombro forman parte de la cartera de servicios que se ofrecen por vía CMA en nuestro hospital. Uno de los principales problemas y motivo de queja por parte de estos pacientes en la primera consulta postquirúrgica del traumatólogo era el dolor postoperatorio. Sin embargo, los datos registrados en la llamada de control a las 24 h, cuando todavía podía existir bloqueo nervioso residual, demostraban un buen control del dolor. Por ello, la Unidad de Anestesia y Reanimaci3n del Hospital Sant Joan de Reus llevó a cabo un estudio con el objetivo de analizar el dolor postoperatorio a las 48 h de la intervenci3n, con la finalidad de determinar las posibles causas del dolor y establecer un nuevo protocolo de tratamiento.

Objetivos: El objetivo de este protocolo es optimizar el control del dolor postoperatorio de los pacientes operados mediante artroscopia de hombro por vía CMA para ofrecer una mejor calidad analgésica y poder aumentar los procedimientos que se incluyen en régimen de CMA.

Métodos: En 2022 se realizó en nuestro centro un estudio retrospectivo sobre los pacientes intervenidos de patología de hombro por vía artroscópica entre septiembre de 2017 y julio de 2021.

Todos los pacientes se operaron bajo anestesia general balanceada, asociada a un bloqueo ecoguiado del plexo braquial realizado previamente a la incisión quirúrgica, y recibieron un AINE EV y 4mg de dexametasona EV en el intraoperatorio. La cirugía se llevó a cabo en decúbito supino semi-incorporado (silla de playa) con tracción del miembro superior intervenido. Para el postoperatorio inmediato contaron con rescates analgésicos de paracetamol, metamizol y tramadol en caso necesario, y, al alta a su domicilio, se recetó un AINE cada 8h alterno con paracetamol y rescates de metamizol durante una semana.

El estudio contó con una muestra de 216 pacientes, de los cuales un 16,2 % (35 pacientes) fueron intervenidos en régimen de CMA.

Resultados: Los resultados del estudio mostraron que un 80 % del total de los pacientes presentaron un EVA menor o igual a 2 en el postoperatorio inmediato. No obstante, el 83,3 % de los pacientes de CMA referían un EVA mayor de 2 pasadas las primeras 24 horas.

A partir de estos resultados, hemos realizado ciertas modificaciones en el protocolo de CMA de las artroscopias de hombro: desde marzo de 2023 hemos añadido una bomba elastomérica para infusión continua de analgesia endovenosa en el domicilio, de manera que se logre un control del dolor más eficaz y duradero tras el alta.

Este tipo de analgesia ha implicado la integración de la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHAD) en el circuito/protocolo de CMA. Después de seleccionar a aquellos pacientes candidatos a operarse en régimen de CMA, el anestesiólogo responsable de la consulta preoperatoria informa a la UHAD de la fecha de intervención. Previo a la intervención, durante los preparativos en la UCMA, al paciente se le canaliza una vía periférica de tipo minimedline para la administración posterior de la analgesia endovenosa, que se inicia en el Área de Reanimación tras haber finalizado la operación.

El paciente es dado de alta de Reanimación según los criterios de Aldrete, y, continuando el circuito, pasa al Área de Adaptación al Medio con: las recomendaciones postquirúrgicas específicas (locorregional, cabestrillo, y vía endovenosa UHAD), visita con el traumatólogo, y el formulario de analgesia. Además, al paciente se le proporciona el teléfono de contacto de la UCMA para cualquier consulta durante las primeras 24 horas post quirúrgicas, hasta la visita de la UHAD. La enfermera responsable de CMA confirma a la UHAD que el paciente ha realizado correctamente el circuito CMA para que pueda ser visitado en su domicilio.

Durante las 48 horas posteriores a la intervención la UHAD acude una vez al día al domicilio del paciente para valorar el control del dolor, y facilita su teléfono de atención por si fuera necesario. Asimismo, es la responsable del paso de analgesia a vía oral y de realizar las recetas pertinentes.

Conclusiones: El estudio que realizamos nos permitió valorar la posibilidad de que la llamada a las 24 h post quirúrgicas también fuera insuficiente para otros procedimientos, y por tanto, plantearnos ampliar dicho registro a las 48 h para observar resultados de control del dolor, y en un futuro, si fuese necesario, aumentar la integración de la UHAD en estas intervenciones.

Este protocolo se ha implementado en marzo de 2023, por lo que todavía no hay suficientes pacientes para poder llevar a cabo un análisis de los resultados, pero está previsto realizarlo para evaluar los cambios propuestos.

Palabras clave: Artroscopia de hombro, CMA, bomba elastomérica, analgesia, unidad de hospitalización a domicilio.

O-05 EFICACIA ANALGÉSICA DEL BLOQUEO AXILAR EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE MANO VÍA UCSI: DEXAMETASONA PERINEURAL VS. INTRAVENOSA

À.V. Lloret Carrión, N. Garrigós Satorres, A. Pastor González, M. T. Richart Aznar, A. Sánchez de Merás, C. Peris, J. V. Llau Pitarch

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

Objetivos: El dolor postoperatorio de una cirugía de mano puede ser intenso. La anestesia regional, en la forma de bloqueo axilar del plexo braquial, con frecuencia es empleada ya sea como coadyuvante de la anestesia general o como técnica anestésica única. Existe evidencia que sugiere que cuando se utiliza como un adyuvante del bloqueo nervioso periférico en la cirugía del miembro superior, tanto la dexametasona perineural como intravenosa pueden prolongar la duración del bloqueo sensitivo y son efectivas para aliviar la intensidad del dolor postoperatorio y el consumo de analgésicos.

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia analgésica proporcionada por la dexametasona como coadyuvante en el bloqueo axilar para cirugía de mano, comparando la administración perineural y la intravenosa de la misma.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, comparativo y randomizado, recogiendo 40 pacientes desde octubre del 2022 hasta febrero del 2023 en el hospital Doctor Peset de Valencia, que iban a ser sometidos a cirugía de mano vía UCSI. Se incluyeron pacientes entre 18 y 80 años, ASA I y ASA II, en los que se realizaría un bloqueo axilar ecoguiado para la realización de la cirugía y como analgesia postoperatoria. Los criterios de exclusión fueron: alergia a anestésicos locales, negativa del paciente a la realización del bloqueo anestésico, contraindicación para administración de corticoides intravenosos, historia de dolor crónico o tratamiento crónico con múltiples analgésicos y bloqueo incompleto que requiere de anestesia general para realización de la cirugía.

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente en dos grupos: bloqueo axilar con levobupivacaína 0,375 % + mepivacaína 1 % 30 ml y administración de dexametasona 4 mg intravenosos (GRUPO 1: 20 pacientes), y bloqueo axilar con levobupivacaína 0,375 % + mepivacaína 1 % 30 ml + dexametasona 4 mg perineural (GRUPO 2: 20 pacientes).

Tras la realización de la cirugía y el alta a domicilio, se contactaba telefónicamente con el paciente a las 24 h para conocer el grado de satisfacción con la analgesia proporcionada por el bloqueo axilar (en una escala del 1 al 10), las horas de duración de la analgesia, la aparición de dolor disruptivo y si habían necesitado rescate analgésico (además de la analgesia oral pautada).

Resultados: Los resultados fueron los siguientes: del GRUPO 1 (dexametasona intravenosa) la media de duración de la analgesia por el bloqueo fue de 15,28 h, apareció dolor disruptivo en un 15 % de los casos con necesidad de rescate con analgesia oral y el grado de satisfacción medio fue de 7,57 sobre 10. En el GRUPO 2 (dexametasona perineural), la media de duración de la analgesia por el bloqueo fue de 22,5 h, apareció dolor disruptivo en un 5 % de los casos con necesidad de rescate oral y el grado medio de satisfacción fue de 9,25 sobre 10.

Se puede observar, al realizar el análisis descriptivo de este estudio, que la duración de la analgesia fue mayor en el grupo de la dexametasona perineural, así como el mayor grado de satisfacción percibido por los pacientes y la menor necesidad de rescate con analgesia oral.

Existen múltiples estudios que estudian la coadyuvancia de la administración de la dexametasona en los bloqueos regionales. Se realizó un metanálisis en los últimos años que reveló que los bloqueos del plexo braquial suplementados con 4 a 10 mg de dexametasona perineural duran aproximadamente 2 veces más que los bloqueos con anestesia local solos. En nuestro estudio iniciamos infiltración de dexame-

tasona perineural a dosis bajas (4 mg) para observar si existe mejoría de la analgesia con las mínimas dosis posibles.

Conclusiones: Varios estudios han concluido que la dexametasona intravenosa a dosis altas (8 a 10 mg) puede prolongar los bloqueos nerviosos periféricos con una eficacia similar a la dexametasona perineural. Sin embargo, un metanálisis reciente encontró que la administración de dexametasona perineural aumenta la duración del bloqueo en comparación con la administración intravenosa, con un efecto de ahorro de opioides pequeño pero significativo a las 24 horas.

A pesar de ello, actualmente no hay estudios suficientes para determinar la efectividad de la dexametasona como coadyuvante del bloqueo del nervio periférico en las cirugías de la extremidad inferior y tampoco hay estudios en los niños, lo que traduce la necesidad de seguir investigando en este campo.

Palabras clave: Bloqueo, dexametasona, perineural, axilar, coadyuvante.

O-06 ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO: CLOROPROCAÍNA INTRATECAL AL 1 % VERSUS PRILOCAÍNA HIPERBÁRICA AL 2 % EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DE HERNIA INGUINAL

M. Fores Chiva¹, E. Lloria², I. Asensio¹

¹Hospital Arnau de Vilanova. Valencia, ²Hospital de Llíria, Valencia

Objetivos: Las técnicas de anestesia general y sedación con anestesia local han sido de elección en cirugía mayor ambulatoria (CMA) en comparación con las técnicas intratecales, que se utilizan cuando las complicaciones de la anestesia general pueden ser mayor como en caso de vía aérea difícil, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Actualmente el más usado en nuestro centro es la Prilocaína, aunque su gran variabilidad individual puede causar retrasos en el alta del paciente o admisiones inesperadas.

Debido a su perfil farmacocinético más predecible y corta duración de bloqueo motor la cloroprocaína intratecal al 1 % podría representar una herramienta útil en CAM.

Métodos: 103 pacientes de cirugía de hernia inguinal de cirugía mayor ambulatoria en programa de tarde fueron asignados aleatoriamente en dos grupos, en uno se admi-

nistró 50 mg de cloroprocaína intratecal al 1 % y el otro 50 mg de Prilocaína hiperbárica al 2 %.

La variable principal que se recogió fue el porcentaje de pacientes que pudo comenzar a caminar 2 horas después de la punción dural.

Las variables secundarias fueron: porcentaje de pacientes con deambulación a las 2,5 y 3 horas, duración total de la estadía en la Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI), retraso en el alta, admisiones inesperadas, complicaciones en el postoperatorio, la intensidad del dolor al ingreso y al alta de la UCSI, y satisfacción con la técnica utilizada y el circuito ambulatorio ambulatoria.

Resultados: 5 pacientes de los 103 originales fueron excluidos del estudio por fallo de la técnica anestésica intrarraquídea, por lo que 98 pacientes fueron incluidos en el análisis estadístico (grupo Prilocaína n = 44, grupo cloroprocaína n = 54).

No hubo diferencias significativas en los datos antropométricos ni en tiempo de duración de la cirugía ($26,99 \pm 7,96$ min, media \pm DE).

El análisis estadístico mostró diferencias significativas entre los grupos con respecto al resultado primario: El 48,1 % de los pacientes del grupo de cloroprocaína deambulaban a las 2 horas en comparación al 4,5 % en el grupo de Prilocaína ($p < 0,0001$).

Además, se observaron diferencias significativas en el porcentaje de deambulación a las 2,5 horas (75,9 % vs. 13,6 %) y a las 3 horas (94,4 % vs. 31,8 %) a favor del grupo de la Cloroprocaína al 1 % ($p < 0,0001$).

No aparecieron complicaciones mayores en ninguno de los dos grupos. Y no hubo diferencias significativas en cuanto a dolor y satisfacción del paciente con la técnica y el circuito de UCSI.

A pesar de las diferencias obtenidas en cuanto a la deambulación, no se observaron diferencias en el tiempo total de estancia hospitalaria, por lo que se calculó una variable que denominamos retraso en el alta (tiempo que permanecían los pacientes en la UCSI una vez ya cumplían criterios de alta). Se observó un mayor retraso en el alta en el grupo de la cloroprocaína ($108,8 \pm 55,5$ min vs. $45,3 \pm 72,8$ min) ($p < 0,0001$), es decir, los pacientes en el grupo de cloroprocaína permanecieron en el hospital más tiempo después de cumplir criterios de alta.

No hubo diferencias significativas en cuanto a ingresos inesperados en ambos grupos (4 ingresos en cada grupo), pero si analizamos las causas, los ingresos debidos a una

recuperación incompleta del bloqueo tras la anestesia raquídea únicamente fueron registrados en el grupo de la Prilocaína, en la cloroprocaína fueron a petición de cirugía o por no cumplir criterios de UCSI (acompañamiento).

Conclusiones: Se encontró que un mayor porcentaje de paciente deambulaban antes con la anestesia espinal con cloroprocaína al 1 % en comparación con Prilocaína hiperbárica al 2 %.

No se encontraron diferencias en las estancias hospitalarias entre los dos grupos, pero se observó un retraso en el alta en los pacientes del grupo de la cloroprocaína al 1 %, atribuible a cuestiones de gestión y administrativas. Analizando dichas causas (hora de ingreso similar, pase de visita del cirujano para el alta al mismo tiempo), podemos intentar mejorar la eficiencia de nuestra UCSI.

Estos resultados pueden ser útiles en cirugía mayor ambulatoria especialmente en la programación de la cirugía de la tarde, debido a que la UCSI tiene un horario determinado, por lo que al superarlo se debe ingresar al paciente, que es lo que ocurrió en el caso de los ingresos inesperados del grupo de Prilocaína.

Además, al tratarse de anestesia locoregional ambos anestésicos locales ofrecen ventajas a los pacientes con EPOC, vía aérea difícil o en la menor manipulación de la vía aérea, como hemos descubierto en el periodo de pandemia COVID-19, durante el cual se realizó este estudio. Con lo cual la anestesia intrarraquídea con cloroprocaína puede ser una alternativa muy a tener en cuenta en estos casos.

Palabras clave: Anestesia raquídea, cloroprocaína, prilocaína, deambulación, UCSI.

O-07 IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DEL CÁNCER DE MAMA

A. García-Vilanova Comas, F. J. Tarrasa Peiro, M. Tome Jiménez, M. Ramón-Baviera Martínez, R. Santofimia Chorda, V. Gumbau Puchol, C. Castañer Puga, C. Zaragoza Fernández

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos: La situación originada por la COVID-19 en el año 2020 alteró el proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama.

Se pretende analizar el impacto de la pandemia de COVID-19 en la Cirugía Mayor Ambulatoria del cáncer de mama.

Objetivo primario: Evaluar si los cambios en la organización sanitaria en la época COVID han modificado la actividad en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en el tratamiento del cáncer de mama.

Objetivos secundarios: Estudiar en los periodos anterior (año 2019), durante (año 2020 y 2021) y posterior (2022) a la Pandemia:

1. Variación en el tipo de intervenciones en patología mamaria por su grado de complejidad y su efecto en la proporción de cirugía conservadora y mastectomías
2. Determinar si ha variado el porcentaje de neoplasias operadas en CMA en los años de más impacto en COVID, utilizando como indicadores el Índice de sustitución (IS) y la Tasa de ingreso (TI) para el proceso cáncer de mama.
3. Realizar un estudio comparativo por estadios tumorales (TNM).

Métodos: Se realiza análisis retrospectivo de los últimos 4 años de pacientes intervenidas de carcinoma mamario en régimen de CMA en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV). Se presentan las intervenciones realizadas separando las que se han realizado en régimen de CMA de las que precisaron ingreso.

Se ha realizado en CMA la cirugía conservadora con estudio de ganglio centinela mediante técnica de OSNA. Se ha ingresado a pacientes con reconstrucción inmediata postmastectomía o linfadenectomía axilar completa, como ingresos de corta estancia, de modo que en menos de 24 h tras la intervención las pacientes se han dado de alta.

Se realiza también estudio comparativo de los estadios de cáncer de mama en dicho periodo con el actual.

Resultados: Durante el año 2020 se intervino a 150 pacientes de neoplasia de mama, menos pacientes que las 219 del año anterior (2019) y menos también que en las de los dos años posteriores, 197 en 2021 y 187 en 2022.

En 2019 se planificó en régimen de ingreso a 51 neoplasias (23,28 %) y en régimen de cirugía mayor ambulatoria a 168 neoplasias sugestivas de tratamiento conservador (76,71 %) de las que 22 precisaron ingreso por vaciamiento axilar completo tras estudio intraoperatorio de BSGC (TI: 13,09 %). Finalmente se realizó cirugía sin ingreso a 146 pacientes (IS: 66,66 %) y a 73 pacientes (33,33 %) con ingreso.

En 2020 se planificó en régimen de ingreso a 47 neoplasias (31,33 %) y en régimen de cirugía mayor ambulatoria a 103 neoplasias sugestivas de tratamiento conservador (68,66 %)

de las que 11 precisaron ingreso por vaciamiento axilar completo tras estudio intraoperatorio de BSGC (TI: 10,67 %). Finalmente se realizó cirugía sin ingreso a 92 pacientes (IS: 61,33 %) y a 58 pacientes (38,66 %) con ingreso.

En 2021 se planificó en régimen de ingreso a 64 pacientes (32,48 %) y en régimen de cirugía mayor ambulatoria a 133 pacientes de tratamiento conservador (67,51 %) de los que 13 precisaron ingreso por vaciamiento axilar completo tras estudio intraoperatorio de BSGC (TI: 9,77 %). Finalmente se realizó cirugía sin ingreso a 120 pacientes (IS: 60,91 %) y a 77 pacientes (39,08 %) con ingreso.

En 2022 se planificó en régimen de ingreso a 70 pacientes (37,43 %) y en régimen de cirugía mayor ambulatoria a 117 pacientes de tratamiento conservador (62,56 %) de los que 14 precisaron ingreso por vaciamiento axilar completo tras estudio intraoperatorio de BSGC (TI: 11,96 %). Finalmente se realizó cirugía sin ingreso a 103 pacientes (IS: 55,08 %) y a 84 pacientes (44,91 %) con ingreso.

El estudio comparativo por estadios mostró que los estadios más avanzados del TNM (3 A, 3B y 3C) fueron superiores en el año 2020 (15,9 %) frente a 2019 (9,5 %) y 2022 (12,9 %) mientras que los estadios más precoces (1A, 1B, 2A y 2B) fueron superiores en los años 2019 (89,5 %) y 2022 (85,7) frente a 2020 (82,6 %).

Conclusiones: En 2020 se operó un menor número de pacientes con patología maligna y fueron casos en estadios más avanzados, posiblemente por el cierre inicial de los centros de Screening y retraso diagnóstico. El Índice de sustitución y el número de reconstrucciones también disminuyeron en 2020. En 2022 todavía no se habían recuperado las estadísticas al nivel previo a la pandemia en nuestro caso, probablemente por la necesidad de derivación de algunas de las neoplasias en estadios más precoces a otros centros para intervención en plazos oncológicamente apropiados.

Palabras clave: Pandemia, COVID-19, cáncer de mama, estadios TNM, cirugía mayor ambulatoria.

O-08 ÍNDICE DE SUSTITUCIÓN EN LA REPARACIÓN DE LA HERNIA INGUINAL BILATERAL EN UNA UCMA SATÉLITE (TIPO III)

L. Berlanga Jiménez, A. Gallego Vela, I. Pérez Dionisio, J. P. Roldán Aviña, L. Gómez Bujedo
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: El índice de sustitución (IS) es uno de los indicadores recomendado para monitorizar la calidad de los programas de cirugía mayor ambulatoria. Definiéndose como la proporción de episodios o GRD correspondientes a intervenciones quirúrgicas mayores sin ingreso sobre el total de episodios o GRD quirúrgicos con ingreso programado potencialmente ambulatorio.

En los últimos años estamos asistiendo a un cambio en la cirugía mínimamente invasiva con la integración del abordaje laparoscópico de la hernia inguinal. En nuestra Unidad, la técnica total extraperitoneal (TEP), ha demostrado ser segura y factible para su realización en régimen CMA. Así mismo, la experiencia en dicha técnica y la progresión de los profesionales en su curva de aprendizaje, hacen que las reparaciones herniarias bilaterales sean posibles en estas unidades.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar, comparar y presentar la evolución en los últimos años del índice de sustitución de las reparaciones bilaterales de la hernia inguinal por cirugía abierta y por técnica TEP en la UCMA del Hospital del Tomillar (AGSSS).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se revisaron las historias de los pacientes sometidos a cirugía de hernia inguinal bilateral tanto por técnica abierta como por laparoscopia en nuestra UCMA desde enero del 2013 hasta diciembre del 2022. Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que tenían una hernia recidivada.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tipo de hernia (EHS), ASA, IMC, técnica, duración, alta en régimen de CMA y complicaciones.

Para el análisis se dividió la muestra según el tipo de abordaje: abierto o laparoscópico. A continuación, se calcularon los índices de sustitución respectivos, se compararon los resultados, para finalmente analizarlos e interpretarlos. Para el registro y análisis estadístico se utilizó una base de datos creada en el programa SPSS (versión 25).

Resultados: Se intervinieron un total de 286 pacientes, 265 hombres (92,65 %) y 21 mujeres (7,34 %). La edad media fue de 55,85 años (22-89), el IMC medio de 26,29 kg/m² (17,63-38,37). Predominaron las hernias laterales (157), seguido de las mediales (110) y mixtas (19). No hubo diferencias en cuanto a la edad, riesgo ASA, IMC, duración o complicaciones entre los pacientes sometidos a cirugía abierta o a reparación laparoscópica.

El IS global de la serie fue del 88,5 %. Agrupando a los pacientes en relación con técnica abierta o TEP, los IS fueron respectivamente del 88,63 % y 70,02 %. En el análisis

individual de los pacientes intervenidos mediante TEP se aprecia que los ingresos entre 2015-2017 (5 en total) fueron por protocolo. A partir del año 2018 la tendencia varía con un incremento notorio del número de pacientes intervenidos por TEP acompañado de un significativo aumento en la ambulatorización (IS 95,37 %). Esta tendencia ha continuado y mejorado a lo largo del tiempo de forma que en el año 2022 el IS fue del 100 % (en ambos abordajes).

Conclusiones: La ambulatorización de la reparación herniaria bilateral es una meta asumible, alcanzable y recomendable en las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, tanto con las técnicas de hernioplastia abierta sin tensión como por laparoscopia.

Dado que el abordaje laparoscópico presenta resultados iguales o incluso superiores al abordaje abierto, la adecuada selección de los pacientes será la clave para la realización de una u otra técnica.

Palabras clave: Hernia inguinal, TEP, IS.

O-09 REPARACIÓN DE LA HERNIA INGUINAL MEDIANTE TÉCNICA DE RIVES EN PACIENTES CON HERNIAS GRANDES. REPARACIÓN PREPERITONEAL TRANSINGUINAL (TIPP) EN CMA

E. Javier Grau Talens, D. Diestro Gallego, M. Vázquez Nuñez, C. Alejandro Villalobos, O. Aburedwan, Carlos A. Celis Pinilla, F. G. Onieva González
Hospital Don Benito-Villanueva. Badajoz

Objetivos: La técnica de elección para la reparación abierta de la hernia inguinal primaria es la técnica de Lichtenstein (4 % de recidivas y 12 % de dolor postoperatorio). Realizamos un estudio prospectivo de la técnica de Rives (inserción de una prótesis de polipropileno preperitoneal por vía transinguinal) para las hernias más grandes con el objetivo de estudiar las complicaciones postoperatorias de la herida, dolor crónico y recidivas.

Pacientes y método: Desde 2007 hasta 2022 hemos indicado la técnica de Rives en los pacientes con grandes hernias de la clasificación de Gilbert (modificación de Rutkow-Robbins) II, III, IV, VI y VII, con frecuente comorbilidad y obesidad. La anestesia local y sedación ha sido la técnica anestésica más empleada. La intervención ha sido realizada en régimen de CMA. Los pacientes han sido contactados al día siguiente mediante llamada telefónica y revisados clínicamente.

Resultados: Hemos realizado 1427 reparaciones. Los datos demográficos y operatorios se leen en la Tabla I.

Ocho pacientes requirieron ingreso hospitalario. En 761 reparaciones unilaterales, seguidas de manera clínica con más de un año de seguimiento, observamos que a las 24 horas el dolor leve a moderado se da en el 96 % de los pacientes (Tabla II). Las complicaciones postoperatorias precoces son inferiores al 2 % (Tabla III). El dolor crónico al año de la intervención se ha dado en 37 pacientes (4,3 %), pero solo moderado/severo en 8 paciente (1 %).

El número de recidivas ha sido de 5 (0,6 %)

Conclusiones: La técnica de Rives o reparación preperitoneal por vía anterior requiere un conocimiento profundo de la anatomía de la región inguinal. Es una técnica segura, con un bajo índice de complicaciones postoperatorias y a largo plazo, siendo una técnica excelente para grandes hernias, con un bajo índice de recidivas y de dolor crónico.

Palabras clave: Hernia inguinal grande, reparación preperitoneal, TIPP, técnica de Rives inguinal.

O-10 IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA AMBULATORIZACIÓN DE LA CIRUGÍA CONSERVADORA DEL CÁNCER DE MAMA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

C. B. Pérez Izquierdo, B. Porrero Guerrero, P. Luen-go Pierrard, S. Corral Moreno, A. Mena Mateos, S. Rivas Fidalgo, L. J. Cabañas Montero, J. M. Fernández Cebrián

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha afectado prácticamente a todos los aspectos de la vida, produciendo a nivel sanitario un colapso temporal en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de numerosas patologías. Así mismo, debido a las restricciones imperantes y por motivos de seguridad de los pacientes, muchas intervenciones quirúrgicas fueron canceladas o retrasadas.

Las cirugías por motivos oncológicos fueron una de las excepciones debido a las consecuencias derivadas de un hipotético retraso. Sin embargo, en aras de ofrecer a los pacientes una mayor seguridad y una vuelta más rápida a la actividad habitual, la pandemia ha servido como estímulo para realizar cambios necesarios en cuanto al manejo

perioperatorio y los regímenes de ingreso, entre los cuales destacamos la cirugía mayor ambulatoria.

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) comprende aquellos procedimientos quirúrgicos realizados con cualquier modalidad de anestesia que requieren cuidados postoperatorios de corta duración y por tanto no precisan ingreso hospitalario. Según la clasificación de Davies se consideran subsidiarios aquellos procedimientos incluidos en el nivel II y algunos del nivel III:

- Tipo II: procedimientos con cualquier tipo de anestesia que no requieren cuidados postoperatorios intensivos o prolongados y en los que la analgesia puede ser oral.
- Tipo III: intervenciones que posteriormente requerirán cuidados prolongados del entorno hospitalario, pero no necesariamente en el propio centro.

El cáncer de mama ha sido una de las patologías oncológicas en las que más impacto ha tenido la pandemia, en todas sus etapas (programas de screening, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y atención integral a las pacientes). Para continuar con estrategias eficientes de calidad asistencial ha sido necesario realizar cambios estructurales en cuanto a su manejo además de protocolos de priorización basados en las distintas características de las pacientes y del tumor en cuestión.

A nivel mundial, el cáncer de mama constituye la neoplasia maligna más frecuente, con más de dos millones de casos anuales, además de la principal causa de muerte por cáncer en mujeres en todo el mundo. En España, el cáncer de mama supone el 29 % del total de cánceres en las mujeres y es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer y la primera causa de muerte en mujeres entre 40 y 55 años.

Las estrategias de detección precoz junto con las innovaciones en el tratamiento adyuvante y neoadyuvante han conseguido reducir progresivamente la tasa de mortalidad en los últimos 50 años. Una vez establecido el diagnóstico de cáncer de mama, es importante definir con precisión la extensión inicial de la enfermedad de cara a la elección del esquema terapéutico más apropiado en cada caso.

La cirugía conservadora del cáncer de mama comienza en la década de 1980 con el objetivo de evitar la pérdida del seno con un resultado estéticamente aceptable. Asociada a la radioterapia, ofrece resultados similares a la mastectomía en cuanto al control locorregional de la enfermedad y la supervivencia libre de enfermedad. La baja tasa de complicaciones postquirúrgicas así como no precisar cuidados postoperatorios prolongados motivaron que a partir del año 2015 en España se empezara a implementar su realización en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Con la llegada de la pandemia y con el objetivo de acortar el ingreso y reducir los riesgos de las pacientes pendientes de realizar dicha intervención oncológica, en nuestro centro se fue progresivamente aceptando la misma en régimen de cirugía mayor ambulatoria demostrándose su seguridad y sin observarse un aumento de complicaciones postoperatorias.

Hipótesis y objetivos: Debido a la pandemia por COVID-19 y las consecuentes medidas de restricción a la población general y a la asistencia sanitaria se ha aumentado la proporción de cirugías conservadoras de cáncer de mama realizadas en régimen ambulatorio.

Objetivo principal:

- Demostrar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el aumento de la proporción de cirugía mayor ambulatoria en la cirugía conservadora del cáncer de mama en los años 2019 y 2021 en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Objetivos secundarios:

- Comparar la tasa de complicaciones entre las intervenciones realizadas en régimen de hospitalización y en régimen ambulatorio.
- Comparar el tipo de anestesia y dispositivo de vía aérea empleado en ambos grupos.
- Estudiar los factores demográficos y los tipos de tumores tratados en el periodo a estudio.

Material y métodos: Para el estudio de los objetivos propuestos se ha diseñado un estudio observacional retrospectivo de cohortes, analizando las pacientes intervenidas de cáncer de mama mediante cirugía conservadora en los años 2019 (previo a la pandemia) y 2021 (posterior a la misma) con los criterios de exclusión que se describen a continuación.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años intervenidas de cáncer de mama mediante cirugía conservadora en los años 2019 y 2021, excluyendo la cirugía radical, las lesiones benignas y la asociación de linfadenectomía o cirugía radical contralateral puesto que suponen motivo de ingreso por sí mismas.

Se han recogido variables sociodemográficas, relacionadas con la modalidad del cáncer de mama, relacionadas con la intervención y relacionadas con las complicaciones postoperatorias.

Resultados: En el Hospital Universitario Ramón y Cajal durante los años 2019 y 2021 se realizaron respectivamente

42 y 75 cirugías conservadoras de cáncer de mama cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión expuestos. A continuación, procederemos a describir las variables a estudio.

Variables sociodemográficas: En el año 2019, el 100 % de las pacientes intervenidas fueron mujeres con una media de edad de 62 años. La categoría ASA predominante fue ASA II (78,6 %) y con respecto a sus comorbilidades se calcula una mediana de score de 4 en el Charlson Comorbidity System. El 9,5 % de las pacientes se encontraban anticoaguladas.

Por otro lado, en el año 2021, de nuevo el 100 % de las pacientes intervenidas fueron mujeres con una media de edad de 60 años. La categoría ASA predominante fue ASA II (64 %) y con respecto a sus comorbilidades se calcula una mediana de score de 3 en el Charlson Comorbidity System. El 6,7 % de las pacientes se encontraban anticoaguladas.

Variables relacionadas con el tipo de cáncer de mama: Las pacientes intervenidas en el año 2019 presentaron un tamaño tumoral medio de 1,7 cm (DS 1cm), siendo el 59,5 % izquierdos y el 40,5 % derechos. En el 14,3 % de los casos las pacientes habían recibido quimioterapia neoadyuvante.

Respecto a la anatomía patológica, se demostró un 76,2 % de carcinoma ductal infiltrante, un 11,9 % de carcinoma lobulillar infiltrante, un 4,2 % de carcinoma ductal in situ y un 4,8 % de otras histologías malignas. El 50 % de los tumores se clasificaron como Luminal A frente a un 26,2 % de Luminal B, 9,5 % de triples negativos y un 4,8 % de HER2+.

Se realizó marcaje con semilla del tumor en el 76,8 % de las pacientes, siendo la misma de I125 en todos los casos.

Por otro lado, las pacientes intervenidas en el año 2021 presentaron un tamaño tumoral medio de 1,23 cm (DS 0,9 cm), siendo el 5,3 % bilaterales, 50,7 % izquierdos y 44 % derechos. En el 13,3 % de los casos las pacientes habían recibido quimioterapia neoadyuvante.

Respecto a la anatomía patológica, se demostró un 73,4 % de carcinoma ductal infiltrante, un 12,7 % de carcinoma lobulillar infiltrante, un 8,9 % de carcinoma ductal in situ y un 5 % de otras histologías malignas. El 57 % de los tumores se clasificaron como Luminal A frente a un 19 % de Luminal B, 12,7 % de triples negativos y un 2,5 % de HER2+.

Se realizó marcaje con semilla del tumor en el 92 % de los casos, siendo la misma de I125 en el 92,6 % y ferromagnética en el 7,4 % de las pacientes.

Variables relacionadas con la intervención: En el año 2019 las pacientes sometidas a cirugía conservadora de cáncer de mama recibieron anestesia general en un 92,9 %, realizándose intubación orotraqueal (IOT) en el 84,6 % de los casos y mascarilla laríngea en el 15,4 %.

Se realizó BSGC en el 78,6 % de los casos y no se colocó drenaje en ninguno de ellos.

El 88 % de las pacientes fueron intervenidas en régimen de hospitalización con ingreso de al menos 24 horas, mientras que únicamente se utilizó régimen de CMA en el 12 %.

En el año 2021 las pacientes sometidas a cirugía conservadora de cáncer de mama recibieron anestesia general en un 98,7 %, realizándose IOT en el 39,2 % de los casos y mascarilla laríngea en el 60,8 %.

Se realizó BSGC en el 90,7 % de los casos y se colocó drenaje en el 4 %.

El 88 % de las pacientes fueron intervenidas en régimen de CMA, mientras que únicamente se utilizó régimen de hospitalización en el 12 %.

Variables relacionadas con las complicaciones: En el año 2019 se registraron un 16,7 % de complicaciones posquirúrgicas, siendo un 9,5 % seromas, un 4,8 % hematomas y un 2,4 % de infecciones de herida quirúrgica. Ninguna paciente precisó reintervención.

Por otra parte, en el año 2021 se registraron un 12 % de complicaciones, siendo un 6,7 % hematomas, un 2,7 % hematomas y un 2,7 % infecciones de herida quirúrgica. Se reintervinieron dos pacientes, una de ellas de forma urgente por un hematoma a tensión y en el otro caso a los 6 meses de la intervención por un oblitoma.

Discusión: Las pacientes intervenidas muestran a nivel global similares características sociodemográficas a las descritas en la literatura, con una edad media en torno a 60 años y una distribución de comorbilidades equiparable a otras muestras. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, considerándose ambas muestras homogéneas respecto a dichas características.

Respecto a la distribución de las histologías de los tumores resecaados, se observan frecuencias concordantes con las habitualmente descritas en la literatura. El tipo de tumor más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante, en torno a un 75 %, y el tipo inmunohistoquímico más prevalente fue el Luminal A con una frecuencia de entre el 50 y el 60 %.

En nuestro centro el marcaje de las tumoraciones no palpables se realiza con semillas de I125 o con semillas ferromagnéticas en su ausencia, habiéndose relegado técnicas previas como el marcaje con arpón o ROLL/SNOLL.

La evolución del régimen de estancia corta a un régimen de CMA, de acuerdo con lo acontecido en numerosos centros, queda patente al comparar los dos grupos. Se observó un incremento del 73,3 % en el número de intervenciones realizadas en régimen de CMA, pasando de un 12 % en 2019 a un 88 % en 2021 de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Queda por tanto demostrada la importante influencia de la pandemia en el cambio de paradigma respecto al papel de la cirugía mayor ambulatoria en la cirugía conservadora del cáncer de mama.

Por otro lado, en el año 2021 respecto al 2019 se observa además un incremento del 39,5 % en el uso de mascarilla laríngea como dispositivo de vía aérea en anestesia general respecto a la clásica IOT de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Este cambio refleja la intención de reducir las posibles complicaciones derivadas de la relajación muscular y de la intubación en pacientes intervenidas en régimen de CMA.

El uso de técnicas anestesia locorregional (epidural torácica, bloqueos paravertebrales o anestesia local con sedación) se encuentra en auge debido a un mejor manejo del dolor postoperatorio y recuperación precoz.

Las complicaciones más frecuentes según la literatura son las relacionadas con la herida quirúrgica: infección, hematoma y seroma. La más frecuente es el seroma axilar, con una incidencia de alrededor del 25 % de las intervenciones, sin diferencias entre pacientes tratadas de forma ambulatoria o con ingreso.

En nuestra muestra se demostró de forma significativa una menor proporción de complicaciones posquirúrgicas en el grupo de pacientes intervenidas en 2021, si bien este dato probablemente se encuentre sesgado debido a la ausencia de revisión a las 24 horas de la intervención en el régimen de CMA y que muchas de estas complicaciones son menores y no precisan consulta posterior.

La complicación más frecuente fue el seroma en ambos grupos con una incidencia levemente inferior a la encontrada en otros estudios.

Conclusiones: La pandemia por COVID-19 tuvo un gran impacto en los protocolos establecidos de manejo integral del cáncer de mama, produciéndose retrasos desde los primeros niveles debido a la ralentización y disminución del número de mamografías de cribado realizadas. Esto con-

tribuyó al diagnóstico tardío de un cierto número de neoplasias con la consecuente variación de los tratamientos propuestos.

Sin embargo, con el propósito de garantizar la seguridad y el adecuado tratamiento oncológico de las pacientes con cáncer de mama durante la pandemia, se produjeron importantes avances que perduran actualmente como es la introducción en régimen de CMA de la cirugía conservadora del cáncer de mama.

Actualmente la cirugía del cáncer de mama, de forma progresiva, evoluciona hacia un modelo de regímenes de CMA o de corta estancia en función de la intervención a realizar. El rápido recambio de pacientes, la estabilidad de complicaciones postoperatorias y la ausencia de ingreso han acortado los tiempos entre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico, con sus consecuentes beneficios tanto físicos como psicológicos para las pacientes y económicos para el sistema sanitario en su conjunto.

No obstante, son necesarios más estudios prospectivos basados en el empleo de escalas o cuestionarios al alta de las pacientes intervenidas para evaluar la presencia de complicaciones, valoración global y grado de satisfacción con el sistema de CMA aplicado a la cirugía conservadora del cáncer de mama.

Palabras clave: Mama, conservadora, ambulatoria.

O-11 CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA Y COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA: ¿PRESENTE O FUTURO? REVISIÓN DE UNA SERIE DE 941 PACIENTES

F. Tarrasa Peiró, J. Mir Labrador, C. Redondo Cano, A. Montaner Sanchís, G. Eleuterio Cerveró, C. Zaragoza Fernández

Consortio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos: Determinar la seguridad y la reproducibilidad de la Colecistectomía Laparoscópica Ambulatoria (CLA) mediante una serie de 941 pacientes recogidos desde el año 2000 hasta enero de 2022.

Métodos: *Diseño del estudio:* Fueron incluidos en el estudio a 941 pacientes afectos de colelitiasis sintomática e intervenidos de CLA en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV) entre los años com-

prendido entre enero de 2000 y enero de 2022. La edad de todos los individuos incluidos oscilaba entre los 16 y los 91 años, siendo la media de todas ellas de 52,23.

Del total de 941 pacientes, 695 de ellos eran mujer (73,86 %) y 246 hombres (26,14 %).

Criterios de inclusión y exclusión: el principal criterio clínico de inclusión eran pacientes afectos de colelitiasis, pólipos de vesícula biliar o episodios de repetición de cólico biliar. Además, se valoró un adecuado ambiente sociofamiliar de cada uno de los candidatos, como también se incluyeron pacientes ASA I, II y III, siempre y cuando presentaran sus patologías de base bien compensadas y que aceptasen voluntariamente el régimen quirúrgico ambulatorio.

Por el contrario, los criterios de exclusión fueron fundamentalmente pacientes con antecedentes de colecistitis aguda, pancreatitis aguda, coledocolitiasis, antecedentes de intervención quirúrgica en región supramesocólica, que no contasen con un adecuado ambiente sociofamiliar que permitiera seguimiento postoperatorio domiciliario de 24-48 horas y por último clasificación ASA por encima de III (IV, V).

Resultados: La principal indicación clínica de CLA fue el cólico biliar en 823 pacientes (87,5 %) y la imagen ecográfica más frecuente fue la de colelitiasis simple en 835 pacientes (88,74 %).

Con respecto a la clasificación ASA, en el grado I nos encontramos a 496 pacientes (52,71 %), grado II a 390 (41,44 %) y grado III a 55 (5,85 %). Con respecto a los antecedentes de cirugía intraabdominal identificamos a 302 pacientes (32,09 %), sin embargo, solo 61 de ellos dicho antecedente se localizaba en región supramesocólica (6,48 %).

Previo a la Colecistectomía Laparoscópica Ambulatorio se realizaron 31 colangiorresonancias, lo cual representa solo un 3,29 % del total. El motivo por el cual se solicitó la realización de dicha prueba lo podemos clasificar en dos: antecedentes de ictericia y/o subictericia en 24 de los 31 en los que se realizó dicho procedimiento, de los cuales únicamente en 5 de ellos se requirió la realización de colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) preoperatoria, la segunda indicación fue por sospecha de imagen de coledocolitiasis, de los cuales únicamente en tres de ellas se requirió la realización de CPRE preoperatoria.

De los 941 pacientes programados para CLA, en 899 de ellos (95,54 %) se logró completar la cirugía mediante abordaje laparoscópico, sin necesidad de convertir y acceder

mediante laparotomía. Sin embargo, y a consecuencia de complicaciones técnicas en 42 pacientes fue necesario la conversión a cirugía abierta (4,46 %). Dichas dificultades técnicas se pueden agrupar en los siguientes: colecistitis aguda (23), hemoperitoneo por distintas causas (13), abdomen bloqueado (4) y lesión de la vía biliar intraoperatoriamente (8 %).

En una primera instancia, los pacientes que se complicaron con hemoperitoneo, en 7 de ellos fue secundario a hemorragias localizadas en los puertos de acceso (con repercusión hemodinámica), en 4 de los pacientes fue por lesión de la arteria cística durante la disección del triángulo de Calot, en otros 4 es secundario a sangrado del lecho vesicular a nivel hepático y por último en 2 de ellos por lesión de estructuras a distancia del lecho quirúrgico.

Con respecto a la lesión de la vía biliar, uno de ellos se resolvió con la colocación del tubo de Kher y el otro con una derivación hepático-yeyunostomía.

Todas estas complicaciones técnicas tuvieron lugar durante el tiempo intraoperatorio, sin embargo, también se contabilizaron las complicaciones durante el postoperatorio inmediato que requirieron ingreso del paciente o reintervención inmediata.

Estas complicaciones postoperatorias fueron: 12 biliorragias, 5 colecciones subhepáticas y 2 hemoperitoneos.

Si tenemos en cuenta el alta, del total de 941 pacientes intervenidos de CLA, en 552 (58,66 %) de ellos fue posibles antes de las 12 horas, dado la evolución favorable tras el procedimiento. En 325 fue necesario mantenerlos durante más tiempo, pero en todos ellos por debajo de las 24 horas. Esto significa que, en 877 del total de los pacientes, fue posible darles el alta antes de las 24 horas postquirúrgicas. Por el contrario, el 6,8 % permanecieron ingresados durante más de un día, debido bien a complicaciones intraoperatorias o postoperatorias inmediatas (46 paciente permanecieron ingresados entre 24 a 48 horas, 15 estuvieron entre cinco y siete días, y por último, únicamente hubieron tres casos en los que requiriendo ingreso prologando, entre 7 y 14 días).

La morbilidad postoperatoria tardía apareció en 10 pacientes, objetivándose en 7 de ellos una eventración del portal de acceso supraumbilical, 1 Odditis y 2 coledocolitiasis residuales.

Conclusión: De esta forma, podemos concluir con nuestros resultados que la CLA en pacientes adecuadamente seleccionados, es segura, reproducible, junto con un índice de

complicaciones y morbilidad similar a las colecistectomías con ingreso hospitalario.

Con esto llegamos a la necesidad, tal y como ya se remarca en estudio previos, de crear unidades especializadas en Cirugía Mayor Ambulatoria, integrado no solo por los servicios médico-quirúrgicos (cirugía-anestesia), sino también con servicios de enfermería formadas en este ámbito, lo cual va a permitir realizar un manejo lo más global e interdisciplinar posible, permitiendo transmitir la confianza y las herramientas suficientes para el manejo más idóneo de estos pacientes, sobre todo en la etapa de vigilancia domiciliar postoperatoria.

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica ambulatoria, cirugía mínimamente invasiva.

O-12 HERNIOPLASTIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA EN RÉGIMEN DE CMA: NUESTRA EXPERIENCIA Y RESULTADOS

V. Briceño Agüero¹, A. Villanueva Moure¹, A. Chivite Moreno¹, R. Jurado Jiménez², L. Gómez Bujedo²

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

Objetivos: El abordaje laparoscópico de la hernia inguinal en el contexto de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se encuentra en constante discusión, entre otras razones por la curva de aprendizaje que entraña. El objetivo es presentar nuestra experiencia y resultados en la reparación de la hernia inguinal por vía laparoscópica en régimen de CMA de los últimos dos años, incluyendo periodo COVID.

Métodos: Realizamos un estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron 319 pacientes intervenidos en nuestro centro hospitalario de hernia inguinal mediante abordaje laparoscópico tipo TEP y TAPP desde el 1 de enero de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2022, bajo protocolo de CMA, intervenidos por cirujanos y residentes en curva de aprendizaje y ayudados por un cirujano experto, con una técnica quirúrgica protocolizada. Las indicaciones son toda hernia primaria unilateral o bilateral y recidivadas por vía anterior, contraindicándose las hernias inguinoescrotales, recidivadas de cirugía laparoscópicas y pacientes con cicatriz infraumbilical. Las hernias fueron clasificadas según las recomendaciones de la Sociedad Europea de la Hernia (EHS). Se analizaron variables epidemiológicas como edad, sexo, IMC, HTA, diabetes, consumo de tabaco. Las variables clínicas estudiadas fueron la clasificación

ASA y hernia unilateral, bilateral o recidivadas. Las variables relacionadas con la intervención quirúrgica fueron el tiempo quirúrgico (desde el inicio de la incisión hasta el cierre de la piel), las complicaciones intraoperatorias (apertura accidental del peritoneo, lesión de vasos espermático, vasos epigástricos, vasos ilíacos, lesión del conducto deferente) y la tasa de conversión a otra técnica (abierta o TAPP). Las variables postoperatorias estudiadas fueron el ingreso no programado, necesidad y motivo de acudir a urgencia, reintervención, complicaciones postoperatorias (hematoma, seroma, infección herida quirúrgica) y la recidiva herniaria. Para el registro de pacientes y análisis de variables se utilizó el programa SPSS versión 22.

Resultados: Desde enero 2020 a diciembre 2022 han sido intervenidos 319 pacientes de hernia inguinal mediante abordaje laparoscópico tipo TEP o TAPP, de los cuales 318 (99,7 %) eran hombres y 1 paciente mujer (0,3 %). La media de edad de los pacientes fue de 49,91 años, con un rango entre 21 y 76 años. El 36,7 % de los pacientes fueron clasificados como ASA I, el 59,9 % como ASA II y el 3,4 % como ASA III. Del total de los pacientes, 255 se trataron de hernias unilaterales (79,9 %) y 64 bilaterales (20,1 %), 35 pacientes (11 %) fueron intervenidos por una recidiva herniaria. Según la clasificación de la EHS el 66,8 % fueron hernias laterales, el 12,5 % hernias mediales y 20,7 % hernias mixtas, en cuanto a el tamaño del orificio herniario el 19,4 % eran tipo I, 70,8 % tipo II y 9,7 % tipo III. Se realizaron 304 TEP (95,3 %) y 15 TAPP (4,7 %). La media de tiempo quirúrgico fue de 59 minutos en las reparaciones unilaterales, de 78 minutos en las reparaciones bilaterales y de 76,8 min en las recidivas herniarias. La complicación intraoperatoria más frecuente fue la apertura accidental del peritoneo, que ocurrió en 45 de los 304 TEP (14,8 %), seguido de la lesión de vasos espermáticos que ocurrió en 2 casos (0,6 %), no registramos otro tipo de complicaciones intraoperatorias. En 8 pacientes (2,5 %) se tuvo que cambiar de técnica quirúrgica, de los cuales 6 pacientes se cambiaron a técnica de Lichtenstein abierta y en 2 pacientes se continuó abordaje laparoscópico tipo TAPP, el motivo más frecuente de conversión fue el neumoperitoneo ocasionado por la apertura accidental del mismo. En total, 308 pacientes se dieron de alta en régimen CMA (96,6 %), mientras que 11 pacientes (3,4 %) requirieron un ingreso hospitalario no previsto siendo la causa más frecuente el dolor, seguido de retención aguda de orina y hematoma inguinal. Dos de los pacientes intervenidos por TAPP, se tuvieron que reintervenir de urgencia, uno por hemoperitoneo por sangrado de un vaso epiploico y el otro por una obstrucción intestinal. Después de la cirugía, 8 pacientes acudieron a urgencia (2,5 %), el motivo más frecuente fue una tumoración a nivel inguinal por un hematoma o seroma, segui-

do por el dolor. Todos los pacientes fueron revisados al mes de la cirugía, las complicaciones postoperatorias más frecuentes observadas fueron: hematoma en 25 pacientes (7,8 %), seroma en 25 pacientes (7,8 %). Se han registrado 3 inguinodinia crónicas (0,9 %) que han requerido derivación y seguimiento por unidad del dolor. Se han objetivado 15 recidivas (4,7 %).

Palabras clave: Hernioplastia, abordaje laparoscópico.

O-13 CONSULTA DE REVISIÓN AL MES PRESENCIAL O TELEFÓNICA. UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN ENTRE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

I. Muñoz Bayo¹, A. Chivite Moreno¹, A. Villanueva Moure¹, C. del Álamo Juzgado², L. Gómez Bujedo²

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

Objetivos: Valorar la satisfacción y las preferencias de los pacientes respecto a la consulta telefónica al mes de la intervención de colecistectomía laparoscópica en nuestro centro, a fin de plantear la idoneidad o no de retornar al modelo de consulta presencial previo a la pandemia.

Métodos: El presente es un estudio monocéntrico observacional transversal descriptivo y analítico sobre satisfacción y la eficacia percibida de la llamada telefónica al mes de la cirugía realizada por personal médico, de la población intervenida de coledolitiasis programada por vía laparoscópica en el Hospital El Tomillar (UCMA del Hospital Universitario Virgen de Valme de Sevilla) entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022. Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas haciendo uso del soporte informático Diraya.

Se partió de una población de 175 pacientes mayores de 18 años intervenidos dicho año. Se aplicó como único criterio de exclusión no haber recibido contacto telefónico para la consulta al mes de la intervención, quedando una muestra de 156.

Se contactó vía telefónica durante los meses de febrero y marzo de 2023 para realizar un breve cuestionario telefónico diseñado "ad hoc" para nuestro estudio para evaluar el grado de satisfacción de los pacientes con respecto a esta consulta telefónica. Los pacientes al contestar dieron su consentimiento tácito a participar en este estudio.

Para analizar los datos obtenidos, se consideraron las siguientes variables: Edad, Distancia, Satisfacción Global y Satisfacción con la Resolución de Problemas, Sexo, Presencial tras Telefónica, Acudió a Urgencias, Presentó Dudas, Preferencia Telefónica/Presencial y sus Motivos (pregunta abierta, agrupada por categorías).

Las variables cuantitativas se resumieron con medidas de tendencia central y las variables cualitativas con porcentajes. Las asociaciones entre cualitativas se analizaron con la prueba Chi-cuadrado y las comparaciones de cuantitativas entre dos subgrupos con las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney. Las diferencias significativas se cuantificaron con intervalos de confianza al 95 %. Se utilizó el software IBM SPSS 28.0.

Resultados: Edad media 52 años (DE 15 años), 72 % mujeres, mediana de la distancia 18 km (RQ 9-50 km), citados presencialmente tras la consulta telefónica 6,4 %, acudieron a urgencias tras la consulta telefónica 1,3 %.

Contestaron a la encuesta 138 pacientes (89 %). La satisfacción global fue elevada, con un 85 % de puntuaciones ≥ 8 sobre 10. Un 40 % refirió alguna duda o molestia al médico que le atendió y la mediana de satisfacción con la resolución de dichos problemas fue 8 sobre 10 (RQ 6-10). Un 55 % prefirió el formato telefónico principalmente por encontrarse bien sin necesidad de más atención y por poder ahorrarse el viaje al hospital. El resto, que prefirieron el presencial, alegaron principalmente echar en falta el contacto humano, comunicarse mejor cara a cara o preocupación con respecto a las heridas. No obstante, pese a preferir presencial, un 63 % dieron una puntuación de satisfacción global ≥ 8 sobre 10.

No se encontraron relaciones significativas entre el sexo y la satisfacción global. El valor de la mediana de la distancia al centro en el grupo de satisfacción global ≥ 8 sobre 10 (18Km) fue 9 Km menor que en el grupo menos satisfecho (27 km) ($p = 0,29$). La media de edad de los que puntuaron

≥ 8 sobre 10 (53 años) fue 6 años superior a la de los que dieron una puntuación más baja (47 años) ($p = 0,08$).

Las mujeres expresaron más dudas o problemas durante la consulta que los hombres (OR 3, $p = 0,02$). Los pacientes ≤ 65 años consultaron por problemas más que los mayores (OR 3, $p = 0,04$). Los que presentaron dichas eventualidades tuvieron 1 punto menos de satisfacción de promedio ($r = 0,75$, $p < 0,001$).

La preferencia de consulta presencial se asoció con una satisfacción entre 1 y 2 puntos menor ($p = 0,001$). De dicho grupo solo los que dieron como motivo haber tenido molestias presentaron satisfacción global -2 puntos ($p = 0,04$) y satisfacción con la resolución de sus problemas de -2 puntos ($p = 0,03$) con respecto al resto.

Conclusiones:

- La satisfacción de nuestros pacientes con la consulta telefónica al mes de la colecistectomía laparoscópica fue elevada, con un 84,5 % de puntuaciones iguales o superiores a 8 sobre 10.
- Los pacientes de mayor edad presentaron una satisfacción superior y refirieron menos dudas o problemas durante la consulta.
- Las mujeres expresaron más dudas que los hombres.
- La distancia al centro pareció influir en la satisfacción global.
- La población que prefirió la consulta presencial refiere una satisfacción global inferior, sin embargo el único motivo que dentro de este grupo demostró mermar aún más la satisfacción fue el presentar algún tipo de molestias en relación a la cirugía.
- A la vista de los resultados, se sugiere mantener el formato de consulta telefónica considerando citar presencialmente a los pacientes con molestias y tratando de mejorar la comunicación con los pacientes en general.

Palabras clave: Encuesta, satisfacción, consulta telefónica, colecistectomía.

ENFERMERÍA

O-14 TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO CON MALLA TIPO SLING SUBURETRAL. NUESTRA EXPERIENCIA

S. Terol Martínez, D. Cruz Navarro, M. A. Torres Martí, M. P. Gómez Sampedro, A. Agustí Martínez
Hospital de Sagunto. Valencia

Objetivos: La incontinencia urinaria se define como cualquier pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable, que supone un problema higiénico y social, repercutiendo de una forma importante en la calidad de vida de los pacientes. Cuando la pérdida coincide con el aumento de la presión intraabdominal, nos encontramos ante una incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).

Los factores de riesgo de presentarla son: la edad, número de partos, la postmenopausia, el sobrepeso y los antecedentes de cirugía pélvica.

En cuanto a su intensidad puede ser leve, moderada o grave. Serán en los casos moderados-graves los que generalmente se someten a tratamiento quirúrgico mediante la colocación de un sling suburetral.

Este tipo de incontinencia tiene una prevalencia alta situándola hasta en el 22 % de la población, siendo más frecuente en las mujeres. Inicialmente este tipo de incontinencia se aborda con tratamientos conservadores: cambios en el estilo de vida (pérdida de peso etc.) y rehabilitación del suelo pélvico, en el caso de no funcionar los tratamientos mencionados, el tratamiento es quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico de elección es la colocación de un cabestrillo suburetrales sin tensión tipo sling. Es una técnica de abordaje vaginal, en la que se inserta una malla de polipropileno a nivel suburetral a través del orificio obturador, para dar soporte uretral, reposicionar la uretra e incrementar la resistencia a la fuga de orina, evitando así su escape.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar nuestra experiencia, los resultados y las complicaciones del procedimiento en nuestro hospital.

Métodos: Realizamos un estudio observacional descriptivo y retrospectivo de los pacientes intervenidos mediante la colocación de un cabestrillo suburetral transobturador en el Servicio de Urología del Hospital de Sagunto, entre enero de 2019 y diciembre de 2022 en régimen de Cirugía Mayor

Ambulatoria. Recogemos variables demográficas, diagnósticas, resultados funcionales y complicaciones (extrusión de malla, coitalgia, infección y necesidad de ingreso).

Resultados: Durante este periodo fueron intervenidas 34 pacientes de incontinencia urinaria de esfuerzo mediante la colocación de un cabestrillo suburetral tipo sling. La edad media en el momento de la cirugía fue de 59 años (Rangos 41 – 83 años). Todas las pacientes presentaban incontinencia de esfuerzo y el 21 % tenía además asociada incontinencia de urgencia, que se trató con anticolinérgicos.

Del total de mujeres intervenidas el 29 % presentaban obesidad (Índice Masa Corporal > 30), el 88 % presentaban multiparidad, el 18 % estaban histerectomizadas y el 24 % sufrían estreñimiento crónico.

Respecto al grado de incontinencia el 59 % tenían una incontinencia moderada y el 41 % grave.

El tiempo quirúrgico fue de 35 min (20-65 min). Solo dos pacientes tuvieron que ser ingresadas por complicaciones perioperatorias (una por sangrado y otra por dolor inguinal por el paso de las agujas), el resto fueron dadas de alta el mismo día de la cirugía al llevarse a cabo en régimen de CMA. Las dos pacientes ingresadas solo permanecieron en el hospital 24 h, siendo dadas de alta al día siguiente.

Con una media de seguimiento de 12 meses, el porcentaje global de éxito es del 88 %, si bien están completamente secas (sin pérdidas) el 70 % y presentan mejoría significativa el 18 %. En el 12 % restante persistió la incontinencia inicial y requirió un segundo procedimiento quirúrgico.

Observamos las siguientes complicaciones postoperatorias: extrusión de la malla (2 pacientes), coitalgia (3 pacientes, dos de las cuales eran las que presentaban extrusión de malla), infecciones urinarias de repetición (3 pacientes) y urgencia miccional *de novo* 5 pacientes. La extrusión de malla se resolvió mediante cirugía sin ingreso y la urgencia *de novo* mediante tratamiento farmacológico.

Conclusiones: Podemos concluir que la colocación de una malla suburetral tipo sling es una técnica segura y eficaz para la corrección quirúrgica de la IUE, que ha demostrado escasas complicaciones y un bajo riesgo intraoperatorio. Es una intervención que se puede realizar en régimen de CMA, ya que es una cirugía sencilla, reglada y de corta duración, lo que permite que los pacientes pueden irse de alta del Hospital ese mismo día.

Palabras clave: Malla, incontinencia, factores riesgo, complicaciones.

O-15 EDEMA AGUDO DE PULMÓN Y ACIDOSIS HIPERCLORÉMICA EN HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA CON SUERO SALINO FISIOLÓGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Torres Iglesias, A. Mendoza Azcue, K. Astarbe Galparsoro, M. J. Eizaguirre Echeverría, M. M. Otaño Vázquez

Hospital Donostia. San Sebastián

Introducción: La utilización de suero salino fisiológico como medio de distensión en la histeroscopia quirúrgica aumenta la seguridad de la técnica con respecto a la glicina, sin embargo no excluye la aparición de posibles complicaciones graves.

En el caso que se presenta, la suma de varios factores produce la absorción masiva y rápida de dicha solución, lo cual desencadena un cuadro de edema agudo de pulmón y acidosis metabólica hiperclorémica.

Objetivos:

- Presentar un caso acontecido recientemente en nuestra unidad de CMA.
- Recalcar la importancia del control de balance de entradas y salidas del suero de irrigación.
- Estudiar todo lo sucedido para poder corregir posibles errores cometidos y evitar que se vuelva a producir un caso similar.

Métodos: Se trata de una paciente de 63 años, estatura 1.57 m y peso 59 kg, con antecedentes de hipercolesterolemia y poliglobulia.

Presenta mioma intramural de 13 cm en borde derecho y 2 pólipos en la zona inferior de endometrio. Acude a nuestro servicio para polipectomía.

Se realiza histeroscopia quirúrgica bajo anestesia raquídea más sedación, en respiración espontánea.

La cirugía se lleva a cabo con resector bipolar e irrigación de suero salino fisiológico mediante una bomba de nueva adquisición en la unidad, a presión de 80 mmHg y flujo de 200 ml/min, que es el flujo mínimo que permite la actual bomba.

En un momento de la intervención, coincidiendo con una situación de sangrado activo de difícil control en el campo quirúrgico, la paciente se agita y se arranca la vía periférica.

Por un lado, el ginecólogo solicita que se aumente la presión de suero fisiológico de irrigación histeroscópica a 100 mmHg y el flujo a 400 ml/min, ya que debido al sangrado no se obtiene una adecuada visualización de la zona quirúrgica (cabe mencionar que la bomba actual no permite aumentar el flujo en rangos menores a 200 ml/min).

Por otro lado, hay que canalizar una nueva vía y contener a la paciente. En ese momento se pierde el control de entradas y salidas del suero de irrigación, ya que la enfermera circulante está con la anestesista atendiendo a la paciente que además se hipotensa.

Se canaliza otra vía y se decide conversión a anestesia general. Se realiza intubación, manteniendo presiones muy altas en la vía aérea con descenso de la saturación arterial de oxígeno.

Tras tratamiento broncodilatador con escasa mejoría, se descarta neumotórax mediante ecografía, observándose líneas B compatibles con líquido intersticial.

Se decide suspender intervención. Se fuerza diuresis con furosemida y se coloca un sondaje vesical.

Al retirar los paños quirúrgicos se observa gran edema generalizado sin crepitación y se descarta complicación intraabdominal de la cirugía tras realización de ecografía.

Se traslada a la paciente a la Unidad de Reanimación y Cuidados Críticos de Adultos (REA).

Resultados: En la radiografía de tórax se observa edema agudo de pulmón y la analítica realizada indica acidosis metabólica hiperclorémica secundaria a la absorción del suero fisiológico de irrigación.

Se controla hipotensión arterial con aminas vasoactivas, se revierte la acidosis metabólica y tras diuresis de 7 litros en 4 horas presenta mejoría notable, estabilidad hemodinámica, función cardíaca normal, buena mecánica ventilatoria y remisión del edema generalizado, por lo que se procede a la extubación.

Mantiene buena evolución y al día siguiente es trasladada a planta.

Presenta un postoperatorio favorable y refiere encontrarse bien. A los dos días se le ofrece la posibilidad de alta o continuar 24 horas más ingresada. La paciente decide alta domiciliaria con recomendaciones.

Se trata del único caso que hemos tenido en nuestra unidad en 8 años tras 790 histeroscopias quirúrgicas, lo cual

supone una incidencia de un 0,12 % y está muy por debajo de los estándares publicados de tasa de dicha complicación (menor al 5 %).

Conclusiones: El personal de enfermería debe estar instruido en la importancia del control de entradas y salidas del suero de irrigación, bien sea glicina o suero fisiológico, y nunca se debe perder dicho control, ya que si bien se trata de una complicación poco frecuente, la absorción masiva se puede producir en un espacio muy corto de tiempo.

El equipo quirúrgico debe reconocer los signos asociados con la sobrecarga de líquidos para detectarlos de forma temprana y evitar complicaciones mayores.

El anestesiista debe mantener en rango la tensión arterial media (TAM) de las pacientes y evitar la hipotensión, ya que favorece el potencial de intravasación del suero de distensión uterina. De la misma manera, la presión de la bomba de irrigación debe mantenerse por debajo de la TAM de la paciente.

Aunque estamos muy por debajo de los estándares publicados de incidencia de esta complicación, no debemos obviar que ha coincidido con la utilización de un nuevo modelo de bomba de irrigación que trabaja a más flujo que la anterior, lo cual nos exige estar alerta y tener una mayor vigilancia para descartar que lo acontecido pueda estar relacionado con dicha bomba.

Se solicita a la casa comercial la posibilidad de poder manejar rangos menores a los establecidos de fábrica, para tener un mayor margen de decisión y poder trabajar con los flujos y presiones adecuados en cada procedimiento, manteniendo a su vez la seguridad del paciente.

Palabras clave: Edema agudo de pulmón, acidosis hiperclorémica, histroscopia, complicación, suero fisiológico.

O-16 CREENCIAS POPULARES SOBRE LA ANESTESIA

F. Moreno Azuaga, R. Montero Vegas, E. Ruiz Gómez, M. A. Urbano Bravo, P. Jiménez Lanzas
Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: La anestesia sigue siendo una de las mayores preocupaciones a la hora de planear cualquier procedimiento quirúrgico.

“Yo siempre vomito la anestesia”, “Tengo que orinar, para no vomitar”, “Me han operado con anestesia intradural,

no puedo moverme de la cama”, “A mí que me duerman entero, no me quiero enterar de nada”, “Su familiar está en la URPA: Pero, ¿se ha despertado ya?”... Son afirmaciones y preguntas que nos hacen familiares y pacientes a diario en nuestra Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Nuestro objetivo es conocer las creencias populares sobre la anestesia de nuestra población y desmitificar algunos conceptos realizando algunas intervenciones tanto en la Unidad de CMA como en la consulta prequirúrgica.

Métodos: Hemos realizado un cuestionario online entre personas “no sanitarias”, ni relacionadas con el mundo hospitalario sobre algunos aspectos de la anestesia, para intentar descubrir qué ideas tienen sobre ello.

Se trata de un total de 8 preguntas: 6 cerradas con respuestas predefinidas y dos abiertas dónde han podido expresar libremente lo que piensan. Además de 3 preguntas de filiación.

Búsqueda bibliográfica en base de datos.

Resultados: Han respondido a la encuesta 214 personas: de ellas el 70,6 % eran mujeres, y el 29,4 % hombres, la franja de edad de entre 46 y 55 años ha sido el prevalente en nuestro estudio: 43 %, seguido del grupo de entre 56 y 55 años con un 29, de los encuestados poseían estudios superiores.

Los ítems estudiados son los que nuestros pacientes nos han venido manifestando como sus principales preocupaciones a la recepción e ingreso en la Unidad de CMA, así un 46,3 % de los encuestados piensa que hay personas que presentan resistencia a la anestesia, que después de la intervención hay que “orinar la anestesia” un 83,6 %, el 77,6 %, cree que hay personas que se despiertan completamente durante la intervención, un 8,6 % afirma que pueden beber agua antes de someterse a una cirugía mayor, un 4,8 % cree que el despertar “siempre es espantoso”, el 3,4 % piensa que el despertar “siempre es doloroso”, a la afirmación la anestesia general es más peligrosa que la epidural contestaron afirmativamente el 41,1 % de los encuestados.

En la pregunta abierta ¿conoce usted algún otro “efecto secundario” de la anestesia?, obtuvimos 92 respuestas, donde el dolor de cabeza (18 respuestas), seguido de confusión/estado mental alterado (14 respuestas) fueron las más significativas. Tres pacientes manifestaron que la muerte/no despertarse, es otro de los efectos secundarios de una anestesia, 3 pacientes aportaron que la alergia a alguno de los anestésicos les preocupa, y 1 paciente afirmó “es estando anestesiado”. El resto contestó que no conoce ningún otro efecto de la anestesia.

A la pregunta ¿qué le gustaría saber antes de una intervención quirúrgica? obtuvimos 107 respuestas, de estas 2 manifestaron que están suficientemente informados, 22 quieren ser informados de los riesgos /peligros que corren, 10 conocer cuidados postoperatorios, 4 la duración de la intervención, 8 quieren saberlo todo, 4 no quieren saber nada, 5 quieren información comprensible y 2 saber que están en buenas manos, el resto de respuestas no son agrupables y van desde el que quiere saber si “quien lo opera es el número 1 de su promoción”, al que pregunta “Si me muero, ¿me despierto primero?”.

Conclusiones: Aún hoy, en la era de la información inmediata, hay mucho desconocimiento en la población general acerca del proceso quirúrgico en general y la Anestesia en particular.

Como dijimos más arriba, queremos mejorar esta situación, para ello:

Estamos realizando pósteres divulgativos donde con palabras sencillas, dibujos y esquemas, pretendemos dar respuesta basada en la evidencia, a estas creencias que todavía, como hemos comprobado, persisten en nuestra comunidad.

En nuestro hospital a través de la consulta prequirúrgica, anexa a la Unidad de CMA, ya llevamos año y medio trabajando con planes de cuidados estandarizados donde nuestros cuidados van orientados a:

- NOC 1402. Autocontrol de la ansiedad.
- NOC 1404. Autocontrol del miedo.
- NOC 1814. Conocimiento: procedimiento terapéutico.
- NIC 2930. Preparación quirúrgica.
- NIC 5820. Disminución de la ansiedad.
- NIC 5380. Potenciación de la seguridad.

Palabras clave: Creencias, mitos, anestesia.

O-17 CONSULTA DE ENFERMERÍA PREQUIRÚRGICA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA, IMPLANTACIÓN, EVOLUCIÓN Y RESULTADOS EN EL HOSPITAL DUQUES DEL INFANTADO

V. Sánchez Verdugo, M. S. Francisco Pelegrina, M. J. Reina Durán, A. Campos Letrán
Hospital Duques del Infantado. Sevilla

Objetivos:

- Analizar la eficacia, seguridad y rendimiento de la Consulta de Enfermería Prequirúrgica.

- Demostrar la eficiencia de la Consulta de Enfermería Prequirúrgica.
- Conocer índice de suspensiones y motivos para poder incidir sobre ellos.

Métodos: Estudio observacional realizado en el bloque quirúrgico del Hospital Duques del Infantado (HDI), en Cirugía Mayor Ambulatoria, para ello se toman todos los usuarios programados quirúrgicamente en el HDI durante el año 2022 siendo n 8649.

A todos, se les realiza una valoración prequirúrgica a través de un cuestionario, el cual ha sido elaborado siguiendo las directrices del documento técnico del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante el periodo de transición de la pandemia COVID-19 adaptada a las necesidades de la CMA y las marcadas por la Dirección General de asistencia sanitaria y resultados en salud del SAS.

Este cuestionario es realizado 48 horas antes de su intervención quirúrgica y el resultado se anexa a la historia clínica del usuario, estando a disposición de los profesionales el día de la intervención.

Para analizar los datos se dividen los cuestionarios en aptos y no aptos, llevando a cabo las siguientes actividades:

- No aptos:
 - Se deriva al usuario a su médico de atención primaria para estudio y seguimiento.
 - Se comunicó al servicio de lista de espera para la sustitución del usuario.
- Aptos:
 - Se puede intervenir.
 - Todos los datos de producción han sido recogidos a través del cuadro de mando de la unidad de CMA del HDI.
 - Se analiza también el número de intervenciones y el de suspensiones para valorar la eficiencia de la Consulta de Enfermería Prequirúrgica.
 - El tratamiento de los datos ha sido llevado a cabo durante el mes de febrero de 2023.

Resultados: Los resultados mostrados comprenden el año 2022, exceptuando el mes de agosto que la unidad permaneció cerrada por vacaciones estivales.

De los n 8649 usuarios valorados se obtienen los siguientes datos:

- Cuestionarios aptos 8396 (97 % de los usuarios), de los cuales:
 - Se han intervenido 7873 usuarios (93,77 % del total de los cuestionarios aptos).

- Suspendidos por varios motivos 523 usuarios (6,22 % del total de los aptos).
- Desde mayo a diciembre 2022 se decide monitorizar las causas de suspensión en, para una valoración más exhaustiva y así poder incidir en ellas y dotar a la unidad de más calidad y eficiencia, estos son:
 - No presentados 60 usuarios (20,4 %).
 - Por orden médica 173 usuarios (58,8 %).
 - Problemas de quirófano 25 usuarios (8,5 %).
 - Preparación del paciente 20 usuarios (6,8 %).
 - COVID positivo 14 usuarios (4,7 %).
 - No preparación prequirúrgica correcta del usuario (6,8 %).
 - Otros usuarios (0,68 %).
- Cuestionarios no aptos 253 (2,92 % de las valoraciones).

Conclusiones: Como conclusión podemos afirmar que la consulta de enfermería prequirúrgica potencia la seguridad en el proceso quirúrgico, tanto del usuario como de los profesionales de la salud. Favoreciendo así diversos aspectos como:

El establecimiento de una relación de confianza usuario-enfermera.

La creación de un ambiente adecuado para: resolver las posibles dudas que tenga el usuario referente a su proceso, brindando un trato humanizado y unos cuidados integrales desde la etapa preoperatoria, reduciendo la ansiedad y el temor relacionado con el proceso quirúrgico.

Recordando la preparación quirúrgica, proporcionando recomendaciones más específicas en cuanto al autocuidado que deben incluirse en la educación sanitaria al paciente previamente a la cirugía.

Disminuyendo el número de suspensiones.

En todo este proceso enfermería juega un papel básico y fundamental realizando una evaluación del usuario desde un punto de vista holístico, que le permite no solo valorar el estado físico sino también su estado mental, así como factores sociales del usuario que le pudieran impedir ser tributario de la modalidad de CMA.

De esta manera, se consigue mejorar el rendimiento del área quirúrgica con la optimización de los recursos, quedando demostrada la eficiencia de la Consulta Prequirúrgica, pues contribuye en la optimización de los partes y tiempos de quirófanos.

Palabras clave: CMA, consulta de enfermería, valoración telefónica, valoración prequirúrgica.

O-18 CONSULTA EPA-CMA EN EL HOSPITAL EL TOMILLAR. PROPUESTA Y APROXIMACIÓN COMPETENCIAL

P. Barrera Ramírez¹, R. Gómez Solís¹, C. Cadenas Roldán¹, M. J. Pineda León¹, P. Gómez Muñoz¹, M. J. Fernández Arriaza¹, R. Galisteo Domínguez²

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

Objetivos: Establecer un diseño para una posible consulta de Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital 'El Tomillar', perteneciente al Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla del Servicio Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

Garantizar por ende una atención de enfermería integral y personalizada, orientada a la excelencia, respondiendo de esta forma a las necesidades específicas de las personas usuarias de CMA, y garantizando la continuidad asistencial en todo el proceso salud-enfermedad.

Métodos: Revisión bibliográfica de los últimos 20 años en el buscador Gerión de la Biblioteca Virtual del SSPA. Trabajo Fin de Máster (TFM) de CMA sobre una consulta de EPA en una Unidad de CMA.

Conclusiones: Se establecen las bases teóricas del Servicio EPA.

Definición: competencias EPA y conocimiento experto en CMA, atención personalizada, intervención con especial énfasis en el preoperatorio, destacar entre sus competencias su rol consultor, su labor docente, aportando mejora continua y optimización en el proceso de la selección, preparación, educación y seguimiento de este tipo de pacientes, afianzando así el liderazgo de dicha enfermera en CMA.

Filosofía: Partiendo de los pilares de autonomía y trabajo en equipo interdisciplinar, proporcionará atención sanitaria integral basada en la mejor evidencia disponible, garantizando el correcto uso de los recursos disponibles, consiguiendo la promoción del mayor bienestar y calidad de vida posibles, así como autonomía, autocuidado y auto responsabilidad, a la vez que nuestros pacientes contribuyen a la toma de decisiones compartidas.

Visión: orientamos los cuidados a la excelencia, coordinaremos la actuación de cada profesional que interviene en el proceso de CMA, garantiremos el acceso a los recursos sanitarios disponibles, fomentaremos la corresponsabilidad, convirtiéndonos en garantes de la sostenibilidad del sistema de salud.

Se detalla la estructura de provisión del servicio EPA.

Cartera de clientes: externos, pacientes del Área* que se intervengan en UCMA Hospital Tomillar (ASA I*-III) e internos, profesionales de atención primaria (AP) y atención especializada (AE), límites de entrada/salida, equipo consultor multidisciplinar, gestión compartida con Anestesiología.

Consultoría/visitas: vía telemática/telefónica preferentemente, valoración integral del paciente en primera visita desde la base del formulario preanestésico cumplimentado previamente, información completa de todo el procedimiento (incluyendo preparación individualizada requerida), consentimiento informado para CMA.

Atención directa: Mecanismos de captación e identificación de casos en 3 grupos:

- Pacientes pendientes de valoración preoperatoria y preanestésica, recepción de cuestionarios/formularios preoperatorios propuestos cumplimentados por el paciente/cuidador.
- Casos susceptibles de valoración preanestésica protocolizada (ASA I)*.
- Casos complejos que requieran especial seguimiento.

Y se sugiere el marco competencial relacionado con el Servicio EPA.

Todo ello posibilitaría la consecución de los objetivos propuestos, así como el establecimiento de los correspondientes indicadores de calidad.

Palabras clave: Enfermería de práctica avanzada (EPA), CMA, consulta preoperatoria-preanestésica, rol profesional.

O-19 VALORACIÓN DE ALTO RIESGO POR ENFERMERÍA PARA CIRUGÍA DE CATARATAS BAJO ANESTESIA TÓPICA

C. García Picón, M. J. Reina Durán, M. S. Francisco Pelegrina

Hospital Universitario Virgen del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Sevilla

Objetivos: La cirugía de cataratas es el procedimiento quirúrgico más realizado en el mundo.

Habitualmente es bien tolerado por los pacientes, con menos de un 0,05 % de ingresos no programados y una

recuperación rápida en domicilio. Las complicaciones médicas de este tipo de cirugía tienen una escasa incidencia y son en gran parte debidas a las características de los pacientes, especialmente a la comorbilidad asociada a la edad avanzada que suele caracterizarlos.

La valoración preoperatoria es una de las fases del proceso enfermero que consiste en un proceso planificado, sistemático y continuo que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas. Estudios previos han comparado la valoración preoperatoria tradicional con una valoración gradual por parte de Enfermería según el riesgo quirúrgico sin que se evidenciara una mayor tasa de complicaciones intraoperatorias, cancelaciones o readmisión de los pacientes entre los dos formatos. Ante estos hallazgos, en el Hospital Duques del Infantado (HDI) se ha empezado a aplicar esta valoración preoperatoria graduada a todos los pacientes con indicación de cirugía de cataratas bajo anestesia tópica, a través de una consulta denominada Valoración de Alto Riesgo (VAR).

Los objetivos del circuito VAR de Enfermería implantado son:

- Identificar a los pacientes de alto riesgo que van a ser intervenidos de cataratas bajo anestesia tópica.
- Agilizar el circuito quirúrgico mediante la Tele-Enfermería.
- Disminuir la carga asistencial en las valoraciones preoperatorias garantizando la información al usuario y la seguridad clínica.

Métodos: Estudio descriptivo de las fases de implementación del circuito VAR de Enfermería del HDI. La información recogida se ha obtenido mediante la historia clínica digitalizada y la Tele-Enfermería a través de llamadas telefónicas, en especial auge tras la pandemia COVID-19. Los valores se han expresado en porcentajes.

Fases de implementación:

1. Análisis de la situación y consenso entre los servicios de Anestesia, Oftalmología y Enfermería.
2. Pilotaje de la consulta, entre los meses de junio de 2022 y septiembre de 2022, con un total de 169 pacientes valorados. De estos un 44 % fueron descritos como NO APTO, es decir, que tendrían que ser atendidos por el Servicio de Anestesia previa intervención quirúrgica, mientras que otro 44 % fueron descritos como APTOS, y podrían ser citados para programar su cirugía sin necesidad de ser valorados por un anestesiólogo. El 12 % restantes eran pacientes que no contestaron (8 %), o que estaban mal citados (4 %).

3. Implementación del circuito VAR: comienza una vez que el paciente tiene la indicación quirúrgica de catarata con anestesia tópica. En la propia consulta de Oftalmología, la TCAE les informa que van a recibir una llamada de enfermería para realizar una valoración. El día que están citados en la consulta VAR el profesional de Enfermería realiza una anamnesis exhaustiva consultando sus patologías, tratamiento, alergias, ingresos recientes e indicación por parte de Oftalmología. Para dicha valoración utilizamos un cuestionario basado en el utilizado por la Sociedad Canadiense de Anestesiología.
4. Modificaciones tras el pilotaje: inicialmente se le preguntaba al paciente si quería ser atendido por un anestesista, pero este ítem fue omitido a partir de julio de 2022. Otro aspecto que se modificó fue el apartado “alergias”, que si era “positivo” llevaba a la consideración del paciente como NO APTO.
5. Actualmente, aunque se registran todas las alergias en el apartado de observaciones, solo se contemplan las alergias al látex y a los anestésicos locales, como criterio para valoración por Anestesiología.
6. Cuestionario VAR final: consta de 13 preguntas de respuesta dicotómica (sí/no) y un apartado para alergias a medicamentos, látex y alimentos, además de una sección para anotar observaciones. En caso de ser todas las respuestas negativas, el cuestionario es considerado como APTO y se dan indicaciones preoperatorias, además de crear un informe de consulta en la historia clínica del paciente, el cual puede ser consultado ante cualquier duda, en caso contrario, si alguna respuesta es positiva, el resultado será NO APTO, y el paciente sería derivado a la consulta de Anestesia para ser valorado.

Resultados: Se evaluaron mediante el cuestionario VAR a 601 pacientes que iban a ser intervenidos de cataratas con anestesia tópica desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de marzo de 2023. De ellos, un total de 215 pacientes (35,77 %) fueron considerados NO APTOS, mientras que 331 pacientes (55,07 %) obtuvieron el APTO. Tan solo 40 pacientes

(6,65 %) no contestaron a la llamada telefónica para realizar la valoración y 16 pacientes (2,66 %) estaban mal citados, ya fuera por tema administrativo o por indicaciones anestésicas diferentes a las previstas en la consulta.

De los 215 pacientes NO APTOS, se han analizado los motivos por los que no han sido considerados candidatos a poder ser intervenidos sin ser valorados previamente por el Servicio de Anestesia. Fruto de este análisis se ha sabido que 39 (18,3 %) eran diabéticos en tratamiento con insulina, 38 (17,97 %) presentaban alergias (látex y anestésicos locales), 16 (7,44 %) por peso mayor de 100 kg, por comorbilidad cardiaca 78 (36,27 %), por respiratoria 30 (13,94 %) y 14 (6,51 %) por otros motivos. Cabe destacar que el mayor número de NO APTOS, son pacientes con problemas cardiacos.

Tras el estudio de pilotaje realizado, se obtuvieron como resultados porcentajes similares de aptos y no aptos. Cabe destacar que, durante las 4 primeras consultas, el cuestionario aún contenía la posibilidad que el paciente eligiera ser atendido por un anestesista o una enfermera. A raíz de este cambio se observó un ligero incremento del número de aptos.

Conclusiones: En conclusión, el circuito de Enfermería VAR se ha posicionado como un procedimiento ágil, factible y seguro en la preparación de la persona que va a ser sometida a cirugía de catarata bajo anestesia tópica, con resultados similares al formato de preparación previo.

Todo esto se puede comprobar, dado que desde noviembre de 2022, que se obtuvo el visto bueno por parte de la Dirección del Hospital Universitario Virgen del Rocío para la puesta en marcha del protocolo VAR, se comenzó a intervenir pacientes valorados en esta consulta.

Palabras clave: Enfermería, valoración, catarata, anestesia tópica.

GESTIÓN Y CALIDAD

O-20 VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA ESCALA NET PROMOTER SCORE (NPS)

M. Alonso García, M.J. Castillo Fe, S Villar Riu, E Quirós Higuera, J.L. Porrero Carro
Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Objetivos: Medir la satisfacción de los pacientes operados en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en el servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo de nuestro hospital, con una herramienta poco convencional en Unidades de Cirugía sin Ingreso pero por el contrario muy utilizada en el ámbito de la empresa privada, como es el Net Promoter Score (NPS).

Métodos: El Net Promoter Score (NPS) es una herramienta que nos permite valorar la satisfacción del cliente con una sola pregunta, dándonos un indicador de crecimiento de la empresa o del producto. El NPS evalúa el grado en que una persona, o en este caso un paciente recomendaría tu servicio, a un familiar o amigo, convirtiéndose pues en un vehículo de marketing de tu empresa (hospital).

El NPS funciona con una pregunta que se contesta con una escala del 0 al 10 como la siguiente: del 0 al 10 ¿qué probabilidad hay de que recomiendes nuestro servicio?

La interpretación de los resultados se realiza de la siguiente manera:

- Detractores: Los que han puntuado del 0-6. Son pacientes descontentos que no recomendarían tu servicio a sus conocidos.
- Pasivos: Los que puntúan 7-8. Es poco probable que recomienden tu compañía.
- Promotores: Los que puntúan 9-10 y que recomendarán tu servicio.

A la pregunta básica de la encuesta, se le puede añadir una o dos más de texto libre para conocer en qué hemos fallado y en qué podemos mejorar.

En nuestro hospital se realizó esta encuesta desde abril a diciembre de 2022 a todos los pacientes intervenido en régimen de CMA mediante un SMS a su teléfono móvil.

Resultados: De los 509 pacientes intervenidos como CMA respondieron al SMS 385. De ellos el 3,6 % puntuó su experiencia de 0-6, es decir detractores, el 12,2 % entre 7-8 (pasivos) y un 84,2 % puntuó un 9-10, promotores. Si apli-

camos la fórmula para calcular el NPS, éste es de un 81 % lo que nos posiciona en un grado de satisfacción excelente.

A la pregunta básica de la encuesta, nosotros añadimos alguna más de texto libre para valorar en qué deberíamos mejorar, y de estas preguntas concluimos que las áreas de mejora son principalmente dos: la información postoperatoria y el tiempo de espera desde que se les cita hasta que son llamados para subir a quirófano.

Por último, señalar que también se han detectado ciertas incongruencias entre la puntuación y los comentarios realizados, es decir que hay pacientes muy agradecidos, que por el contrario, la puntuación dada ha sido de 7-8. De esto podemos aprender que quizá haya que mandar junto con la encuesta una breve explicación de lo que significan las diferentes puntuaciones.

Conclusiones: La NPS es una herramienta muy sencilla para valorar la satisfacción de nuestros pacientes.

Añadiendo una o dos preguntas más de texto libre puedes averiguar cómo puedes mejorar la experiencia de los pacientes.

Sirve para comparar resultados con otras unidades similares de tu entorno.

Palabras clave: Satisfacción, Encuesta, NPS.

O-21 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA SEGURIDAD Y CALIDAD EN CMA

F. Almoguera González, F. Aguilar del Castillo, C. Marín, M. J. Tamayo, F. Docobo, F. J. Padillo Ruiz
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: La Cirugía Mayor Ambulatoria es un régimen de intervención quirúrgica sin pernoctación hospitalaria que es cada vez más utilizado en nuestros días, aumentando cada vez más la complejidad de los procedimientos realizados. La literatura muestra que la seguridad y la calidad de la atención es similar a la cirugía tradicional con ingreso, siendo superior en términos de costo-eficiencia. Por ello, el objetivo de este estudio es el análisis de la calidad y la seguridad de los pacientes intervenidos en CMA en nuestro centro.

Métodos: Se realiza un estudio observacional transversal prospectivo, para ello se diseña un estudio con la aplicación de un cuestionario para medir la percepción de la calidad y

seguridad, así como la satisfacción alcanzada con atención recibida a dos grupos de diferentes de pacientes intervenidos en 2 periodos diferentes de tiempo.

En el primer grupo se realizó una encuesta autoadministrada entregándose el cuestionario en la sala de recuperación tras la intervención.

El segundo grupo es sometido al mismo modelo de cuestionario a través de encuesta dirigida vía telefónica un mes después de la intervención. El cuestionario se compone de 26 preguntas para analizar 5 dimensiones: accesibilidad, confortabilidad, garantía, personalización y seguridad. Los ítems de la encuesta se puntuaron del 1-10 clasificándose en tres grupos: valoración baja (0-4), intermedia (5-7) y alta (8-10).

7290 pacientes intervenidos en régimen de CMA de Cirugía General, ORL, Oftalmología y Traumatología en el periodo 2011-12.

Resultados: En el grupo I se obtuvieron un 56 % de cuestionarios válidos. El 55 % de los encuestados fueron varones con una edad media de 48,96 años.

La accesibilidad, confortabilidad y personalización del servicio fue puntuada como alta por el 54,7 %, 55,1 % y el 72 % respectivamente. En términos de garantía y seguridad la valoración fue alta para el 74,8 % y el 78,8 %, respectivamente. En resumen, la satisfacción fue alta para el 87,4 % en este grupo.

Un 64 % de los encuestados consideran nuestra unidad similar a otro centro en término de fidelidad, siendo recomendable para un familiar en un 85 %. En el apartado de propuesta de mejora el 49,5 % no expresaron respuesta, sin embargo, entre las respuestas destacamos que el 24,7 % expresan necesidad de mejorar las instalaciones.

En el grupo II se obtuvieron un 55 % de cuestionarios válidos. El 47 % de los encuestados son hombres con una media de edad de 50,44 años.

La accesibilidad, confortabilidad y personalización del servicio fue puntuada como alta por el 58,2 %, 59,5 % y el 74,6 % respectivamente. En términos de garantía y seguridad la valoración fue alta para el 76,6 % y el 79,3 %, respectivamente. En resumen, la satisfacción fue alta para el 86,3 % en este grupo.

El 68 % de los encuestados que nuestro centro de CMA es igual que otros centros conocidos, siendo recomendable para un familiar en un 91 %. En el apartado de propuesta

de mejora el 37,1 % no expresaron respuesta, sin embargo, entre las respuestas destacamos que el 39,4 % expresan la necesidad de mejorar las instalaciones.

Si analizamos la relación entre la percepción de la calidad y la seguridad y la satisfacción realizando una correlación Rho de Spearman obtenemos un resultado de 0,837 (relación fuerte).

Las puntuaciones del servicio de garantía, personalización y seguridad tenían una correlación fuerte (coeficiente Rho Spearman > 0,8), sin embargo, la accesibilidad y la confortabilidad obtienen un coeficiente Rho Spearman intermedio.

Conclusiones:

- La calidad percibida por los usuarios de CMA fue elevada para más de la mitad de los mismos, tanto en el momento del alta como a los treinta días de la intervención.
- La percepción de seguridad de los usuarios de CMA fue alta para la más de dos terceras partes de los mismos, tanto en el momento del alta como a los 30 días de la intervención.
- La satisfacción de los usuarios de CMA fue alta para más del 80 % de los mismos en el momento del alta y al mes de la intervención.
- Las dimensiones servicio personalizado, servicio de garantía y percepción de seguridad ejercieron mayor influencia sobre la satisfacción con la atención recibida que las dimensiones servicio accesible y servicio confortable.

Palabras clave: CMA, dimensiones, seguridad, accesibilidad.

O-22 DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES EN CMA SEGURIDAD Y CALIDAD PERCIBIDAS EN CMA

F. Almoguera González, F. Aguilar del Castillo, C. Marín, M. J. Tamayo, F. Docobo, F. J. Padillo Ruiz
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: El objetivo de este estudio consiste en la detección de efectos adversos en paciente intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria, así como la seguridad y calidad percibidas por los pacientes.

Métodos: Se realiza un estudio observacional transversal prospectivo. Se diseña un estudio con el uso de un cuestionario para medir la percepción de la calidad y seguridad, así

como la satisfacción alcanzada con atención recibida a dos grupos (Fase I y II) de diferentes de pacientes intervenidos en 2 periodos diferentes de tiempo. El primero realizando la encuesta en la sala de recuperación y el segundo un mes tras la intervención quirúrgica. En la fase III del estudio se realiza un examen de las historias clínicas de los pacientes encuestado en la fase II (registrándose eventos adversos e incidentes relacionados con la atención recibida, factores de riesgo y antecedentes médicos de los pacientes e intervenciones quirúrgica a los que fueron sometidos).

La población a estudio es de 7290 pacientes intervenidos en régimen de CMA de Cirugía General, ORL, Oftalmología y Traumatología en el periodo 2011-12.

Resultados: En el análisis de las variables demográficas (sexo, edad, nivel de estudio) no se han obtenido diferencias significativas.

Al analizar los resultados del cuestionario en el grupo I y II se han obtenidos diferencias significativas en “tiempo de espera en la consulta” y “la valoración de la intimidad en el hospital” con una valoración mayor en el grupo II estadísticamente significativa (0,01) con corrección de Bonferroni.

Se compararon las valoraciones de calidad de cada una de las dimensiones y de la puntuación total de la percepción de calidad y seguridad entre los dos grupos del estudio mediante el test de U de Mann-Whitney. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las valoraciones de las dimensiones servicio accesible, servicio confortable, servicio de garantía, servicio personalizado ni percepción de seguridad, así como el valor suma de todas ellas (calidad percibida) de los encuestados en el grupo I respecto a los encuestados en el grupo II.

En relación con las preguntas relacionadas con la dimensión fidelidad, se encontraron diferencias significativas en relación a la valoración del centro donde se hizo el estudio en relación a otros que conozca, siendo mejor en el grupo I (23 %), frente al grupo II (14 %) (< 0,01 con corrección de Bonferroni).

En cuanto a la recomendación a un familiar, fueron estadísticamente significativas las diferencias entre ambos grupos (respuesta afirmativa en el 94 % en grupo I frente 88 % en grupo II) y respuesta negativa 12 % en grupo I y 6 % en grupo II.

Con respecto a la fase III del estudio, al realizar un análisis de los eventos adversos encontramos que el 86 % de los pacientes intervenidos no presentan ninguna complicación. En el 14 % de los casos se encontraron eventos adversos

(dolor infección sitio quirúrgico, reintervención y complicaciones anestésicas).

- Dolor postoperatorio: 24 (8 %) pacientes, requiriendo 1 (0,33 %) de ellos atención en servicios de Urgencias.
- Infección en el sitio quirúrgico: 4 (1,3 %) pacientes, requiriendo 1 (0,33 %) asociar el drenaje del absceso.
- Sangrado: 6 pacientes (2 %). Al analizar por patologías, 3 (1 %) tuvieron un sangrado tras intervenciones otorrinolaringológica, 2 (0,67 %) tras cirugía sinus pilonidal y 1 (0,33 %) tras cirugía hallux valgus.
- Reintervenciones: 2 (0,67 %) pacientes por cirugía de sinus pilonidal sangrante y absceso de herida.
- Complicaciones anestésicas: 2 (1 %) casos de cefalea postural tras anestesia raquídea, 1 (0,33 %) caso de cefalea tras anestesia general y 1 (0,33 %) retención urinaria tras anestesia raquídea.
- Otros eventos adversos: 13 (4,3 %). 3 casos (1 %) de edema postoperatorio, 2 (0,67 %) pacientes con parestesias, 2 (0,67 %) seroma, 2 (0,67 %) edemas laríngeos, 1 (0,3 %) hematoma, 1 (0,3 %) perforación del septo nasal, 1 (0,3 %) necrosis parcial del dedo, 1 (0,3 %) brote de colitis ulcerosa.

En el análisis descriptivo de los incidentes se ha encontrado lo siguiente:

- 6 (2 %) errores o ausencia de lateralidad en hoja quirúrgica, 25 (8,4 %) errores o ausencia de lateralidad en hoja anestésica, 15 (5 %) errores o ausencia de lateralidad en informe de alta.
- 15 pacientes (5 %) tuvieron que asistir a urgencias.
- 3 (1 %) requirieron ingreso: 1 (0,33 %) por una hemorragia postamigdalectomía, 2 (0,67 %) tras cirugía de hallux valgus uno por complicación posquirúrgica y el segundo por brote de colitis ulcerosa.
- No se han registrado fallecimientos en la serie analizada.

Conclusiones:

- En nuestra serie presentamos un menor índice de dolor posoperatorio respecto a literatura, sin embargo, el porcentaje de efectos adversos es superior.
- El índice de reintervención es superior al descrito en la literatura, por otra parte, las complicaciones anestésicas tienen una tasa muy inferior.
- Por lo cual, podemos concluir que la CMA se asocia a bajas tasas de morbilidad y mortalidad constituyendo un procedimiento seguro.

Palabras clave: Evento adverso, calidad, incidentes.

O-23 ¿ES NECESARIA LA CREACIÓN DE UNA NUEVA GUÍA DE RECOMENDACIONES EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN ESPAÑA? ¿ES POSIBLE EL BENCHMARKING EN EL MOMENTO ACTUAL?

L. Vives Piqueres, A. Nicolau Gozalbo

Hospital Universitario de La Plana. Villarreal, Castellón

Objetivos: Justificar la necesidad de una nueva Guía de Recomendaciones en CMA a nivel nacional, que comparta la situación actual de esta y sirva de guía, tanto para el desarrollo de nuevas unidades como para la gestión de las ya vigentes.

Métodos:

Búsqueda de información sobre la situación CMA desde 2006 a la actualidad mediante: 1).

Información publicado por el Ministerio de Sanidad (1-3), 2) búsqueda en PubMed de 2006 a abril 2023 con combinaciones de palabras en MESH como “quality indicators AND ambulatory surgery”, “quality indicators AND day surgery”, “quality indicators AND outpatient surgery”, “ambulatory surgery AND standards”, 3) principales manuscritos a nivel nacional (4,5) en CMA internacional (6), 4) Clasificaciones CIE-9, 10 y 11 así como consulta de los grupos GRD desde 2008 a la actualidad (7).

Conclusiones: De la bibliografía analizada se extrae:

- Se define la Cirugía Mayor Ambulatoria como aquella con alta el día de la intervención, diferenciándose claramente del concepto “ingreso 23 horas” (8-11).
- La práctica de CMA tanto a nivel nacional como internacional se realiza en centros de muy diversos tipos (privados, públicos, centros con dedicación exclusiva a CMA, unidades integradas parcialmente al hospital, unidades integradas pero con un circuito independiente...) (4).
- Por otro lado, la International Association of Ambulatory Surgery (IAAS) propugna la utilización de estándares universales para todas las UCMA (6), mientras sociedades nacionales difieren en los indicadores de calidad (American Society of Anesthesiologists, ASECEMA y la sociedad portuguesa) (10,12,13).

A estas dificultades se suma la escasa información disponible acerca de los valores de referencia estándar tanto a nivel nacional como internacional. En España y Portugal, en concreto, se ofrece una lista detallada de indicadores a registrar pero no se conoce el estado de cada indicador a

nivel nacional ni se han establecido valores de referencia (para indicadores clave como tasa de suspensiones, cancelaciones, tasa de ingresos y reingresos) (10).

Todo ello dificulta la realización de benchmarking en las UCMA y se limitan en muchas ocasiones al control evolutivo de los indicadores propios que se considere (15).

Así pues, parece necesaria por varias razones una guía actualizada que sustituya a la vigente desde 2008 en España: Los cambios en la CIE y los AP-GRD, así como los avances tecnológicos dejan obsoleto el anterior listado de diagnósticos. Se han duplicado el número de indicadores y podría ser conveniente para poder compararnos la inclusión de valores estándar para los principales. Dada la diversidad de UCMAS, podría ser que los indicadores de eficiencia como Tasa ambulatorización e índice de Sustitución difieran entre ellas y puede ser conveniente focalizar la mejora en indicadores de calidad percibida y científico-técnica (satisfacción, reclamaciones, cancelaciones, suspensiones, ingresos, reingresos, EVA, complicaciones...)

Bibliografía:

1. icmbd.sanidad.gob.es/icmbd/login-success.do
2. inclasns.sanidad.gob.es
3. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdAnteriores.htm>
4. Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
5. Aranz-Andrés J M, Ivorra-Muñoz F, Compañ-Rosique A F. La calidad de la asistencia en Cirugía Mayor Ambulatoria. Eficiencia de la Asistencia. Ed. WIN2WIN WORLDWIDE 2015
6. Lemos P, Regalado A M. Patient Outcomes and Clinical Indicators for Ambulatory Surgery. En Textbook - Day Surgery 2006. Disponible en <https://theiaas.net/textbook-day-surgery-development-practice>
7. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdAnteriores.htm>
8. Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery. Guidelines for day-case surgery 2019. *Anaesthesia* 2019;74:778-92.
9. Philip B.K. Day case surgery: The United States Model of Health Care. *Ambulatory Surgery* 2012;17(4).
10. Nunes J S, Gomes R, Povo A, ALVES E C. Quality Indicators in Ambulatory Surgery. *Acta Med Port.* 2018;31(7-8):425-30.
11. Castoro C, Bertinato L, Baccaglioni U. Policy Brief, day surgery: making it happen. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies. 2007. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107831>
12. <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/statement-on-outcome-indicators-for-office-based-and-ambulatory-surgery> Octubre 2022
13. [www.asecma.org/Documentos/Blog/NUEVA %20PROPUESTA %20INDICADORES %20CALIDAD.pdf](http://www.asecma.org/Documentos/Blog/NUEVA%20PROPUESTA%20INDICADORES%20CALIDAD.pdf)
14. Jevtovic-Todorovic V. Standards of care for ambulatory surgery. *Minerva Anestesiol.* 2006;72:13-20.
15. Rodríguez M, Porrero J L, Aranz J M, Castillo M J, Alonso M T, Sánchez-Cabezudo C. Análisis comparativo de indicadores de eficiencia en cirugía mayor ambulatoria. *Gac Sanit.* 32(5):473-6.

Palabras clave: Indicador calidad, cirugía mayor ambulatoria.

O-24 PROCESO ASISTENCIAL DE LA HERNIOPLASTIA INGUINAL Y PRIMARIA DE LÍNEA MEDIA. ¿QUÉ OFRECEMOS A NUESTROS PACIENTES?

A. Sánchez Arco, C. Galera Ródenas, I. Roldán Ortiz, M. C. Montes Osuna, J. D. Turiño-Luque, A. Mansilla Roselló

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Conocer la duración del proceso de la hernioplastia inguinal o de línea media primaria en nuestra unidad de pared abdominal, desde la inclusión en lista de espera quirúrgica (ILEQ) hasta el alta a centro de salud, el cumplimiento del Decreto de Garantía (DG 209/2001 de 18 de septiembre) e identificación de zonas de debilidad.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de hernia inguinal y línea media primaria en nuestra unidad de pared desde su creación en marzo de 2019 hasta febrero de 2023.

Se registraron: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), riesgo anestésico (ASA), fecha de ILEQ, fecha de la cirugía, fecha de alta y revisión en primera consulta y sucesivas hasta finalización del proceso. Además motivo de ILEQ y procedimiento propuesto, así como régimen de intervención y centro (Unidad de Cirugía de Alta Resolución-UCAR-, Hospital -H-). Se establecieron 3 grupos de pacientes según el DG: A 120 días (hernia inguinal), B 180 días (hernia de línea media), C sin garantía (cirugía laparoscópica de la hernia).

Se empleó el programa PSPP para el registro y análisis de datos, estableciéndose como significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados: Durante el periodo de estudio se intervinieron un total de 736 pacientes.

El 68,8 % (n = 506) fueron programados en régimen ambulatorio, frente a 230 en régimen de ingreso o corta estancia. 368 pacientes tenían un Decreto de Garantía (DG) de 120 días (50 %), en 109 casos era de 180 días (14,8 %) y los restantes 258 (35,1 %) carecían de ella.

Los principales diagnósticos fueron: hernia inguinal (uni/bilateral) 623 (84,7 %), hernia línea media 110 (14,9 %), Complicación del injerto 3 (0,4 %). Los códigos de procedimiento fueron: hernioplastia inguinal no laparoscópica 365 (49,6 %), hernioplastia inguinal laparoscópica 258 (35,1 %), hernioplastia línea media 109 (14,8 %), otros 4 (0,5 %).

El tiempo medio de espera para intervención quirúrgica se situó en 206,96 días (DS \pm 109,948: Rango 7-797). En el caso de pacientes del Grupo A este tiempo fue de 202,74 días (DS \pm 113,403: Rango 7-776), Grupo B el tiempo de espera fue de 224,21 días (DS \pm 127,083: Rango 9-655), Grupo C el tiempo de espera alcanzó los 205,68 días (DS \pm 96,082: Rango 14-797), no siendo estas diferencias significativas entre grupos (A vs. B 180 $p = 0,092$, A vs. C $p = 0,728$, B vs. C $p = 0,174$), aunque inferiores en el Grupo C.

Al comparar centro de intervención (UCAR/H) por grupo encontramos: Grupo C UCAR 74,8 % (n = 193) vs. Grupo A 49,7 % (n = 183) ($p < 0,001$), Grupo C vs. Grupo B 65,1 % (n = 71) ($p = 0,059$), Grupo A vs. Grupo B ($p = 0,007$). Por régimen de intervención (Ambulatorio/Ingreso) encontramos: Grupo C CMA 75,3 % (n = 195) vs. Grupo A 62,5 % (n = 230) ($p = 0,001$), Grupo C vs. Grupo B 74,3 % (n = 81) ($p = 0,843$), Grupo A vs. Grupo B ($p = 0,023$).

Estudiamos las diferencias entre las características de los pacientes

Edad en años: Grupo A 63,91 (DS \pm 15,42), Grupo B 56,35 (DS \pm 13,794), Grupo C 51,4 (DS \pm 12,155).

IMC en kg/m² Grupo A 26,55 (DS \pm 4,167), Grupo B 29,55 (DS \pm 4,624), Grupo C 25,37 (DS \pm 3,393).

ASA media: Grupo A 2,22 (DS \pm 812), Grupo B 2,83 (DS \pm 0,678), Grupo C 1,51 (DS \pm 0,56).

El análisis comparativo de estas variables entre los diferentes grupos fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$), salvo al comparar edad media de B vs. C que fue $p = 0,001$.

Tras el alta los pacientes fueron revisados en consulta de media a los 60,77 días (DS \pm 33,669), siendo la duración global del proceso hasta el alta definitiva del paciente de 287,94 días (DS \pm 126,335, rango 31-964). Por grupos encontramos:

1ª revisión consulta días: Grupo A 61,34 (DS \pm 37,542), Grupo B 56,71 (DS \pm 27,877), Grupo C 61,61 (DS \pm 29,979).

Duración global del proceso en días: Grupo A 281,94 (DS \pm 127,565), Grupo B 280,96 (DS \pm 124,918), Grupo C 300,26 (DS \pm 124,875).

En ninguna de las dos variables anteriores se encontraron diferencias estadísticamente significativas al lleva a cabo las diferentes combinaciones entre grupos ($p > 0,05$).

Conclusión: Pese a la existencia de periodos de garantía para la realización de los diferentes procedimientos, la limitación de intervenciones en hospital, favorece un acortamiento en los plazos de aquellos procesos que carecen de garantía (cirugía laparoscópica de la hernia) que se realizan en régimen ambulatorio y en la UCAR, si bien las diferencias no son significativas. Esto dificulta la intervención precoz de pacientes “vulnerables” (mayor edad y riesgo anestésico) de forma significativa. Si bien, el proceso global no muestra diferencias por grupos, aunque son necesarias medidas para atajar la espera de los citados pacientes.

Palabras clave: Decreto garantía, Unidad de alta resolución, hernia inguinal, laparoscopia.

O-25 LICHTENSTEIN VS. TEP: ¿DÓNDE OBTENGO MEJORES RESULTADOS DE CALIDAD?

P. Díaz Ríos, I. Roldán Ortiz, A. Sánchez Arco, C. Acosta Gallardo, J. D. Turiño Luque, A. Mansilla Roselló
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Comparar los principales índices de calidad en el proceso de la hernia inguinal según el procedimiento quirúrgico empleado.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestro centro desde marzo de 2019 hasta enero de 2023.

Se registraron las siguientes variables del perioperatorio (régimen de intervención –CMA o ingreso–, lugar de intervención –UCAR u Hospital–), aspectos postoperatorios (urgencias 30 días, pernocta no planificada, tasa de recidiva). Se subdividieron los pacientes en base al tipo de intervención: TEP vs. Lichtenstein (LIC) para el estudio de los indicadores de calidad.

Se empleó el programa PSPP para el registro y análisis de datos, considerando significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados: Durante el periodo del estudio se intervinieron un total de 596 pacientes con una edad media de 58,49 años (rango 17-90), predominio del sexo masculino 86,9 % (n = 519), con 26,02 kg/m² (DS ± 3,822) (rango 16,61-40,79), el grado ASA por orden de frecuencia fue: II 254 (42,6 %), I 204 (34,2 %), III 122 (20,5 %), IV 13 (2,2 %).

El régimen inicial de manejo de los pacientes fue ambulatorio en 409 casos (68,6 %), interviniéndose en la UCAR

mayoritariamente (61,1 %, n = 364). El tiempo medio de espera para la intervención fue de 204,76 días (DS ± 106,995, rango 7-797).

Hernia inguinal unilateral primaria 72,7 % (n = 434), hernia inguinal bilateral primaria 18,8 % (n = 112), hernia crural primaria 2,7 % (n = 16), hernia inguinal recurrente 6,7 % (n = 34). El 65,4 % de los procedimientos se realizaron bajo anestesia general (n = 390), seguida de anestesia intradural en el 30,2 % (n = 180), mascarilla laríngea en el 3 % (n = 18) y local + sedación en el 1 % (n = 6). El procedimiento se realizó por cirugía laparoscópica en el 58,7 % (n = 350), con una tasa de conversión del 2,82 % (n = 8).

Se administró profilaxis antibiótica en el 33,2 % de los pacientes (n = 198). El tiempo quirúrgico medio fue de 63,76 min (12-190).

La duración media del ingreso en días fue de 0,64 (DS ± 1,99) (rango 0-42), siendo el índice de sustitución del 54,3 % (n = 323) y la tasa de pernocta no planificada del 33,6 % (n = 137). Las principales causas de PNP fueron por orden de frecuencia: Quirófano de tarde 19,7 % (n = 25), dolor 9,4 % (n = 12), intolerancia digestiva 8,5 % (n = 11).

La edad media de los pacientes del TEP fue de 51,71 años vs. los 68,02 años del LIC ($p < 0,001$), el promedio del grado ASA de los pacientes TEP fue de 1,51 vs. el 2,46 del LIC ($p < 0,001$).

El dolor postoperatorio (EVA) en las primeras 24 horas fue 3,48 para el grupo LIC vs. 3,36 para el TEP ($p = 0,779$) y en la revisión en consulta 0,73 para LIC vs. 0,89 para TEP ($p = 0,564$).

La estancia media para los pacientes del grupo LIC fue de 0,95 vs. 0,42 del TEP ($p = 0,001$). La tasa de PNP para el grupo LIC fue del 50,3 % frente al 24,2 % del grupo TEP ($p < 0,001$). El índice de sustitución por grupos de estudio fue del 41,3 % para el grupo LIC vs. el 63, % del TEP ($p < 0,001$).

La asistencia a urgencias tras la intervención se produjo de media a los 7,68 días en el grupo LIC vs. los 9,04 del TEP ($p = 0,302$), el 20,6 % de los pacientes (n = 51) del grupo LIC acude a urgencias en el primer mes vs. el 12,7 % (n = 44) del grupo TEP ($p = 0,01$).

El tiempo medio de recidiva en días tras la intervención fue de 255,14 para el LIC vs. 175,7 para el LIC ($p = 0,225$). La tasa de recidiva del LIC fue del 2,4 % (n = 6) vs. el 3,3 % del TEP (n = 11) ($p = 0,555$).

Conclusión: Si bien la técnica laparoscópica mejora la estancia media, el índice de sustitución, disminuye la PNP y la asistencia a urgencias, sin embargo, el Lichtenstein tiene menor tasa de recurrencia (aunque no significativa) y ambos tiene el mismo grado de dolor tanto en el postoperatorio inmediato como a la revisión.

Palabras clave: Índices de calidad, lichtenstein, TEP, hernia inguinal.

O-26 ¿ES EFICIENTE OPERARSE EN NUESTRO CONCIERTO DE HERNIAS DE LA LÍNEA MEDIA PARA NUESTRO SISTEMA PÚBLICO DE SALUD?

C. Acosta Gallardo, J. D. Turiño Luque, C. Galera Ródenas, P. Díaz Ríos, A. Vilchez Rabelo, A. Mansilla Roselló

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Comparar los resultados obtenidos por los centros concertados con nuestro hospital para gestión de LEQ en pacientes intervenidos de hernia de línea media.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos durante el año 2021 en nuestro centro concertado (CC). Como grupo control (GC) se evaluó los pacientes intervenidos en nuestro centro con los mismos códigos de diagnóstico y procedimiento.

Registro de datos: edad, sexo, riesgo anestésico (ASA), índice de masa corporal (IMC), diagnóstico, procedimiento propuesto, asistencia a urgencias, asistencia en nuestras consultas, resultado revisión consulta.

Se realizó el registro en el programa PSPP así como el análisis estadístico, estableciéndose como valor de significación $p < 0,05$.

Resultados: Durante el periodo de estudio se intervinieron un total de 166 pacientes 82 en el centro concertado (49,4 %). A continuación se muestran los resultados epidemiológicos de cada grupo:

- Edad media años: CC 51,58 (DS \pm 14,072), GC 61,35 (DS \pm 15,013) $p < 0,001$.
- Sexo (H/M): CC 43/39, GC 57/27 $p = 0,042$.
- IMC kg/m²: CC 29,8 (DS \pm 5,126), GC 29,88 (DS \pm 5,351) $p = 0,934$.

– ASA: CC 1,8 (DS \pm 0,567), GC 2,71 (DS \pm 0,815) $p > 0,001$.

– Tiempo de espera para la intervención quirúrgica CC 160,81 (DS \pm 99,88) GC 225,80 (DS \pm 134,463) $p < 0,001$.

Las características de las patologías eran: Hernia primaria línea media CC 61 % (n = 50) vs. GC 73,8 % (n = 62), eventración CC 39 % (n = 32) vs. GC 26,2 % (n = 22), no siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,078$).

En base al diámetro transversal de la hernia el CC el 69,4 % (n = 34) el anillo era inferior a los 4 cm frente al GC del 62,5 % (n=20), oscilaba entre 4 y 10 cms en el 30,6 % (n=15) de los pacientes del CC, frente al 21,9 % (n = 7) del GC, sin embargo hernias con diámetro superior a 10 cm tan solo se encontraron en el GC en el 15,6 % (n = 5), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,015$).

La totalidad de las hernias intervenidas en el concierto no habían sido reparadas con anterioridad mientras que en el GC 9 de las hernias habían sido intervenidas ya en al menos 1 ocasión ($p = 0,006$).

La necesidad de acudir a urgencias tras la intervención presentó la misma incidencia en ambos grupos con un 11 % (n = 9) en el CC frente al 10,7 % (n = 9) del GC ($p = 0,957$).

26 de los pacientes intervenidos en el CC (31,7 %) acudieron con el paso del tiempo a nuestro centro solicitando revisión. En 18 de ellos se detectó recidiva herniaria (21,9 %) frente a 2 pacientes con recidiva en el GC (2,4 %) siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

El tiempo transcurrido entre la intervención y el diagnóstico de la recidiva para el CC se situó en 341 días (DS \pm 99,88) frente a los 451,5 días (DS \pm 132,228) del GC no siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,165$).

Conclusión: La intervención de patología de la línea media en nuestro centro concertado, mejora el tiempo de espera quirúrgico, pero lamentablemente los resultados a medio plazo son significativamente peores ($p < 0,001$) en cuanto a tasa de recidivas, pese a la a priori menor complejidad de las mismas.

Palabras clave: Hernia línea media, concierto, eficiente.

RESÚMENES DE COMUNICACIONES PÓSTERES

ANESTESIA

P-001 EL ULTRASONIDO COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA SEGURIDAD DE LA HEMITIROIDECTOMÍA AMBULATORIA

L. Madrid Vázquez, O. Montero Saiz, I. Aguado La Iglesia, L. Aragonés Quintanero, C. Ibáñez Lorente, L. Muñoz Alameda

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Objetivos: La hemitiroidectomía es ampliamente realizada de manera ambulatoria desde hace años en nuestro centro, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Sin embargo, no está exenta de complicaciones mortales en el postoperatorio inmediato como sangrado e insuficiencia respiratoria.

Con una evaluación ecográfica a pie de cama antes y tras la cirugía (POCUS) se pueden prevenir eventos críticos amenazantes para la vida.

Presentamos un estudio piloto de diez pacientes para evaluar la utilidad y dificultad a la hora de realizar una ecografía de vía aérea en la unidad de cirugía mayor ambulatoria para mejorar la seguridad y la satisfacción de los pacientes sometidos a esta cirugía.

Métodos: Se escogieron 10 pacientes programados para hemitiroidectomía ambulatoria.

En la sala de preanestesia se realizó listado de comprobación quirúrgica por parte del equipo (enfermería, anestesia y cirugía) y se realizó la colocación de una vía venosa periférica. Se monitorizó presión arterial no invasiva y pulsioximetría basal en todos los pacientes.

Se preguntó sobre síntomas respiratorias como disnea y estridor, y se llevó a cabo una evaluación ecográfica a pie de cama (POCUS): tamaño de glándula tiroides y movilidad de cuerdas vocales.

Se indujo la anestesia general con fármacos convencionales en quirófano. Se monitorizó el nervio laríngeo recurrente a través del tubo endotraqueal. Una vez finalizada la cirugía y en aquellos pacientes que lo precisaron se revirtió la relajación neuromuscular.

Traslado y monitorización de pacientes en URPA. Se realizó nueva ecografía a pie de cama 15 minutos después de la llegada a URPA, o en caso de disnea, desaturación, así como 20 minutos antes del alta a domicilio.

A las dos horas de estancia en URPA se inició tolerancia. A las cuatro horas de estancia si cumplían criterios de Aldrete se procedía al alta.

Duración del estudio por paciente preoperatorio: 2 minutos

Duración del estudio por paciente postoperatorio: 4 minutos (2 veces)

Dificultad técnica: fácil.

La tasa de hematoma: 0 de 10 pacientes.

La tasa de estridor: 1 de 10 pacientes.

La tasa de disnea: 1 de 10 pacientes.

La movilidad de las cuerdas vocales se comprobó solicitando una maniobra de Valsalva seguida de una profunda inspiración para ver la completa aducción seguida de una completa abducción de las cuerdas vocales.

No se objetivaron efectos secundarios en ningún paciente.

Conclusiones:

- La evaluación ecográfica a pie de cama (POCUS) de manera pre y postoperatoria en la hemitiroidectomía es una técnica fácil y rápida (no más de 5 minutos)
- Puede claramente contribuir a la mejora de la seguridad del paciente en las unidades de cirugía ambulatoria para esta cirugía.
- Permite un diagnóstico más rápido y preciso de los potenciales complicaciones como sangrado o parálisis de cuerdas vocales, ayudando a monitorizarlas y tratarlas cuando precisen.

Palabras clave: Hemitiroidectomía, cuerdas vocales, ecografía, cirugía ambulatoria.

P-002 ANESTESIA SUBARACNOIDEA CON DOSIS MÍNIMAS DE BUPIVACAÍNA EN HERNIORRAFIA INGUINAL EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

J. Arroyo Molina¹, C. Martínez Torres², J. M. Pérez de Tudela², A. Marín Madrid¹, A. Olmos Nieto¹, P. Victoria Campillo¹, A. Rodríguez Archilla², J. L. López Romero¹
¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, ²Hospital Duques del Infantado. Sevilla

Objetivos: Describir un modelo en que las dosis de anestésico local con bupivacaína se pueden reducir a dosis mínimas de 3 mg, siendo suficiente esta dosis para la intervención de herniorrafia inguinal unilateral y obteniendo un bloqueo sensitivo correcto, sin llegar a realizar bloqueo motor.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo, en 13 pacientes ASA I-II que se seleccionaron para realizarles cirugía de herniorrafia inguinal unilateral en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, en régimen de cirugía mayor ambulatoria, entre marzo de 2021 y noviembre de 2022. A todos los pacientes se les realizó el estudio preoperatorio estándar y firmaron el consentimiento informado previa explicación, oral y por escrito, de la técnica anestésica que iban a recibir. Antes de entrar en quirófano los pacientes eran premedicados con ansiolíticos según protocolo de nuestra unidad. Se les aplicó anestesia subaracnoidea hiperbárica selectiva con bupivacaína al 0,5 % más fentanilo 10 µg. Para ello se administró a todos los pacientes una dosis total de bupivacaína de 3 mg en una dilución de 3 ml de volumen (suplementada esta dilución con suero fisiológico, dilución 0,1 %). El

nivel de punción se estableció en L3-L4, L4-L5. Se mantuvo a todos los pacientes en posición de trendelenburg y decúbito lateral un total de 5 minutos previo al inicio de la cirugía. Al finalizar la cirugía se realiza infiltración por planos de la zona quirúrgica con ropivacaína 100 mg (10 ml) para la analgesia postquirúrgica de larga duración. Se evaluó el grado de bloqueo motor, calidad y nivel del bloqueo sensitivo, estabilidad hemodinámica y complicaciones anestésicas.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que han entrado en el estudio tienen entre 65-75 años, son de sexo masculino, la lateralidad de la hernia fue derecha y el nivel de punción realizado fue L3-L4 en casi todos los casos.

La calidad del bloqueo sensitivo fue buena en todos los casos y el nivel sensitivo alcanzado se situó entre T10-T11. Prácticamente no existió bloqueo motor en ninguno de ellos, pudiendo ser dados de alta a su domicilio en la hora posterior a la salida de la unidad de reanimación postoperatoria (URPA). La estabilidad hemodinámica fue igual o superior al 98 %, y ningún paciente presentó complicaciones: hipotensión arterial ni retención urinaria.

Palabras clave: Herniorrafia inguinal, bupivacaína, subaracnoidea, dosis mínima.

P-003 NUESTRA SERIE DE CASOS DE HERNIOPLASTIA INGUINAL CON BLOQUEO ECOGUIADO DEL NERVILO ILIOINGUINAL E ILIOHIPOGÁSTRICO. MOTIVOS PARA LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

A. Gila Bohórquez, J. L. García Moreno, J. Gómez Menchero, J. L. Guerrero Ramírez, P. de la Herranz Guerrero, Y. Lara Fernández
 Hospital de Riotinto, Huelva

Objetivos: Corroborar los datos que aparecen en la literatura científica acerca del manejo en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA)

Métodos: Presentamos una serie de 10 casos intervenidos en un Hospital Comarcal de hernioplastia inguinal por vía anterior mediante bloqueo de los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico sin otro soporte anestésico.

Resultados: Obtuvimos en nuestra serie un EVA (escala analógica visual) de 0 en el 90 % de los casos al alta, una

sola complicación sin necesidad de reintervención (hematoma), ninguna complicación en el procedimiento anestésico y ningún reingreso. Los pacientes fueron revisados al mes sin ninguna incidencia.

Conclusiones: El bloqueo loco-regional de los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico permite una cirugía de hernia por vía anterior segura y con un alta a las pocas horas de la misma sin necesidad de ingreso, acortando aún más si cabe el alta en comparación a los pacientes con anestesia raquídea.

Palabras clave: Anestesia local, bloqueo, hernia, cirugía.

P-005 BLOQUEO DEL NERVIPO PUDENDO INTERNO Y SU ASOCIACIÓN A ANALGESIA MULTIMODAL CON ELASTÓMEROS EN EL POSTOPERATORIO DE HEMORROIDECTOMÍA EN RÉGIMEN DE CMA: ANÁLISIS DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA

P. Victoria Campillo, C. Martínez Torres, J. M. Pérez de Tudela Lope, J. M. Arroyo Molina, J. M. Caño Ruíz, M. Mallus, A. Fernández González, A. Rodríguez Archilla
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: La cirugía de hemorroides, y de la patología perianal en general, ha gozado históricamente de una mala reputación entre los pacientes por asociarse a un intenso dolor postoperatorio que genera en muchos casos un mal recuerdo de la misma.

Tanto las técnicas quirúrgicas como los métodos del control del dolor postoperatorio han evolucionado mucho en los últimos años y nos permiten poder ofertar a los pacientes que se van a someter a cirugía de hemorroides unas expectativas que nada tienen que ver con la experiencia que se ha descrito en el pasado.

Una de las novedades más recientes en los últimos años consiste en realizar, tras finalizar la hemorroidectomía, un bloqueo bilateral del nervio pudendo interno, bien sea en su tronco a nivel de la espina isquiática o bien periférico selectivamente a nivel de las ramas rectal inferior y perineal, en torno al esfínter anal externo en un margen que iría desde las 2 hasta las 10 horas en posición decúbito supino. El bloqueo típicamente se realiza con neuroestimulador para

confirmar el lugar de inyección del anestésico local, aunque también podría realizarse ecoguiado.

En nuestro centro, además, desde hace unos meses, abordamos la analgesia del postoperatorio de ciertas intervenciones a través de elastómeros que el paciente se lleva a su domicilio. El volumen del mismo siempre es de 100 ml y la velocidad de infusión es de 2 ml/h. Se pueden administrar de manera intravenosa o subcutánea y están adaptados a las características del paciente y al dolor esperado en el postoperatorio. En el siguiente cuadro se resume el protocolo que seguimos en nuestro centro con la analgesia por elastómeros:

Métodos: Por todo ello, mediante este trabajo presentamos una comparación del dolor postoperatorio en pacientes intervenidos de hemorroidectomía en régimen de CMA, reflejada en el retorno al servicio de Urgencias durante los siguientes días por dolor incontrolado, entre aquellos pacientes en los que se ha realizado el abordaje tradicional, es decir, sin bloqueo, con su analgesia postoperatoria clásica y aquellos a los que se les ha realizado un bloqueo bilateral del nervio pudendo interno con 100 mg de ropivacaína asociado además a la administración de 100 ml de analgésicos a través de un elastómero vía intravenosa o subcutánea ajustado a la intensidad del dolor. Sobre un total de 50 pacientes, 25 de cada grupo, se ha revisado si han regresado o no al servicio de Urgencias en el postoperatorio de la intervención.

Resultados: En el siguiente gráfico podemos ver los resultados. Un 8 % de los pacientes en los que no se realizó el bloqueo del nervio pudendo ni se administró analgesia con infusor en el postoperatorio retornaron al servicio de Urgencias en los siguientes días, en contraposición de lo que sucede en el otro grupo, en el que se han realizado ambas medidas, en el cual no retorna ninguno.

Conclusiones: En conclusión, el bloqueo del nervio pudendo asociado a la administración de analgésicos en el domicilio del paciente a través de infusión continua por elastómeros parece disminuir la intensidad del dolor postoperatorio en la escala visual analógica del dolor en la URPA y además disminuye la tasa de retorno al servicio de Urgencias durante los siguientes días de postoperatorio. El bloqueo pudendo debe ser, además, una maniobra obligada en los grupos que realicen cirugía de hemorroides en régimen de CMA.

Palabras clave: CMA, hemorroidectomía, bloqueo, pudendo.

P-006 CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: ALGO MÁS QUE CIRUGÍA SIN INGRESO

M. Mallus, P. Victoria Campillo, J. L. López Romero
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Presentamos el caso de una paciente mujer de 71 años, fumadora de un paquete diario durante más de 20 años e hipertensa conocida sin tratamiento, que se sometió a cirugía electiva de catarata de ojo derecho en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA), mediante técnica de facoemulsificación e implante de lente intraocular en cámara posterior de 24 dioptrías.

Métodos: La paciente ingresó el día de la intervención, presentando en planta cifras tensionales de 150/90 mmHg, tomadas en miembro superior izquierdo. En la entrevista preoperatoria el anestésista responsable no destacó patología o sintomatología distinta a la recogida en la consulta de preanestesia. La paciente acudió a quirófano y se inició monitorización no invasiva: SatO₂ en miembro superior izquierdo, ECG y TANI en miembro superior derecho. Se registraron valores tensionales que no concordaban con la TA tomada en planta: TAS de 90 mmHg y TAD de 40 mmHg, sin otras alteraciones clínicas acompañantes, ni valores alterados de SatO₂ o FC.

El anestésista entrevistó nuevamente a la paciente, la cual negaba cambio alguno en su estado de salud y refería encontrarse bien. Se decidió tomar la tensión en el miembro superior contralateral, registrando valores de TAS en torno a 150 mmHg y TAD 90 mmHg. Ante este nuevo hallazgo se exploró la paciente. La exploración física reveló un soplo aórtico y un soplo carotídeo bilateral, ninguno de los dos conocidos previamente. La exploración cardiaca, pulmonar y neurológica fue normal. Reinterrogada, refirió presentar desde hace tiempo mareos y visión borrosa bilateral, descrita como una nube oscura al agachar y levantar la cabeza, que duraba unos minutos y desaparecía espontáneamente, y que asociaba a las cataratas. No presentaba déficit sensitivo o motor al levantar el miembro superior derecho, ni otras alteraciones.

Finalmente, la intervención se desarrolló sin incidencias, bajo anestesia tópica, y el anestésista procedió a redactar una hoja de interconsulta a Cardiología de carácter preferente, con sospecha de coartación aórtica o estenosis de los troncos supra aórticos.

En el servicio de Cardiología se solicitaron diferentes pruebas:

- Ecocardiografía reglada, con hallazgos de hipertrofia del ventrículo izquierdo con fracción de eyección conservada. Signos degenerativos valvulares sin compromiso

funcional significativo y flujo aórtico sin datos de coartación.

- Doppler de troncos supra-aórticos, con los siguientes hallazgos: arteria vertebral derecha (AVD) con curva invertida y amortiguada, subclavia derecha (ASD) con curva invertida. Estenosis moderada de ASI. Arteria carótida común izquierda (ACCI) con estenosis severa por placa en bifurcación que afecta a salida de arteria carótida externa izquierda (ACEI), arteria carótida común derecha (ACCD) curva muy amortiguada. Probable oclusión/pseudocclusión de tronco braquiocefálico (TBC) con afectación hemodinámica de ACCD y ASD con fenómeno de robo continuo, compensación a través de arteria comunicante anterior (AcoA) y circulación posterior.

Finalmente, la paciente se sometió a un Angio-TC de aorta y troncos supra-aórticos que reveló una estenosis severa por una placa de ateroma del TBC a 1 cm de la salida del arco aórtico.

Es decir, que nuestra paciente intervenida en régimen de CMA padecía una estenosis grave a nivel del TBC derecho, secundaria a una placa ulcerada, con fenómeno de robo permanente desde AVI que vascularizaba con flujo invertido hasta origen de ASD y desde ACoA que vascularizaba con flujo invertido el territorio carotideo derecho.

Se derivó a Neurología para realización de una arteriografía con angioplastia programada de TBC, donde se realizó stenting con buen resultado.

Conclusiones: La estenosis del tronco braquiocefálico es una afección poco común, que representa aproximadamente el 1 % de todas las lesiones arteriales. Es más común en hombres que en mujeres, generalmente se presenta en personas mayores de 50 años y la etiología más frecuente es la aterosclerótica. Otra etiología menos frecuente y de difícil diagnóstico sería la arteritis de Takayasu, una vasculitis de causa desconocida y caracterizada por una inflamación crónica que afecta las arterias de mediano y gran calibre, como aorta y troncos supra aórticos, que es más común en mujeres asiáticas de edad entre los 30 y 40 años.

La estenosis del tronco braquiocefálico es una afección potencialmente grave que no tratada puede provocar complicaciones como accidentes cerebrovasculares. Los síntomas dependen tanto del grado de estenosis como de la velocidad de instauración y de los mecanismos de compensación a través de la vascularización colateral, pero pueden incluir: alteraciones sensitivas o motoras a nivel del miembro superior, alteraciones visuales, focalidad neurológica o síntomas más inespecíficos.

En una revisión se analizaron un total de 72 pacientes con estenosis significativa del tronco innominado (33 hombres,

39 mujeres), susceptibles de revascularización. Los datos demostraron que el 100 % fue causado por aterosclerosis y los síntomas destacados fueron déficit motor o sensitivo en el 20 %, amaurosis fugax en el 10 %, claudicación de miembro superior en el 52 % y mareos en el 26 %. El tratamiento de esta condición no está indicado en las lesiones asintomáticas. En las lesiones sintomáticas, la revascularización abierta, a pesar de tener buenos índices de permeabilidad a largo plazo, se asocia a altas tasas de mortalidad y morbilidad. La terapia endovascular, a través de la colocación de un stent recubierto, es el tratamiento de primera elección, ya que tiene menor mortalidad, complicaciones y estancia hospitalaria.

La Cirugía Mayor Ambulatoria es un modelo de atención en salud que en los últimos años ha alcanzado un importante desarrollo constituyendo una estrategia novedosa y costo-efectiva comparada con la cirugía tradicional, al resolver procedimientos quirúrgicos con mínima compromiso de la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Su creciente éxito en los últimos años hace que cada vez se intervengan bajo este régimen mayor porcentaje de pacientes, más añosos y potencialmente patológicos, aunque a priori puedan no parecerlos.

Mediante este caso queremos remarcar, por un lado, la importancia de una buena consulta de preanestésica que cribe adecuadamente qué pacientes se pueden beneficiar de la CMA y, por otro, cómo durante el proceso asistencial que gira en torno a este tipo de cirugía podemos diagnosticar y abordar patologías silentes o potencialmente graves como ocurre en nuestro caso.

Palabras clave: Silente, estenosis severa, tensión, preanestesia.

P-007 PRILOCAÍNA Y BUPIVACAÍNA EN ANESTESIA SUBARACNOIDEA DE CORTA DURACIÓN PARA HEMORROIDECTOMÍA. ¿ES LA PRILOCAÍNA EL FÁRMACO IDEAL?

M. Mallus¹, M. C. Martínez Torres², A. Rodríguez Archilla², J. L. López Romero¹, C. I. Alonso Gómez¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, ²Hospital Duques del Infantado. Sevilla

Objetivos: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en los últimos años ha alcanzado un importante desarrollo planteando grandes exigencias a la técnica anestésica. En este contexto, es necesario que la anestesia comience y termine con rapidez, que se recuperen rápidamente los reflejos, la movilidad y la micción, y que se controlen bien el dolor y las náuseas

postoperatorias. La hemorroidectomía es una intervención de duración corta, generalmente entre 40 y 80 minutos, y la técnica anestésica más empleada es la anestesia subaracnoidea, que se realiza en nuestro centro con inyección de prilocaína hiperbárica o bupivacaína hiperbárica.

Hemos valorado, de forma retrospectiva, el tiempo de estancia en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) de los pacientes sometidos a hemorroidectomía en régimen de CMA desde Julio 2022 hasta febrero 2023 en el Hospital Duques del Infantado, a través de técnica anestésica loco-regional subaracnoidea con inyección de prilocaína hiperbárica y bupivacaína hiperbárica a diferentes dosis.

Métodos: La fuente de información primaria fue la historia clínica digitalizada de dichos pacientes, a la que se accedió tras obtener su consentimiento informado.

Como criterio de inclusión, se seleccionaron a todos aquellos pacientes sometidos a esta cirugía en dicho hospital en los meses analizados.

La técnica anestésica fue una anestesia subaracnoidea tipo silla de montar: punción con abordaje medial a nivel de L3-L4, a través de una aguja tipo punta de lápiz 25 G y dejando el paciente 4 minutos en sedestación.

Se analizó el tiempo de estancia en URPA en términos de minutos.

Resultados: Se incluyeron un total de 76 pacientes. La anestesia intradural se realizó con éxito en el 100 % de los pacientes.

Con respecto a la prilocaína:

- Los pacientes sometidos a anestesia raquídea con prilocaína hiperbárica 20 mg fueron 38 (50 %) y el tiempo medio de estancia en la URPA fue de 50 minutos.
- Los pacientes sometidos a anestesia raquídea con prilocaína hiperbárica 30 mg fueron 3 (3,94 %) y el tiempo medio de estancia en la URPA fue de 55,66 minutos.
- En 1 paciente (1,31 %) se empleó prilocaína hiperbárica 40 mg g y el tiempo de estancia en la URPA fue de 70 minutos.
- En 2 pacientes (2,63 %) se empleó prilocaína hiperbárica 50 mg y el tiempo de estancia en la URPA fue de 100 minutos.

Con respecto a la bupivacaína:

- Los pacientes sometidos a anestesia raquídea con bupivacaína hiperbárica 3 mg fueron 13 (17,10 %) y el tiempo medio de estancia en la URPA fue de 59,23 minutos.

- Los pacientes sometidos a anestesia raquídea con bupivacaína hiperbárica 4 mg fueron 4 (5,26 %) y el tiempo medio de estancia en la URPA fue de 63,75 minutos.
- Los pacientes sometidos a anestesia raquídea con bupivacaína hiperbárica 5 mg fueron 13 (17,10 %) y el tiempo medio de estancia en la URPA fue de 74,23 minutos.
- En 1 paciente (1,31 %) se empleó bupivacaína hiperbárica 6 mg y el tiempo de estancia en la URPA fue de 100 minutos.

La prilocaína y la bupivacaína son anestésicos locales tipo amida que inhiben la propagación del potencial de acción en las fibras nerviosas bloqueando la entrada de Na⁺, necesaria para generar el potencial de acción, a través de la membrana en respuesta a la despolarización nerviosa, provocando un bloqueo simpático, sensitivo doloroso y térmico, propioceptivo, sensitivo de presión y, por último, un bloqueo motor.

La prilocaína proporciona un bloqueo sensitivo y motor de inicio rápido y predecible que le hace ser el fármaco de elección en la gran mayoría de cirugías ambulatorias. En nuestro estudio evidenciamos que los tiempos de estancia de la prilocaína hiperbárica, en general, son más cortos que los de la bupivacaína hiperbárica, consiguiendo menores tiempos de recuperación anestésica. En la mayoría de los casos, al acabar la intervención los pacientes ya tenían un bloqueo motor residual nulo, acorde a un Grado I según la Escala de Bromage.

Las otras ventajas que aporta este fármaco son: un rápido inicio de acción, menos efectos cardiovasculares, menos riesgo de retención urinaria y gran seguridad. En una revisión sistemática se evidenció la baja tasa de Síndrome Neurológico Transitorio (0,05-0,82 %) de prilocaína comparada con la lidocaína intratecal, siendo el único anestésico local de corta duración actualmente aprobado en nuestro medio.

En una revisión se afirma que la dosis de prilocaína para intervenciones perianales puede ser también 10 mg, que provocaría un bloqueo muscular de miembros inferiores mínimo con nulos efectos hemodinámicos.

En un reciente estudio prospectivo controlado y randomizado de comparación entre prilocaína 2 % y bupivacaína hiperbárica 0,5 % en cesárea electiva, la prilocaína demostró un menor bloqueo motor con deambulación precoz, menor tiempo de hospitalización y mayor estabilidad hemodinámica comparada con la bupivacaína.

Conclusiones: Para concluir, la prilocaína representa una alternativa a la bupivacaína hiperbárica, utilizada como anestésico en procedimientos de corta duración, y suele presentar una recuperación más rápida con menos efectos adversos, características que hacen que sea un fármaco muy atractivo

vo en intervenciones de Cirugía Mayor Ambulatoria. Serán necesarios nuevos estudios para confirmar nuestras hipótesis.

Palabras clave: Prilocaína, bupivacaína, hemorroidectomía, bloqueo motor, tiempo de ingreso.

P-008 TRATAMIENTO DE HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA CON LA NUEVA TÉCNICA REZUM EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

M. del Campo Martín, Z. García Rubio, A. Arsuaga Espoz, K. Astarbe Galparsoro, R. Urbizu Granados, A. Arregui Rodríguez, I. Hernández Zubelzu, D. Padilla Verona
Hospital Universitario Donostia. San Sebastián

Introducción: Los síntomas del tracto urinario inferior se cuentan entre los principales motivos de solicitud de atención médica en varones mayores de 50 años. Su etiología más frecuente es la hiperplasia benigna de próstata (HBP). Los objetivos del tratamiento son mejorar la sintomatología y la calidad de vida, evitar la progresión clínica y disminuir el riesgo de complicaciones.

Rezum es una técnica novedosa minimamente invasiva introducida en España en 2019. Se basa en un generador de radiofrecuencia y una guía endoscópica transuretral con una aguja de uso único incorporado a un cistoscopio. La energía de radiofrecuencia es utilizada para crear energía térmica que produce vapor de agua a 103° C y es inyectada en el tejido prostático, en concreto con la zona transicional, se dispersa rápida y homogéneamente a través del intersticio celular, produciendo necrosis tisular y reduciendo el tamaño de la próstata. El objetivo principal es eliminar la parte de tejido prostático que discurre paralelo a uretra prostática, eliminando el tejido que interfiere con el flujo urinario.

La vaporización dura de 3 a 5 minutos. El resultado requiere unos 6 meses.

Desde el punto de vista anestésico se realiza con sedación/analgesia profunda, permitiendo al paciente ser dado de alta a su domicilio en pocas horas con sonda vesical que se retira al 4.º día.

En la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) del Hospital Universitario Donostia (HUD) es un procedimiento nuevo, autorizado por el Comité Ético de Investigación en octubre del 2022.

Objetivos: Valorar la idoneidad del nuevo proceso quirúrgico, analizando tanto la técnica anestésica como quirúrgica, necesidad de ingreso, complicaciones inmediatas y tardías hasta pasados 2 meses de la intervención.

Métodos: Se incluyen todos los pacientes mayores de 45 años con HBP programados para Rezum en la UCMA. Los pacientes recibirán una profilaxis antibiótica con Ciprofloxacino 500mg cada 12 horas el día previo a la intervención y durante la semana posterior al Rezum. En caso de alergia, Cefuroxima cada 12 horas. El procedimiento se realiza con sedación profunda mediante Midazolam, perfusión de Propofol TCI (Target Controlled Infusión) y Fentanilo.

A su llegada a la UCMA el paciente recibe su profilaxis antibiótica, Ciprofloxacino 500 mg iv y 1 mg de Midazolam. En quirófano tras colocar gafas nasales de Oxígeno 3 L/min y monitorización con ECG, tensión arterial (TA) y pulsioxímetro, se administra 1 mg midazolam, fentanilo 1 mcg/kg y se inicia perfusión de propofol TCI modelo Schnider a concentración plasmática 1 mcg/ml. La perfusión se aumentará en función de las necesidades, manteniendo el paciente la sedación en respiración espontánea.

Previamente a la introducción del cistoscopio se administra lubricante anestésico con Lidocaína. Tras finalizar la vaporización se suspende la perfusión de Propofol. Una vez consciente, el paciente pasa a URPA para control postoperatorio.

El tratamiento al alta incluye: AINE por vía oral durante 14 días, omeprazol 20 mg, Tamsulosina 0,4 mg durante 1 mes y antibiótico Ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas.

Se evalúan los tiempos quirúrgico y anestésico analizando: el tiempo medio de vaporización, el tiempo medio del proceso quirúrgico: desde el inicio de perfusión propofol hasta salida a la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA), el tiempo medio de perfusión TCI, el tiempo en URPA, la necesidad de ingreso hospitalario, las complicaciones postoperatorias inmediatas y tardías y necesidad de reintervención.

Resultados: Se han intervenido 10 pacientes entre octubre 2022 y enero de 2023, la edad estuvo comprendida entre 55 y 77 años, 7 pacientes fueron ASA II y 3 ASA III, el tiempo medio de vaporización fue de 8 minutos, el tiempo medio de perfusión con Propofol TCI 20 minutos, el tiempo medio del proceso quirúrgico estuvo en 32 minutos. El tiempo medio en URPA alcanzó los 80 minutos.

Las complicaciones postquirúrgicas inmediatas presentadas en URPA fueron de carácter leve, solo 1 caso presentó hematuria que precisó suero lavador en URPA, 1 caso refirió dolor postoperatorio EVA 7 precisando 90 mcg de

Fentanilo, el resto no tuvo dolor, solo 3 casos refirieron malestar por la sonda vesical que mejoró con buscapina compositum.

Como complicaciones tardías se hallaron: 2 casos de retención urinaria tras retirada de la sonda al 4º día, uno de ellos, precisó nuevo sondaje y requirió intervención de resección transuretral al mes de Rezum, 1 caso de hematuria tras retirada de sonda en paciente tomador de anticoagulante oral.

Ninguno necesitó ingreso hospitalario.

Al mes de la intervención todos refirieron mejoría referente a la calidad del chorro urinario, y en 8 casos mejoría de la nicturia.

Conclusiones: La técnica Rezum es apta para realizarse en Cirugía Mayor Ambulatoria.

Palabras clave: Rezum, cirugía mayor ambulatoria, hiperplasia benigna de próstata, sedación.

P-009 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO ANALGÉSICO PARA CIRUGÍA AMBULATORIA DE RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR DE RODILLA

A. Colom, M. Novellas, O. Gómez, J. L. Cabré, D. Mateu, M. Bausili

Hospital Universitari Mutua Terrassa, Barcelona

Objetivos: Evaluar la implementación de un protocolo analgésico multimodal para cirugía de reconstrucción de ligamento cruzado de rodilla en pacientes ambulatorios.

Métodos: Presentamos un estudio descriptivo prospectivo de 46 pacientes intervenidos de ligamentoplastia del ligamento cruzado anterior de rodilla desde el 2018 al 2022. Se incluyen pacientes ASA I y ASA II con domicilio dentro del área de referencia del servicio de hospitalización domiciliaria del Hospital Universitario Mutua Terrassa. Previamente a la cirugía, el equipo del HAD informa a los pacientes del proceso y el equipo de rehabilitación y fisioterapia evalúa a los pacientes para iniciar ejercicios en domicilio según protocolo.

En el intraoperatorio se realiza anestesia espinal con bupivacaína hiperbárica 0,5 % y sedación endovenosa con midazolam y fentanilo. También se administra dexametasona y ácido tranexámico endovenoso si no existe contraindicación. La analgesia postoperatoria incluye el bloqueo

del nervio femoral ecoguiado con levobupivacaína 0,25 %, AINE, paracetamol y una bomba elastomérica endovenosa con tramadol, dexketoprofeno y ondansetron. A las 8 h postoperatorias el paciente se da de alta a domicilio según los criterios de la Escala de Alderete.

Como analgesia domiciliaria se prescribe dexketoprofeno y paracetamol oral y la bomba elastomérica endovenosa. El fármaco de rescate es tramadol oral. El Servicio de hospitalización domiciliaria realiza el control ambulatorio postoperatorio de paciente a las 24 h y retira la bomba elastomérica endovenosa. Se evalúa el dolor según la escala visual analógica (EVA) a las 6, 24 y 48 horas tras la cirugía, así como la necesidad de analgesia de rescate y necesidad de reingreso las primeras 48 horas.

Resultados: El EVA medio de los 46 pacientes incluidos en el estudio fue de 2,1, 2,2 y 2,4 a las 8, 24 y 48 horas respectivamente. Veinticinco pacientes necesitaron tratamiento analgésico de rescate con una dosis de tramadol oral en domicilio y nueve de estos pacientes presentaron mareos y náuseas durante las primeras 24 h. No se han registrado reingresos por mal control del dolor ni por otras causas.

Conclusiones: La implementación del protocolo analgésico multimodal con bloqueo femoral y bomba elastomérica endovenosa para cirugía de reconstrucción de ligamento cruzado anterior de rodilla permite tener un buen control dolor postoperatorio, así como poder realizar este tipo de cirugía en régimen ambulatorio.

Palabras clave: Ligamento cruzado de rodilla, cirugía ambulatoria, analgesia multimodal, bomba elastomérica.

P-010 BLOQUEO ECOGUIADO DE NERVIOS PERIFÉRICOS PARA CIRUGÍA AMBULATORIA DE LA MANO: UNA SERIE DE DOCE CASOS

A. Colom, R. León, O. Gómez, M. Novellas, I. Puig de la Bellacasa, M. Bausili

Hospital Universitari Mutua Terrassa, Barcelona

Objetivos: La cirugía de mano es una de las más prevalentes en las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. Habitualmente se realiza con bloqueo axilar, el cual provoca la parálisis del bíceps braquial y retarda la restauración de la función motora de la mano. El objetivo de este estudio es determinar la eficacia anestésica del bloqueo nervioso periférico ecoguiado para cirugía ambulatoria de mano y la satisfacción global del paciente con el manejo anestésico.

Métodos: En este estudio observacional prospectivo recogimos 12 pacientes programados para cirugía electiva ambulatoria de mano (ASA I-III). Se planean diferentes bloqueos ecoguiados selectivos a nivel del tercio superior del antebrazo de los nervios radial, mediano y/o cubital dependiendo de la cirugía a realizar. La variable principal es la posibilidad de realizar la cirugía únicamente mediante la anestesia regional elegida sin necesidad de conversión a anestesia general ni sedación profunda. Además, analizamos el dolor mediante la escala de EVA (escala visual analógica) al acabar la cirugía y 2, 4 y 24 horas postquirúrgicas junto con la satisfacción del paciente respecto de la técnica anestésica.

Conclusiones: Los bloqueos nerviosos periféricos fueron utilizados como técnica anestésica única en todos los pacientes. Ninguno precisó conversión a anestesia general ni sedación profunda, sin embargo, dos pacientes necesitaron infiltración adicional de la piel justo en el momento de la incisión. Todos los pacientes tuvieron buen control del dolor en el postoperatorio inmediato (EVA 0) y solo un paciente refirió EVA > 3 cuatro horas post cirugía precisando de analgesia de rescate. La mediana de satisfacción de los pacientes fue de 2 sobre 2 (muy satisfechos) con la experiencia.

Este estudio preliminar de doce casos ha demostrado que el bloqueo distal ecoguiado de nervio periférico a nivel del tercio superior del antebrazo es una técnica anestésica válida para algunas cirugías seleccionadas de mano. Esta podría ser una alternativa al bloqueo clásico axilar, aportando suficiente nivel anestésico sin la afectación de la función motora del brazo, aumentando así la satisfacción de los pacientes en el postoperatorio. El éxito del bloqueo periférico como técnica anestésica depende de una correcta selección de los pacientes, del tipo de cirugía y de la experiencia del anestesiólogo con la técnica a realizar.

Palabras clave: Bloqueo ecoguiado, cirugía ambulatoria, bloqueo nervioso distal, extremidad superior, anestesia regional.

P-011 FÁRMACOS ANTIDIABÉTICOS EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: ¿ES POSIBLE UN CAMBIO EN EL MANEJO PREOPERATORIO?

N. Garrigós Satorres, A. Lloret Carrión, A. Pastor González, C. Peris Raimundo, M. Richart Aznar, A. Sánchez de Merás, J. V. Llau Pitarch

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

Objetivos: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) persigue conseguir una mayor comodidad y bienestar al paciente, alterando e interfiriendo mínimamente con su vida habitual. Por ello, cada vez más, se pretende que el paciente pueda administrarse su tratamiento crónico diario, evitando así los posibles errores de medicación y las consecuencias derivadas de ello.

El objetivo principal de nuestro trabajo es estudiar la continuación de la medicación crónica de fármacos antidiabéticos el mismo día de la intervención, en pacientes diabéticos sometidos a cirugías oftalmológicas sin ingreso, analizando sus posibles efectos.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo, en el Hospital Doctor Peset de Valencia, en 45 pacientes diabéticos (tipo 1 y tipo 2) sometidos a procedimientos de cirugía mayor ambulatoria oftalmológica en el periodo comprendido entre el 1 de febrero y el 30 de marzo de 2023.

Todos los pacientes fueron avisados con 24-48 horas de antelación de la administración de su medicación habitual antidiabética (antidiabéticos orales, insulina, antidiabéticos orales e insulina) ingiriendo un líquido claro azucarado (infusión + 5g de azúcar o zumo sin pulpa) 2 horas previas a la intervención.

A su llegada al hospital se les realizaba una glucemia digital y se corregía su resultado con insulina (si hiperglucemia > 180 mg/dl) o glucosmón (si hipoglucemia < 60 mg/dl), si precisaba.

Obtuvimos los consentimientos informados de todos los pacientes a su llegada a quirófano, así como se les informaba previamente a través de las llamadas telefónicas.

Conclusiones: De los 45 pacientes admitidos a nuestro estudio, 30 pertenecían al grupo de pacientes que únicamente recibían terapia con antidiabéticos orales (ADOs) y los otros 15, al grupo de pacientes que se administraban insulina además de ADOs

Con respecto al grupo de pacientes que únicamente recibían ADOs, 28 pacientes registraron cifras de glucemia en el rango de normalidad (60-180 mg /dl) mientras que 2 de ellos, presentaron cifras inferiores a 60 mg/dl por lo que se les administró 5 g de glucosa vía intravenosa, con normalización de sus cifras de glucemia posteriormente.

Con respecto a los 15 pacientes del grupo de ADOs e insulina, 12 pacientes mantuvieron cifras de glucemia normales mientras que 3 de ellos presentaron cifras inferiores a 60 mg/dl, administrando la misma terapia que en el grupo anterior, con correcta normalización de las cifras de glucemia.

Por lo que, a nivel general, de los 45 pacientes admitidos, 40 presentaron cifras normales de glucemia mientras que 5 de ellos registraron hipoglucemias sin asociar clínica derivada de ello que, tras la administración de glucosa intravenosa, fueron posteriormente normalizadas.

El análisis descriptivo de nuestro estudio nos puede sugerir que la continuación de la administración de la medicación crónica antidiabética el mismo día de la intervención podría ser considerada en el manejo preoperatorio de los pacientes diabéticos en los procedimientos de cirugía mayor ambulatoria, incluso pudiéndola extender al resto de cirugías sin ingreso. Para ello es necesario una adecuada comunicación telefónica con los pacientes, asegurando el correcto entendimiento de las instrucciones recibidas (2 horas previas a la intervención, líquidos claros azucarados, etc.) así como la monitorización de la glucemia digital prequirúrgica para llevar a cabo la corrección de la misma, si es necesario.

A pesar de que sean necesarios más estudios, tanto comparativos como con mayor número de pacientes, este análisis nos puede orientar a que la continuación de la administración de la medicación crónica el mismo día de la intervención (excluyendo tratamientos antiagregantes y/o anticoagulantes) puede ser una estrategia de futuro próxima en CMA.

Palabras clave: Antidiabéticos, preoperatorio, diabéticos, futuro.

P-012 EFICACIA DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN PARA LA ANALGESIA POSTOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DE REPARACIÓN DE HERNIA INGUINAL: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIO

A. Pastor González, A. Lloret, N. Garrigós Sastorre, M. Richart, A. Sánchez de Meras, J. Baldó, J. V. Llau Pitarch

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Objetivos: El crecimiento de la cirugía ambulatoria es debido, en parte, al mayor cuidado del dolor en el perioperatorio. El bloqueo del plano transverso del abdomen (TAP) y la infiltración de la herida con anestésico local proporcionan analgesia después de cirugías abdominales inferiores. Los estudios que comparan ambas técnicas son escasos y contradictorios y su efectividad no se ha confrontado en los casos de cirugía mayor ambulatoria, por ello el objetivo de este análisis aleatorizado es evaluarlos en dicho contexto.

Métodos: Se desarrolla un estudio prospectivo, comparativo y randomizado, desde octubre 2022 a febrero de 2023, en el que se incluyeron a 80 pacientes con edades comprendidas entre 18 y 80 años, de bajo riesgo anestésico (ASA I y II), con cirugía electiva y ambulatoria de reparación de hernia inguinal. Los criterios de exclusión fueron, embarazo, alergia a anestésicos locales, cirugía inguinal previa, abuso de alcohol y drogas, historia de dolor crónico y aquellos que se negaron a firmar los consentimientos informados.

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente en dos grupos: infiltración de la herida quirúrgica con levobupivacaína 0,5 % 20 ml + dexametasona 4 mg (Grupo A) y bloqueo TAP con levobupivacaína 0,5 % 20 ml + dexametasona 4 mg (Grupo B).

Todos los pacientes obtuvieron el apto en la valoración preanestésica, fueron sometidos a anestesia general, inducidos con propofol a 2-3 mg/kg, fentanilo a 2 mg/kg, lidocaína a 1 mg/kg, rocuronio a 0,3 mg/kg y dexametasona 4 mg, y se empleó sevoflurane para el mantenimiento, además de la mascarilla laríngea para el control de la vía aérea. Ambos grupos recibieron 1 g de paracetamol, 50 mg de dexketoprofeno y 4 mg de ondasetrón intraoperatoriamente.

Inmediatamente después de la cirugía los pacientes fueron trasladados a el área de recuperación (URPA). Allí, se evaluó el dolor a la llegada de la URPA, a la hora, a las dos horas, al inicio de la deambulacion y al alta a su domicilio. También se registró el uso de analgesia de rescate postoperatoria (tramadol 50 mg), así como la incidencia de náuseas y vómitos. El tiempo de recuperación tras el procedimiento fue medido usando la escala de Aldrete. Los pacientes que alcanzaban una puntuación mayor o igual a 9 era considerados aptos para el alta. Al alta se pautó analgesia postoperatoria estándar con paracetamol 1 g/8 h y dexketoprofeno 50 mg/12 h. A las 24 h de la intervención se realizó una llamada telefónica para valorar su dolor y a las 48h su dolor y su satisfacción general. Se usó una escala analógica visual que comprendía del 0 (muy insatisfecho o sin dolor) al 10 (completamente satisfecho o con el máximo dolor).

Resultados: Nuestro estudio incluyó 83 pacientes, de los cuales 3 fueron excluidos del estudio. No hubo diferencias entre ambos grupos con respecto a la edad, peso, sexo y ASA (3 pacientes. En el grupo A, el dolor fue significativamente mayor tanto a la llegada a URPA, como a la hora, a las dos horas, al inicio de la deambulacion y al alta a domicilio. También fue significativamente menor la necesidad de opiáceos de rescate en el grupo B. Este uso aumentado de tramadol en los pacientes con infiltración de la herida quirúrgica se asoció con un aumento en la incidencia de náuseas y vómitos, así como en el tiempo de recuperación hasta el alta usando la escala de Aldrete.

No obstante, a las 24 h de la intervención no se observaban diferencias significativas en las puntuaciones VAS y a las 48 h los pacientes del grupo B referían en la llamada telefónica mayor dolor y menor grado de satisfacción.

Conclusiones: Concluimos que, pese a que son necesarios más estudios, el bloqueo TAP controla mejor el dolor en las primeras 24 h, lo que permite una recuperación más rápida y menor tiempo hasta la alta domiciliaria. No obstante, su efectividad disminuye a partir de entonces, haciendo que el cambio en el grado de dolor sea más significativo y por tanto esto se refleje en una menor satisfacción general por parte del paciente a las 48 h. Con todo ello, podemos interpretar que el contraste de los resultados es debida a las diferencias analgésicas experimentadas tras 24-48 h de la realización del bloqueo TAP en cirugía mayor ambulatoria de reparación de hernia inguinal. Sin embargo, es necesario realizar más estudios en el futuro, incluido un tamaño de muestra grande y múltiples centros, para obtener hallazgos más generalizables.

Palabras clave: Postoperatorio, analgesia, Reparación de hernia, Infiltración de herida con anestésico local, Bloqueo del plano del transverso del abdomen.

P-016 SÍNDROME DE DONOHUE: UN RETO MÁS PARA LA ANESTESIA LOCORREGIONAL

E. Valencia Marín, J. A. Palacios, J. C. Martínez Moya, A. Cuadrado, C. Pascual Valls, L. Bolívar, B. G. Blanco, L. Santé

Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos: El Síndrome de Donohue o Leprechaunismo es un síndrome de los conocidos como “raros” con una incidencia de menos de un caso por cada millón de nacidos vivos. Se debe a una mutación en el brazo corto del cromosoma 19 (19p13.2) dentro de la secuencia codificante del receptor de insulina INRS, generando receptores inactivos. Este síndrome reúne una serie de características fenotípicas y endocrinológicas. El rasgo principal es el hiperinsulinismo, que provoca un estado hipoglucémico que resulta en un deterioro las fibras musculares, reducción el tejido adiposo subcutáneo y un exceso de piel. La cardiopatía es también característica de este síndrome. Las fibras musculares cardíacas tienden a la hipertrofia progresiva. Además estos pacientes suelen padecer dificultad respiratoria por el hecho de que presentan, en un alto porcentaje de los casos, un diámetro torácico reducido con un aumento del perímetro abdominal. Es inusual que los pacientes con este síndrome superen la edad infantil siendo la sepsis la causa más fre-

cuenta de muerte. Ante una cirugía este síndrome supone un reto anestésico debido a la alta asociación a VAD, miocardiopatía y niveles inestables de glucosa en sangre.

Métodos: Mujer de 47 años que requiere burssectomía prepatelar derecha por bursitis de 6 semanas de evolución. Como antecedentes personales: leprechaunismo, estenosis infundibular pulmonar con leve hipertrofia ventricular derecha y función ventricular preservada, hipotiroidismo, dislipemia, retraso psicomotor, y fenotipo sindrómico donde destacan los predictores de VAD (Mallampati III, dentición irregular con distancia interdental reducida y cuello corto). La cirugía se programa como CMA. Tras la entrevista previa a la entrada a quirófano, se monitoriza de forma básica a la paciente, se canaliza VVP y se realiza BMTTest para control glucémico basal (92 g/dl). Para la cirugía se opta por hacer un bloqueo el nervio femoral derecho con anestésico de corta acción para evitar bloqueo prolongado del cuádriceps que pudiese impedir la deambulación precoz. Se usaron 20 ml de mepivacaína 1,5 % (300 mg). Se premedica a la paciente con 2 mg de midazolam y 50 µg de fentanilo i.v. Durante el procedimiento se sedó a la paciente con Propofol 3 mg/kg/h. La intervención duró una hora, de la cual los primeros 45 fueron de isquemia a nivel medio del muslo derecho, con buena tolerancia por la paciente a la misma. Se realizó profilaxis antibiótica con Cefazolina 2 g en los 20 minutos previos a la cirugía, y tratamiento analgésico con dexketoprofeno 50 mg intraoperatoriamente. Durante el procedimiento la paciente se mantuvo estable hemodinámicamente (TAM mayor de 85 mmHg), y mantuvo una SatO₂ 99 % con GN a 2 l/min. Se administró un total de 500 ml de sueroterapia balanceada. En el postoperatorio inmediato la paciente se mantuvo con un EVA inferior a 2, sin necesidad de rescates analgésicos, y fue dada de alta 3 horas después de la cirugía con analgesia domiciliaria: dexketoprofeno 25 mg cada 8 horas, alternado con paracetamol 1 g cada 8 horas y omeprazol 20 mg cada 24 horas.

Conclusiones: El síndrome Donohue es uno de los tantos síndromes que suponen un reto anestésico, ya que suman una serie de factores de riesgo para complicaciones anestésicas. En este síndrome los retos más importantes a nivel anestésicos serían la existencia de una vía aérea difícil y una miocardiopatía hipertrófica de cavidades derechas que requiere un control hemodinámico más estricto, además de la anomalía endocrinológica que supone una peor respuesta al estrés quirúrgico. En el caso presentado, se apuesta por la anestesia locoregional por ser esta una gran opción para reducir o incluso eliminar las posibles complicaciones derivadas de una anestesia general demostrando la posibilidad de hacer pacientes complejos en régimen de CMA con la anestesia idónea.

Palabras clave: Donohue, Leprechaunismo, Locoregional, CMA, VAD.

P-017 PRILOCAÍNA Y SU USO EN CIRUGÍA PROCTOLÓGICA MAYOR AMBULATORIA

A. Marín Madrid, M. C. Martínez Torres, J. M. Arroyo Molina

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: En la última década, la cirugía mayor ambulatoria (CMA) está en auge y cada vez más son los procedimientos realizados de esta índole. En este contexto, la anestesia regional subaracnoidea cobra un papel importante ya que presenta algunas ventajas respecto a la anestesia general: menor probabilidad de náuseas y vómitos postoperatorios y de complicaciones cardíacas o pulmonares, rápido inicio de acción y mejores resultados en relación con la analgesia postoperatoria. Por lo tanto, la anestesia regional será de elección siempre que sea posible.

Este tipo de anestesia se usa con relativa frecuencia en cirugía proctológica en el ámbito de la cirugía mayor ambulatoria, ya que son procedimientos de corta duración (menos de 2 horas), que no suelen presentar pérdidas importantes de sangre, donde no se abren cavidades ni se colocan drenajes. Entre las patologías con indicación quirúrgica se encuentran fisuras o fístulas anales, hemorroides o pólipos.

En el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), los pacientes que se intervienen de estas patologías son dados de alta el día del procedimiento tras asegurar la seguridad y la ausencia de complicaciones de los mismos.

Objetivo: Mostrar la efectividad y seguridad del uso de anestesia subaracnoidea mediante el empleo de pequeñas dosis de prilocaína hiperbárica (20 mg) en cirugía proctológica en régimen de cirugía mayor ambulatoria, siendo dicha dosis suficiente para el desarrollo de la intervención mediante un bloqueo sensorial adecuado, minimizando el bloqueo motor y asegurando la ausencia de complicaciones perioperatorias.

Métodos: Estudio prospectivo y unicéntrico que incluye 15 pacientes sometidos a cirugías proctológicas de diversa índole en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Universitario Virgen del Rocío entre mayo y julio de 2022. Los pacientes reclutados contaban con un estudio preanestésico estándar y habían firmado el consentimiento informado sobre la técnica anestésica. Se les administró 1 ml de prilocaína hiperbárica 2 % a nivel intratecal. El nivel de punción de todos los pacientes fue L3-L4 o L4-L5. Tras la punción se mantuvo a todos los pacientes en posición de sedestación durante 5 minutos de manera previa al inicio de la cirugía. Se evaluó la efectividad anestésica, que incluía la

extensión y calidad del bloqueo sensorial y el grado de bloqueo motor, así como posibles complicaciones que inclúan la inestabilidad hemodinámica o la retención aguda de orina.

Resultados: El rango de edad de los pacientes estudiados era de 24-58 años, siendo la mayoría de sexo masculino. El nivel de punción fue en la mayoría de los casos L4-L5.

En todos los pacientes se objetivó un bloqueo sensitivo efectivo y de calidad que cubría toda la zona perineal y que alcanzaba hasta el nivel L2-L3. El bloqueo motor en miembros inferiores prácticamente fue nulo en todos los pacientes y la inmensa mayoría fueron dados de alta a domicilio en las dos horas posteriores a la salida de la URPA.

En relación a las complicaciones de la técnica, ningún paciente presentó episodios de hipotensión ni retención aguda de orina que pudieran retrasar el alta domiciliaria.

Discusión: La anestesia subaracnoidea, pese a ser más segura que la anestesia general puede tener complicaciones como alteraciones hemodinámicas, retención urinaria, inmovilización prolongada o cefalea postpunción. De este motivo radica la importancia de elegir un anestésico local que sea ideal para CMA, que incluya algunas características como: suficiente duración del bloqueo sensitivo, rápido inicio de acción, rápida recuperación del bloqueo motor y mínimos efectos secundarios.

Durante muchos años se han utilizado con este objetivo fármacos como la lidocaína o la mepivacaína, pero con el tiempo se objetivó la asociación de su uso y la aparición de "síntomas neurológicos transitorios" (TNS).

La prilocaína resurgió en los primeros años del siglo XXI como alternativa a la lidocaína, dada la menor incidencia de TNS. Se trata de un anestésico local de tipo amida, de duración intermedia e inicio de acción rápido. Es raro que la prilocaína alcance concentraciones tóxicas debido a su gran aclaramiento y volumen de distribución. Su metabolito es hepático y puede dar lugar a compuestos responsables de metahemoglobinemia, aunque se necesita una dosis alta que no se alcanzará con su uso intradural.

En España, se utiliza la Prilocaína hiperbara, y es esta bariocidad lo que le permite extenderse más rápidamente y con menor variación, por lo que la reversión es más rápida y el bloqueo (motor y sensitivo) será más predecible. Debido a esta propiedad, será importante la posición del paciente tras la punción, además de la dosis, para alcanzar el nivel sensitivo deseado.

Al usar pequeñas dosis de Prilocaína en cirugía proctológica se consigue un bloqueo sensitivo satisfactorio y se evita

en gran parte el bloqueo motor, todo ello manteniendo la estabilidad y minimizando los efectos adversos.

Conclusiones: La prilocaína hiperbárica 2 % en pequeñas dosis es un fármaco útil en cirugía proctológica mayor ambulatoria. Utilizada a estas dosis muestra un bloqueo sensitivo efectivo, con nulo o escaso bloqueo motor y sin repercusión hemodinámica. Por lo tanto, podemos evitar el uso de dosis mayores que puedan conllevar efectos secundarios atribuidos a este tipo de anestesia. En comparación a otros anestésicos utilizados a dosis bajas, la prilocaína muestra una menor incidencia de eventos adversos y una recuperación más rápida.

Palabras clave: Prilocaína, cirugía proctológica, subaracnoidea, cirugía mayor ambulatoria.

P-018 EFICACIA ANALGÉSICA DE TRES TÉCNICAS ANESTÉSICAS LOCORREGIONALES EN LIGAMENTOPLASTIA ARTROSCÓPICA DE RODILLA

L. Bolívar Pabon, C. Andara Castro, N. González García, C. Pascual Valls, E. Valencia Marín, B. del Blanco Narciso, A. M. Cuadrado García, L. Sante Serna
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos: Valorar la eficacia y seguridad de tres técnicas anestésicas diferentes, en el contexto de una anestesia multimodal, en pacientes sometidos a reparación de ligamento de rodilla mediante cirugía artroscópica. Grupo 1: bloqueo intraauricular, grupo 2: bloqueo del canal de Hunter, grupo 3: bloqueo del canal de Hunter+bloqueo IPACK asociado en CMA. Cuantificar el grado de analgesia, necesidad de opioides en el postoperatorio, efectos secundarios y complicaciones. Así como el grado de satisfacción de los pacientes.

Métodos: Previo al ingreso de los pacientes en quirófano se realizó la randomización de los mismos: la aleatorización se llevó a cabo por una enfermera externa al estudio.

A su llegada a quirófano al paciente se le canalizó una vía periférica y se le administró midazolam (0,04 mg/kg). Tras asignación aleatoria a uno de los tres grupos asignados: 1. Bloqueo intraarticular: Infiltración con L-Bupivacaina 0,25 % 40 ml, 2. Bloqueo del canal de Hunter de forma ecoguiada con L-bupivacaina 0,25 % 20 ml, 3. Bloqueo del canal de Hunter + IPACK asociado ecoguiados con admi-

nistración de L-Bupivacaína 0,25 % 20 ml para bloqueo del canal de Hunter + L-bupivacaína 0,25 % 10 ml para realizar el bloqueo de la parte posterior de la articulación de la rodilla. Se procedió a la realización de una anestesia general con inserción de mascarilla laríngea en todos los pacientes. La dosis de fentanilo fue 2 mcg/kg en la inducción.

Se recogieron como datos intraoperatorios: Grupo asignado, ASA, edad, sexo, IMC, variables hemodinámicas antes y después de la inducción, con posterioridad a la realización del bloqueo y al finalizar la cirugía, tiempo de duración de la cirugía, EVA al despertar y la existencia de complicaciones.

Los datos que se evaluaron en la sala de readaptación al medio fueron: EVA a su recepción, a los 30 min, a los 60 min, y al alta de la unidad, la analgesia de rescate administrada en CMA (fármaco/dosis), la estancia en CMA en minutos y la presencia de complicaciones. A las 24 h del postoperatorio se evalúa: necesidad de analgesia de rescate, como dosis de tramadol adicional requerida (mg). EVA mayor alcanzado durante las primeras 24 h, efectos secundarios acaecidos y grado de satisfacción del paciente con la técnica anestésica empleada (0-10).

El protocolo de analgesia postoperatoria será dexketo-profeno 50 mg/8 h+ tramadol gotas 100 mg/ml máximo 25 gotas/8 h.

Resultados: El tamaño muestral del estudio fueron 10 pacientes, con una media de edad de 29 años, el tiempo de intervención medio fue de 89 minutos. Asimismo, en cuanto al dolor, este estudio arroja que el EVA a los 60 minutos fue de 2, presentando solo un 20 % la necesidad de bloqueo femoral de rescate.

Cuando se compara entre las diferentes técnicas anestésicas se evidenció que los pacientes sometidos a bloqueo del canal de Hunter presentan un menor consumo de opioides en las primeras 24 h frente a los otros grupos (136 mg) y un mayor índice de satisfacción frente a los otros grupos. Además, no precisaron ser rescatados con bloqueo femoral en ningún caso, cuando los otros grupos necesitaron rescate con bloqueo femoral. En el caso de la anestesia intraarticular se requirió rescate en el 50 % de los casos, mientras que con el IPACK asociado en el 25 % de los casos necesitaron rescate. Debido al azar solo se realizaron dos pacientes del grupo intraarticular y uno de ellos requirió rescate con bloqueo femoral, motivo por el que pensamos obtenemos esa puntuación de EVA inesperadamente bajas.

Asimismo, la incidencia de complicaciones en el primer día postoperatorio fue solo del 10 % en general. En relación

con el uso de tramadol, se evidenció que ninguno de los pacientes del estudio ameritó la dosis máxima del mismo en 24 horas, probablemente relacionado a la analgesia residual del bloqueo loco regional. Por último, se demuestra que la satisfacción de la anestesia es alta en los diferentes grupos estudiados.

Discusión: Se han realizado numerosos estudios, sobre la eficacia de diferentes técnicas analgésicas en la reconstrucción artroscópica ambulatoria del ligamento cruzado anterior, entre los que se incluye el bloqueo intraarticular, el bloqueo del canal aductor y el bloqueo IPACK asociado al anterior, sin embargo, la evidencia es débil y existen resultados contradictorios en cuanto a la reducción del dolor postoperatorio en este tipo de cirugías.

En este estudio se pudo corroborar lo evidenciado en los estudios disponibles: En la reconstrucción artroscópica de ligamento cruzado anterior las técnicas locoregionales brindan eficacia analgésica cuando se usan como un componente de la técnica analgésica multimodal, especialmente en las primeras 24 horas postoperatorias.

No obstante, cuando se compara la eficacia analgésica entre las diferentes técnicas regionales en cirugía artroscópica de rodilla existen todavía discrepancias entre los estudios. La realización del bloqueo IPACK, como complemento al bloqueo del canal aductor después de la cirugía de rodilla, precisa de más estudios, y el bloqueo intraarticular presenta una evidencia débil en cuanto a la reducción del dolor postoperatorio en dichos pacientes. En nuestro estudio, pudimos observar que el bloqueo IPACK + bloqueo del canal de Hunter no presentó un beneficio adicional en cuanto a la analgesia posoperatoria, presentando este grupo mayor puntuación EVA en comparación con el bloqueo del canal de aductor por separado, y con el bloqueo intraarticular. Adicionalmente, los pacientes sometidos a bloqueo intraarticular presentaron mayor necesidad de rescate con bloqueo femoral, en comparación con los otros dos grupos estudiados, pudiendo ser secundario al número reducido de pacientes.

Conclusiones: Las técnicas locoregionales anestésicas descritas en este estudio, en la cirugía de ligamentoplastia artroscópica de rodilla resultan eficaces y seguras en el tratamiento del dolor postoperatorio, conllevando una reducción en el consumo de opioides orales durante las primeras 24 h y asociándose a un alto índice de satisfacción por parte del paciente.

Palabras clave: Ligamentoplastia rodilla, intraarticular, Hunter, IPACK, EVA.

P-019 USO DE LA TÉCNICA WALANT PARA CIRUGÍA DE NEUROPATÍA COMPRESIVA CUBITAL EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO EN RÉGIMEN DE CMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Y. Bouras Vilorio, C. Guerrero Jiménez, J. Lérica Luna, J. L. López Romero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La técnica de WALANT (Wide Awake Local Anaesthetic No Tourniquet) es una modalidad anestésica que se ha ido desarrollando en las últimas décadas. Se utiliza principalmente en cirugía de miembro superior, especialmente en cirugía de mano, aunque también puede realizarse en cirugía de miembro inferior.

Esta técnica consiste en infiltrar anestésico local en el tejido subcutáneo procurando que el área infiltrada tenga un margen suficiente alrededor de la zona donde se prevé un estímulo doloroso.

Entre las principales ventajas que ofrece esta técnica frente a la anestesia convencional destaca la ausencia de bloqueo motor, permitiendo involucrar al paciente de manera activa en el procedimiento quirúrgico, además el uso de adrenalina consigue prescindir del torniquete eliminando las complicaciones postoperatorias que genera.

En nuestro centro se ha realizado recientemente por primera vez en un paciente pluripatológico, pudiendo beneficiarse de las ventajas que ofrece este procedimiento en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 73 años con antecedentes de: hábito tabáquico, hipertensión arterial, dislipemia, cardiopatía isquémica con enfermedad de dos vasos tratada mediante revascularización percutánea, enfermedad renal crónica, espondilitis anquilosante y mielopatía cervical intervenida.

El paciente es diagnosticado por electroneurografía de neuropatía cubital compresiva a nivel del codo izquierdo con clínica de hipoestesia y dolor permanente en 4º y 5º dedos de la mano y es propuesto para cirugía de liberación y trasposición del nervio cubital.

Es valorado en la consulta de preanestesia, siendo clasificado como ASA III con probable vía aérea difícil. Con el fin de disminuir el riesgo anestésico, se propone realizar el procedimiento bajo técnica anestésica de WALANT en régimen de CMA.

A su llegada a quirófano, se procede a monitorización estándar con pulsioximetría, electrocardiograma y presión arterial no invasiva y se canaliza una vía venosa periférica 20 G en el brazo derecho.

A continuación, se procede a la realización de la técnica WALANT. Con el paciente en decúbito supino, el miembro superior izquierdo abducido y el codo flexionado, se lleva a cabo la infiltración del anestésico local a nivel del canal cubital donde se va a realizar la incisión quirúrgica, en dirección proximal-distal. La medicación administrada es: lidocaína al 1 % con adrenalina 1:100000 tamponada con 3 ml de bicarbonato de sodio al 8,4 % (1M), volumen total 35 ml.

Se consigue un adecuado bloqueo sensitivo con participación activa del paciente durante la intervención, transcurriendo el procedimiento sin incidencias. Además, el uso de adrenalina permite llevar a cabo la cirugía sin torniquete.

Finalizado el acto quirúrgico, el paciente pasa a la unidad de recuperación postanestésica, donde evoluciona favorablemente y es dado de alta tras permanecer monitorizado durante una hora, descartando complicaciones postoperatorias inmediatas.

Conclusiones: La técnica WALANT presenta numerosas ventajas entre las que destacan la ausencia de náuseas y vómitos postoperatorios, la colaboración del paciente durante la cirugía y la posibilidad de prescindir del torniquete.

En base a nuestra experiencia, esta técnica es una modalidad anestésica segura y efectiva en la cirugía de miembro superior.

La técnica de WALANT debería ser considerada una alternativa válida en pacientes intervenidos en régimen de CMA, siendo especialmente interesante en pacientes pluripatológicos.

Palabras clave: WALANT, CMA, descompresión cubital, pluripatológico.

P-020 HEMATOMA CERVICAL TRANSFIXIANTE TRAS LOBECTOMÍA TIROIDEA: LA COMPLICACIÓN MÁS TEMIDA

G. González Rubio, C. Alonso Gómez, G. Rodríguez Rodríguez, D. López-Herrera Rodríguez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: A través de este caso clínico se describen las características clínicas y el manejo del hematoma cervical transfixiante postquirúrgico, probablemente la complicación más peligrosa y emergente que puede darse en el postoperatorio de intervenciones tiroideas, muchas de las cuales se realizan en régimen de CMA.

Métodos: Para la realización de este artículo se ha analizado la actuación clínica a través de un caso real y se ha contrastado con las pautas actuales de manejo que se pueden encontrar en la bibliografía.

La información clínica se ha obtenido a través de la historia clínica digitalizada del centro hospitalario donde ocurrió el suceso (Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España) en el mes de diciembre de 2022.

La información clínica se presenta de forma anónima y tras haber obtenido el consentimiento escrito de la paciente.

Resultados: Se presenta el caso de una paciente mujer de 74 años, perteneciente al Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla, España), con antecedentes personales de hipertensión arterial, síndrome depresivo, y gonartrosis. Fue diagnosticada de hipertiroidismo por clínica cardinal, por el que se encontraba en tratamiento con tiamazol. En el estudio etiológico, se objetivó un nódulo tiroideo tóxico de 10,3 mm en lóbulo tiroideo izquierdo.

Fue propuesta para lobectomía izquierda en régimen de CMA en dicho centro, bajo anestesia general balanceada. La intervención fue realizada sin incidencias destacables, logrando la resección completa del lóbulo izquierdo sin complicaciones postoperatorias inmediatas.

Aproximadamente a las 4 horas de la intervención, durante su estancia en la sala de recuperación postanestésica, la paciente presentó de forma súbita dolor en el lecho quirúrgico, con sensación opresiva progresiva y sensación de obstrucción al flujo de aire, por lo que se avisó al equipo de anestesia de guardia para valoración urgente.

Dada la elevada sospecha de hematoma cervical postquirúrgico, se colocó mascarilla Venturi al 35 % y se trasladó de manera emergente y monitorizada a quirófano tras contactar con el equipo de cirugía.

Una vez en quirófano, se colocó semiincorporada en la camilla, y se prepararon la medicación anestésica y los diferentes dispositivos de vía aérea. Se comenzó la preoxigenación a través de mascarilla facial con una FiO₂ del 100 % y flujo de 15 litros por minuto.

Como primera elección y dada la situación emergente, se optó por el empleo del videolaringoscopio McGRATH MAC (Covidien) con pala de intubación difícil X-Blade. Se preparó un tubo anillado de calibre 6 en previsión de estenosis compresiva de la vía aérea y disminución de la luz glótica, que se fió con una guía metálica en forma de “palo de golf”.

Tras la correcta preoxigenación y una vez alcanzado un EtCO₂ objetivo superior al 80 %, se procedió a la inducción anestésica de secuencia rápida con fentanilo a 2 mcg/Kg, propofol a 2 mg/kg y rocuronio a 1,2 mg/kg.

Se realizó videolaringoscopia con McGRATH MAC (Covidien) y X-Blade, con cierta dificultad a la entrada faríngea y limitación importante para la movilización cervical. Se observó la glotis desplazada por el resto de estructuras condicionando una vía aérea Cormack-Lehane grado 3, que con BURP pasó a grado 2a. Se colocó el tubo endotraqueal sin incidencias.

Se procedió a la reapertura del lecho quirúrgico, con limpieza del hematoma y ligadura de una rama arterial responsable de la hemorragia. Tras colocación de drenaje aspirativo, se procedió al cierre quirúrgico sin incidencias.

Una vez finalizada la cirugía, se realizó test de fuga aérea previo a la extubación que resultó positivo, y fibrobroncoscopia para valoración de vía aérea. Tras la resolución de la hemorragia y el drenaje quirúrgico del hematoma, la vía aérea no presentaba datos de alarma, por lo que se procedió a educir y extubar a la paciente, trasladándola a la Unidad de Recuperación Postanestésica.

Conclusiones: La cirugía en la región cervical presenta una serie de riesgos inherentes a sus características anatómicas específicas. La organización en compartimentos poco distensibles y la presencia de estructuras vitales como tráquea o paquetes vasculonerviosos de gran calibre, implican que en situaciones de sangrado (en los que se genera un importante efecto masa), estas estructuras puedan verse comprometidas generando situaciones de amenaza vital.

En la cirugía tiroidea, esta complicación aparece en el 0,3-3,5 % de los postoperatorios [4], y pese a que se han conseguido aislar algunos factores de riesgo independientes (como el sexo masculino, las resecciones de glándula completa, el tratamiento perioperatorio con anticoagulantes, la administración perioperatoria de heparina profiláctica, o los bocios retroesternales) [1,3], es una complicación poco predecible [4].

La obstrucción extrínseca de la vía aérea constituye el principal motivo de morbilidad en estas situaciones,

puediendo llevar a parada cardiorrespiratoria, hipoxia y edema cerebral e incluso muerte. Es relevante también el potencial efecto masa sobre estructuras nerviosas o vasculares que atraviesan la región cervical, que puede condicionar una disminución del flujo sanguíneo o alterar la conducción nerviosa por compromiso anatómico. Así, se asocian también a esta complicación las lesiones nerviosas o el aumento de la tasa de infección [4].

Muchas de las cirugías tiroideas se realizan actualmente en régimen de CMA, y pese a que no se producen incidencias postoperatorias en la mayoría de los casos, el riesgo de complicaciones emergentes como la que se describe a través de este caso hace que sea necesaria una vigilancia postoperatoria eficaz durante las primeras horas antes de plantear el alta hospitalaria.

Un manejo rápido, con estabilización hemodinámica inicial si fuese necesario y un manejo avanzado de la vía aérea que permita el drenaje del hematoma, garantizan en la mayoría de ocasiones el éxito terapéutico.

Palabras clave: Tiroides, hemorragia, hematoma, emergencia.

P-021 VARIACIONES ANATÓMICAS DEL PLEXO BRAQUIAL A NIVEL AXILAR VISUALIZADAS DURANTE EL EMPLEO DE LOS ULTRASONIDOS EN EL CURSO DE UN BLOQUEO ANESTÉSICO

G. Sánchez Barbé, J. García Coronel, M. Zaballos García, F. de la Gala García, E. Novoa Lago, P. Molina Garrigós, J. de las Heras Sánchez-Heredero, A. Reyes Fierro

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Las técnicas de anestesia regional han demostrado innumerables ventajas en el paciente quirúrgico ambulatorio y son consideradas como técnicas esenciales para facilitar el control del dolor agudo postoperatorio. La anestesia del plexo braquial a nivel axilar es una práctica muy común para la cirugía de miembro superior y en concreto del antebrazo y mano con un índice de ambulatorización cercano al 100 %, en gran parte de las unidades de CMA. La ecografía aplicada a la anestesia regional ha mostrado que se asocia con menores tiempos en la realización e inicio del bloqueo, permite utilizar un menor volumen de anestésico y se asocia con una evolución postoperatoria favorable y mayor satisfacción de los pacientes. Sin embargo, puede existir una gran variabilidad anatómica en

la distribución de los nervios en la región axilar. Así mismo existe limitada información acerca de la correlación entre los hallazgos ecográficos y los mostrados mediante técnica de neuroestimulación. El objetivo principal de este estudio fue describir las variaciones topográficas en la disposición de los cuatro nervios principales del plexo braquial en la axila, su correlación con la respuesta tras neuroestimulación, evaluar diferencias relacionadas con el sexo, índice de masa corporal (IMC) y lado del bloqueo.

Métodos: En 27 pacientes sometidos a cirugía de miembro superior con indicación de bloqueo axilar, se estudió la disposición de los nervios mediante imágenes ecográficas transversales con una sonda ecográfica lineal de 12 MHz. Se realizó identificación de la respuesta motora distal a la estimulación nerviosa eléctrica de cada nervio. A continuación, estos resultados se convirtieron en un gráfico circular de 12 secciones con la arteria axilar (AA) como eje. Se evaluó la correlación entre la visualización ecográfica y la respuesta a la neuroestimulación, si la distribución anatómica se diferenció en función del sexo del paciente, del IMC y del lado de realización del bloqueo. Se estudió el tiempo de latencia y la eficacia del bloqueo anestésico. Estadística: T de Student para muestras independientes, y para datos pareados. Test de la chi cuadrado para las comparaciones de variables cualitativas.

Resultados: Se estudiaron 15 mujeres y 12 hombres con una edad media de 53 ± 16 años siendo en un 41 % ASA I, 44 % ASA II y 15 % ASA III. Se realizaron 11 bloqueos en el lado derecho y 17 en el lado izquierdo. El nervio mediano se localizó en un 85 % de los casos en el arco horario de las 9-12 (anterior y anterolateral a la AA), el nervio cubital se localizó principalmente en dos arcos: de las 12-3 horas en el 44 % de los pacientes (anteromedial a la AA) y de las 3 a las 6 (posterior y posteromedial) en el 55 % de los pacientes, el nervio radial se localizó en el 85 % de los pacientes en el arco horario de las 3-6 (posterior y posteromedial a la AA), el nervio musculocutáneo se distribuyó en un 98 % de los pacientes en el arco horario de las 6-9 (posterior y posterolateral). No hubo diferencias significativas en la localización del nervio mediano y musculocutáneo entre ambos lados. Sin embargo, el nervio cubital se localizó en el arco de las 12-3 horas en el 83 % de los bloqueos del brazo izquierdo vs. un 13 % en los bloqueos del brazo derecho, $p = 0,025$, en relación al nervio radial, se localizó en el arco de las 3-6 horas en mayor proporción en los bloqueos izquierdos: 65 % que en ellos bloqueos derechos 35 %, $p = 0,03$. El nervio musculocutáneo se localizó entre el músculo bíceps braquial y el músculo coracobraquial en un 92,6 % de los pacientes y solo en un 7,4 % próximo a la AA. En un 89 % de los casos se obtuvo confirmación con neuroestimulación de la localización de los nervios. Se

pudo visualizar el nervio intercostobraquial en un 41 % de los casos y el nervio cutáneo medial del brazo en un 37 % de los pacientes. No hubo diferencias en la distribución de los nervios en relación al sexo, ni con el IMC < o > de 25 kg/m². La latencia desde la finalización del bloqueo al inicio de la anestesia fue: mediana y RIQ de 3 (2-5) minutos. En todos los pacientes se pudo realizar la intervención sin incidencias ni requerimientos anestésicos adicionales. La calidad de la analgesia durante la estancia en la URPA fue excelente sin precisar analgesia suplementaria.

Conclusiones: Nuestros resultados preliminares han mostrado en la población estudiada un patrón uniforme en la distribución anatómica de los nervios mediano y musculocutáneo en la región axilar. Sin embargo, la distribución del nervio cubital ha mostrado dos patrones diferenciados. Nuestros hallazgos han mostrado una mayor variabilidad en la localización del nervio cubital y radial al comparar su localización en función del lado de realización del bloqueo. No hemos encontrado diferencias entre la localización de los nervios con el sexo de los pacientes ni con el índice de masa corporal.

Palabras clave: Plexo braquial, variabilidad anatómica, ecografía.

P-022 OPTIMIZACIÓN PREOPERATORIA DE LA ANEMIA FERROPÉNICA DESDE NUESTRA UNIDAD. ¿CÓMO LO ESTAMOS HACIENDO?

M. Alonso Fernández, G. Tejón Pérez, A. Reyes Echeverría, M. Moreno Suárez, C. Romero Almaraz, M. Williams Camus, S. Pardo González, C. Freije López
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Objetivos: La prevalencia de la anemia preoperatoria es aproximadamente de entorno a un 30 %, aunque existen variaciones en función del tipo de cirugía, y el sexo, edad y comorbilidades de los pacientes.

Está demostrado que la anemia preoperatoria es un factor independiente de mayor morbimortalidad (mayor índice de infecciones, más episodios de insuficiencia renal aguda y de ictus), así como es el principal factor de riesgo para recibir una transfusión postoperatoria siendo la transfusión un factor independiente y dosis-dependiente de incremento de la estancia hospitalaria, riesgo de infección y de muerte.

Sabemos que la implantación de un abordaje de Patient Blood Management (PBM) mejora los resultados quirúrgicos, al reducir la necesidad de transfusión de sangre alo-

génica y sus riesgos asociados, entre otros beneficios. La estandarización de sus recomendaciones incluye el manejo precoz de la anemia, y nos hemos propuesto desde el Hospital de Día Quirúrgico (HDQ) servir a este propósito de la forma más eficaz posible.

El objetivo de este estudio es valorar la respuesta al tratamiento de la anemia ferropénica preoperatoria con hierro endovenoso carboximaltosa, así como evaluar las posibilidades de mejora en este aspecto desde nuestra unidad de Hospital de día quirúrgico del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo tomando como muestra aquellos pacientes con anemia preoperatoria tratados en el Hospital de día Quirúrgico del HUMV entre los meses de diciembre de 2022 a marzo de 2023 (desde el 5 de diciembre de 2022 hasta el 28 de marzo de 2023).

Se registraron las siguientes variables: sexo, ASA, tipo de cirugía, valor de hemoglobina preoperatoria, tratamiento completo o incompleto con hierro endovenoso, tiempo entre el tratamiento y la cirugía, la hemoglobina post-tratamiento y la necesidad de transfusión de concentrados de hematíes.

Se excluyeron aquellos pacientes que recibieron tratamiento con hierro endovenoso en nuestra unidad pero que quedaban excluidos del protocolo por diferentes causas tales como: tipo de cirugía no incluida en el protocolo (cirugía menor), pacientes con anemia no claramente ferropénica (perfil del hierro no alterado), pacientes sin cirugía en el momento del análisis (no disponible Hb post-tratamiento), pacientes que no cumple tratamiento completo por éxitos o desestimación quirúrgica finalmente, pacientes embarazadas.

El tratamiento se llevó a cabo con Hierro carboximaltosa que nos permite administrar una mayor dosis en una misma administración, siguiendo el siguiente esquema:

- Peso 35-70 kg y Hb mayor o igual a 10 g/dl ---> monodosis 1000 mg.
- Peso mayor de 70 kg y Hb mayor o igual a 10g/dl ---> 2 dosis (1000 mg + 500 mg) separadas 1 semana.
- Peso 35-70 kg y Hb menor 10g/dl ---> 2 dosis (1000 mg + 500 mg) separadas 1 semana.
- Peso mayor de 70 kg y Hb menor 10 g/dl ---> 2 dosis (1000 mg + 1000 mg) separadas 1 semana.

Resultados: El número de pacientes analizados que recibieron tratamiento con hierro endovenoso en nuestra unidad entre los meses incluidos fueron un total de 82, pero fueron excluidos 37 pacientes por:

- 15 pacientes excluidos por cirugía no incluida en el protocolo (cirugía bajo riesgo hemorrágico).
- 11 pacientes excluidos por no tener fecha de cirugía en el momento del análisis (no posibilidad de tener un control de hemoglobina post-tratamiento).
- 1 paciente excluida por ser gestante.
- 6 pacientes excluidos por presentar anemia no claramente ferropénica (IST y ferritina no alterada).
- 2 pacientes excluidos por transfusión hemoderivados antes de la cirugía de manera “profiláctica”.
- 1 pacientes excluido por desestimación de cirugía.
- 1 paciente por exitus.

Por tanto, el número finalmente de pacientes incluidos en el estudio fueron un total de 45, 22 mujeres y 23 hombres, siendo el 90 % de los pacientes ASA 1 o 2.

En cuanto al tipo de cirugía, la gran mayoría (60 %) correspondía a pacientes sometidos a cirugía mayor abdominal (35,6 % cirugía general, y el 24,4 % cirugía ginecológica), seguida de urología (8,9 %), neurocirugía (8,9 %) y cirugía vascular mayor (8,9 %).

El 60 % de los pacientes presentaban una anemia leve (Hb \geq 10 g/dl), y solo un paciente (2,2 %) presentó una anemia severa (Hb $<$ 7 g/dl), y el tratamiento con hierro endovenoso se llevó a cabo de manera completa en el 71,1 % de los pacientes.

Respecto al tiempo entre el inicio de la ferroterapia y la cirugía, en el 26,7 % de los casos transcurrió menos de 1 semana, en el 33,3 % entre 1-2 semanas, en el 29 % entre 2-4 semanas y en el 11 % $>$ 4 semanas.

Analizando los resultados, la Hb ha aumentado en el 42,2 % de los pacientes, pero hay que señalar que en el 48,9 % no se ha llegado a solicitar una hemoglobina post-ferroterapia de control. Por otro lado, en la mayoría de los casos (77,8 % de los pacientes) no ha sido necesaria la transfusión de sangre de banco.

Conclusiones: Como conclusiones de la puesta en marcha de dicho protocolo, podríamos concluir a día de hoy que el tratamiento con hierro endovenoso de aquellos pacientes que van a ser sometidos a una cirugía con alto riesgo hemorrágico y que presentan una anemia ferropénica, consigue aumentar sus valores de hemoglobina perioperatorios consiguiendo evitar la transfusión de hemoderivados.

De este estudio podemos ver algunas posibilidades de mejora, puesto que sería interesante que los pacientes pudieran ser derivados a nuestra unidad con mayor antelación para poder disponer de mayor tiempo para recuperar los depó-

sitos de hierro antes de la cirugía, y conseguir una mayor optimización de estos pacientes. Además, para poder determinar el éxito de dicho tratamiento, deberíamos implantar la solicitud de manera sistemática, de un hemograma de control el día antes de la cirugía.

Palabras clave: Anemia ferropénica, anemia perioperatoria, hierro intravenoso.

P-023 BLOQUEO DE NERVIOS PUDENDOS EN CIRUGÍA PROCTOLÓGICA EN NUESTRO CENTRO DE CMA. PERIODO 2020-2022

M. Maiza Pávez, D. Mateo Arzo, J. A. Meza, F. Rojas, M. Caicedo, S. Martín, L. Barrera, I. Salgado
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos: La mayoría de las cirugías de patología proctológica benigna se realizan en un programa de cirugía ambulatoria. La hemorroidectomía es la patología más dolorosa de los procedimientos perianales, y es causa de preocupación tanto para el paciente como para los profesionales. Con la finalidad de reducir el dolor perioperatorio se han mejorado las técnicas quirúrgicas, analgésicas y medidas generales de cuidado postoperatorio en cirugía mayor ambulatoria (CMA). Se ha demostrado que el bloqueo de los nervios pudendos aporta beneficios claros en cirugía proctológica ambulatoria. El objetivo es mostrar el uso del bloqueo de los nervios pudendos como parte de un manejo multimodal del dolor de manera rutinaria en hemorroidectomía y fistulectomía anal en nuestro centro.

Métodos: Se realizan hemorroidectomías y fistulectomías bajo un protocolo de anestesia y analgesia multimodal. El protocolo consiste en la administración de anestesia intradural con anestésico local de corta acción (prilocaína) o anestesia general con mascarilla laríngea (si contraindicación de anestesia intradural) asociado a un bloqueo de nervios pudendos bilateral de manera rutinaria. Además, se administran analgésicos y antiinflamatorios (paracetamol, AINE, dexametasona), se pauta analgesia por vía oral de dolor severo al alta, y en casos que la agresión quirúrgica de la fistulectomía o el número de paquetes hemorroidales extirpados ($>$ 2) condicione un riesgo de difícil control del dolor, se administra una perfusión endovenosa de paracetamol y dexketoprofeno mediante sistema elastomérico durante 24-48 horas. El bloqueo de nervios pudendos se realiza bajo la técnica transperineal de Bolandard antes o después de la intervención con aguja de neuroestimulación aislada de 50-120 mm a 1 mA con frecuencia de 2 Hz hasta para encontrar la contracción del

esfínter anal y disminuir a 0,5 mA sin perder la contracción, y previa aspiración se administra ropivacaína o bupivacaína 0,25-0,5 %, 10 ml a cada lado. Esta técnica incluso se utiliza como anestesia principal con el uso de moléculas combinadas en algunos procedimientos proctológicos asociada a sedación, como en fistulotomías y esfínteromías. También está descrita la técnica ecoguiada, que es más compleja pero podría aportar beneficios como la visualización directa del nervio pudendo y su relación con la arteria pudenda, con una mejor eficacia e inicio de acción más rápido. Se recogen la cantidad de cirugías proctológicas realizadas los últimos 3 años en nuestro centro de CMA, y se comentan los beneficios percibidos por los pacientes y el equipo multidisciplinar de la técnica de bloqueo de nervios pudendos.

Conclusiones: Se realizaron 874 intervenciones proctológicas en los últimos 3 años, con un promedio de 291,3 intervenciones/año. Son 203 hemorroidectomías, 267 fistulectomías o fistulotomías, 240 esfínteromías y 164 correspondientes a otras intervenciones perianales, en total. Tras la experiencia con este número de casos y el uso de una estrategia multimodal enfocada en asociar el bloqueo pudendo en cirugías más dolorosas, se han observado beneficios como un menor consumo de opioides, menos complicaciones, incorporación más rápida a las actividades diarias, mayor grado de satisfacción del paciente con menor dolor y miedo a la defecación. El bloqueo de nervios pudendos es una técnica analgésica válida coadyuvante en la estrategia multimodal de la proctología en CMA.

Palabras clave: Bloqueo nervio pudendo, Analgesia multimodal, Proctología, Cirugía ambulatoria.

P-024 MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTES SOMETIDAS A EXTRACCIÓN DE ÓVULOS PARA PROGRAMAS DE FERTILIDAD. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 9800 PACIENTES

G. Cordero Pearson, J. M. Cordero Lorenzo
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivo: El manejo anestésico de estas pacientes requiere en primer lugar que no sean tóxicos para los óvulos y que sea una técnica rápida, fácil, con una rápida recuperación y exenta de efectos secundarios, tipo náuseas, vómitos, dolor postoperatorio controlado y con coste bajo.

Material y métodos: Se analizaron los datos retrospectivamente de 9800 pacientes. Se les realiza una valoración

preoperatoria, mediante un test y cuando ocurren unas respuestas a las preguntas resaltadas en negrita, se envían a consulta de preanestesia. Una vez en quirófano, se monitoriza básicamente con pulsioximetría y TA, se colocan gafas nasales de oxígeno a 3 l, se canaliza vía periférica y se administran 2 mg de midazolam, 0,05 mg de fentanilo y 1 mg/ kg de propofol, se valora respuesta a estímulo y se repiten bolos de 0,5 mg de Propofol según respuesta, a continuación se trasladan en silla de ruedas a sala de adaptación al medio. Se administra analgesia preventiva con dexketoprofeno 50 mg i.v. en la inducción. Como rescate primero paracetamol 1 g, metamizol 2 g y en último caso meperidina 25 mg.

Resultados: 1/ 625 pacientes fueron enviadas a consulta de preanestesia. La estancia media fue de 44 minutos, una tasa de vómitos de 1/550. El dolor fue controlado con la dosis inicial en un 75 %, un 24,9 % requirió dosis de paracetamol y el 0,01 restante necesitó una dosis de meperidina de 25 mg. Ninguna paciente reingreso por causa anestésica, 10 reingresos por sangrado, solo una paciente fue intervenida postoperatoriamente.

Conclusiones: Consideramos la sedación profunda, con estos fármacos, como técnica ideal para este procedimiento, proporcionando alto grado de satisfacción, seguridad y eficiencia. La escasa manipulación de la vía aérea, hizo posible continuar con el programa, a pesar de la pandemia, incluso anestesiando pacientes COVID positivas. Con una dotación de 6 puestos de readaptación, se pueden programar infinitas punciones cada media hora, aspecto fundamental en la organización.

P-025 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

L. Barajas Cava, M. Pérez Ochando, R. Muñoz Expósito, L. Muñoz Corsini, C. Ramírez Galindo, C. Ramón Otero
Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos: La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es aquella en la que la admisión, la intervención quirúrgica y el alta ocurren durante el mismo día. En nuestro país representan aproximadamente el 60 % de las cirugías electivas, siendo cada vez más frecuente debido a sus importantes beneficios, como un menor coste y morbilidad y una recuperación más temprana con la mejora de las técnicas quirúrgicas y anestésicas.

Uno de los principales términos a evaluar es la calidad de la recuperación funcional, entendida como el retorno a las actividades habituales, y considerada como uno de los objetivos principales de la CMA.

El objetivo principal de este estudio es valorar la morbilidad a medio plazo (a los 30 días) de los pacientes sometidos a CMA. Para ello, realizamos una evaluación multidimensional incluyendo las dimensiones física, psicológica y social para conocer el impacto del procedimiento sobre la calidad de vida de los pacientes.

Métodos: Se realiza un estudio observacional descriptivo donde se incluyen los pacientes sometidos a CMA en el periodo del 24 de febrero al 3 de marzo en el Hospital Universitario de Guadalajara. A los 30 días, realizamos un cuestionario (quality of recovery QoR) llevado a cabo de forma telefónica. Se explicó a los participantes el objetivo de la investigación para garantizar la veracidad de los datos.

Se trata de un test desarrollado en 2006 cuyo objetivo es valorar la recuperación psicométrica de los pacientes tras la anestesia, que incluye 15 ítems que evalúan la esfera psicosocial y física.

Una vez realizadas las llamadas recogimos los resultados en una base de datos y llevamos a cabo su análisis.

Resultados: Nuestra muestra se compone de un total de 102 pacientes, de los cuales 93 respondieron a la llamada telefónica (61,2 % varones y 38,8 % mujeres), con un amplio rango de edad desde los 5 hasta los 90 años. En los menores de edad el cuestionario fue evaluado por sus progenitores.

La distribución por especialidades quirúrgicas fue: cirugía general (27,9 %), traumatología (16,1 %), urología (15 %), oftalmología (11,8 %), dermatología (8,7 %), cirugía vascular (8,7 %), otorrinolaringología (6,5 %), ginecología (3,2 %), cirugía maxilofacial (2,1 %).

El riesgo anestésico se catalogó según la clasificación de la ASA (American Society of Anesthesiologists), siendo ASA I (37,6 %), ASA II (39,8 %) y ASA III (22,6 %). No tenemos ningún paciente ASA IV ni ASA V.

Clasificamos las cirugías según el riesgo de dolor postoperatorio siguiendo las recomendaciones de la ASECMA (Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria) sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio en CMA. Así pues, tenemos 45 de riesgo leve (48,4 %), 36 riesgo moderado (38,7 %) y 12 riesgo severo (12,9 %). Además, catalogamos la intensidad del dolor según la Escala

Visual Analógica (EVA): leve (0-3), moderado (4-7) e intenso (8-10).

Respecto a las variables analizadas, el 1 % presenta dificultad para respirar, 6,5 % pérdida de apetito y ningún paciente continúa presentando náuseas/vómitos al cumplirse un mes de la cirugía, a pesar de sí haber tenido los primeros días del postoperatorio. Encontramos más alteración en el descanso y el sueño en el 40 % de los pacientes, además de que el 63,44 % refieren haber tenido algún tipo de dolor hasta este momento.

Los procedimientos quirúrgicos más realizados y en cuáles vamos a desarrollar el análisis de los datos fueron hernioplastias (10,75 %) y liberación del nervio mediano (10,75 %).

Hernioplastias:

Se realizan 2 tipos diferentes de hernioplastias: umbilicales e inguino-cruales.

En las primeras la incidencia de dolor postoperatorio a los 30 días es del 25 %, con un 50 % de recuperación total de la actividad habitual de los pacientes. A pesar de ser una cirugía de riesgo de dolor leve, el 75 % han precisado recurrir al personal sanitario y en el 50 % les afecta en el descanso nocturno.

En el segundo grupo la incidencia de dolor postoperatorio es del 80 % (60 % EVA leve y 40 % EVA moderado). No obstante, el 100 % de los pacientes prácticamente han recuperado su actividad habitual y pueden realizar su aseo de forma independiente.

Túnel carpo:

En esta intervención quirúrgica, a pesar de estar considerada como dolor leve, hemos encontrado persistencia del dolor en 7 pacientes (70 %), siendo 28 % EVA leve, 43 % EVA moderado y 29 % EVA intenso.

Además, esta persistencia del dolor influye en el estado anímico (80 % ansiedad/tristeza), en la vuelta a la actividad habitual (100 % continúan sin poder realizar su rutina diaria e incluso el 80 % precisan de ayuda para realizar su higiene personal) y en el sueño (70 %).

Proctología:

Por último, hay que destacar la sección de proctología, considerada con riesgo de dolor postoperatorio severo. Nuestro estudio incluye 10 pacientes sometidos a este tipo de cirugías en la que el 90 % continúan experimentando dolor tras

30 días, siendo un 44 % EVA leve, 44 % EVA moderado y un 12 % EVA severo. Sin embargo, a diferencia de otras cirugías, el 80 % ha recuperado sus actividades habituales.

Conclusiones: Con los resultados expuestos concluimos que el dolor es una de las variables más importantes de nuestro estudio ya que más de la mitad de nuestros pacientes refirieron haber sufrido algún tipo de dolor en el postoperatorio.

Nos llama la atención que en la cirugía de liberación del túnel de carpo el 70 % de los pacientes continúan con dolor a los 30 días, interfiriendo con el aseo o higiene diaria y el descanso nocturno.

Con respecto al resto de intervenciones, obtenemos unos resultados acordes en relación a la clasificación del riesgo del dolor utilizada, resaltando la sección de proctología en la que un porcentaje muy elevado de pacientes continúa con dolor al mes de la cirugía.

Por todo ello, se necesita un sistema que garantice una adecuada incorporación a su vida diaria y un seguimiento de las posibles complicaciones que puedan surgir durante el postoperatorio, siendo las escalas una medida fácil, viable y reproducible de la calidad en la recuperación postquirúrgica.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria, recuperación funcional, quality of recovery, dolor postoperatorio.

P-026 EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS DEL HOSPITAL SAN LÁZARO EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA PARA CIRUGÍA PEDIÁTRICA

A. Salor Torregrosa, A. Cárdenas Duque, E. Alonso Bueno, M. Aísa Gasca, J. M. González Valencia, A. Ontanilla López

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Objetivos: La cirugía pediátrica a nivel ambulatorio es un tema claramente en auge en la última década. Los múltiples beneficios que aporta al paciente, profesionales de la salud y sistema socioeconómico son incuestionables. Sin embargo, aún hoy en día, supone un punto de rechazo por parte de algunos padres y profesionales, probablemente por miedo o desconocimiento sobre la seguridad de los procesos realizados en este régimen.

En este trabajo queremos brindar la oportunidad de conocer el trabajo que se ha realizado en los últimos cinco años en el

Hospital Universitario Virgen Macarena y particularmente en el hospital anexo San Lázaro donde se lleva a cabo la cirugía mayor ambulatoria tanto pediátrica como adulta sirviendo de punto de inicio para plantear la CMA pediátrica en otros lugares o aumentar el número de procedimientos realizados.

Métodos: En este trabajo se ha revisado la base de datos de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo por el servicio de cirugía pediátrica desde el año 2018 hasta febrero de 2023 en el Hospital San Lázaro (Hospital de cirugía mayor ambulatoria anexo al Hospital Universitario Virgen Macarena). Posteriormente hemos analizado mediante SPSS el tipo de cirugías más frecuentes, tipo de anestesia, grado de dolor postoperatorio, tolerancia y NVPO, sangrado, complicaciones y nivel de satisfacción a las 24 h.

Conclusiones: Se realizaron un total de 232 intervenciones. Las más frecuentemente realizadas fueron: fimosis (28,4 %), hernia inguinal (21,1 %), hernia umbilical (15,1 %), hidrocele (10,3 %), escisión de piel (10,3 %). Otras intervenciones con menor representación son la frenectomía lingual, uña encarnada, hernia epigástrica o supraumbilical. En su práctica totalidad (231) se han realizado bajo anestesia general a excepción de una hernia inguinal que se realizó con anestesia local. Los resultados obtenidos de estas intervenciones son un grado de dolor valorado según la escala EVA en la que la media es de 2,43 ($\pm 1,36$). El grado de sangrado ha sido ninguno en un 82,3 % de los casos y escaso en un 12,9 %. La tolerancia es completa en un 90,9 % y han existido náuseas o vómitos en un 1,7 % tras la ingesta de líquidos. Entre las demás complicaciones descritas hay dos casos de fiebre postoperatoria. El grado de satisfacción se evalúa mediante una llamada telefónica a las 24h en un 76,3 % es muy satisfactorio y en un 22,4 % satisfactorio.

La variedad de procedimientos quirúrgicos llevados a cabo como CMA en nuestro centro es amplia y no está ligada al tipo de anestesia, podemos encontrar hasta 12 procedimientos diferentes y en su totalidad bajo anestesia general, lo cual no limita el alta precoz del paciente incluso tras cirugías por laparoscopia como hidrocele o algunas hernias. El grado de dolor postoperatorio puede considerarse bajo, estando la mayoría en un grado de 2-3 sobre 10 puntos en la escala EVA, lo que permite, junto al bajo riesgo de sangrado de la herida quirúrgica y el escaso número de náuseas y vómitos postoperatorios, un alta a domicilio en el mismo día de manera segura. Además, a las 24 h, la percepción de los familiares del procedimiento es satisfactoria o muy satisfactoria, lo que habla de un sistema seguro, costoeficiente y valorado positivamente por familiares y profesionales.

Palabras clave: CMA, cirugía pediátrica, anestesia, dolor, anestesia pediátrica.

P-027 MANEJO ANESTÉSICO CON MASCARILLA LARÍNGEA REFORZADA, SIN RELAJACIÓN MUSCULAR, EN SEPTOPLASTIAS Y CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL EN RÉGIMEN DE CMA

G. Cordero Pearson, J. M. Cordero Lorenzo, A. Archilla
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Valorar si esta técnica anestésica constituye un manejo seguro y eficaz en esta patología, valorando el porcentaje de laringoespasmos que se producen al final de la intervención, que está en torno al 20 %, cuando se utiliza la intubación endotraqueal, para manejo de la vía aérea durante el procedimiento.

Métodos: Se analizaron, retrospectivamente, 40 pacientes, ASA 1 y 2, excluyendo obesidad, IMC > 35, pacientes con problemas respiratorios y con historia de reflujo diariamente. Los pacientes fueron anestesiados con atropina 0,1 mg/ kg, 2 mg de midazolam, 1,5 microgramos de fentanilo, 4 mg de dexametasona, dexketoproxifeno 50 mg, más paracetamol 1 g, como analgesia preventiva, seguidos de propofol, dosis de 2,5 mg/ kg, una vez conseguida la hipnosis se introducía una mascarilla laríngea reforzada, midiéndose las presiones de sellado, se infiltraba mucosa con lidocaína 1 % con vasoconstrictor, se continuaba con anestesia inhalatoria, sevorane, extrayendo la mascarilla con el paciente despierto, arrastrando todas las secreciones y sangre, sin desinflar el manguito del dispositivo supraglótico. La ventilación fue controlada por volumen, a 8 ml/ kg de volumen tidal, con 12 de frecuencia, una vez terminada cirugía se abrió circuito en ventilación espontánea.

Resultados: La inserción se llevó a cabo al primer intento en 39 pacientes y uno al segundo intento, tras profundizar anestesia con bolo de Propofol. La presión de sellado media fue de 23 cmh₂o, superior a los 15,7 de presión en vía aérea. La ventilación se llevó a cabo sin incidencia alguna, extubándose a los pacientes, despiertos, sin existencia de laringoespasmio. Todos los pacientes fueron dados de alta, con estancia mínima de 6 horas, cuando se realizaba cirugía nasosinusal, como precaución por su proximidad a base del cráneo. Ningún paciente necesito hipotensores para disminuir sangrado.

Discusión: Consideramos el manejo de estos pacientes como técnica ideal, por su facilidad, seguridad y eficiencia. No hay que usar relajantes musculares y lógicamente reversores del bloqueo. Destacamos la ausencia del temido laringoespasmio. Al no usar ni laringoscopia ni taponamiento faríngeo, el manejo hemodinámico resultó más fácil, sin necesidad de hipotensores, concluimos que podría ser esta

técnica gold estándar en el manejo de pacientes sometidos a septoplastia y cirugía endoscópica nasosinusal.

P-030 INCIDENCIA DE COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN UNA UNIDAD MIXTA DE CIRUGÍA AMBULATORIA

S. Eltayeb Ferrer, V. Montés Cardona, R. Valko Derzhypilskyy, J. Duart Benavent, J. V. Cuchillo Sastriques, P. Argente Navarro
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Objetivos: Revisar las complicaciones postanestésicas y quirúrgicas más frecuentes tras cirugía anexial ginecológica ambulatoria durante el año 2022.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo en el cual se han recogido datos correspondientes a cirugías ginecológicas anexiales ambulatorias realizadas durante el año 2022 en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Se han excluido del estudio, intervenciones vaginales y endometriosis. Para cada paciente hemos recogido la edad, el quirófano donde se realiza la intervención, la indicación de la cirugía, el tipo de intervención, escala de riesgo ASA (American Society of Anesthesiologist), comorbilidades, factores de riesgo cardiovascular, tipo de anestesia, manejo de la vía aérea, pauta analgésica, pauta antiemética, necesidad de analgesia postoperatoria, prevalencia de náuseas y vómitos postoperatorios, complicaciones que motiven ingreso en la planta de hospitalización, ingreso en urgencia, incidencias/complicaciones potquirúrgicas y cumplimiento del seguimiento en consultas externas.

Para el análisis de los datos, hemos realizado un análisis simple utilizando el programa Excel.

Conclusiones: La mayoría de las pacientes fueron intervenidas de quiste de ovario (45 %), seguidas de las esterilizaciones (26 %) y de los teratomas ováricos (13 %). Es por ello que la cirugía más frecuente fue la quistectomía y/o salpinguectomía siendo el 31 % seguida de la anexetomía y/o salpinguectomía (33 %).

En cuanto a las características de las pacientes, el 68 % es ASA 1, el 28 % ASA 2, y únicamente tres pacientes son ASA 3, representando el 4 % de la muestra.

Entre las mayores preocupaciones de la cirugía de cirugía mayor ambulatoria (CMA), están los ingresos no esperados

en la planta de hospitalización. En nuestra muestra, esto supone el 9 % de las cirugías. Los motivos de los ingresos inesperados son: cirugía mayor compleja, cirugía vespertina, necesidad de cuidados ginecológicos solicitados por los cirujanos y reintervención urgente por hematoma en la pared.

Únicamente dos casos (2,3 %) se podrían considerar evitables: una paciente que ingresó por mareo previo al alta, y otra por dolor que al tratarse con opiáceos mayores la paciente sufrió una desaturación.

En cuanto a problemas postquirúrgicos detectados durante el seguimiento, dos pacientes refirieron dolor persistente a pesar de la medicación.

Sobre las complicaciones quirúrgicas, una paciente presentó un hematoma umbilical debido al trocar que no requirió ingreso.

Dos cirugías fueron canceladas debido a problemas de la anestesia y que se han eliminado del estudio: una de ellas fue por vía aérea difícil con imposibilidad de intubación (paciente operada más tarde siendo intubada despierta con fibrobroncoscopio).

La otra cirugía fue cancelada debido a un shock anafiláctico al inicio de la intervención, siendo necesaria la administración de dos dosis de adrenalina intravenosa.

En cuanto a la analgesia intraoperatoria, la más popular fue la combinación de paracetamol y dexketoprofeno (83 %). En el 29 % de los pacientes se complementó la analgesia intravenosa con infiltración de los puertos por parte del equipo quirúrgico.

Durante la estancia en la unidad el 37 % pacientes no necesitaron analgesia adicional. Del resto de pacientes, en el 33 % no se registró qué tipo de analgesia se administró. En el 27 % se administró metamizol, analgesia de rescate de elección en el postoperatorio en nuestro hospital.

En cuanto al uso de opiáceos mayores, el 3 % de los pacientes requirió morfina. En cuatro ocasiones (5 %) se utilizó el tramadol en combinación con nolutil. Como hemos dicho previamente, solamente una paciente presentó dolor no controlable y que condicionó un ingreso no esperado en la planta de hospitalización.

Las NVPO aparecieron en el 10 % de los pacientes, siendo necesario su tratamiento en la mitad de las ocasiones. Los fármacos más utilizados para su tratamiento fue la metoclopramida en el 3 % de los casos y el ondansetrón en el 2 %.

Las cirugías ginecológicas anexas son un buen ejemplo de la importancia de la cirugía ambulatoria, ya que son cirugías habituales en pacientes generalmente con pocas comorbilidades.

En nuestro estudio se concluye que los ingresos no esperados representan el 9 % de la muestra, pero en su mayoría son debidos a causas quirúrgicas. Por lo que únicamente el 2,3 % podría ser considerado evitable depurando el manejo anestésico.

El dolor y las NVPO son dos de las complicaciones de la anestesia más frecuentes. En cuanto al manejo del dolor, el 63 % de los casos presenta dolor en las unidades de CMA, pero que en nuestro estudio, la mayor parte de las ocasiones fue un dolor leve que cedió con nolutil. En el 8 % de los casos se necesitó la administración de un opioide por dolor moderado-severo.

Las NVPO aparecieron en el 10 % de los pacientes, pero requirieron tratamiento solo en el 5 % de los casos.

Por lo tanto, podemos considerar que la CMA es una buena praxis en este tipo de pacientes.

Palabras clave: Cirugía anexial, CMA, dolor, ingreso no esperado.

P-031 BLOQUEO DE LA VAINA DE LOS RECTOS PARA CIRUGÍA DE HERNIA UMBILICAL

S. Eltayeb Ferrer, V. Montés Cardona, R. Valko Derzhypilskyy, J. Duart Benavent, M. López Segura, F. Escribà Alepuz, J. V. Cuchillo Sastriques, P. Argente Navarro
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Objetivos: El manejo del dolor tanto intraoperatorio como postoperatorio sigue siendo un reto para los anestesiólogos. Sin embargo, la anestesia locorregional ha conseguido ser una herramienta más del arsenal terapéutico contra el dolor. Además, con la aparición de la ecografía, bloqueos que antes no se realizaban por miedo a posibles complicaciones ahora se han popularizado debido a que se pueden realizar con mayor seguridad para el paciente. Este es el caso del bloqueo de la vaina de los rectos, descrito en 1899 por Schleich, pero hasta la aparición de la ecografía no se llevaba a cabo con frecuencia por la posibilidad de perforar el peritoneo.

El bloqueo de la vaina de los rectos proporciona analgesia a la pared abdominal anteromedial y al área periumbili-

cal (dermatomas espinales T9, T10 y T11), por lo que es idóneo para cirugías abdominales en la línea media. Es un bloqueo sensitivo, por lo que es dependiente de volumen (con concentración de anestésico local más reducida, lo que nos permite ahorrar en dicho fármaco evitando problemas de intoxicación de anestésicos locales).

La anestesia locorregional cada vez se emplea más en el campo de la anestesia pediátrica ya que aporta ventajas como una analgesia superior y el uso de un MAC reducido durante la anestesia general, lo que implica una educación más suave y un retorno más temprano del apetito.

Métodos: Con estas ventajas, no es de extrañar que la anestesia locorregional cada vez se utilice más en el ámbito pediátrico, por ello, procedemos a explicar un caso clínico en el que utilizamos el bloqueo de la vaina de los rectos para proporcionar analgesia intraoperatoria y postoperatoria en una niña de 4 años de edad que se somete a una herniorrafia umbilical.

Conclusiones: Niña de 4 años y 15 kg de peso. Diagnosticada de hernia umbilical con indicación de tratamiento quirúrgico. La paciente no presenta antecedentes personales de interés y es clasificada como ASA 1.

Dado que la paciente no presenta contraindicaciones se propone la realización de un bloqueo de la vaina de los rectos que se explica a la tutora legal (madre) de la paciente, que acepta.

Realizamos una anestesia general combinada: primero sedamos a la paciente con sevoflorane a través de mascarilla facial y una vez la paciente se encuentra en un plano profundo de Guedel, procedemos a canalizar una vía periférica del tamaño 22G. Tras la canalización de la vía periférica se inyectan 2 mcg/kg de fentanilo y 2 mg/kg de propofol y se coloca una mascarilla laríngea Ambú del número 2 con éxito.

Una vez la paciente se encuentra bajo anestesia general y la vía aérea está controlada, realizamos asepsia de la pared abdominal y examinamos el lugar de punción con ecografía (colocamos el transductor en una orientación transversal por encima del ombligo, 1 cm lateral a la línea media). El objetivo del bloqueo son los nervios intercostales 9, 10 y 11 que están ubicados en el espacio entre el músculo recto del abdomen y su vaina posterior del recto y es donde colocaremos el anestésico local.

Para ello insertaremos la aguja a través del músculo recto hasta que la aguja alcance dicho espacio. Repetiremos el procedimiento en el lado contralateral. Para nuestro caso,

inyectamos 4 ml de levobupivacaína 0,125 en cada lado (un total de 10 mg de levobupivacaína). Como hemos mencionado en la introducción, el bloqueo de la vaina de los rectos es sensitivo y depende del volumen que inyectar, en consecuencia, hemos diluido la levobupivacaína para poder inyectar más volumen sin necesidad de administrar un exceso de anestésico local (en nuestro caso hemos administrado en torno a 0,35 mg/kg).

La paciente mantuvo estabilidad hemodinámica durante todo el procedimiento y aspiramos antes de la inyección del anestésico para evitar la inyección intravascular.

Además del bloqueo nervioso, en con el objetivo de conseguir una analgesia multimodal también administramos paracetamol 225 mg y 7,5 mg de ketorolaco.

La paciente no presentó dolor durante la cirugía ya que mantuvo una frecuencia entorno a 90 lpm y tensiones arteriales 100-90/40 mmHg que son adecuadas para la edad de la paciente. Por lo que no requirió intensificar analgesia intraoperatoria con más opioides.

Se procedió a quitar la mascarilla laríngea en plano profundo, la paciente no presentó dolor en el despertar ni durante su estancia en la sala de despertar.

La analgesia multimodal es esencial para el tratamiento del dolor postquirúrgico y de esta forma facilitar la recuperación de los pacientes tras las intervenciones quirúrgicas. Para ello, la anestesia locorregional es un pilar fundamental, y con la introducción de la ecografía podemos llevar a cabo bloqueos nerviosos con seguridad y minimizando los riesgos de posibles complicaciones como puede ser puncionar el peritoneo o la inyección de anestésico local intravascular.

En conclusión, realizar un bloqueo de la vaina de los rectos para cirugía periumbilical no solo es eficaz sino además seguro para el paciente pediátrico.

Palabras clave: Anestesia locorregional, pediatría, analgesia multimodal.

P-032 TIEMPO DE ESTANCIA EN UCSI TRAS FACOEMULSIFICACIÓN DE CATARATAS SEGÚN EL TIPO DE ANESTESIA

J. Duart Benavent, R. Valko Derzhypilskyy, V. Montés Cardona, S. Eltayeb Ferrer, J. V. Cuchillo Sastriques, P. Argente Navarro
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Objetivos: El objetivo principal del presente estudio es comparar el tiempo de estancia en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) tras facoemulsificación del cristalino con implante de lente intraocular entre pacientes sometidos a anestesia tópica y anestesia locorregional.

Como objetivos secundarios ver si el tiempo de estancia en UCSI está relacionado con el sexo y la edad.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se incluyeron 299 pacientes sometidos a facoemulsificación del cristalino con implante de lente intraocular como tratamiento definitivo de cataratas, entre noviembre y diciembre de 2022 en el Hospital La Fe de Valencia. Para cada paciente se recopilaban los datos clínicos de interés y se agruparon estos mismos pacientes en dos grupos: uno que recibió anestesia tópica y otro grupo al que se le administró anestesia locorregional mediante bloqueo peribulbar. Por otro lado, para el presente estudio se definió el tiempo de estancia en UCSI el periodo que abarca desde la llegada del paciente a la unidad tras la intervención y su posterior alta a domicilio, u hospitalización en caso de que fuese necesario.

Se utilizó el programa IBM® SPSS® Statistics para el desarrollo del análisis estadístico. Se realizó la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov con el objetivo de comprobar si las variables continuas se distribuían normalmente en la muestra a estudio. Si el nivel de significación de la prueba era mayor que 0,1 se asumía que la distribución era normal. Para aquellas variables continuas de distribución normal se tuvieron en cuenta la media y la desviación estándar para el análisis descriptivo. Sin embargo, en las variables continuas que no siguieron la normalidad se empleó la mediana y el rango intercuartílico. Por otro lado, para el estudio descriptivo de las variables cualitativas se empleó el porcentaje de individuos que presentaron el evento.

Se utilizó un análisis estadístico univariante para comparar el tiempo de estancia en la UCSI con las diferentes variables de la muestra a estudio. Para ello, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para comparar las variables cuantitativas, pues estas no seguían una distribución normal. Por otro lado, se calculó Rho de Spearman para determinar correlación. Finalmente, los resultados se expresaron con su correspondiente IC al 95 % y se asumieron diferencias estadísticamente significativas con $p < 0,05$.

Resultados: Tras el análisis de los datos se obtuvo un total de 299 pacientes sometidos a facoemulsificación entre noviembre y diciembre del año 2022 en el Hospital La Fe de Valencia, siendo un 60,2 % (180) de la muestra mujeres y 39,8 % (119) hombres. En la población estudiada, el

tiempo de estancia en la UCSI fue de 2:29 [2:01-3,09] horas tras la intervención.

Dividimos la muestra en dos grupos según el tipo de anestesia a la que se sometieron. Un 44,5 % (133) de estos pacientes se intervino mediante anestesia peribulbar y un 55,5 % (166) con anestesia tópica.

En el grupo de anestesia peribulbar hubo un 56,4 % (75) de mujeres y en el grupo de anestesia tópica un 63,3 % (105), sin diferencias significativas en la distribución de los pacientes según el sexo entre ambos ($p = 0,228$).

Los pacientes del grupo de anestesia peribulbar tenían una mediana de 73 [69,00-79,12], y los de anestesia tópica 73,05 [67,00-77,28] años ($p = 0,250$).

En cuanto al tiempo de recuperación en UCSI dependiendo del tipo de anestesia, se observó una diferencia estadísticamente significativa, con un tiempo de estancia en UCSI de 2:44 [2:05-3:24] horas en el grupo de peribulbar, frente a 2:19 [1:59-2:50] horas en el grupo de tópica ($p < 0,001$).

Por último, al aplicar la prueba Rho de Spearman para comprobar si existe correlación entre la edad y el tiempo de recuperación se obtuvo una $p = 0,398$.

Conclusiones: Así, a modo de conclusiones, podemos establecer las siguientes:

1. El tiempo de estancia en la UCSI en pacientes sometidos a facoemulsificación como tratamiento definitivo de cataratas es menor con anestesia tópica que con anestesia locorregional.
2. En el presente estudio, la estancia en UCSI fue 25 minutos más corta en pacientes intervenidos con anestesia tópica que con anestesia peribulbar.
3. Teniendo en cuenta que el bloqueo peribulbar no es una técnica exenta de complicaciones (perforación ocular, lesión del nervio óptico, etc.) y su estancia en UCSI parece ser más larga que con anestesia tópica, sería conveniente realizar más estudios que permitan clarificar la conveniencia del uso de anestesia tópica frente a locorregional en pacientes sometidos a cirugía de cataratas.
4. No obstante, existen situaciones relacionadas con el cirujano (poca experiencia, MIR), el paciente (ansiedad, no colaboradores), o el ojo (cataratas muy duras o subluxadas, cirugía ocular previa) donde el confort del paciente y del cirujano son esenciales para el correcto desarrollo de la cirugía, y en los cuales podría estar justificado el uso de anestesia peribulbar.
5. Por otro lado, el tiempo de estancia en la UCSI en pacientes sometidos a facoemulsificación de cataratas no parece tener correlación con el sexo y la edad.

6. Atendiendo a las características demográficas, los grupos de estudio son comparables dado que no presentan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad y sexo.
7. Sin embargo, la morbilidad asociada a los pacientes no ha sido estudiada. De esta manera, esta tercera variable podría estar representando un sesgo de confusión ejerciendo una acción sobre los resultados que no es controlada. Por ello, es necesario llevar a cabo más estudios, incluyendo un mayor número de variables que expliquen la variabilidad del tiempo de estancia en la UCSI entre los pacientes.

Palabras clave: Anestesia tópica, anestesia peribulbar, cataratas, facomulsificación.

P-033 ¿EXISTE UNA CLARA RELACIÓN ENTRE LAS COMORBILIDADES Y RIESGO ANESTÉSICO DE LAS PACIENTES CON LA INCIDENCIA DE INGRESO NO ESPERADO TRAS CIRUGÍA GINECOLÓGICA AMBULATORIA?

V. Montés Cardon, S. Eltayeb Ferrer, J. Duart Benavent, R. V. Valko Derzhypilskyy, J. V. Cuchillo Sastriques, P. Argente Navarro

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Objetivos: El objetivo principal del estudio es revisar si existe una relación entre la mayor complejidad de las pacientes (según la escala American Society of Anesthesiologists (ASA) y sus comorbilidades y la incidencia de ingreso no esperado tras las cirugías ginecológicas realizadas de forma ambulatoria durante el año 2022 en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo descriptivo, en el cual se han recogido principalmente datos en relación con tres tipos de cirugías ginecológicas (histeroscopias, cirugías de incontinencia urinaria y cirugías laparoscópicas anexiales) realizadas vía ambulatoria durante el año 2022 en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Para cada paciente, se recogió la clasificación ASA y comorbilidades reflejadas en la valoración preanestésica, clasificando las comorbilidades en varios grupos: hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, enfermedades oncológicas, reumatológicas, psiquiátricas, urológicas, neurológicas, neumológicas, patología endocrina, digestiva, enfermedades genéticas, hematológicas e infecciosas.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM® SPSS® Statistics. Se realizó en primer lugar la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para comprobar si las variables continuas seguían una distribución normal en la muestra de este estudio. Si el nivel de significación de la prueba era superior a 0.1 se asumía la distribución normal.

Para aquellas variables continuas de distribución normal se tuvieron en cuenta la media y la desviación estándar para el análisis descriptivo. Por otra parte, para el estudio descriptivo de las variables cualitativas se empleó el porcentaje de individuos que presentaba dicha característica.

En segundo lugar, para el análisis estadístico de dos variables cualitativas se aplicó el test exacto de Fisher y Chi-cuadrado. En cuanto al estudio de la relación entre una variable cualitativa y una variable cuantitativa ordinal, se aplicó el test U de Mann-Whitney.

Resultados: En relación a las variables estudiadas en nuestra muestra, la incidencia de ingresos no esperados fue de un 9,9 % (14 casos en total). Podemos clasificar los motivos de ingreso según los siguientes criterios:

- Necesidad de más tiempo de recuperación por cirugía vespertina.
- Necesidad de cuidados postquirúrgicos.
- Complicaciones relacionadas con la anestesia (mareo, dolor).
- Complejidad quirúrgica mayor de la esperada.
- Alteraciones metabólicas (acidosis metabólica en nuestro estudio).
- Complicaciones quirúrgicas (sangrado, hematoma de pared, perforación uterina...).

Por lo que respecta a las comorbilidades, el 45 % de las pacientes presentaba algún tipo de comorbilidad siendo el 56 % ASA 1, el 41 % ASA 2 y únicamente 2,8 % ASA 3.

En cuanto al análisis estadístico, se realizó un estudio de la distribución de la muestra con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, obteniendo una p de 0,358, por lo que se asumía que la muestra seguía una distribución normal.

Para comprobar si la incidencia de ingreso no esperado tras la cirugía podía tener relación con el ASA de las pacientes se realizó un test estadístico exacto de Fisher, ya que se trata de dos variables cualitativas y una de las casillas de la tabla de contingencia tenía un valor inferior a 5.

Se observó en la muestra de nuestro estudio una incidencia de ingreso del 9.8 % en las pacientes ASA I, 12,5 % en las pacientes ASA II y 0 % en las ASA III, sin ser estas diferencias estadísticamente significativas (p valor > 0,05). Ade-

más, realizando unas pruebas Chi-Cuadrado, con menor exigencia estadística, tampoco se observaban diferencias estadísticamente significativas.

Por otra parte, se construyó una escala según el número de comorbilidades de cada paciente para comprobar si una mayor comorbilidad se relacionaba con un mayor número de ingresos. Para realizar este análisis, se utilizó una prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, dado que se ha considerado el número de comorbilidades como una puntuación en una escala ordinal. Los resultados de dicha prueba tampoco mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Parece lógico pensar que la complejidad quirúrgica no siempre está relacionada con mayor comorbilidad en los pacientes, y como consecuencia de ello, la mayoría de los ingresos inesperados (hasta el 50 %) tuvieron su indicación por parte del servicio quirúrgico, sin tener relación con las características intrínsecas de las pacientes (hematoma de pared, perforación uterina y hemorragia postquirúrgica entre otros).

En otros casos los ingresos no esperados también dependen del funcionamiento intrínseco de la unidad de cirugía mayor ambulatoria (CMA). En nuestro hospital las cirugías vespertinas son habituales, y en ocasiones el fin de la cirugía no permitía un margen adecuado para la recuperación de las pacientes antes del cierre de la unidad.

Por todo lo anteriormente expuesto, se puede deducir que la incidencia de ingreso inesperado en nuestro estudio no guarda una clara relación con las comorbilidades previas de las pacientes ni con el riesgo anestésico (ASA).

Palabras clave: ASA, Comorbilidades, cirugía mayor ambulatoria, ingreso no esperado.

P-034 INFLUENCIA DE LA TÉCNICA ANESTÉSICA EN CIRUGÍA DE TÚNEL DEL CARPO

A. Cárdenas Duque, E. Alonso Pérez, A. Salor Torregrosa, M. Aisa Gasca, J. M. Valencia, A. Ontanilla
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Antecedentes y objetivos: La liberación del túnel carpiano es uno de los procedimientos quirúrgicos de mano más frecuentes. Consiste en la sección del ligamento transversal del carpo que se puede realizar mediante abordaje abierto o endoscópico. Existen 4 alternativas de anestesia para este procedimiento:

infiltración con anestésico local, anestesia regional intravenosa, bloqueo del plexo braquial o anestesia general.

El objetivo de este estudio es determinar si la técnica anestésica utilizada para la cirugía influyó en el nivel de dolor postoperatorio y en la satisfacción de los pacientes intervenidos en régimen de CMA.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo. Se registraron 37 pacientes intervenidos entre octubre 2018 y marzo de 2023 de liberación del túnel del carpo en régimen de CMA en el Hospital San Lázaro, con anestesia locorregional o general. Todos nuestros pacientes realizan una encuesta de satisfacción a las 24 h de la intervención, usando esa encuesta se recogió el tipo de anestesia, el grado de dolor según escala EVA (consideraremos aceptable una escala EVA menor o igual a 3), la satisfacción a las 24 h de la intervención (mediante llamada telefónica), la tolerancia, la presencia de complicaciones postoperatorias y se revisó si habían consultado a urgencias en los 30 días posteriores a la intervención.

Resultados y discusión: Realizamos análisis por subgrupos de la correlación entre el tipo de anestesia (general o locorregional) y el grado de dolor según escala EVA a las 24 h, posteriormente se correlacionó tipo de anestesia con grado de satisfacción del paciente, y finalmente comprobamos si el nivel de satisfacción guardaba relación lineal con el EVA al alta. No se analizaron más variables recogidas según nuestra encuesta de satisfacción puesto que todos los pacientes estudiados deambularon al alta, toleraron sin incidencias, no presentaron fiebre en las 24 h posteriores al procedimiento y no consultaron a urgencias en los 30 días posteriores, con lo que no podríamos averiguar diferencias en este sentido según el tipo de anestesia al que se sometieron.

El 70,3 % de los casos se sometieron a anestesia locorregional y el 29,7 % a anestesia general. El 75,7 % de los pacientes sometidos a anestesia general referían un EVA de 3 o menor al ser entrevistados, diferenciándose el nivel de dolor que consideramos aceptable (EVA igual o menor a 3) según el tipo de anestesia: 81,8 % en el caso de general y 73,1 % en el caso de locorregional. Analizando estos datos según test de Chi cuadrado las diferencias encontradas no fueron significativas, ni siquiera subdividiendo entre pacientes que presentaron EVA mayor a 3 o menor o igual a este.

Realizamos un test de correlación entre el tipo de anestesia y el grado de satisfacción del paciente, el 95,2 % de los pacientes estuvieron al menos muy satisfechos con el procedimiento de CMA, no encontrándose diferencias significativas en el nivel de satisfacción en los grupos según el tipo de anestesia recibida.

Del mismo modo, se analiza la correlación entre EVA menor o igual a 3 y nivel de satisfacción del paciente, no encontrándose correlación o diferencias significativas según test de Chi cuadrado.

Conclusiones: El tipo de anestesia (general o locorregional) no influyó en el grado de dolor a las 24 h ni en el nivel de satisfacción percibido por los pacientes.

Este planteamiento refuerza la idea presente en nuestro servicio de individualizar el tipo de anestesia al perfil de cada paciente, ya que obteniendo el mismo grado de analgesia, se puede adecuar el tipo de anestesia a las comorbilidades y la permisible asunción de riesgos que presente cada paciente.

El grado de dolor experimentado por los pacientes tampoco parece influir en su grado de satisfacción, por lo que se abre el planteamiento de que la satisfacción del paciente se ve influida por muchos más factores, como el trato recibido, el estado de las instalaciones, o la duración del procedimiento.

Palabras clave: Carpo, técnica anestésica, CMA.

P-035 MEJORANDO LA EFICIENCIA DE LA CIRUGÍA DE EVENTROPLASTIAS GIGANTES CON SU PASO POR LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

R. Muñoz Expósito, M. Pérez Ochando, L. Barajas Cava, L. Muñoz Corsini, C. Ramírez Galindo, C. Ramón Otero

Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos: Mejorar la eficiencia de la eventroplastia gigante, desarrollando una vía clínica que incluya la preparación quirúrgica y anestésica en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA).

Métodos: La cirugía de corrección de defectos gigantes de pared abdominal se facilita mediante la preparación previa de la pared con la inyección de toxina botulínica A (bótox) además de evitar complicaciones severas y paliar el dolor preoperatorio.

Los servicios de CGD y Anestesia establecieron un circuito preparatorio ambulatorio que incluye la inyección de toxina botulínica A (bótox) en la pared muscular de los pacientes seleccionados previamente mediante tomografía axial computarizada (TAC) abdominal provocando con ello

quimiodenervación de los músculos y atrofia reversible de las fibras musculares.

El mismo día, se incluye al paciente en el programa de recuperación intensificada en cirugía abdominal (RICA) junto a la evaluación preanestésica.

Los pacientes ingresan en la UCMA siguiendo el protocolo de ingreso habitual que incluye confirmar las órdenes preoperatorias. Este *checklist* sirvió para detectar: una alteración de coagulación que conllevó retraso en la inyección de la toxina botulínica hasta la evaluación por hematología, evitó un incidente y mejoró la vía clínica al adoptar la medida preventiva de asociar a la llamada de la cita de la inyección de toxina, recomendaciones sobre el manejo de ACO (anticoagulantes) y/o AG (antiagregantes) por parte de CGD.

La inyección de 500 U de toxina botulínica distribuidas en 5 puntos bilaterales en los músculos laterales abdominales se realiza bajo control ecográfico y técnica estéril y no precisa de cuidados postoperatorios hospitalarios. El paciente es dado de alta a domicilio en el mismo día junto con recomendaciones sobre posibles efectos secundarios de la toxina botulínica y llamado a las 24 h para confirmar la evolución.

Resultados: Desde el punto de vista demográfico, se incluyeron y analizaron 10 pacientes desde mayo de 2021 a diciembre de 2022. De ellos, el 90 % varones. Edad media de 62 años (54-68).

Con respecto al riesgo anestésico y comorbilidades asociadas: fueron catalogados como ASA II el 70 % y como ASA III el 30 % de los pacientes. El 90 % presentaron neumo-patía, SAOS grave el 50 %, cardiopatía isquémica el 20 %, diabetes mellitus el 50 % (con HAlc > 6 el 50 % de ellos). En relación con el peso, el 20 % presentaba un IMC > 25 y un 70 % un IMC > 30. El 100 % de los pacientes con índice nutricional 3-4 (riesgo bajo de desnutrición).

Precisaron seguimiento por endocrinología el 50 % y rehabilitación el 50 %.

Con respecto al procedimiento, no se notificaron incidencias asociadas a la inyección de 500 UI de toxina botulínica a pesar de ser la dosis máxima permitida en la literatura.

La toxina botulínica fue efectiva valorada por TAC a las 4 semanas (adelgazamiento de músculos y/o reducción de diástasis) en el 100 % de los casos. Asociaron neumoperitoneo posterior el 50 % de los pacientes.

En relación con la intervención quirúrgica, las cirugías se realizaron bajo anestesia general (30 % de ellas OFA,

opioid free anesthesia) con bloqueo del plano transversal del abdomen (TAP) bilateral el 20 % de ellas o epidural (50 %) y se concluyó el cierre muscular en el 100 % de los casos. La monitorización extraordinaria consistió en la medición de la presión intraabdominal desde el intraoperatorio, no encontrando alerta de síndrome compartimental en ningún paciente.

La extubación al final de la intervención fue viable en el 90 % de los pacientes y la estancia en reanimación de máximo 24 horas permitió el alta domiciliaria entre 3 y 11 días en el 90 %.

Conclusiones:

1. El procedimiento de inyección muscular de toxina botulínica A no precisa cuidados postprocedimientos hospitalarios pero sí recomendaciones al alta.
2. La elaboración de una vía clínica del proceso redujo la variabilidad clínica con el aumento en la seguridad y calidad del mismo.
3. La estandarización de la visita preanestésica, la inclusión en el programa RICA y la inyección de toxina botulínica intramuscular en el mismo día y de forma ambulatoria, aumentó la eficiencia del proceso.
4. Procesos complejos y multidisciplinarios deben beneficiarse de una vía clínica.

Bibliografía:

1. Ibarra-Hurtado R, Nuño-Guzmán CM. Effect of botulinum toxin type A in lateral abdominal wall muscles thickness and length of patients with midline incisional hernia secondary to open abdomen management. *Hernia*. 2014;18:647-52.
2. Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto (RICA). <https://grupogerm.es/wp-content/uploads/2021/05/via-clinica-cirurgia-adulto-rica-2021.pdf>

Palabras clave: Eventroplastias gigantes, Toxina botulínica, vía clínica, eficiencia, estandarización.

P-036 USO DEL HEXAFLUORURO DE AZUFRE EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES QUÍSTICAS PANCREÁTICAS

J. Calle Isorna, J. García Pérez, M. L. Berraquero Caraballo, A. Ontanilla López

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Objetivos: El creciente uso de pruebas de imagen y revisiones médicas ha llevado a un aumento en el diagnóstico de lesiones quísticas pancreáticas. El diagnóstico de muchas

de estas lesiones es incidental. La incidencia de este tipo de lesiones es de un 3-10 % aproximadamente. Las neoplasias quísticas representan hasta un 60 % de todas las lesiones quísticas pancreáticas. Es muy importante poder diferenciar las neoplasias quísticas mucinosas de aquellas que son lesiones quísticas benignas, y para ello es fundamental poder mejorar la capacidad diagnóstica de las pruebas de imagen. Actualmente se usa tanto la ecografía convencional, TC, RNM, colangiografía y la ecoendoscopia con o sin toma de biopsia. La ecografía es la prueba más barata y de elección inicialmente con una alta sensibilidad, pero su capacidad para establecer un diagnóstico de certeza es baja. El TC nos permite en un corto periodo de tiempo obtener imágenes de alta calidad, pero es radiactivo y tiene una menor resolución de las imágenes que las de la RNM. La RNM es definida como el *gold standard* en el seguimiento de estas lesiones, sin embargo, tiene limitaciones como el alto coste y que los estudios tienen mayor duración.

Recientemente se ha aumentado el uso de la ecografía con contrastes, los cuales usan un tipo de contraste que se transporta en sangre, no nefrotóxico y que en los últimos años se ha comenzado a utilizar para el diagnóstico de lesiones quísticas.

Presentamos el caso de una paciente que se somete de forma programada a una ecoendoscopia para filiar una lesión a nivel del cola de páncreas.

Métodos: Se trata de una mujer de 33 años, fumadora, alérgica a carbamazepina con diagnóstico de síndrome de DRESS tras la ingesta del fármaco con necesidad de 4 días de ingreso. Destacan como antecedentes personales un episodio de crisis epiléptica en 2019 que se presentó en forma de movimientos de mano, movimientos oculares con rigidez y estupor postcrítico posterior en tratamiento con clobazam y lacosamida. Se realizó ecografía en centro privado por ITUs recurrentes en el cual se diagnosticó de forma incidental lesión en cola de páncreas. Como antecedentes quirúrgicos destacan amigdalectomía y prótesis mamarias bilaterales.

La paciente se somete de forma programada a ecoendoscopia bajo sedación con propofol en bolos. Se realiza bajo monitorización básica el procedimiento con TANI, SATO2, FC, EKG. Profilaxis antibiótica realizada con amoxicilina-ácido clavulánico 2 g. Se administra como analgésico paracetamol 1 g. El procedimiento transcurre sin incidencias. La paciente es dada de alta a las dos horas.

Durante el procedimiento ecoendoscópico administramos a petición del endoscopista vía intravenosa SONOVUE (hexafluoruro de azufre) una vez reconstituídos con 5 ml de suero fisiológico, se dan dos dosis de 2,4 ml.

Resultados: SONOVUE (hexafluoruro de azufre) es un contraste para uso en ecografías que contiene microburbujas rellenas hexafluoruro de azufre. Nos ayuda a obtener ecografías más nítidas del corazón, de vasos sanguíneos y/o de tejidos del hígado y la mama. Asimismo, nos ayuda a obtener imágenes más claras de la vía urinaria en niños en los cuales se usaría 1 ml de SONOVUE. SONOVUE nos permite aumentar la calidad de imagen del Doppler y la duración de esta señal mejorada y clínicamente útil en el examen de la vena porta en pacientes adultos.

En cuanto a la posología se debe administrar para imágenes en modo B de las cámaras cardíacas, en reposo o con estrés 2 ml, mientras que para el estudio de imágenes con Doppler se administrarían 2,4 ml.

Están descritas reacciones de hipersensibilidad graves durante o poco después de su administración en pacientes sin exposición previa, con exposición previa al macrogol (PEG). Recomendando vigilancia durante 30 min después de su administración por riesgo de reacciones de hipersensibilidad graves.

En pacientes con estado cardiopulmonar inestable se deben monitorizar con EKG por el riesgo de reacciones alérgicas y/o vasodilatadoras pueden llegar a ser mortales. Si se usa durante una ecocardiografía de estrés, los pacientes deben estar estables desde el punto de vista de su patología cardíaca, asimismo se debe realizar una monitorización de EKG + TA durante este procedimiento.

Las contraindicaciones al uso de este fármaco son:

- Alérgicos al medicamento.
- Existencia de derivación cardíaca derecha a izquierda.
- HTP grave.
- HTA no controlada.
- Distrés respiratorio del adulto.
- IC crónica.

Los efectos adversos más frecuentes son: dolor de cabeza, entumecimiento, mareos, extraño sabor en la boca, enrojecimiento, malestar en el pecho, sensación de malestar, dolor abdominal, erupción cutánea, sensación de calor, reacciones locales donde se aplicó la inyección.

Se desconoce si pasa a leche materna, por ello se recomienda suspender la lactancia materna hasta 2 o 3 horas después de la administración de SONOVUE, ya que se elimina rápidamente por vía aérea.

La guía de la Asociación Americana de Gastroenterología establece que aquellas lesiones en pacientes asintomáticos que sean >3cm, con dilatación de ductos pancreáticos y

un componente sólido tendrán alto riesgo de malignidad. Las pruebas de imagen recomendadas para el diagnóstico y seguimiento de estas lesiones son el TC y la colangioRNM. Sin embargo, algunas lesiones quísticas tienen características morfológicas similares que nos dificultan la diferenciación de las lesiones neoplásicas de las no neoplásicas. Hay estudios que demuestran que la ecoendoscopia con contraste no es inferior a la RNM para diferenciar lesiones quísticas benignas de malignas o para diferenciar el tipo específico de neoplasia quística. Asimismo, también se ha visto que no hay diferencias significativas a la hora de identificar el tamaño y la dilatación del ducto comparando TC vs. RNM vs. ecografía con contraste. Hay evidencia que la ecografía con contraste nos permite identificar mejor los septos y la presencia de nódulos, probablemente gracias al contraste que pasa a los capilares de la pared de los septos o de los nódulos.

Conclusiones: Por ello, se propone esta técnica como una alternativa a otras pruebas de imagen como la TC o la RNM, ya que es económica, no radiactiva, costefectiva y nos sirve tanto para establecer el diagnóstico de lesión como para clasificarla dentro del grupo de lesiones quísticas.

Palabras clave: Lesiones quísticas pancreáticas, sonovue, hexafluoruro de azufre.

P-037 PARADA CARDIORRESPIRATORIA TRAS INDUCCIÓN EN PACIENTE CON SÍNDROME TAKO TSUBO: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Calle Isorna, M. L. Berraquero Caraballo, M. A. Maqueda Marín, J. M. González Valencia, A. Ontanilla López

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Objetivos: La miocardiopatía de Tako Tsubo es un síndrome agudo que se caracteriza por una insuficiencia cardíaca como consecuencia de alteraciones en la contractilidad del ventrículo izquierdo.

Procedemos a presentar nuestro caso de una paciente que presentó parada cardiorrespiratoria tras inducción de la anestesia para hernia inguinal mediante técnica TEP.

Se trata de una mujer de 45 años que se somete de forma programada en régimen de CMA a hernioplastia inguinal izquierda por vía laparoscópica. La paciente no presentaba alergias medicamentosas conocidas, fumadora de 1 paq/cig/día, y no

tenía otros antecedentes personales de interés. Destacan como antecedentes quirúrgicos una perforación de estómago con peritonitis y dos legrados postabortos.

Se comprueban AP, ayunas y alergias, se realiza monitorización básica con TANI, EKG, BIS, FC, SATO₂. Se canaliza vía periférica 18 g en MSD. Se realiza preoxigenación durante 3 min hasta el O₂ > 80 %. Se realiza inducción con propofol 150 mg, fentanilo 100 mcg y rocuronio 40 mg. Posteriormente se procede a realizar laringoscopia directa con buena visualización de la glotis y se coloca TET N.º 7,5 y neumotaponamiento posterior. Se comprueba buena ventilación bilateral. Posteriormente durante la insuflación del balón para la creación de un espacio por distensión a nivel preperitoneal, la paciente comienza con desaturación de O₂ y bajada de los niveles de CO₂, bradicardia y sufre parada cardíaca con FV. Se realizan RCP avanzada y se administra 1 mg de adrenalina tras lo cual la paciente sale de la parada en ritmo sinusal. Posteriormente tendencia a hipotensión con mala respuesta a efedrina y fenilefrina. Se canaliza vía central yugular ecoguiada sin incidencias. Se decide suspender la intervención de acuerdo con el equipo de cirugía general ante sospecha de TEP o embolia gaseosa, y traslado a la unidad de reanimación postanestésica intubada, y sedoanalgesia con propofol al 2 % + remifentanilo. Se realiza angioTC de tórax que descarta la existencia de un TEP o embolia pulmonar como primeras sospechas diagnósticas. La ecografía TT VSCAN muestra VI de aspecto balonzado, no dilatado (DTDVI 45 mm) con disfunción sistólica moderada-severa (de visu 30-35 %). Aquinesia e hiperecogenicidad de cara inferior, lateral y segmentos medioapicales del resto de caras. No se visualiza derrame pericárdico. El EKG al ingreso mostraba ritmo sinusal a 75 lpm. No se visualizaban alteraciones de la repolarización sugestivas de isquemia aguda. QTc ligeramente alargado 450 ms.

Métodos: La paciente es extubada en las primeras horas de estancia en la Unidad, se interconsulta a cardiología y deciden traslado a su Unidad Coronaria ante elevación de troponinas TnT 137-274-372 no pudiéndose descartar SCA. Se realiza angioTC coronarias que mostraba coronarias sin lesiones. Dichos hallazgos hacen sospechar la posibilidad de un síndrome de Tako Tsubo o miocardiopatía de estrés. La paciente precisó de aminas vasoactivas noradrenalina y dobutamina durante los dos primeros días por tendencia hipotensiva y por alteraciones de la contractilidad. Al 4º día de estancia la paciente pasa a planta tras la retirada de las aminas vasoactivas y la estabilidad hemodinámica que presenta, con el siguiente EKG RS a 77 lpm, QRS estrecho, eje normal. Progresiva negativización de onda T de forma simétrica generalizada. Durante su estancia en planta la paciente mejoría progresiva de la contractilidad con FEVI

al alta en torno al 65 % (Simpson). Se realizó cardioRNM que mostraba hallazgos compatibles con miocardiopatía de estrés o síndrome de Tako Tsubo en resolución. La paciente se fue de alta al 8.º día de ingreso.

Conclusiones: El síndrome de Tako Tsubo o la miocardiopatía de estrés se ha descrito en hasta un 6-7 % de los casos se presentan en el periodo perioperatorio. Las cirugías más frecuentes son las gastrointestinales, cardioráscicas, ortopédicas, cesáreas y cirugía de cabeza y cuello. La mayor parte de los casos se presenta en el contexto de una anestesia general. La mayor parte se dan durante el periodo postoperatorio, y de aquellos casos que se presentan en el intraoperatorio la mayoría se dan en los primeros 20 minutos. Se suele presentar en pacientes en torno a los 50-70 años. La causa de dicho síndrome es desconocida. La etiología más aceptada es que este síndrome es la consecuencia de la excesiva estimulación adrenérgica/catecolaminérgica.

Los criterios para establecer el diagnóstico de Tako Tsubo son:

- Hipoquinesia, aquinesia, o disquinesia de los segmentos mediales del VI, con/sin implicación del ápex, las alteraciones de contractilidad de la pared van más allá de la distribución de un vaso coronario.
- Ausencia de enfermedad coronaria o evidencia angiográfica de ruptura de una placa de ateroma.
- Alteraciones electrocardiográficas (elevación del segmento ST y/o inversión de la onda T).
- Ausencia de feocromocitoma y miocarditis.

En cuanto a la forma de presentación hasta un 60 % de los casos que se presentan en el periodo perioperatorio se presentan en forma de IC mientras que un 36 % se presentan con clínica de dolor torácico y hasta un 30 % acaban desarrollando arritmias o parada cardiorrespiratoria.

Hasta un 90 % de los casos se presentan con alteraciones a nivel del EKG. La mayoría se presentan con alteraciones a nivel del ST, inversión de la onda T o ambas. Los niveles de TnT se encuentran elevados hasta en un 90 % de estos pacientes, pero en menor nivel hasta una décima parte que si las alteraciones de la contractilidad fueran causadas por un SCA. Estos pacientes sin embargo suelen tener niveles más altos de BNP y pro BNP.

Para establecer el diagnóstico, el Gold Standard es la realización de una coronariografía para descartar afectación coronaria, aunque también puede ser útil la realización de una cardioRNM o un angioTC coronario. Se debe realizar como primera prueba la ecocardiografía transtorácica. La

forma más frecuente de presentación es la balonización apical clásica.

Todos los pacientes deben ser monitorizados con telemetría y vigilar la existencia de arritmias, fallo cardiaco y otras complicaciones.

En cuanto al manejo depende de la forma de presentación, si se presenta en forma de IC se puede tratar con IECA, BB, diuréticos y vasodilatadores. Si hay un coágulo a nivel del VI se recomienda la anticoagulación hasta que se hayan resuelto las alteraciones de la contractilidad de las paredes. Se debe evitar en la medida de lo posible el uso de catecolaminas debido al papel que pueden tener el exceso de catecolaminas en la patogénesis.

Si el paciente está inestable hemodinámicamente, lo ideal es hacer una ecocardiografía para ver si existe una obstrucción al tracto de salida del VI.

Si no hay obstrucción, usar inotrópicos y vasopresores o dispositivos de asistencia ventricular si es necesario.

Si hay obstrucción en el tracto de salida del VI, evitar el uso de inotrópicos porque pueden empeorar la obstrucción. Se recomienda el uso de BB y administración de fluidoterapia. Los vasopresores pueden usarse si es necesario. En los casos más severos puede plantearse el uso de ECMO.

Varios autores ponen de manifiesto la importancia de evitar la aparición de este síndrome o que se dé un nuevo episodio en aquellos que ya lo han tenido. Para ello, recomiendan disminuir el estrés psicológico en el periodo perioperatorio con una adecuada ansiólisis, un buen nivel de profundidad anestésica durante el procedimiento, una analgesia postoperatoria óptima. No está demostrado que la administración de IECA, ARA o BB prevengan la aparición de un nuevo episodio. Se debe postponer el procedimiento hasta que se recuperen las alteraciones de la contractilidad. Siempre que sea posible recomiendan en estos pacientes realizar anestesia locorregional. Además, no se debe retirar los BB antes del procedimiento si el paciente ya lo tomaba.

Este síndrome es una patología lo suficientemente grave y relativamente frecuente en el periodo perioperatorio que nos obliga a los anestesiólogos a saber diagnosticarlo, y a llevar cabo un correcto manejo de esta patología que se puede presentar de forma tan grave como lo hizo con el caso que presentamos.

Palabras clave: Síndrome Tako Tsubo, miocardiopatía de estrés, parada cardiorrespiratoria.

P-038 INGRESO NO ESPERADO TRAS CIRUGÍA HISTEROSCÓPICA Y CIRUGÍA DE INCONTINENCIA URINARIA EN UNA UNIDAD MIXTA DE CIRUGÍA AMBULATORIA

V. Montés Cardona, S. Eltayeb Ferrer, J. Duart Benavent, R. Valko Derzhypilskyy, J. V. Cuchillo Sastriques, P. Argente Navarro

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Objetivos: El objetivo principal del estudio es revisar la incidencia de ingreso no esperado y complicaciones perioperatorias más frecuentes tras cirugía ginecológica histeroscópica y cirugía de incontinencia urinaria realizadas de forma ambulatoria durante el año 2022 en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Como objetivo secundario analizar si la edad podría ser un factor predictivo de ingreso no esperado tras este tipo de cirugías.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo descriptivo, en el cual se incluyen 54 pacientes, de las cuales 17 pacientes pertenecían al grupo de cirugía de incontinencia urinaria/cistocele (grupo 1) y 37 al de histeroscopias diagnóstico-terapéuticas (grupo 2).

El criterio de inclusión ha sido cirugía ginecológica con dichas características realizadas mediante el circuito de cirugía mayor ambulatoria (CMA) desde enero a diciembre de 2022. Para cada paciente se ha recogido comorbilidad, riesgo anestésico ASA (American Society of Anesthesiologists), incidencias intra y postquirúrgicas y asistencia en urgencias en el primer mes postoperatorio. Una paciente ha sido excluida del estudio por falta de valoración preanestésica.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM® SPSS® Statistics. Se realizó en primer lugar la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para comprobar si las variables continuas seguían una distribución normal en la muestra de este estudio. Si el nivel de significación de la prueba era superior a 0.1 se asumía la distribución normal. Para aquellas variables continuas de distribución normal se tuvieron en cuenta la media y la desviación estándar para el análisis descriptivo. Por otra parte, para el estudio descriptivo de las variables cualitativas se empleó el porcentaje de individuos que presentaba dicha característica.

Resultados: *Grupo 1:* La media de edad de las pacientes pertenecientes a este grupo fue de $56,82 \pm 9,60$ años. De las 17 pacientes incluidas, el 47,06 % eran ASA 1, el 47,06 %

presentaban una valoración de riesgo ASA 2 y únicamente 1 paciente pertenecía al grupo ASA 3 (5,88 %). La mayoría de este tipo de cirugías fue realizada bajo anestesia general con mascarilla laríngea (52,94 %), y las restantes bajo sedación profunda (29,41 %) y anestesia intrarraquídea (17,65 %).

Respecto a la incidencia de ingreso no esperado tras la cirugía, 3 pacientes precisaron ser ingresadas, una de ellas por ausencia de micción espontánea (cirugía realizada bajo anestesia general), otra por sangrado postquirúrgico y otra de ellas por ser una cirugía más agresiva del planteamiento inicial. Por tanto, la incidencia de ingreso no esperado fue del 17,65 %.

Otro aspecto relevante del estudio es la incidencia de asistencia urgente, considerada como la atención en urgencias de ginecología en el primer mes postoperatorio. El 29,41 % de las pacientes precisaron atención en urgencias, siendo el principal motivo de consulta la retención aguda de orina (60 %). Otra de las pacientes consultó por extrusión de la malla y otra de ellas por dolor e incontinencia urinaria. En todos los casos, las pacientes precisaron ingreso en planta de ginecología.

Grupo 2: La media de edad de las pacientes pertenecientes a este grupo fue de $46,66 \pm 12,50$ años. De las 37 pacientes incluidas, el 37,84 % eran ASA 1, el 59,46 % eran ASA 2 y únicamente 1 paciente (2,7 %) pertenecía al grupo ASA 3. La mayoría de estas cirugías (78,38 %) fue realizada bajo anestesia general, mayoritariamente con mascarilla laríngea, mientras que únicamente 6 pacientes fueron sometidas a anestesia intrarraquídea y 2 pacientes a sedación profunda (histeroscopias de corta duración, como extracción de dispositivo intrauterino).

Por lo que respecta a la incidencia de ingreso no esperado, 3 pacientes necesitaron ser ingresadas, dos de ellas por perforación uterina con necesidad de reintervención y otra por acidosis metabólica. Por tanto, la incidencia de ingreso inesperado tras la cirugía fue de 8,1 %.

Únicamente dos pacientes (5,40 %) acudieron a urgencias, una de ellas por sangrado y otra por dolor y sangrado, siendo ambas ingresadas en planta de hospitalización.

Grupos 1 Y 2: Englobando ambos grupos, la media de edad de las pacientes que ingresaron fue de $45,75 \pm 17,63$ años y de las que no ingresaron $42,56 \pm 13,01$ años, por lo que se podría pensar que la edad representa un factor de riesgo para ingreso inesperado tras la cirugía. Sin embargo, al realizar el análisis estadístico, previa comprobación de la distribución normal de ambas variables cuantitativas (prueba de Kolmogorov-Smirnov), mediante una prueba

T de Student (al tratarse de dos variables cuantitativas), se obtuvo un p-valor de 0.642, por tanto estadísticamente no significativo.

Conclusiones: En el estudio se observa que la media de edad de las pacientes intervenidas vía ambulatoria en ginecología es de 49.85 años, con un mayor porcentaje de pacientes sanas o con enfermedades leves (ASA I y II).

Por lo que respecta a las causas principales de ingreso inesperado tras la cirugía, la mayor parte se deben a complicaciones relacionadas con el propio procedimiento quirúrgico. Una de las hipótesis iniciales intentaba buscar una correlación entre la edad y la incidencia de ingreso no esperado, sin embargo el análisis estadístico demostró una falta de significación estadística, por lo que probablemente las principales causas de ingreso no esperado estarían relacionadas con la cirugía y no con las características de las pacientes. La incidencia de asistencia a urgencias en el postoperatorio fue muy baja, probablemente debido a una correcta selección de pacientes que se intervenían de forma ambulatoria y a una adecuada monitorización y cuidados postoperatorios en nuestra Unidad.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria, histeroscopia, incontinencia urinaria, cirugía ginecológica.

P-039 MANEJO DE LA ANSIEDAD PERIOPERATORIA INFANTIL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

J. Blanco Flores, B. Estero Serrano de la Cruz, A. Bermúdez Zafra, A. M. Pérez Muñoz, I. Collado de la Guerra, M. Echeverría Moreno

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: Evaluar si las medidas de entrevista preanestésica, una sala de juegos común y el uso de Midazolam preoperatorio tienen efectos positivos en la ansiedad perioperatoria infantil.

Métodos: El grupo total lo formaron 20 niños entre 4-13 años que iban a ser sometidos a cirugía mayor ambulatoria de otorrinolaringología.

Se realizó un estudio observacional longitudinal utilizando la escala ICC en el momento de la inducción y el cuestionario mYPAS en la sala de juegos:

- Induction Compliance Checklist” (ICC), que consideramos gold standard en el momento de la inducción. Cuan-

to mayor es la puntuación (0-10) indica elevados niveles de ansiedad, miedo o estrés, calificando una inducción como precaria cuando ICC > 6.

- Modified Yale Preoperative Anxiety Scale (mYPAS), en el preoperatorio. Puntuaciones de mYPAS superiores a 30 son suficientes para la detección del niño ansioso.

Conclusiones: El cuestionario mYPAS fue < 30 en todos los casos observados en la sala de juegos. Sin embargo, la calidad de la inducción utilizando la escala ICC fue precaria (ICC > 6) en 4 niños estudiados. La sala de juegos fue efectiva en la reducción de la ansiedad previa a la entrada en quirófano. Sin embargo, en el momento de la inducción, 4 niños tuvieron niveles altos de ansiedad.

Esto podría solventarse con otra medida como el acompañamiento de los padres en la inducción.

En general, es importante que los padres y el personal médico trabajen juntos para proporcionar un ambiente seguro y tranquilo en el perioperatorio. Sin embargo, la ansiedad es un proceso complejo y multifactorial que hace que nuestras escalas de valoración sean útiles pero no infalibles.

Palabras clave: Ansiedad, cirugía, infantil, ambulatoria.

P-040 CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DE HOMBRO: ¿MAYOR INCIDENCIA DE VÍA AÉREA DIFÍCIL?

C. Rodríguez Sierra, E. Soto Garrucho, A. Pérez Muñoz, M. D. Moreno Rey, P. García Casas, M. Echevarría Moreno

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Introducción: La vía aérea difícil (VAD) es aquella situación en la que un anestesiólogo experimentado presenta dificultad en ventilación con mascarilla, laringoscopia, ventilación con dispositivo supraglótico, intubación traqueal, extubación o cualquier otro abordaje de vía aérea (incluyendo, pero no limitando, a una o más de estas situaciones). La incidencia de dificultad de intubación orotraqueal (IOT) está entre 1-5 %, aumentando la morbilidad del paciente, por ello su adecuado manejo se convierte en un reto.

Objetivos: Evaluar la aparición de dificultad de IOT en cirugía de hombro respecto a otras intervenciones. Definimos dificultad de IOT, como el grado III-IV de la clasificación Cormack-Lehane (CL).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de cohortes. Se revisan estudios preanestésicos y hojas quirúrgicas de 225 pacientes intervenidos de cirugía de hombro y otras cirugías (incluimos: cirugía general, ginecología y otorrinolaringología) en el Hospital de Valme entre enero-diciembre 2019. Se realizan 2 grupos.: grupo 1 pacientes intervenidos de cirugía de hombro, grupo 2 pacientes de otras intervenciones. Estudio estadístico para pruebas paramétricas χ^2 , nivel de significación $p \leq 0,05$.

Resultados: Muestra de 225 pacientes (112 grupo 1 y 113 grupo 2), 45,3 % hombres (grupo 1: 48,2 %, grupo 2: 42,5 %) y 54,7 % mujeres (grupo 1: 51,8 %, grupo 2: 57,5 %), edad media $54,38 \pm 14,44$ años e IMC $28,59 \pm 7,42$.

Datos de VAD documentados: Mallampati 100 % de pacientes (grado I: 51,8 %, grado II: 34,9 %, grado III: 12,9 %, grado IV: 0,4 %), test de mordida 10,22 % (grado I: 56,5 %, grado II: 43,5 %, grado III: 0 %), extensión cervical 41,33 % (normal 90,3 %, limitada 9,7 %), apertura oral 76,89 % (normal 90,8 %, limitada 9,2 %), Cormack-Lehane 98,22 % (grado I: 62,4 %, grado II: 25,8 %, grado III: 10,9 %, grado IV: 0,9 %).

En la muestra se estableció relación ($p < 0,05$) entre el Mallampati y CL, observándose en pacientes con Mallampati III/IV un CL III-IV en el 32,1 % (frente al 8,3 % Mallampati I/II). También, pacientes con IMC > 30 presentaron con más frecuencia un CL III-IV (19 %), frente a aquellos con IMC ≤ 30 (9 %), $p < 0,05$.

En pacientes con limitación de apertura oral, apareció con más frecuencia CL III-IV (26,7 %) que en aquellos con una apertura oral normal (11,7 %), $p > 0,05$. No se observó relación entre grados III-IV CL y la no extensión cervical, ni el test de mordida grado II.

No se observaron datos significativos que correlacionen la dificultad de IOT (según CL III-IV) con la cirugía de hombro, respecto a otras cirugías.

Conclusiones: El estudio no nos permitió establecer la relación entre dificultad de IOT con la cirugía de hombro frente a otro tipo de intervenciones. En nuestra población, si pudo establecerse una relación entre los grados más altos de Mallampati y Cormack-Lehane, así como la relación del IMC > 30 con Cormack-Lehane III/IV, indicando la dificultad de IOT en estos pacientes. Actualmente, se está realizando un nuevo trabajo para corregir los sesgos observados y poder obtener nuevas conclusiones.

Palabras clave: CMA, hombro, vía aérea difícil.

P-041 MANEJO ANESTÉSICO DE UNA PACIENTE CON COREA DE HUNTINGTON Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE PARA CIRUGÍA EN RÉGIMEN DE CMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Merino Enríquez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: La enfermedad de Huntington es una afectación neurológica que no se nos presenta diariamente en nuestra práctica clínica como anestesiólogos. Consideramos importante conocer las bases fisiológicas y bioquímicas de la misma para realizar una adecuada técnica anestésica, en este caso en régimen de CMA.

Al igual que en la práctica diaria, se nos presenta una situación en la cual dos patologías se solapan. Por ello, debemos considerar también las implicaciones anestésicas de la Esclerosis múltiple, y tras estudiar al paciente de forma global, elegir cual sería el mejor proceder anestésico.

Métodos: Se nos plantea el siguiente caso clínico: Paciente de 29 años que se somete a intervención de Fecundación in Vitro (FIV). Como antecedentes personales a destacar:

Alergias a pescado, marisco y huevo

Como antecedentes neurológicos: fue diagnosticada de Corea de Huntington (CH) tras realizarse pruebas genéticas por enfermedad paterna. Actualmente no presenta síntomas de la enfermedad y está en seguimiento por neurólogo de Málaga en Hospital Virgen de la Victoria.

Así mismo, diagnosticada de Esclerosis múltiple remitente recurrente con Síntomas de vejiga hiperactiva (poliquiuria y urgencia miccional con escasa cuantía, dolor en fosas renales frecuentes), fenómenos distónicos en ambas manos de localización cambiante, en probable contexto de fenómenos paroxísticos por lesiones desmielinizantes. Disfagia a líquidos confirmada por servicio de Endocrinología, por lo que está en tratamiento con espesantes en la comida. También parestesias en piernas, sufre caídas frecuentemente.

Ingresa con diagnóstico de “esterilidad primaria” para punción folicular.

Durante la intervención se canaliza una vía venosa y se realiza una sedación profunda con Fentanilo 100 microgramos y propofol a demanda. Como profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios se administró ondansetrón cuatro miligramos.

Se realiza una monitorización básica: Presión Arterial No Invasiva (PANI), electrocardiograma y medición de SPO2 con pulsioximetría.

La intervención se desarrolla sin incidencias, trasladándose a URPA con recuperación completa y alta el mismo día.

Resultados: La enfermedad de Huntington es una enfermedad que encontramos con poca frecuencia en nuestra práctica clínica.

La experiencia en manejo anestésico en pacientes con Corea de Huntington es demasiado limitada para permitir recomendaciones sobre administración de fármacos o técnicas anestésicas específicas. La sedación con butirofenonas (p. ej., droperidol, haloperidol) puede ser útil para controlar los movimientos coreiformes.

La mayor probabilidad de aspiración pulmonar debe tenerse en cuenta. El uso de óxido nítrico y anestésicos volátiles se considera aceptable. El empleo de propofol y succinilcolina se ha utilizado sin efectos adversos, pero la disminución de la actividad de las colinesterasas plasmáticas ha de tenerse en cuenta por una posible respuesta a este segundo fármaco más prolongada.

Se ha sugerido que estos pacientes pueden presentar una sensibilidad mayor a los efectos de los relajantes musculares despolarizantes.

En el caso de esta paciente, debemos tener también en cuenta las implicaciones anestésicas que conlleva padecer esclerosis múltiple (EM): la gestión de la anestesia en pacientes con esclerosis múltiple debe tener en cuenta el impacto del estrés quirúrgico en la progresión natural de la enfermedad. Independientemente de la técnica anestésica o los fármacos seleccionados para el periodo perioperatorio, es posible que los síntomas y signos de la esclerosis múltiple se exacerben en el postoperatorio. Esto puede deberse a factores como la infección y la fiebre. Cualquier aumento de la temperatura corporal, incluso de 1 °C, puede causar una reagudización de la esclerosis múltiple. Es posible que el aumento de la temperatura corporal provoque bloqueo completo de la conducción en nervios desmielinizados. Al ser tan impredecible el transcurso remitente-recurrente de la enfermedad, nos podría llevar a errar al crear relaciones causa-efecto de los eventos producidos durante el periodo perioperatorio.

Existen especulaciones sobre un aumento de neurotoxicidad en la médula espinal de estas pacientes por el uso de anestésicos locales. La anestesia epidural puede conllevar menos riesgos que la raquídea porque la concentración de

anestésicos locales en la sustancia blanca de la médula espinal es menor. A pesar de ello ambas técnicas han sido utilizadas en embarazadas que padecían Esclerosis múltiple durante el parto, y a día de hoy no hay contraindicación para el uso de ninguna de las dos en pacientes con EM.

La anestesia general es la técnica más utilizada en pacientes con esclerosis múltiple. No existen interacciones únicas entre la esclerosis múltiple y los fármacos utilizados para proporcionar anestesia general, y no hay pruebas que apoyen el uso de un fármaco anestésico inhalado o intravenoso sobre otro.

En pacientes con afectación motora, el uso de succinilcolina puede provocar una liberación exagerada de potasio y debe evitarse.

Las respuestas prolongadas a los efectos paralizantes de los relajantes musculares no despolarizantes serían coherentes con una debilidad muscular esquelética coexistente y una disminución de la masa muscular esquelética.

Sin embargo, se ha observado resistencia a los efectos de los relajantes musculares no despolarizantes, lo que tal vez refleje la proliferación de receptores colinérgicos extrafuncionales característica de las lesiones de la neurona motora superior.

La suplementación con corticosteroides durante el periodo perioperatorio puede estar indicada en pacientes tratados a largo plazo con estos fármacos. Deben realizarse esfuerzos para reconocer y prevenir incluso un aumento modesto de la temperatura corporal, ya que este cambio puede exacerbar los síntomas. La evaluación neurológica periódica durante el periodo postoperatorio es útil para detectar la exacerbación de la enfermedad.

Conclusiones: Tras esto podemos obtener las siguientes conclusiones:

- La escasa experiencia en anestesia con pacientes con enfermedad de Huntington nos limita para establecer unas pautas anestésicas determinadas.
- No existe limitación en el uso de propofol ni fentanilo para la EH ni para la EM, por lo que el uso combinado de ambos para realizar una sedación en régimen de CMA es más que aceptable.
- Es razonable evitar el uso de succinilcolina en ambas patologías.
- A día de hoy, la anestesia raquídea se considera un procedimiento seguro en los pacientes con esclerosis múltiple, por lo que también es una opción en aquellas que se someten a CMA.
- En el caso presentado, por la mayor brevedad de recuperación anestésica y ausencia de contraindicación para

la misma, la sedación tal y como se presenta parece un procedimiento seguro e indicable.

Palabras clave: enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, cirugía mayor ambulatoria, anestesia.

P-042 ANESTESIA SUBCARUNCULAR EN PACIENTE CON MIASTENIA AUTOINMUNE INTERVENIDA DE CATARATA Y GLAUCOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Fernández González

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La cirugía mayor ambulatoria está experimentando un auge en los últimos años en los países europeos, llegando a representar hasta el 80 % de toda la actividad quirúrgica. Los avances en cirugía mínimamente invasiva y el desarrollo de nuevas técnicas anestésicas han fomentado el desarrollo de esta estrategia, lo cual implica una rápida recuperación del paciente y su temprana incorporación a su vida diaria, así como el ahorro de costes que conlleva la hospitalización y el tratamiento de estos pacientes.

La facoemulsificación es uno de los procedimientos más frecuentemente realizados en las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria puesto que se trata de una de las técnicas quirúrgicas más seguras existentes actualmente en el campo de la Oftalmología, ya que precisa de una incisión mínima en la superficie corneal, cursa con una menor reacción inflamatoria en el postoperatorio inmediato y permite una rápida rehabilitación visual y una pronta incorporación a las actividades cotidianas.

Generalmente, este procedimiento se efectúa bajo anestesia tópica mediante la instilación de un colirio sobre la superficie ocular, aunque, en determinadas circunstancias, es preciso el empleo de técnicas anestésicas locorregionales a través de diferentes abordajes. Uno de ellos es el subcaruncular o subtenoniano, mediante el cual se deposita el anestésico en un espacio existente entre la cápsula de Tenon y la esclerótica con el fin de anestesiar los nervios ciliares cortos y largos, tratándose de un procedimiento mínimamente invasivo y técnicamente accesible que permite llevar a cabo la cirugía de la cámara anterior.

No obstante, siempre se debe efectuar una vigilancia anestésica monitorizada (mediante electrocardiograma, pulsioximetría, tensión arterial no invasiva y capnografía a través de gafas nasales si está disponible) cuando un paciente se intervenga

de faecoemulsificación. Distintas revisiones de la literatura concluyen una incidencia de eventos patológicos del 3,13 % durante este procedimiento que deben ser manejados por un anestesiólogo de la Unidad, siendo los aumentos bruscos y sostenidos de la tensión arterial, episodios bradicardizantes o agitación del paciente los incidentes más frecuentes.

Objetivos: En base a la bibliografía actualizada, se pretenden establecer unos estándares básicos para el manejo anestésico de pacientes con miastenia gravis que sean sometidos a intervenciones quirúrgicas oftalmológicas en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Métodos: Es común que en las distintas Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria se tenga que trabajar con pacientes con antecedentes patológicos diversos. En este caso, se trata de una paciente de 78 años de edad, ASA II, con antecedentes personales de miastenia ocular autoinmune actualmente sin tratamiento activo, pero con respuesta previa a corticoides. Se interviene en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria de faecoemulsificación de cristalino con implantación de lente intraocular, así como colocación de iStent en ojo izquierdo.

Para ello, tras la monitorización estándar básica siguiendo las directrices de la SEDAR (electrocardiograma, pulsioximetría, presión arterial no invasiva), se canalizó una vía venosa periférica y se realizó anestesia tópica que se potenció con un abordaje anestésico locorregional vía subcarúncular para permitir el abordaje de la cámara anterior del ojo. Asimismo, se procedió a llevar a cabo una sedación con 50 mcg de fentanilo y 30 mg de propofol.

El procedimiento quirúrgico transcurrió sin incidencias. Desde el punto de vista anestésico, se consiguió un adecuado bloqueo sensitivo de la cámara anterior del ojo y la paciente permaneció estable hemodinámicamente y en ventilación espontánea durante toda la cirugía con aportes de oxígeno suplementario mediante gafas nasales a 3 litros por minuto. De esta manera, se evitó tener que llevar a cabo una anestesia general con el consiguiente empleo de relajantes neuromusculares y dosis elevadas de opiáceos con los efectos secundarios que podrían ocasionar en esta paciente.

Tras la intervención quirúrgica, permaneció en la Unidad de Recuperación Postanestésica durante el periodo de tiempo establecido para este tipo de procedimiento, sin referir dolor con la analgesia postoperatoria prescrita de primer escalón y sin náuseas postoperatorias. En las siguientes revisiones, no se evidenció afectación de la musculatura extraocular subsecuente a la cirugía o a la estrategia anestésica utilizada.

Asimismo, otros abordajes locorregionales más extendidos, como el retrobulbar, no se llevaron a cabo porque se ocasio-

naría un bloqueo del III y IV par craneal, ocasionando una ptosis palpebral en el ojo anestesiado que impida discernir la etiología de la misma. Otras complicaciones características de estas técnicas son la perforación de globo ocular, las complicaciones neurológicas centrales, traumatismos nerviosos, la hemorragia retrobulbar o la inyección intravascular o subaracnoidea, siendo estas últimas potencialmente letales.

Resultados: La miastenia gravis consiste en una enfermedad ocasionada por la presencia de anticuerpos IgG que ocasionan un déficit cuantitativo en los receptores de acetilcolina presentes en la membrana postsináptica de la placa motora. Una de sus variantes es la forma ocular, en la cual únicamente acontece debilidad en la musculatura ocular tras dos años desde el inicio de la sintomatología, representando hasta el 20 % de los casos. Cursa, por lo general, con diplopía y ptosis palpebral, preservándose los reflejos pupilares. Es característico que la sintomatología se intensifique en las últimas horas del día y con la práctica de ejercicio físico, mejorando con el sueño y el reposo.

En los pacientes aquejados de miastenia gravis, se ha de llevar a cabo una exhaustiva valoración preanestésica, con las pertinentes pruebas de laboratorio y de imagen pertinentes y, en aquellas formas más severas de la enfermedad o que afecten a la musculatura de la pared torácica, se deberán solicitar pruebas funcionales respiratorias para valorar la capacidad vital forzada de estos pacientes y se interconsultará con Neurología para valorar tratamiento adicional (glucocorticoides, plasmaféresis o inmunoglobulinas). Del mismo modo, si el paciente está en tratamiento con anticolinesterásicos, deberá mantenerlos hasta el día de la cirugía salvo en las formas oculares leves, ya que existen casos en la literatura de desarrollo de debilidad respiratoria y bulbar por la suspensión del fármaco. Además, es conveniente no llevar a cabo premedicación con benzodiacepinas u opiáceos por el riesgo de depresión respiratoria.

En el intraoperatorio, existen una serie de aspectos a tener en cuenta en la práctica clínica diaria de un anestesiólogo. En primer lugar, se recomiendan las técnicas locorregionales como estrategia anestésica única o analgésica, empleando anestésicos locales de tipo amida debido a que el metabolismo de los anestésicos de tipo éster puede verse alterado en aquellos pacientes con toma conjunta de anticolinesterásicos. Las dosis requeridas son inferiores a las de la población general.

En cuanto a la inducción anestésica, es conveniente llevar a cabo una secuencia rápida en los pacientes con afectación bulbar por el riesgo adicional de broncoaspiración. Sobre los relajantes neuromusculares, se debe saber que han de administrarse en la mínima dosis necesarias, ya que existe una sensibilidad adicional a los bloqueantes no despolarizantes.

zantes, por lo que se debe administrar un tercio de la dosis ideal y es conveniente titular la dosis mediante la monitorización de la relajación a través del tren de cuatro (TOF). En cuanto a la succinilcolina, se debe evitar en cirugía reglada puesto que, por el mecanismo etiopatogénico de la enfermedad, son más resistentes a las dosis habituales de la misma.

Asimismo, el mantenimiento anestésico es recomendable llevarlo a cabo a través de una anestesia total intravenosa, teniendo especial precaución con el empleo de halogenados y administrando dosis disminuidas de opiáceos por una mayor sensibilidad a los mismos, siendo de elección el remifentanilo por su rápido metabolismo. Asimismo, en pacientes en ventilación espontánea, se deberá limitar su uso por el riesgo de depresión respiratoria.

Con respecto a la educación, es conveniente saber que este tipo de pacientes tienen un mayor riesgo de precisar ventilación mecánica postoperatoria, sobre todo aquellos aquejados de formas bulbares. En caso de necesidad de reversión del bloqueante neuromuscular, se puede emplear sugammadex de forma segura. No es aconsejable, sin embargo, el empleo de anticolinesterásicos como la neostigmina, por el riesgo de síndrome colinérgico por dosis excesivas de acetilcolina.

Conclusiones:

- El desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas y anestésicas ha fomentado la inclusión en los programas de cirugía mayor ambulatoria de pacientes con patologías complejas desde un punto de vista anestésico.
- En los pacientes con miastenia ocular, el empleo del abordaje subcaruncular permite que se lleve a cabo la cirugía de la cámara anterior sin incidencias anestésicas o quirúrgicas.
- La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune en la cual se recomiendan las técnicas locoregionales como estrategia anestésica única o analgésica con el fin de reducir las dosis de opioides en el postoperatorio inmediato.

Palabras clave: Anestesia, subcaruncular, miastenia, ambulatoria.

P-043 ANALGESIA INTRAVENOSA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE HOMBRO

C. López Godoy, S Gómez Gómez, A. M. Pérez Muñoz, J. L. Laguillo Cadenas, B. Estero Serrano de la Cruz, M. Echevarría Moreno
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: Comparar dos pautas de analgesia postoperatoria en la cirugía de artroscopia de hombro.

Métodos: Estudio retrospectivo basado en los registros de nuestra unidad de dolor agudo del último año. Se incluyen 38 pacientes sometidos a cirugía artroscópica de hombro, con pauta intravenosa 2NE elastomérica única, o 2NE elastomérica + bloqueo de plexo braquial a nivel interescalénico. Se excluyen pacientes con otras pautas analgésicas.

La pauta del grupo “2NE” consistió en: perfusión elastomérica intravenosa de metamizol 10 g, dexketoprofeno 250 mg y ondansetrón 8 mg en 100 ml, a un ritmo de infusión de 2 ml/h.

La pauta del grupo “2NE + Bloqueo interescalénico”: perfusión elastomérica 2NE junto con bloqueo de plexo braquial a nivel interescalénico ecoguiado, con inyección única de Ropivacaína 0,5 %, 15 ml.

En ambos grupos, analgesia de rescate con tramadol 50 mg intravenoso y cloruro mórfico 5 mg subcutáneo de segunda línea.

La variable principal medida fue la intensidad del dolor tanto en reposo como en movimiento en las primeras 24 horas del postoperatorio, clasificándose cualitativamente en no dolor, dolor leve y dolor moderado-severo.

Conclusiones: Las variables categóricas estudiadas se analizaron mediante la prueba Chi cuadrado. Se incluyeron 38 pacientes, de los cuales, 21 en el grupo 2NE y 17 en el grupo 2NE + bloqueo interescalénico.

La intensidad del dolor fue similar en ambos grupos tanto en reposo (Grupo 2NE: no dolor 76,19 %, dolor leve 4,76 %, dolor moderado-severo 19,05 % *versus* 2NE + bloqueo interescalénico: no dolor 100 %) como en movimiento (Grupo 2NE: no dolor 76,19 %, dolor leve 19,05 %, dolor moderado-severo 4,76 % *versus* 2NE + bloqueo interescalénico: no dolor 100 %), en todos los casos con valores de $p > 0,05$.

Los resultados sugieren que la pauta 2NE + bloqueo interescalénico controla el dolor de manera similar a la pauta 2NE única. No obstante, se recogieron solo 38 pacientes en total, analizándose el dolor en las primeras 24 horas postoperatorias, lo que condiciona que los resultados no sean estadísticamente significativos. De aquí en adelante, con un número mayor de pacientes, se diseñará un estudio prospectivo aleatorizado para confirmar los resultados obtenidos.

Palabras clave: Dolor agudo postoperatorio, analgesia intravenosa, bloqueo interescalénico, artroscopia de hombro, cirugía mayor ambulatoria.

P-044 MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE STEINERT EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. del Valle Sánchez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: La enfermedad de Steinert es el síndrome miotónico más frecuente de la edad adulta, posee una herencia autosómica dominante ligada al cromosoma 19 y el debut suele darse entre la segunda y tercera década de la vida.

Las manifestaciones clínicas son muy diversas: a nivel muscular destacan la miotonía y la debilidad, en el marco cardiovascular encontramos las alteraciones del ritmo y las miocardiopatías, neumológicamente destacan los patrones restrictivos y la hipoventilación. Acompañando a las anteriores encontramos también alteraciones a nivel digestivo como disfunción en la deglución y la gastroparesia, cataratas subcapsulares a nivel oftalmológico e insuficiencia gonadal, alteraciones del metabolismo glucídico e insuficiencia suprarrenal a nivel endocrino.

Todo esto supone que el manejo de un paciente con Steinert suponga un verdadero reto para el anestesiólogo, puesto que nace la necesidad de tener presente toda esta comorbilidad y las consideraciones que precisan de cara a realizar un manejo integral del paciente.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 34 años que padece enfermedad de Steinert. Con clínica consistente en SAOS con necesidad de CPAP nocturna y debilidad muscular sintomática. La paciente se va a someter a una aspiración folicular por esterilidad.

En la consulta preanestésica se realizó una valoración integral rutinaria, con realización adicional de electrocardiograma y valoración por neurología y neumología del estadio de evolución de la enfermedad. Cardiología había indicado un Holter donde no se apreciaron alteraciones. Neumología refería no alteración pulmonar más allá de SAOS con necesidad de CPAP nocturna.

No se realizó premedicación alguna en esta paciente.

Durante la preparación del quirófano se tuvo en cuenta la temperatura ambiental, con colocación de manta de calor y aumento de la temperatura ambiente. Se realizó monitorización básica con ECG, TANI y pulsioximetría. Se decidió realizar una anestesia regional consistente en una anestesia intradural con Bupivacaina 7 mg a nivel L2-L3, con buen nivel anestésico permitiendo la realización correcta de la

intervención. No se administró midazolam ni otro fármaco para sedación de la paciente durante la intervención.

Luego se trasladó a la Unidad de Recuperación Postanestésica donde se le administró paracetamol 1 g para control de dolor leve. Cuando se dio la reversión del efecto de la anestesia intradural, el dolor estaba controlado, movilizaba las extremidades inferiores de manera correcta y cumplía otros criterios específicos de alta, se procedió a alta domiciliaria. **Conclusiones:** La enfermedad de Steinert tiene repercusiones a nivel de diferentes aparatos y requiere de un abordaje integral y consideraciones especiales por parte del anestesiólogo que aborde este tipo de casos.

En primer lugar, la valoración preanestésica debe ser interdisciplinar, integrada por anestesiología, neurología, neumología y cardiología si lo precisara. Dependiendo de la afectación multiorgánica que el paciente presente, se deben realizar diferentes pruebas complementarias como: electrocardiograma, ecocardiografía, radiografía de tórax, espirometría, valoración neurológica y cardiológica, revisión de marcapasos...

Por otro lado, es importante la valoración de la capacidad funcional del paciente, la tolerancia a la sedestación y al decúbito, la capacidad de toser y la necesidad de CPAP o BIPAP. Se debe evitar la premedicación en la medida de lo posible y el ayuno debe realizarse de forma correcta (debido al enlentecimiento del vaciado gástrico en alguno de estos pacientes).

Es necesario controlar los posibles desencadenantes de las miotonías, como el frío, las alteraciones hidroelectrolíticas, la agresión quirúrgica y diversos fármacos.

Respecto al manejo intraoperatorio de estos pacientes, es importante preparar el ambiente (usar calentador de fluidos, manta térmica y mantener una temperatura adecuada del quirófano). Resaltar la preferencia por las técnicas loco-regionales frente a la anestesia general, debido a que el mantenimiento de la ventilación espontánea y la no utilización de fármacos sistémicos se asocian a menor tasa de complicaciones.

En cuanto a la monitorización se debe tener en cuenta la comorbilidad del paciente y el tipo de intervención a la que se somete. En una anestesia general estaría indicada la monitorización con electrocardiograma, tensión arterial no invasiva, monitor de índice bispectral, pulsioximetría, TOF y la tensión arterial invasiva si la afectación cardiovascular es significativa. Dependiendo de esta última y de la presencia o no de DAI y marcapasos, se debe tener disponible un imán de marcapasos y las consideraciones anestésicas de estos dispositivos.

Sobre farmacología, resaltar que existe un aumento de sensibilidad a fármacos hipnóticos, relajantes musculares y opioides. Se deben evitar la succinilcolina, la neostigmina, los antiarrítmicos tipo IA y los anticolinérgicos. Es preferible, por ende, el uso de bloqueantes neuromusculares no despolarizantes (aunque puede haber respuesta exagerada a estos). El uso de Propofol y remifentanilo en combinación esta descrito como seguro y se aconseja en estos pacientes.

Hay controversia sobre el uso de anestesia inhalatoria como sevoflorane y desflorane. Existe evidencia de que la enfermedad de Steinert no tiene un aumento del riesgo de padecer hipertermia maligna con los anteriormente nombrados, a diferencia de las miopatías relacionadas con el receptor de rianodina que sí lo presentan.

La fluidoterapia en estos pacientes debe estar enfocada al control de iones (sobre todo potasio y calcio), con controles gasométricos de estos y de la glucemia.

En la educación de una anestesia general, idealmente se utilizaría sugammadex en caso de haber utilizado rocuronio. La monitorización con TOF (> 90 %) como criterio de extubación estaría indicada. Si el paciente fuera usuario de BIPAP o CPAP se podría utilizar dicho soporte en la extubación.

Para el control analgésico postoperatorio, el uso de AINE, paracetamol y anestesia locorregional estaría indicado por encima del uso de opioides (debido a la susceptibilidad de los pacientes a estos fármaco y a la paresia intestinal que suelen padecer).

Palabras clave: Anestesia, Steineirt, CMA.

P-045 DIAGNÓSTICO PREANESTÉSICO Y CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS EN PACIENTES CON ACROMEGALIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

G. Rodríguez Rodríguez, G. González Rubio, C. Alonso Gómez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: La acromegalia es una enfermedad crónica, progresiva y multisistémica consecuencia de la hiperproducción e hipersecreción de la hormona de crecimiento (GH) generalmente por un macroadenoma hipofisario hiperfuncionante. Esta entidad conlleva múltiples comorbilidades, entre ellas la hipertrofia ventricular izquierda, hipertensión,

diabetes y síndrome apnea-hipoapnea obstructiva. Dichas comorbilidades conllevan a corto y largo plazo un aumento de la tasa de mortalidad en este perfil de pacientes.

Epidemiológicamente, hablamos de una entidad rara, con una incidencia estimada de 3-4 pacientes por cada millón de personas. Sin embargo, es cierto que hablamos de una entidad infradiagnosticada, puesto que clínicamente pasa desapercibida.

El manejo anestésico de los pacientes con acromegalia precisa de una especial atención a los cambios observados en la anatomía de la vía aérea superior. Estas alteraciones anatómicas incluyen la macroglosia, hipertrofia de tejidos blandos, distorsión de las estructuras glóticas y el prognatismo mandibular. De hecho, es conocido desde hace muchos años que la mayoría de estos pacientes presentan una vía aérea de complejo manejo, requiriendo en muchos casos de intubación nasotraqueal con fibrobroncoscopia despierta e incluso traqueostomía programada en pacientes seleccionados.

Métodos: Paciente mujer de 53 años, fumadora y con antecedente personal de cáncer de mama derecha tratada con hormonoterapia, radioterapia e intervenido quirúrgicamente en 2019. La paciente acude a consulta de preanestesia para ser intervenida de un hallux del pie izquierdo. Durante la anamnesis la paciente refiere aumento del tamaño de zonas acras, requiriendo incluso cambios frecuentes en el número de calzado en los últimos años. A la exploración, llama la atención un fenotipo clásico acromegálico (fascies con prominencia de arcos supraorbitarios, crecimiento de la nariz y labios) y en la hoja quirúrgica de 2019 ya se describe dificultad para la ventilación de la paciente, requiriendo intubación orotraqueal con Glidescope.

Valoración preanestésica: peso de la paciente: 63 kg, talla: 1,70 metros, Tensión arterial: 122/87 mmHg, frecuencia cardiaca: 78 latidos por minuto. En la exploración física los hallazgos anteriormente nombrados. Vía aérea: Mallampati II, macroglosia, apertura oral normal, dentadura propia, distancia tiromentoniana de 7 cm, extensión cervical normal y test de mordida 1. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos relevantes.

Electrocardiograma anodino, en ritmo sinusal a 70 latidos por minutos, sin signos de isquemia ni alteraciones del QRS. Analítica sistémica con coagulación sin hallazgos relevantes, a la que se añade de forma rutinaria la determinación de IGF-1 y prolactina con los resultados de 43,1 y 772 respectivamente, estableciéndose el diagnóstico de acromegalia. Se clasificó a la paciente como grado II ASA y NYHA I.

Resultados: La acromegalia es una enfermedad relativamente infrecuente, de curso crónico y afectación multisistémica que precisa de conocimientos específicos para su manejo anestésico.

Respecto a la vía aérea, los cambios anatómicos anteriormente mencionados (hipertrofia de mucosa oral y faríngea, estenosis glótica, macroflosia, etc.), normalmente conllevan a considerar a estos pacientes como una vía aérea difícil y por tanto plantear una estrategia teniendo a disposición distintos dispositivos con el objetivo de asegurar dicha vía aérea.

Considerando el resto de sistemas afectados por esta enfermedad, no podemos olvidar que la principal causada de morbimortalidad radica en la afectación cardiovascular que produce la acromegalia. Los hallazgos más frecuentes que podemos encontrar en pacientes de larga evolución incluyen hipertrofia de ventrículo izquierdo, disfunción sistólica y diastólica cardíaca, alteraciones valvulares y distintos grados de cardiopatía isquémica. Si tenemos estos datos en cuenta, un estudio preanestésico completo en un paciente en el cual desconocemos los años de evolución de la enfermedad, requerirá de una anamnesis exhaustiva que nos oriente sobre la necesidad de solicitar nuevos estudios cardíacos, que puedan incluir un electrocardiograma, ecocardiograma e incluso una ergometría. De los hallazgos encontrados en los estudios preanestésicos dependerá finalmente el manejo intraoperatorio que el anestesista deberá valorar.

Conclusiones: En conclusión, los pacientes con enfermedad de la glándula pituitaria pueden ser un desafío anestésico desde la inducción, hasta el mantenimiento anestésico y la educación. La valoración de la vía aérea y de la situación cardiovascular de estos pacientes representarán los puntos más importantes a tener en cuenta desde el punto de vista anestésico.

Palabras clave, Acromegalia, preanestesia, vía aérea difícil.

P-046 EFICACIA ANALGÉSICA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DE HEMORROIDECTOMÍAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME

C. Venegas Rodríguez, R. Martínez-Galán Fernández, E. Soto Garrucho, A. Pérez Muñoz, J. L. Laguillo Cadenas, M. Echevarría Moreno, C. Rodríguez Sierra, A. Vargas Berenjano

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: Valorar la eficacia de las medidas perioperatorias sobre el dolor agudo postoperatorio en cirugía mayor ambulatoria de hemorroidectomías en el Hospital Universitario Virgen de Valme durante el año 2022.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo realizado sobre 81 pacientes evaluados en el Hospital Universitario Virgen de Valme (HUVV).

Los datos fueron recopilados de la historia clínica de pacientes ambulatorios que acudían al Hospital del Tomillar para ser intervenidos de hemorroidectomía a lo largo de 2022.

Las variables de estudio incluyen el sexo, edad, ASA, presencia de alergias, grado de hemorroides, terapia analgésica que recibieron en el postoperatorio, dividiendo a los pacientes en dos grupos en función de este ítem, según recibieran un elastómero 2NE (metamizol + dexketoprofeno) u otros (tramadol + metamizol, dexketoprofeno + tramadol o tramadol en monoterapia). Respecto a las variables estudiadas se incluyen: la presencia de dolor en reposo y movimiento en las siguientes 48 horas de la intervención, la necesidad de rescate analgésico, la presencia de náuseas y vómitos, prurito e íleo postoperatorios en este periodo de tiempo, la necesidad de interrumpir el elastómero antes de que transcurriesen las 48 horas del inicio de la perfusión, la presencia o ausencia de complicaciones, si se infiltró al final de la intervención quirúrgica con bupivacaína 0.5 % con vasoconstrictor y finalmente si el paciente repetiría.

El dolor se evaluó de acuerdo con la escala verbal numéricas (EVN) y se agrupó a los pacientes en dos grupos: No dolor o presencia de dolor leve (EVN \leq 5) y dolor moderado/severo (EVN $>$ 5) tanto en reposo como en movimiento.

En cuanto a la edad, se dividió a los pacientes en dos grupos, un grupo con aquellos que tuviesen 40 años o menos y otro grupo con los mayores de 40 años.

Respecto al análisis estadístico, las variables numéricas se presentan con medidas de tendencia central y las categóricas con porcentajes. La asociación entre variables cualitativas se analizó con tablas de contingencia y la prueba Chi cuadrado. Se utilizó el software estadístico IBM SPSS.

Conclusiones: Durante el año 2022 se realizaron un total de 81 intervenciones quirúrgicas programadas de hemorroidectomías de forma ambulatoria en el Hospital El Tomillar, anexo perteneciente al Hospital Virgen de Valme. Del total de pacientes recogidos, 42 fueron mujeres y 39 hombres,

de los cuales 24 presentaban alguna alergia farmacológica. La edad media fue de 50 años, siendo el 74,1 % ASA II respecto a la categoría de riesgo anestésico y según el estadio evolutivo, el 66,7 % de los pacientes presentaba hemorroides grado III-IV.

En cuanto al tratamiento para el dolor agudo postoperatorio, el 87,7 % de los pacientes recibió la terapia 2NE y el 12,3 % otras terapias farmacológicas. Se compararon ambos grupos no existiendo diferencias estadísticamente significativas, presentando un 26,8 % dolor moderado/severo (EVN > 5) en el grupo 2NE frente a un 30 % en el grupo de otros tratamientos.

Se observó cierta relación entre la edad y la aparición de dolor postoperatorio moderado/grave, con una incidencia de 43,8 % en los pacientes con ≤ 40 frente a 23,1 % en > 40 años. Aunque esta asociación no se pudo demostrar de forma estadística, quizás con una muestra mayor podrían surgir resultados estadísticamente significativos. Esta situación se repite con la edad y la aparición de complicaciones, observando un 20 % en > 40 años en comparación a un 6,3 % en ≤ 40 años, sin poder demostrarlo de forma estadística.

Respecto a la aparición de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO), existen diferencias estadísticamente significativas, presentando una incidencia del 5 % en el grupo de la terapia 2NE frente a un 30 % del grupo de otras terapias. Se puede deducir que el uso de otras terapias (tramadol + metamizol, dexketoprofeno + tramadol o tramadol en monoterapia) suponen 7 veces más riesgo de producir NVPO frente a 2NE ($p < 0,037$). Ello implica una mayor interrupción de terapias no 2NE frente a 2NE (40 % de interrupción frente a 12,7 %), es decir, 4 veces mayor interrupción en terapia 2NE con $p < 0,028$.

En cuanto a la aparición de íleo y prurito, no se hallan diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos, siendo los porcentajes de ambas muy similares.

Por último, se estudió una posible relación entre la infiltración por el equipo de Cirugía General de anestésico local con vasoconstrictor en la región perianal y la disminución del dolor agudo postoperatorio. Se llevó a cabo en un 42,9 % de los pacientes sometidos a terapia 2NE frente a un 60 % de los pacientes sometidos a otras terapias. No se observó diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la disminución del dolor postoperatorio tras la infiltración con AL con vasoconstrictor. Quizás otra opción a valorar en estudios posteriores, podría ser la realización del bloqueo del nervio pudiendo como complemento analgésico o bien en combinación con anestesia general, como modo de

anestesia preferente (grado A), basándose en la evidencia específica del procedimiento en cuanto al beneficio analgésico por encima de la anestesia raquídea según lo planteado en las Guías Prospect.

Palabras clave: Anestesia locorreional, hemorroidectomía, dolor agudo postoperatorio.

P-047 HIERRO INTRAVENOSO CARBOXIMALTOSA DESDE LA CONSULTA DE PREANESTESIA: SU IMPORTANCIA EN LA OPTIMIZACIÓN DE LA HEMOGLOBINA PREOPERATORIA EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN RÉGIMEN CMA. A PROPÓSITO DE 9 CASOS

C. Alonso Gómez, M. Mallus, G. Rodríguez Rodríguez, G. González Rubio, C. Morales Muñoz
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Evaluar la eficacia del hierro carboximaltosa i.v. en la optimización de Hb preoperatoria en cirugía ginecológica en régimen CMA, determinando el aumento de los niveles de Hb y los factores que pueden influir en su respuesta.

Métodos: Estudio descriptivo unicéntrico de comunicación de serie de casos recogidos entre junio de 21 y noviembre de 22.

Se incluyeron 9 mujeres propuestas para cirugía ginecológica en régimen de cirugía mayor ambulatoria (histeroscopias diagnósticas/quirúrgicas) derivadas desde consulta de preanestesia para administración de hierro i.v. carboximaltosa 1 o 2 g por anemia detectada en analítica preoperatoria (Hb < 10,5 g/dl).

Para la recogida de datos se analizaron las hojas de interconsulta al Hospital Duques del Infantado para la administración del tratamiento y se indagó en la historia clínica de cada paciente para seguimiento retrospectivo del caso.

Se analizó la efectividad del tratamiento mediante la diferencia entre la Hb basal recogida en la consulta de preanestesia y la Hb post administración de Fe i.v.

Se recogieron datos sociodemográficos, tiempo desde preanestesia hasta IQ, necesidad transfusional, tipo de intervención quirúrgica, clasificación del estado físico de la ASA y cumplimiento de régimen CMA.

Resultados: De los 9 casos una paciente recibió 2 g de carboximaltosa i.v., las ocho restantes recibieron 1 g.

La edad media fue de 44 años (mediana 40 años), talla media 1,63 cm y peso medio 71,4 kg. El porcentaje de hábito tabáquico fue del 11 %.

Las cirugías consistieron en histeroscopias en su totalidad, 2 diagnósticas (22 %) y 7 quirúrgicas (78 %).

La clasificación ASA fue, I (11 %), II (44,5 %) y III (44,5 %).

La media de Hb preoperatoria fue 9,52 g/dl y el incremento medio de Hb de 2,38 g/dl.

El incremento de Hb no fue mayor respecto a la media (1,4) en la paciente que recibió 2 g de carboximaltosa i.v.

El tiempo medio de espera quirúrgico fue de 69 días.

La necesidad transfusional fue del 0 % y en ningún caso fue necesaria la transfusión de otro tipo de hemoderivados.

Todas las pacientes cumplieron la estancia hospitalaria en régimen de CMA.

Conclusiones: Una pauta de administración única de hierro IV es efectiva en el tratamiento de la anemia preoperatoria en cirugía ginecológica en régimen de CMA no suponiendo un retraso importante en la cirugía y favoreciendo el alta precoz sin necesidad de mayor estancia hospitalaria reduciendo por tanto los costes.

Permite incluso la aplicación del régimen CMA de manera más efectiva en paciente con alto riesgo quirúrgico ASA III.

Palabras clave: Carboximaltosa, preanestesia, CMA, hemoglobina.

P-048 EL CUARENTA POR CIENTO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN CMA SUFRE DOLOR MODERADO O INTENSO A LAS 24 HORAS ¿HACEMOS BIEN LA PRESCRIPCIÓN ANALGÉSICA?

G. Sánchez, J. García, L. Velasco, A. Gallo, A. Calle, A. Reyes, E. Novoa, M. Zaballos

Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Introducción: El dolor agudo postoperatorio (DAP) en cirugía mayor ambulatoria (CMA) sigue siendo un problema recurrente a pesar de los avances anestésicos y qui-

rúrgicos. El tratamiento del DAP puede ser complejo tanto para los pacientes como para los profesionales implicados. Uno de los factores que pueden asociar un control insuficiente del dolor es la variación de la prescripción analgésica realizada por los médicos que intervienen en la cirugía ambulatoria. El objetivo del presente estudio fue evaluar la variación en la práctica de la prescripción analgésica en pacientes adultos intervenidos en régimen ambulatorio en un hospital universitario, y el impacto en la intensidad del DAP a las 24 h y 7 días postcirugía.

Material y métodos: Se estudio un estudio de cohortes, monocéntrico y retrospectivo de pacientes intervenidos en CMA. El estudio fue aprobado por el comité de ética, ACTA 04/2023. De cada paciente se recogieron datos antropométricos, clasificación ASA, comorbilidad, cirugía y técnica anestésica realizada. Se recogieron todos los parámetros de interés con implicación en el DAP incluyendo la técnica anestésica realizada y la estrategia de prevención y manejo del DAP. Se recogió si el paciente había recibido algún tipo de anestésico local (AL) durante el periodo intraoperatorio o durante su estancia en la unidad de recuperación postanestésica (URPA), se recogió si se administró dexametasona u otros corticoides durante el periodo intra y postoperatorio. Se analizó la presencia de dolor evaluado mediante escala numérica verbal (ENV) a las 24 h y a la semana de la cirugía. Estadística: se utilizó la prueba ANOVA, la t de Student y la prueba de chi-cuadrado cuando resultó apropiado. Los datos se presentan como media, desviación estándar, mediana, rango intercuartílico y porcentajes.

Resultados: Se estudiaron 875 pacientes, 62 % mujeres, con edad de 50 ± 17 años. Un 26,7 % eran pacientes ASA-I, 53,8 % ASA-II, 18,7 % ASA-III y 0,7 % ASA-IV. Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron cirugía ortopédica: 45,4 %, estomatología: 19,5 %, cirugía general: 10,6 %, cirugía vascular 11,9 %, cirugía plástica: 2,4 % y 10,2 % cirugía ginecológica. Se practicó anestesia general en un 42,1 %, de los pacientes y se realizaron bloqueos nerviosos periféricos en un 44,2 %. Se utilizó anestesia local + sedación en el 9,6 % de los casos y anestesia intradural en el 2,7 % y únicamente sedación en el 1,5 %. El 80 % de los pacientes recibió anestésico local (AL) intraoperatorio y en el 50 % de los casos se dexametasona. La prescripción analgésica fue: combinación de antiinflamatorio no esteroideo (AINE) + paracetamol en un 70,6 %, opioide asociado a paracetamol o AINE en un 13,1 %, monoterapia con paracetamol o AINE en un 15,4 %. En el informe de alta se reflejó que un 62 % pacientes recibió prescripción si dolor y en un 84 % se prescribió analgesia de rescate. A las 24 horas la mediana (RIQ) de dolor en la escala numérica verbal (ENV) fue de 3 (2 a 6) y a los 7 días de 3 (0 a 4). Un 45 % de los pacientes presentó dolor moderado-intenso a las 24 h y a la semana refirió dolor moderado-intenso el 34,6 % de los pacientes.

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio han demostrado que la presencia de dolor moderado-severo en cirugía ambulatoria sigue siendo un evento frecuente. Esto se ha demostrado en la mayoría de los pacientes independientemente de la aplicación de una planificación anestésica con el uso de anestésicos locales intraoperatorios, dexame-tasona y una estrategia analgésica multimodal combinando paracetamol y AINE en la mayoría de los casos para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio.

P-137 SÍNDROME DE EMBOLISMO GRASO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. Gallego Ledesma; A. Álvarez; R. A. Posada Caez
Hospital Universitario Sagrado Corazón. Barcelona

Objetivos: Determinar los métodos diagnósticos, prevención y tratamiento utilizados para el SEG existentes en la literatura médica.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos científicos sobre SEG, publicados en los últimos 15 años en las distintas web científicas: PubMed, Cochrane Library, Medline, teniendo como criterios de inclusión estudios randomizados y aleatorizados y excluyendo revisión de artículos/casos clínicos.

Resultados: Dada la poca publicación científica existente sobre SEG, se realiza un análisis cualitativo, destacando los métodos diagnósticos, prevención y tratamiento. Obte-

niendo un total de 41 artículos, 30 casos clínicos y revisión de artículos, 8 estudios retrospectivos, 2 revisiones sistemáticas y 1 metanálisis. La gran mayoría de los estudios coincidieron como método diagnóstico la utilización de los criterios de Gurd y todos los casos clínicos y revisiones publicadas coincidieron en la presencia de infiltrados en vidrio esmerilado a la radiografía de tórax sumado a los cambios en el sensorio, en contraste, la presencia de Petequias estaba presente en un tercio de los casos. Respecto a la prevención se prioriza la prontitud en reparación quirúrgica de la fractura y la técnica del fresado. Todos los artículos proporcionan un tratamiento de soporte principalmente cardiorrespiratorio, siendo controvertido el uso de corticoides, benéficos en la prevención de este síndrome pero sin impacto en la mortalidad.

Discusión: No existiendo un signo patognomónico para el SEG, la tríada clásica de disnea, cambios en el comportamiento y Petequias, es a día de hoy válida como presunción diagnóstica, pero su diagnóstico en definitiva es por exclusión. El tratamiento es principalmente de soporte cardiorrespiratorio. La prevención se basa en una reparación temprana de la fractura ósea y la técnica de fresado.

Conclusión: A pesar de la poca evidencia científica existente en la literatura médica, el diagnóstico de síndrome de embolismo graso es por exclusión, la disnea y el patrón de vidrio esmerilado se presentaron en todos los casos publicados y el tratamiento es de soporte.

Palabras clave: Embolismo graso, fractura de fémur, politraumatismo.

CIRUGÍA

P-049 ABORDAJE DE FIBROADENOMA DE 10 CENTÍMETROS EN MAMA DERECHA MEDIANTE BLOQUEO ANESTÉSICO LOCORREGIONAL TIPO PECS I (PECTORAL) Y PECS II (PECTORAL MODIFICADO)

A. Gila Bohórquez, R. González Guerrero, P. de la Herranz Guerrero, J. Gómez Menchero

Hospital de Riotinto. Huelva

Objetivos: Mostrar el abordaje quirúrgico de lesiones de gran tamaño en mama mediante bloqueo anestésico del pectoral (Pecs I) y bloqueo pectoral modificado (Pecs II).

Métodos: Presentamos el caso clínico de una paciente mujer de 29 años con diagnóstico de fibroadenoma (FAD) en mama derecha cuya intervención se desarrolló únicamente con bloqueos ecoguiados tipo Pecs I y Pecs II.

Conclusiones: La paciente, tras la intervención, fue dada de alta a las 6 horas con un EVA (escala analógica visual) de 0 y sin complicaciones en el lecho quirúrgico. Revisada a la semana y al mes sin incidencia alguna.

Palabras clave: Anestesia local, cirugía, mama, fibroadenoma.

P-050 CIERRE DEL PERITONEO EN LA REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL (TAPP) DE LA HERNIA INGUINAL CON PEGAMENTO DE CIANOCRILATO (GLUBRAN) EN DISPOSITIVO MICROGOTA (GLUTACK) EN RÉGIMEN DE CMA

J. Suárez Grau¹, L. Navarro², F. Aguilar³, L. Tallón³

¹Hospital de Riotinto. Huelva, ²Hospital Quirón Sagrado Corazón. Sevilla, ³Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Propósito: El objetivo de esta serie de casos es describir y comparar una técnica de cierre peritoneal con pegamento tipo cianocrilato (Glubran) con dispositivo en gotas (Glutack) en la reparación laparoscópica transabdominal preperitoneal (TAPP) de la hernia inguinal con el cierre peritoneal con sutura barbada (V-Lock 3.0) utilizado de forma rutinaria.

Materiales y métodos: Desde enero a agosto del 2022 se incluyeron 60 pacientes sometidos a TAPP para reparación de hernia inguinal uni o bilateral. Se aleatorizaron en 2 grupos, utilizando como fijación de la malla y para el cierre de peritoneo el dispositivo Glutack con pegamento de cianocrilato Glubran (Grupo Glu-close) y fijación de malla con cianocrilato y cierre peritoneal con V-lock 3.0 (Grupo Sut-close), con un seguimiento de 3 meses. Se analizaron variables demográficas, el tiempo operatorio, el de cierre peritoneal, los principales hallazgos quirúrgicos y las principales complicaciones intra y postoperatorias de forma prospectiva.

Resultados: Se han incluido un total de 60 pacientes sin existir pérdidas durante el seguimiento. El tiempo operatorio medio fue de 34 minutos (rango 58,25) para el grupo Glu-close y 40 (rango 64,25) para el grupo sut-close, no hubo conversión (0 %) para ningún grupo. El tiempo de cierre del flap medio fue de 70,79 segundos (DS 11,648) para el grupo glu-close y 194,30 segundos (DS 46,682) para el grupo sut-close, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). La tasa de complicaciones intraoperatorias fue de 0 en el grupo glu-close y 0 para el sut-close, sin diferencias significativas. La mediana de estancia hospitalaria fue de 0,8 días (rango, 0 a 1) para ambos grupos. La duración media del seguimiento fue de 3 meses (rango, 3-5) y ninguno tuvo recurrencia de la hernia. La puntuación EVA postoperatoria en la primera y segunda revisión al mes y 3 meses fue de 2,83 (DS 1,341) y 0,60 (DS 0,621) en el grupo glu-close y 1,03 (0,984) y 0,24 (DS 0,435) en el grupo sut-close, con diferencias significativas ($p < 0,001$ y $p < 0,012$).

Conclusiones: El uso de pegamento de cianocrilato Glubran para el cierre del flap peritoneal de la hernia inguinal laparoscópica tipo TAPP parece seguro y factible con reducción significativa del tiempo operatorio y del dolor postoperatorio a los 3 meses. Se necesitan estudios aleatorizados comparativos más amplios y con mayor seguimiento para confirmar estos resultados preliminares.

Palabras clave: Hernia, laparoscopia, pegamento, CMA.

P-051 LIFT + PRP: TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA PERIANAL COMPLEJA EN RÉGIMEN DE CMA

J. J. Lindo Canchado, A. Hernández Sánchez, C. Marco Continente, P. M. Lima Lourinho Teixeira de Abreu, M. Moreno Ballesteros, A. López Farias, C. A. Jordán Chavez, A. A. Nieto Soler

Hospital de Mérida, Badajoz

Objetivos: Dada la elevada tasa de recidivas en el tratamiento de la fístula perianal compleja, hemos implementado un programa de tratamiento de la misma mediante ligadura interesfinteriana del trayecto fistuloso, asociando infiltración de plasma rico en plaquetas, en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en el Hospital de Mérida – Hospital Tierra de Barros.

Métodos: Pacientes intervenidos de ligadura interesfinteriana del trayecto fistuloso (LIFT) junto con infiltración de plasma rico en plaquetas (PRP) entre 2021 y 2023 en el Hospital de Mérida - Hospital Tierra de Barros. Todos los pacientes cumplen criterios de CMA (no requieren preparación preoperatoria compleja, pérdida estimada de sangre < 500mL, ASA I, II y III estables, soporte familiar adecuado...). Otro de los criterios de selección de los pacientes es el abandono del hábito tabáquico, al menos, 6 meses antes de la intervención quirúrgica.

Conclusiones: Durante el periodo de 2021 a 2023 se han intervenido un total de 50 pacientes que presentan fístula transesfinteriana (incluyendo fístula transesfinteriana alta) sin presentar complicaciones en el postoperatorio inmediato.

Posteriormente, se hace un seguimiento estrecho de los pacientes valorando dolor postoperatorio, continencia anal, supuración..., así como otras complicaciones que puedan aparecer en el postoperatorio.

Durante el seguimiento realizado a estos pacientes hemos podido comprobar una disminución del dolor postoperatorio, mejoría de la calidad de vida de los pacientes y una menor tasa de recidivas a corto plazo. Además, la implementación del programa de LIFT + PRP para el tratamiento de la fístula perianal compleja, ha demostrado ser seguro, reproducible y con un aumento del índice de ambulatorización, lo que conlleva menos riesgos para el paciente, disminución de la estancia hospitalaria y disminución de las listas de espera.

Palabras clave: Fístula, compleja, LIFT, PRP, CMA.

P-052 RECONSTRUCCIÓN MAMARIA EN RÉGIMEN DE CMA

J. J. Lindo Canchado, A. Hernández Sánchez, C. Marco Continente, P. M. Lima Lourinho Teixeira de Abreu, M. Moreno Ballesteros, A López Farias, M. E. Delgado Martínez, A.A. Nieto Soler
Hospital de Mérida. Badajoz

Objetivos: Dada la necesidad de disminuir las listas de espera quirúrgicas y, en múltiples ocasiones, para acelerar

el proceso de restauración de la imagen corporal de las pacientes con patología oncológica mamaria, hemos realizado intervenciones quirúrgicas de reconstrucción mamaria en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en el Hospital de Mérida-Hospital Tierra de Barros.

Métodos: Pacientes intervenidas de reconstrucción mamaria en el Hospital de Mérida – Hospital Tierra de Barros, tanto por patología benigna como tras una primera intervención quirúrgica por patología oncológica mamaria. Todas las pacientes cumplen criterios de CMA (no requieren preparación preoperatoria compleja, pérdida estimada de sangre < 500 mL, ASA I, II y III estables, soporte familiar adecuado...).

Conclusiones: Desde la introducción de la patología mamaria en la Unidad de CMA del Hospital de Mérida-Hospital Tierra de Barros, se han realizado las siguientes intervenciones quirúrgicas: mamoplastias de reducción, simetrización mamaria contralateral, recambio de expansor por prótesis mamaria o, incluso, mastectomía simple con reconstrucción inmediata con prótesis prepectoral.

Posteriormente, se hace un seguimiento estrecho de las pacientes valorando dolor postoperatorio, aparición de hematoma y control de débito de drenajes, así como otras complicaciones que puedan aparecer en el postoperatorio.

Durante el seguimiento realizado a estas pacientes hemos podido comprobar una evolución postoperatoria similar a las pacientes intervenidas en régimen de hospitalización, con un buen control del dolor postoperatorio y sin presentar complicaciones que requieran reintervención quirúrgica o ingreso hospitalario. Por tanto, podemos concluir que la realización de reconstrucciones mamarias en régimen de CMA son procedimientos seguros, reproducibles y con un aumento del índice de ambulatorización, lo que conlleva menos riesgos para la paciente, disminución de la estancia hospitalaria y disminución de las listas de espera.

Palabras clave: Mama, reconstrucción, CMA.

P-053 ANÁLISIS DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE DOS CIRUJANOS EN EL ABORDAJE TOTALMENTE EXTRAPERITONEAL (TEP) PARA EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL: PASOS CLAVE Y PUNTOS DE MEJORA

J. P. Roldán Aviña, R. Jurado Jiménez, V. D. Briceño Agüero, M. J. Pérez de la Fuente, L. Gómez Bujedo
Hospital El Tomillar. Alcalá de Guadaíra, Sevilla

Objetivos: La curva de aprendizaje en cirugía laparoscópica es lenta y no existen modelos uniformes para la adquisición de habilidades quirúrgicas. Se podría definir como el número de procedimientos que en promedio necesita un cirujano para ser capaz de realizar un determinado procedimiento con éxito. En la literatura científica y en el caso del TEP la mayoría de los autores hablan de 50 procedimientos como cirujano principal.

El objetivo de la presente comunicación es analizar la curva de aprendizaje de dos cirujanos con amplia experiencia en el abordaje abierto de la hernia inguinal tras su incorporación a nuestra Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes intervenidos de hernia inguinal por dos cirujanos concretos de la Unidad entre julio de 2021 y marzo de 2023. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, lateralidad, tipo de hernia (primaria/recidivada, EHS), ASA, IMC, tipo de malla, fijación, apertura peritoneo, conversión, duración, alta en régimen de CMA, ayudante, complicaciones, recidiva y número de orden en la serie individual.

La técnica estandarizada en nuestra Unidad se inicia con disección digital del espacio retrorectal y posteriormente usar balón disector, colocando un trocar de Hasson 11 mm para la óptica y dos trócares de 5 mm en línea media.

El cirujano A (cir-A) comenzó su curva de aprendizaje y a partir del procedimiento 15, comenzó el cirujano B (cir-B). Hasta diciembre 2022 fueron ayudados o dirigidos (presencia en el quirófano) por un cirujano experto en TEP. Hay grabaciones en vídeo de 46 procedimientos.

Resultados: En el periodo estudiado se intervinieron un total de 118 pacientes, todos hombres. La edad media fue de 50,88 años (24-75). En 93 casos la hernia era unilateral y en 25 bilateral (113 primarias y 5 recidivadas). Predominaron las hernias laterales (69), seguido de las mediales (27) y mixtas (22). Todos los pacientes se intervinieron bajo anestesia general. El IMC medio fue de 25,84 kg/m² (17,63-33,51) y en cuanto al riesgo anestésico 24 fueron ASA I, 91 ASA II y 3 ASA III. La duración media de las intervenciones fue de 68,14 minutos (30-140). Todos los pacientes fueron dados de alta en régimen de CMA el mismo día de la intervención.

Un total de 6 pacientes tuvieron que convertirse (cir-A 2 y cir-B 4). Las causas fueron: apertura del peritoneo en las maniobras iniciales (3), imposibilidad de creación del espacio de trabajo (2) e imposibilidad de identificación de estructuras por no poder avanzar en la disección (1). En la mitad de los casos el ayudante era un cirujano con menos de 50 TEP completados.

Las complicaciones intraoperatorias fueron: apertura del peritoneo en 20 casos (cir-A 9 y cir-B 11), descenso de los vasos epigástricos (4+4) y desprendimiento de la válvula de sellado del trocar de Hasson al introducir la malla (obligó a la colocar un trocar auxiliar de 10 mm para su extracción).

La duración media de la intervención cuando el ayudante era cirujano experto o cirujano en curva de aprendizaje fue de 61,56 minutos y de 73,13 minutos cuando el ayudante era una cirujana sin experiencia en TEP o un residente.

Respecto a las complicaciones postoperatorias, aparecieron en 11 pacientes (5+6) en forma de: hematoma cordón (2+2), seroma cordón (2+2), dolor pubis/teste (1+1), seroma/hematoma umbilical (1+1) y hematoma retrorectal (0+1).

Se han detectado un total de 7 posibles recidivas (entre 4-10 meses). De ellos en 3 casos se trataba de lipomas del cordón no reducidos visualizados en ecografía por referir el paciente continuar con una tumoración inguinal. Los restantes 4 pacientes si presentaban recidiva clínica confirmada con ecografía y/o TAC. Dos de ellos están asintomáticos y han rechazado intervenir. Otro está esperando intervención y el otro ya fue intervenido. La reducción incompleta del lipoma en los primeros 15 procedimientos. En cuanto al análisis de la posible causa de las recidivas vemos que eran pacientes obesos (IMC > 30 kg/m²), hernias laterales con sacos grandes y en 3 de los 4 casos el ayudante era o un residente (2) o un adjunto con poca experiencia en TEP. No ha habido ninguna recidiva a partir del procedimiento número 30.

En el año 2021 ambos cirujanos realizaron el 29,41 % de los TEP de la Unidad, en el 2022 el 51,8 % y hasta marzo del 2023 el 71,43 % tras la jubilación del cirujano que los tuteló.

Conclusiones:

- Para iniciar la curva de aprendizaje el cirujano debe estar familiarizado con la anatomía preperitoneal de la región inguinal.
- Aunque no se esté participando como cirujano o ayudante es útil permanecer en el quirófano viendo y comentando la intervención.
- Las conversiones se produjeron al principio de la curva por inadecuada disección del espacio retrorectal/preperitoneal o por apertura del peritoneo al inicio de la disección.
- Consideramos fundamental que al inicio de la curva de aprendizaje la ayudantía la realice un cirujano experto.
- La utilización de balón disector y de mallas preformadas tipo 3D es muy útil al facilitar tanto el inicio como el final del procedimiento.

- La visualización de los vídeos intraoperatorios de los primeros casos proporciona una excelente retroalimentación y ayuda a mejorar la técnica.
- Evitar las prisas (último paciente de un parte), o los pacientes que puedan presentar alguna dificultad técnica (recidiva, cirugías previas, obesidad).

Palabras clave: Curva de aprendizaje, hernia inguinal, TEP, formación, docencia.

P-054 CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA COMO TRATAMIENTO DE MASTITIS CRÓNICA

A. García-Vilanova Comas, M. Tome Jiménez, V. Gumbau Puchol, F. J. Tarrasa Peiro, M. Moragues Casanova, C. Catañer Puga, J. Medrano González, C. Zaragoza Fernández

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos:

- Primario: estudio de las intervenciones que se realizan para el tratamiento de la mastitis crónica (MC) y que porcentaje se realiza en régimen de CMA.
- Secundarios: estudio del Índice de sustitución (IS) para la MC. Estudio de la tasa de Ingreso. Estudio del índice de satisfacción.

Métodos: Se realiza análisis retrospectivo de los últimos 100 casos de pacientes intervenidas de MC en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV) de procesos inflamatorios crónicos mamarios infecciosos y no infecciosos.

Se separó a las pacientes que se había registrado intervención de urgencias del otro grupo con cirugía programada. Se presentan las intervenciones realizadas describiendo las que se han programado en régimen de CMA de las que se programaron como ingreso.

Resultados: En los últimos 100 casos se realizaron 219 intervenciones a pacientes diagnosticados de MC siendo 45 drenajes en urgencias y 174 intervenciones programadas. 159 en régimen de CMA y 11 precisaron ingreso. De las realizadas en régimen de CMA 137 son fistulectomías (78,73 %), 15 exéresis de tumor inflamatorio (8,62 %), 3 exéresis de galactóforos (1,72 %), 3 exéresis completa de complejo areola pezón (1,72 %), 4 quistectomías (2,29 %) y 1 eversión de pezón (0,5 %). De las 11 programadas

para ingreso (6,32 %) 3 son mastectomías unilaterales en pacientes diferentes (1,72 %) y 8 son mastectomías dobles realizadas a 4 pacientes (4,59 %) realizadas en ingresos separados. El IS para MC fue 93,67. La Tasa de ingreso inesperado (TI) de la MC fue del 0 %. El índice de satisfacción determinado a través de encuestas se valoró con la máxima puntuación por el 94,29 % de los pacientes que se operaron de patología mamaria globalmente.

La realización de técnicas quirúrgicas más agresivas como las mastectomías, que se realizan habitualmente con ingreso no permite mejorar el índice de sustitución en la programación quirúrgica de MC. En nuestra serie se ha realizado en 3 pacientes que han sufrido galactoforitis crónica, pero sobre todo en casos avanzados de patología inflamatoria no infecciosa donde no se demuestran gérmenes responsables: formas mamarias extensas de granulomatosis con vasculitis (3 mastectomías), mastitis granulomatosa idiopática (2 mastectomías) o lobulillitis linfocítica (3 mastectomías) en donde fracasan los tratamientos médicos en parte por la demora en realizar el diagnóstico. Es importante realizar el diagnóstico de estas entidades lo antes posible para comenzar tratamientos específicos lo más eficaces posibles que hagan remitir la inflamación o reducir su extensión lo bastante para evitar la realización de mastectomías innecesarias. Se han propuesto métodos diagnósticos basándose en la correlación anatomoclínica.

Conclusiones: Concluimos que la CMA para el tratamiento de la MC es segura y eficiente, con indicadores similares a otras patologías benignas. El Índice de Sustitución podría mejorar si se consigue evitar mastectomías innecesarias con diagnósticos más precisos que permitan la instauración precoz de tratamientos etiológicos más eficaces.

Palabras clave: Mastitis crónica, galactoforitis supurada, mastitis granulomatosa idiopática, mastectomía, vasculitis mamaria.

P-055 RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA POSTMASTECTOMÍA CON IMPLANTE PREPECTORAL: HACIA LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

A. Vilanova Comas, M. Tome Jiménez, F. J. Tarrasa Peiro, M. Moragues Casanova, N. Beut Peris, C. Catañer Puga, V. Gumbau Puchol, C. Zaragoza Fernández
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos:

- Primario: analizar si la reconstrucción inmediata post-mastectomía prepectoral (RIPP) es una técnica quirúrgica

ca segura que se puede realizar con menos de 24 horas de hospitalización.

- Secundarios: estudio de no inferioridad de la RIPP en relación a la reconstrucción retropectoral mediante la comparación de las complicaciones.

Métodos: Estudio retrospectivo para evaluar la factibilidad y seguridad de la RIPP frente a la reconstrucción inmediata retropectoral. Se recogieron datos clínicos y analíticos de 91 pacientes que se sometieron a una cirugía de cáncer de mama seguida de reconstrucción mamaria inmediata en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV).

Se dividió a las pacientes en un grupo con reconstrucción inmediata prepectoral y otro grupo con reconstrucción retropectoral.

Se registraron las siguientes variables: complicaciones postoperatorias (hemorragia, infección, seroma, hematoma, dehiscencia de herida, necrosis cutánea, úlcera por decúbito, rippling, contractura capsular y extrusión del implante), los días de ingreso tras la intervención y la tasa de reintervenciones. Se compararon ambos grupos.

El seguimiento mínimo de las pacientes fue de 6 meses.

Resultados: Se estudió 91 pacientes, el 42,86 % se sometieron a cirugía de mama seguida de reconstrucción inmediata prepectoral mientras que el 57,14 % de las pacientes se sometieron a cirugía seguida de reconstrucción inmediata retropectoral.

Las complicaciones globales fueron más frecuentes en el grupo de RIPP con una incidencia del 41,03 %. Sin embargo, la única complicación que establece una diferencia estadísticamente significativa es el seroma, afectando a un 12,82 % de las pacientes en este grupo. El porcentaje de reintervenciones de la reconstrucción prepectoral fue similar a los de la reconstrucción retropectoral, no siendo la diferencia significativa. Por tanto, al tratarse el seroma de una complicación menor y no existiendo diferencias en las reintervenciones entre ambos grupos podemos decir que la reconstrucción prepectoral es una técnica tan segura como la retropectoral.

El número de días de ingreso presentó una media de $1,05 \pm 0,223$ días en el grupo de la reconstrucción prepectoral. En cambio, el grupo retropectoral presentó mayor número de días de ingreso con una media de $1,67 \pm 0,810$ días, con diferencia estadísticamente significativa en relación al grupo prepectoral. Así, en el grupo retropectoral las pacien-

tes suelen permanecer ingresadas entre 24-48 horas. Sin embargo, en la reconstrucción prepectoral el número de días de ingreso es inferior a un día en la mayoría de las ocasiones. Esto puede deberse a que se trata de una cirugía menos traumática que no despega los músculos pectorales y por tanto es menos dolorosa y sangrante. También nuevas mejoras en la técnica prepectoral como el reciente uso de prótesis de poliuretano en vez de prótesis envueltas con malla indican una evolución hacia esta disminución del número de días de ingreso.

Conclusiones: La reconstrucción inmediata prepectoral es una técnica segura, que no presenta más complicaciones que la retropectoral y en la mayoría de los casos sería posible realizarla en régimen de hospitalización menor de 24 horas. Sería necesaria la realización de un mayor estudio y de carácter prospectivo para responder adecuadamente a esta pregunta.

Palabras clave: Cáncer de mama, mastectomía, reconstrucción mamaria prepectoral, reconstrucción mamaria retropectoral.

P-056 IMPLEMENTACIÓN DE CIRCUITO DE CIRUGÍA SIN INGRESO (CSI) EN PACIENTES DE RIESGO MODERADO-ALTO INTERVENIDOS DE HERNIA INGUINAL

Á. de Jesús Gil, M. Álvarez Aguilera, A. Sánchez Artega, J. Tinoco González, J. M. Suárez Grau, L. Tallón Aguilar, F. J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: En la actualidad existe una tendencia hacia la expansión de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en las intervenciones de pared abdominal y, sin duda, la cirugía de la hernia inguinal es uno de los principales campos donde esta modalidad está en auge.

Sin embargo, los criterios de selección para llevar a cabo una intervención en régimen ambulatorio son estrictos. Los principales criterios de exclusión son: edad > 75, IMC > 35 kg/m² y ASA Score ≥ III, según la guía de CMA publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

No obstante, muchos de estos pacientes que no cumplen criterios para CMA podrían ser igualmente dados de alta en un circuito similar. De este modo, se ha implementado en nuestro centro la "Cirugía Sin Ingreso (CSI)" donde se incluyen este grupo de pacientes.

El objetivo de este estudio es analizar el impacto que tienen los criterios de clasificación para la elección del régimen quirúrgico en los resultados postoperatorios y la estancia hospitalaria en pacientes intervenidos de hernia inguinal en CSI respecto a pacientes con ingreso convencional.

Métodos: Se ha realizado un análisis retrospectivo de todos los pacientes intervenidos de hernia inguinal en nuestro centro entre enero del 2018 y diciembre del 2021, comparando régimen sin ingreso e ingreso convencional.

Se ha diseñado un modelo de regresión predictiva seguido de un estudio retrospectivo para evaluar el impacto de cada criterio en la estancia hospitalaria.

Un total de 743 pacientes fueron incluidos, 399 con ingreso convencional y 344 en el circuito CSI.

Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a complicaciones y tasas de admisión ($p = 0,334$ y $p = 0,563$). La estancia hospitalaria fue significativamente menor en el grupo CSI ($p = 0,000$).

El modelo de regresión predictiva propuso dos escenarios opuestos. Por un lado, el mejor escenario, que no necesitaría ingreso, sería el de una mujer intervenida por vía laparoscópica de una hernia inguinal primaria unilateral (estancia postoperatoria estimada: 0,049 días). El peor escenario, que por el contrario precisaría ingreso convencional, sería un paciente varón intervenido por vía abierta de una hernia inguinal bilateral recidivada (estancia postoperatoria estimada: 1,505 días).

Conclusiones: Como conclusión, los pacientes intervenidos de hernia inguinal podrían beneficiarse de forma segura del circuito CSI. Nuestro modelo podría ser útil para la toma de decisiones, especialmente para los escenarios previamente expuestos.

Palabras clave: CMA, cirugía sin ingreso, hernia inguinal.

P-057 IMPLANTACIÓN DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT EN UNA UNIDAD DE CMA Y PARED ABDOMINAL COMPLEJA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Rivas Becerra, A. Fernández Sánchez, A. Cabello Burgos, R. García Martín, C. Rodríguez Silva, J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia en la reparación mínimamente invasiva de la patología de la pared abdominal en régimen de CMA y corta estancia en un periodo de un año, así como la implantación de un programa de cirugía laparoscópica asistida por robótica.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo observacional desde marzo de 2022-marzo 2023 en el que se han analizado las características de los pacientes intervenidos de hernia inguinal vía robótica o laparoscópica.

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años que firmaron el consentimiento informado, sin patología que contraindicaran la cirugía, ASA I-III, IMA < 35 kg/m².

Criterios de exclusión: pacientes con otro tipo de abordaje o vía de elección, ASA IV, rechazo del consentimiento informado.

Variables analizadas: demográficas, preoperatorias, postoperatorias.

- Demográficas: sexo, edad, IMC.
- Perioperatorias: régimen quirúrgico, cirugía realizada, vía de abordaje, tipo de malla, tipo de fijación, tiempo quirúrgico.
- Postoperatoria: complicaciones a corto plazo (en los primeros 30 días postoperatorios) y a largo plazo, necesidad de reintervención, EVA al alta y en consulta, necesidad de reintervención en el mismo día.

Análisis estadístico: variables cualitativas (mediana \pm DS), cuantitativas (frecuencia en %).

Resultados: Se han recogido datos de un total de 68 pacientes en los que se han realizado hernioplastias o eventroplastias mediante abordaje laparoscópico con o sin asistencia. La distribución por sexos ha sido un 84,1 % hombres ($n = 58$) y 15,9 % mujeres ($n = 11$). La mediana de edad ha sido de 57,5 años (con un rango entre 24 y 83 años). La mediana de IMC ha sido de 25,9 kg/m². La mediana del tiempo quirúrgico estimado ha sido 2 horas (con un rango entre 45 minutos y 7 horas, correspondiendo este a la primera eventración compleja realizada vía robótica en Andalucía). La distribución por riesgo quirúrgico según el score de la American Society of Anesthesiologists Physical Status (ASA): ASA I el 13 %, ASA II el 71 %, ASA III el 13 %.

La mayor parte de estos pacientes se han intervenido en régimen de ambulatorización (un 89,9 % del total), requiriendo pernocta no planificada solo un 22,6 % de ellos (el 15,6 % de los pacientes intervenidos mediante vía laparoscópica y el 41,2 % de los pacientes intervenidos mediante

abordaje robótico, en este último grupo en relación a la curva de aprendizaje en el primer periodo y al aumento de la complejidad de las intervenciones en el segundo periodo).

En cuanto al abordaje se realizó vía laparoscópica en 50 pacientes (72,5 % del total) y mediante abordaje asistido por robot en 19 pacientes (que corresponde a un 27,5 %), siendo la tasa de reconversión del 2,9 %. (n = 2).

Analizando por subgrupos, en cuanto al abordaje laparoscópico se realizaron 11 hernioplastias unilaterales (22 % de los pacientes), la mayor parte tipo TEP (95,5 %), se realizaron 34 hernioplastias bilaterales (68 % de los pacientes), siendo 32 de ellas tipo TEP (94,1 % de los pacientes), se realizaron además 2 eventroplastias (4 % de los pacientes). En cuanto al abordaje asistido por robótica se realizó 1 hernioplastia unilateral tipo TAPP (5,3 % de los pacientes), 13 hernioplastias bilaterales tipo TAPP (68,4 % de los pacientes), y 5 eventroplastias (26,3 % de los pacientes). Se realizaron procedimientos múltiples en 9 pacientes asociando reparaciones inguinales a hernioplastias umbilicales, eventroplastias, colecistectomías y hernioplastias de Spiegel.

En relación con la evolución postquirúrgica la mayor parte de los pacientes no requirieron consulta en el servicio de Urgencias de nuestro centro en los primeros días 30 postoperatorios (el 88,4 % de ellos). Solo en un caso se requirió de reintervención quirúrgica. Del total de pacientes, el 56,4 % se encuentran dados de alta de nuestro servicio.

La mortalidad de nuestra serie ha sido del 1,4 % (corresponde a un paciente en el que se realizó una eventroplastia asociada a una resección intestinal, con dehiscencia posterior y shock séptico tras varias cirugías). De las complicaciones registradas, 7 pacientes (un 10,1 %) ha sufrido dolor postquirúrgico, estando en seguimiento actualmente 5 de ellos en espera de pruebas complementarias. Se ha registrado en un paciente un hematoma postquirúrgico, en dos pacientes seromas, en un paciente un granuloma postquirúrgico, y se ha confirmado mediante ecografía una recidiva herniaria (1,4 %).

Conclusiones: La evolución natural de la cirugía a procedimientos mínimamente invasivos ha progresado de forma exponencial en los últimos años, siendo la cirugía laparoscópica asistida por robot en la pared abdominal una de las más beneficiadas a nivel nacional.

Uno de los puntos de controversia de esta vía de abordaje en la literatura está relacionado con las curvas de aprendizaje ideales, tanto para cirugía laparoscópica como asistida por robot. Clásicamente la curva de aprendizaje ha sido de aproximadamente unos 50 casos en la vía laparoscópica,

siendo menor en el abordaje robótico. Creemos que deben individualizarse para cada grupo quirúrgico y profesional.

Dado los buenos resultados en cuanto a control del dolor postquirúrgico agudo y crónico e incorporación a la vida sociolaboral del abordaje laparoscópico asistido o no por robot frente a las otras vías de abordaje, es posible la ambulatorización de estos pacientes en régimen de CMA y corta estancia disminuyendo los costes relacionados con la hospitalización y el consumo de analgésicos, ofreciendo al paciente una mayor calidad de recuperación así como una mayor puntuación en las encuestas de satisfacción. En nuestro centro se dispone de un equipo de cirujanos con experiencia laparoscópica que han incorporado a su actividad reciente la plataforma de cirugía laparoscópica asistida robot.

Palabras clave: CMA, robótica, laparoscopia, dolor, aprendizaje.

P-058 ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO PARA COMPARAR LAS TÉCNICAS TAPP Y TEP EN LA HERNIOPLASTIA EN LA MUJER EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

J. Tinoco González, S. Martínez Núñez, L. Tallón Aguilar, A. Sánchez Arteaga, F. Moreno Suero, J. M. Suárez Grau, M. Bustos Jiménez, J. Padillo Ruiz
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Tras la publicación de la EHS Guidelines se han resuelto muchas incógnitas y se han unificado criterios en el campo de la hernia inguinal. Sin embargo, continúan existiendo algunos interrogantes que no quedan claramente resueltos en dicho documento, ni en la literatura científica en general.

Uno de los temas más contradictorios es la vía de abordaje de la hernia inguinal en la mujer. Algunos grupos apoyan el empleo de TAPP por la posibilidad de poder explorar ambas regiones inguinales, por la prevalencia de hernias crurales y por el manejo del ligamento redondo, otros defienden el uso del TEP por no encontrar diferencias respecto a la indicación en varones.

La aplicación de estas técnicas se ha demostrado como óptimas para su ejecución en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA), reduciendo el dolor postoperatorio, la estancia y la reincorporación a la vida laboral, a expensas de un reducido número de complicaciones.

Proponemos la realización de un ensayo clínico aleatorizado en mujeres con hernia inguinal en régimen de CMA, cuyo objetivo es evaluar si el abordaje mediante TEP es superior al abordaje mediante TAPP con respecto a la evolución postoperatoria en el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal primaria en mujeres en el contexto de cirugía ambulatoria (estancia < 10 h) y cirugía sin ingreso (estancia < 18 h).

Métodos: Ensayo clínico para comparar el abordaje TAPP frente a TEP en la hernia inguinal en la mujer en régimen de cirugía ambulatoria. La población de estudio son mujeres que van a ser sometidas a una cirugía programada de hernia inguinal a las que se les indica como vía de abordaje la laparoscópica.

El tamaño muestral será de 78 pacientes mujeres que cumplan los criterios de inclusión y ninguno de exclusión, con el objetivo de detectar cambios de 4 horas o más, con un error alfa de 0,05 y una potencia 80 %.

Se clasifican los pacientes en 2 grupos de estudio en función de la aleatorización simple: grupo 0 (control-TAPP) y grupo 1 (experimental).

Las variables de interés fueron: demográficas, patología previa, tiempo operatorio, presión neumoperitoneo, nº suturas usadas, uso de fijación mecánica o pegamento, clasificación de la hernia (EHS), horas de ingreso postoperatorio, seroma o hematoma incidental, infección de herida, dolor a la exploración postoperatoria que impida el alta, acontecimientos adversos graves, reintervención, reingreso y complicaciones (Clavien Dindo).

Los datos se introducen en programas de entradas de datos que garantizan la integridad de la información y la privacidad. Se monitoriza con por un control externo.

El estudio cuenta con la aprobación del comité de ética de la comunidad autónoma.

Para cada grupo, se procederá al análisis descriptivo de las variables cuantitativas y cualitativas. Se verifica la hipótesis de normalidad. El análisis inferencial se lleva a cabo mediante regresión lineal múltiple y regresión logística obteniendo los IC al 95 % para el RR. Se considera la significación estadística para $p < 0,05$.

Resultados: Las 78 pacientes del estudio se reclutaron entre abril de 2019 y marzo de 2022. Dos pacientes fueron excluidas. Treinta y ocho fueron aleatorizadas al grupo TAPP y otras 38 al grupo TEP.

Se realizaron 97 hernioplastias inguinales: 39 derechas, 16 izquierdas y 21 bilaterales. Se realizaron vía TEP 27 hernioplastias unilaterales y 11 bilaterales, y vía TAPP 28 unilaterales y 10 bilaterales.

En el grupo TAPP la edad media fue de 65,5 años, con rango 28-85 (IQR 23). En el grupo TEP, la edad mediana fue de 54 años, con rango 18-87 (IQR 30).

El IMC mediano en el grupo TAPP fue de 25,3 kg/m², con rango 18,7-36,6 (IQR 8,2). En el grupo TEP, el IMC mediano fue de 23,4 kg/m², con rango 17,1-32,4 (IQR 4).

El tiempo quirúrgico osciló entre 12 y 95 minutos de forma global. La media de tiempo operatorio de la hernia unilateral fue de 29,5 ± 10 minutos, mientras que para la bilateral fue de 47,2 ± 18,6 minutos, siendo esta diferencia significativa ($p < 0,001$).

En el grupo TAPP el tiempo medio fue de 29,7 ± 11,5 minutos para la hernia unilateral, mientras que para la reparación bilateral fue de 46,6 ± 14 minutos. En el grupo TEP el tiempo medio fue de 29,3 ± 8,4 minutos para la hernia unilateral y de 47,7 ± 22,7 minutos para la bilateral.

Los tiempos de estancia postoperatoria oscilaron entre 180 y 1500 minutos. Las pacientes del grupo TAPP presentaron un tiempo de ingreso medio de 396,7 ± 195,4 minutos. En el grupo TEP, la estancia postoperatoria media fue de 330 ± 154,8 minutos ($p < 0,001$).

De forma global, la mediana de dolor fue de 3,5 (IQR 4) con un rango entre 0 y 8. Para el TAPP, la mediana de dolor según EVA fue de 4,5 (IQR 4) y un rango entre 0-7. En el caso del grupo TEP, la mediana de dolor fue de 3 (IQR 4), con rango entre 0-8 ($p = 0,299$).

No hubo datos destacables en cuanto a seroma, hematoma, infección y pernocta no programada.

Los resultados de seguimiento a los 3 meses y al año están en periodo de recogida aún.

Conclusiones: Con los resultados actuales podemos inferir que no hay diferencias que impidan el empleo del TEP en la mujer, identificando un menor tiempo de ingreso postoperatorio, sin un aumento del tiempo operatorio, del dolor ni de las complicaciones, que podría tener valor en las unidades de CMA.

Palabras clave: Hernia inguinal, laparoscopia, calidad, CMA.

P-059 FALLO DE CMA EN EL ABORDAJE DE LA HERNIA INGUINAL BILATERAL: ¿INFLUYE EL ABORDAJE?

I. Pérez Dionisio¹, L. Berlanga Jiménez¹, A. Gallego Vela¹, J. P. Roldán Aviña², L. Gómez Bujedo²

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

Objetivos: Analizar si existen diferencias entre el abordaje laparoscópico de la hernia inguinal bilateral primaria frente a la técnica abierta en cuanto a los fallos de CMA en nuestra Unidad, y de forma secundaria analizar las causas que hayan podido condicionar el éxito o no de la CMA.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo sobre base histórica de los datos recogidos de pacientes intervenidos de hernia inguinal bilateral primaria, tanto abierta como laparoscópica, entre los años 2013-2022 en la Unidad de CMA del Hospital El Tomillar. Se determinó fallo de CMA cuando el paciente no fue dado de alta el mismo día de la intervención (ingreso < 23 h). Se evaluarán variables cuantitativas (edad, IMC, duración de la intervención), características del paciente (sexo, calificación ASA), de la hernia (tipo de hernia) y de la intervención (abordaje, técnica y complicaciones postquirúrgicas). Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 27.0 versión para Windows (SPSS Inc., Chicago. IL. EE. UU.).

Resultados: Un total de 285 pacientes fueron intervenidos, de los cuales 184 se realizaron por vía abierta y los 101 restantes por vía laparoscópica. La distribución por sexos fue de 265 varones y 21 mujeres. La edad media fue de 55,81 (22, 89), la mediana del IMC 26,12 (23,96, 28,41) y la mediana de la duración del procedimiento fue 75 minutos (55, 90).

Solo el 10,3 % de las intervenciones abiertas fueron realizadas en mujeres, y de la misma forma el 2,0 % de las laparoscópicas, con una diferencia significativa ($p < 0,016$). En cuanto a la edad existieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) siendo más jóvenes los pacientes intervenidos por laparoscopia (51,62 años) que por vía abierta (58,1 años). Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,002$) en la duración de las intervenciones en función del abordaje, con una diferencia entre las medianas de 10,00 minutos, siendo mayor la duración en las intervenciones laparoscópicas.

Respecto a la variable principal a estudiar se realizaron en total 255 cirugías en régimen de CMA (89,80 %) y 31 cirugías no CMA (10,80 %), siendo el índice de sustitución global del 88,49. Analizando la evolución del IS a lo largo

del tiempo, existe una mejoría progresiva hasta alcanzar el 100 % el último año.

No se encontraron diferencias significativas respecto al fallo de CMA en función del abordaje utilizado (11,4 % de las intervenciones abiertas y un 9,9 % de las laparoscópicas). Tras un pormenorizado análisis de las historias de los pacientes se determinaron como posibles causas para el fallo de la CMA: complicación en el postoperatorio inmediato, gran tamaño de las hernias intervenidas, presencia de deslizamiento en el saco, cirujano en fase de curva de aprendizaje o paciente pluripatológico. No se encontraron diferencias significativas entre abordajes respecto a las complicaciones en los primeros 90 días del postoperatorio.

Conclusiones: Como conclusión el abordaje laparoscópico de la hernia inguinal bilateral en comparación con el abordaje abierto tradicional muestra cifras similares en cuanto a fallos de CMA. Sí existen diferencias respecto al abordaje en función del sexo, edad, el tipo de hernia, la duración, el ASA y el tipo de anestesia utilizada. El abordaje abierto parece haber quedado relegado para pacientes de mayor edad, con hernias de mayor tamaño o comorbilidades que contraindican la anestesia general, favoreciéndose la anestesia locorregional. Para el resto de los casos el abordaje vía TEP parece la vía de elección. Se favorece el abordaje laparoscópico bajo anestesia general en pacientes varones más jóvenes con baja comorbilidad.

Palabras clave: Laparoscopia, hernia inguinal, CMA, técnica abierta, abordaje.

P-060 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA COLELITIASIS Y COLEDOCOLITIASIS MEDIANTE MINILAPAROTOMÍA A TRAVÉS DE UN SEPARADOR CILÍNDRICO (COLECISTECTOMÍA Y COLEDOCOTOMÍA TRANSCILÍNDRICAS) EN CCE Y CMA

E. J. Grau Talens, D. Diestro Gallego, M: Vázquez Núñez, A. Á. Osorio Manyari, C. Alejandro Villalobos, O. Aburedwan, C. A. Celis Pinilla, F. L. González Caballero

Hospital Siberia-Serena. Hospital Don Benito-Villanueva. Badajoz

Introducción: La colelitiasis y la coledocolitiasis (en 5-20 % de las colelitiasis) son un problema clínico y de gestión. Su tratamiento durante la colecistectomía laparoscópica o por CPRE (previa, intra o posterior) es una opción. La

colecistectomía transcilíndrica (CTC), con colangiografía intraoperatoria (CIO) selectiva y coledocolitotomía transcilíndrica pueden ser una alternativa más eficiente. La coledocoscopia puede evitar la coledocolitiasis residual. El Ministerio de Sanidad cifra el GRD 201 (CPRE con extracción de cálculos) en 6276 € y el GRD 494 (colecistectomía laparoscópica sin CC) en 2848 €.

Objetivo: El objetivo del estudio ha sido valorar la factibilidad, efectividad y eficiencia del tratamiento de la coledocolitiasis conocida o sospechada, en un solo tiempo en el transcurso de la CTC, en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) o corta estancia (CCE).

Método: Desde el año 2007 hasta la actualidad (15 años), los pacientes con colelitiasis y sospecha de coledocolitiasis que cumplen criterios de CMA son tratados mediante colecistectomía transcilíndrica, CIO, coledocotomía, extracción de cálculos, coledocoscopia e inserción de tubo de Kehr o el cierre primario del colédoco.

La técnica se basa en una minilaparotomía y la introducción de un separador cilíndrico de 3,8 o 5 cm de diámetro por 10-12 cm de largo, a través del cual se realiza la intervención. El cilindro posee un émbolo de metacrilato que permite la visión durante la introducción y el posicionamiento sobre el triángulo hepatocístico. Realizamos de manera selectiva la CIO y en caso de coledocolitiasis, intentamos la extracción transcística. Realizamos la colecistectomía retrógrada y posicionamos el cilindro sobre el ligamento hepatoduodenal disecando el colédoco, coledocotomía y maniobres de extracción de cálculos (irrigación, Fogarty, cestas de Dormia, litotricia), finalizando con coledocoscopia.

La coledocoscopia explora la vía biliar principal incluidos los conductos hepáticos y la papila. En la actualidad, realizamos un cierre primario del colédoco en dos capas con sutura continua de monofilamento reabsorbible, reservando el tubo de Kehr para casos seleccionados (dificultad de paso del contraste a duodeno o inseguridad sobre cálculos residuales). Los pacientes permanecen 6-8 horas en la Unidad de CMA y son dados de alta si cumplen criterios o pernoctan ingresados. Se realiza un seguimiento telefónico y presencial a la semana o según estado clínico.

Resultados: Hemos realizado 1 752 CTC, con 276 CIO que han descubierto 116 coledocolitiasis, siendo tratadas: 91 por coledocotomía y 25 por extracción transcística. Se han realizado 76 coledocoscopias. En 27 pacientes se ha realizado el cierre primario del colédoco. La edad media fue de 73,5 años (rango 26-92). Duración media (DE) 126,8 (34,6) minutos, 11 (9,4 %) conversiones, 2 (1,7 %) pancrea-

titis postoperatorias y 3 (2,5 %) reintervenciones. Se han descubierto 7 (6 %) cálculos residuales, dos de ellos habían sido explorados por coledocoscopia, uno de ellos desarrolló una fístula biliar del cierre primario que se trató con drenaje y CPRE para extracción del cálculo. Ocho pacientes han sido tratados como CMA.

Conclusiones: La coledocotomía transcilíndrica es una técnica rápida, segura y eficiente que resuelve la coledocolitiasis en el 87 % de los casos. La coledocoscopia puede evitar la colangiografía transkehr intraoperatoria y evitar cálculos residuales. El cierre primario es seguro, a condición de asegurar la permeabilidad de la vía biliar principal y ausencia de cálculos residuales.

Palabras clave: Colecistectomía, minilaparotomía, coledocotomía, transcilíndrica, CMA.

P-061 PROTOCOLO DE TRATAMIENTO CON PARCHES DE CAPSAICINA EN RÉGIMEN AMBULATORIO DEL DOLOR TRAS CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL-HERNIA INGUINAL EN UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

M. Retamar Gentil, J. R. Naranjo Fernández, M. Flores Cortés, A. Scammon Durán, Z. Valera Sánchez, A. Curado Soriano

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Objetivos: En España la cirugía de pared supone casi el 40 % de las intervenciones programadas en un Servicio de Cirugía, siendo la reparación inguinal la patología más prevalente.

Desde la utilización de material protésico, el dolor postquirúrgico es la complicación más frecuente, hasta un 43 % según las series, apareciendo el dolor crónico hasta en el 12 %.

El objetivo de este protocolo es establecer un modelo de trabajo para la atención del paciente intervenido de hernia inguinal con diagnóstico de dolor inguinal postoperatorio crónico (DIPC), introduciendo los parches cutáneos de altas dosis de capsaicina 179 mg. como segundo escalón terapéutico.

Métodos: Se identifican los pacientes con dolor postoperatorio crónico mediante un algoritmo que engloba desde el preoperatorio, identificando factores de riesgo, perioperatorio y postoperatorio con la revisión del mes de la cirugía.

Se definen los criterios de inclusión y exclusión para poder establecer las líneas de tratamiento según características del dolor e intensidad.

Se consensúa el uso de parches de capsaicina 179 mg. como segunda línea de tratamiento del DIPC cuando la 1ª línea de tratamiento oral u otros tratamientos tópicos, haya sido nula o muy escasa, no haya mejoría de > 30 % de la intensidad o del área afectada.

Los parches son aplicados en régimen ambulatorio, con ingreso en la sala de readaptación al medio del circuito de CMA del hospital de San Lázaro, por personal médico de la unidad entrenado en su manejo. La aplicación se realiza durante una hora y se mantiene observación en sala durante 30 minutos tras la retirada, objetivando que no existan reacciones locales ni sistémicas. El tratamiento se puede repetir a los 6 meses según respuesta.

Conclusiones: Se ha establecido la realización de una auditoría semestral para analizar la incidencia real del DIPC en nuestra unidad, las variables relacionadas con su aparición, la adhesión de los pacientes al protocolo y a las pautas de tratamiento.

La capsaicina, alcaloide derivado de la guindilla, es una opción terapéutica en los pacientes con DIPC, demostrando una mejoría del dolor por su efecto de desensibilización reversible de las terminaciones sensitivas de las fibras C aferentes.

Planteamos que su uso debe ser aplicado por personal sanitario bajo ingreso ambulatorio, dada la alta concentración del parche, se puede producir sensación de quemazón e importante dolor en la zona de aplicación, siendo ésta la principal causa de abandono del tratamiento.

Palabras clave: Capsaicina, dolor, inguinal, ambulatorio.

P-062 UN ENFOQUE DIFERENTE EN EL MANEJO DEL DOLOR INGUINAL CRÓNICO TRAS CIRUGÍA: LA CAPSAICINA

C. J. Suárez Alonso, S. González Estrada, S. Antuña Villa, C. Mateos Palacios, C. Nuño Iglesias, M. Soto Dopazo, E. López-Mosquera Bayón, J. C. Fernández Fernández

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón

Objetivos: La hernioplastia inguinal es probablemente el procedimiento más realizado por los cirujanos generales.

Clásicamente la recidiva herniaria era el principal caballo de batalla del equipo quirúrgico, si bien, ahora con la generalización de las cirugías sin tensión, ese problema se puede considerar mayormente resuelto. Una de las preocupaciones más importantes ahora mismo, y un tema de actualidad en las unidades de Pared Abdominal es el dolor inguinal crónico postquirúrgico, que se define como aquel que persiste a los tres meses de la intervención. En la mayoría de las ocasiones radica en una lesión o atrapamiento de los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico. Suele presentarse como un dolor de características neuropáticas en un territorio delimitado. En muchas ocasiones el paciente puede referir sensaciones como hipoestésias, disestésias, calambres etc. Este problema requiere un abordaje multidisciplinar, en el que participa enfermería de forma muy notable, el equipo quirúrgico, la Unidad del Dolor y el propio paciente de forma activa. Su importancia radica en que genera una necesidad de analgesia prolongada, con los efectos adversos que ello puede conllevar e importante disminución en la calidad de vida en nuestros pacientes.

Para abordar este problema y siguiendo las guías nacionales y europeas, se empieza utilizando analgésicos de primer escalón (AINE, paracetamol, metamizol). Si con estos fármacos no se obtiene remisión, entrarían en juego los opiáceos menores como el tramadol. Si aun así persisten las molestias, los psicofármacos pueden ser útiles como adyuvante para manejar el dolor neuropático no localizado, si bien la capsaicina tópica podría serlo en el localizado. Siempre tratando de evitar el último escalón, que requeriría técnicas agresivas como neurectomías o infiltraciones.

El mecanismo de acción de la capsaicina consiste en inhibir la liberación de sustancia P (principal neurotransmisor de los estímulos dolorosos) a nivel de las terminaciones centrales y periféricas de las fibras tipo C. De este modo disminuye la actividad de las neuronas sensitivas y bloquea la transmisión del dolor.

Por todo lo comentado anteriormente, nuestro objetivo consiste en valorar la utilidad de la capsaicina tópica (concretamente en parches como forma de presentación) en aquellos pacientes con dolor neuropático localizado que no respondieron completamente a la terapia clásica. Siempre entendiendo su funcionamiento como un complemento a los analgésicos, para conseguir un ahorro de los mismos y no utilizándola de forma exclusiva.

Métodos: En nuestra Unidad se trataron 65 pacientes con dolor inguinal crónico entre 2019 y 2022, procedentes de hernioplastias realizadas mayormente en esos mismos años. También se incluye algún paciente con cirugía anterior a ese periodo pero con presentación del dolor en el intervalo

temporal indicado. Se aplicó la terapia con parche de capsaicina en 24/65 (37 %), previo consentimiento informado y explicación pertinente al paciente de las diferentes opciones disponibles. Los parches utilizados no fueron financiados por el Sistema Nacional de Salud.

Se recogió el dolor en base a la escala Escala Numérica (EN) que puntúa del 0 al 10 según la gravedad percibida del dolor, siendo 10 el máximo y 0 la ausencia del mismo. Esto se realizó en la consulta inicial, para poder ser comparado posteriormente en sucesivas revisiones. También se les entregó un formulario para ir anotando las diferentes puntuaciones según el dolor que fuesen experimentando en domicilio.

Aquellos pacientes con la indicación establecida y que cumplieron los pasos anteriores, fueron citados en la consulta de enfermería de la Unidad de Pared Abdominal para la colocación del parche. Cabe destacar la importancia de contar con personal entrenado para su adecuado manejo, ya que un uso indebido de la sustancia se puede asociar a efectos no deseados.

El modo de aplicación se puede resumir de la siguiente manera: En primer lugar se limpia la zona de aplicación de forma adecuada, para después mapear el área de dolor. A continuación se recorta el parche para que se ajuste a ese área concreta y de esta manera no aplicar el fármaco en territorio sin dolor referido. Se deja actuar durante 1 hora o según tolerancia por parte del paciente, nunca sobrepasando ese tiempo. El principal efecto adverso local observado es el prurito e irritabilidad generada por su principio activo. Por último se retira y se coloca un apósito o vendaje sobre el área. Antes de que el paciente abandone la consulta se dan instrucciones sobre higiene de la zona en domicilio y hoja de ruta a seguir.

Resultados: En 16/24 (66,7 %) de los pacientes en los que se incluyó la capsaicina en parche como parte de la terapia, se consiguió reducción de 2 o más puntos en la EN, lo cual se considera significativo según las guías de referencia.

En cuanto a la duración del efecto, en prácticamente todos los pacientes en los que se aplicó, se consiguió una reducción del dolor en los primeros días. La duración de la remisión fue variable en nuestros pacientes. Cabe destacar que 8/24 (33,3 %) de los pacientes en los que se utilizó el parche, precisaron una aplicación o más aplicaciones extra para mantener el efecto analgésico.

Conclusiones: En base a los buenos resultados observados y a la experiencia desarrollada en nuestra Unidad, podemos sugerir que la terapia con capsaicina tópica es una opción útil en este tipo de dolores neuropáticos postqui-

rúrgicos. Sus principales ventajas son: la reducción en la necesidad de analgésicos, la mejora de la calidad de vida de los pacientes y con todo ello, disminuir la creciente carga asistencial asociada a este problema.

Si bien en algunos casos concretos obtuvimos con esta terapia resultados muy prometedores en reducción del dolor, no podemos valorar su utilidad de forma aislada, sino como un complemento a la terapia clásica, ya que en todos los casos se aplicó sobre pacientes que ya habían recibido analgésicos previamente.

Por último, nos reafirmamos en la importancia del trabajo en equipo, los tratamientos personalizados y el seguimiento estrecho para todos nuestros pacientes intervenidos.

Palabras clave: Hernioplastia, dolor inguinal crónico, capsaicina.

P-063 INFILTRACIÓN CON TOXINA BOTULÍNICA PARA PREPARACIÓN PREOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL COMPLEJA EN RÉGIMEN AMBULATORIO EN EL CIRCUITO DE CMA EN UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y PARED ABDOMINAL

J. Naranjo Fernández, Z. Valera Sánchez, R. Jurado Marchena, M. Retamar Gentil, A. Curado Soriano, M. Infantes Ormad

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Objetivos: Protocolo de infiltración de toxina botulínica que realizamos en régimen ambulatorio dentro del circuito de CMA en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria -Pared Abdominal. La infiltración de toxina botulínica actualmente no está estandarizada y donde el objetivo final es la preparación de los pacientes con defectos complejos de pared abdominal que, tras su infiltración, los músculos de la pared abdominal lateral se elongan y se adelgazan, creando un abdomen flácido, lo que disminuye el diámetro transversal del defecto y gracias a este efecto se consigue el cierre fascial sin tensión.

Métodos: En nuestra unidad realizamos la infiltración de los pacientes en régimen ambulatorio cinco semanas previas a la reparación de pared abdominal, dentro de circuito de C.M.A. con ingreso en la sala de readaptación al medio donde se prepara al paciente y se realiza posteriormente la infiltración en el área de quirófano en la sala de despertar con el paciente monitorizado. Realizamos la técnica por

cirujanos de la unidad y empleamos toxina botulínica tipo A (Dysport®) 500 unidades diluido en 20 cc con infiltración de 10 puntos (2 cc – 50 U por punto de infiltración), cinco en cada lateralidad, dos en línea media axilar y tres en línea mamilar, bajo control ecográfico entre músculos transverso, oblicuo menor y mayor. Tras su infiltración en la sala de despertar los pacientes vuelven y permanecen vigilados entre 1-2 horas de nuevo en la sala de readaptación al medio donde si no existen incidentes son dados de alta.

Conclusiones: Desde marzo 2022 se han infiltrado 12 paciente. Ocho hernias incisionales gigantes y dos hernias inguinoescrotales magnas con pérdida del derecho a domicilio y dos parálisis diafragmáticas con el contenido visceral abdominal en tórax. Como efectos secundarios tras su infiltración una reacción vaso vagal leve con hipotensión y un eritema dérmico autolimitado en las zonas laterales de infiltración. Concluimos que la infiltración preoperatoria de toxina botulínica A se han propuesto como opción para alterar la longitud o la forma de la pared abdominal y facilitar un cierre fascial sin tensión, donde cada vez hay más grupos que la presentan como una herramienta útil para la reconstrucción de la pared abdominal. Su infiltración aún no está estandarizada, plantemos una forma segura para el paciente, su realización por cirujanos de la unidad C.M.A. – Pared Abdominal en régimen ambulatorio dentro del circuito de C.M.A. donde minimizamos y podemos tratar precozmente los posibles efectos adversos de su infiltración, teniendo en cuenta que es una neurotoxina con riesgo de diseminación y potenciales efectos sobre todo respiratorios.

Palabras clave: Toxina botulínica A, reconstrucción de la pared abdominal.

P-064 TROPIS: UNA NUEVA ESTRATEGIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA PERIANAL COMPLEJA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

F. Hinojosa Ramírez, F. Aguilar del Castillo, M. L. Reyes Díaz, M. García Corona, R. Olmo Santiago, I. M. Ramallo Solís, J. Pintor Tortolero, F. de la Portilla de Juan
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: El desarrollo de la proctología en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) ha sido posible debido al avance en las técnicas quirúrgicas y anestésicas que disminuyen el dolor postoperatorio.

La fístula perianal compleja constituye el 30 % de las intervenciones proctológicas, por lo que su tratamiento óptimo

se ha convertido en un verdadero reto. Las principales complicaciones son: la recurrencia que se debe generalmente a la persistencia de infección en el plano interesfintérico, y la incontinencia fecal habitualmente secundaria a la lesión del complejo esfinteriano tras las múltiples intervenciones.

Nuestro objetivo es evaluar los resultados iniciales de nuestra serie de casos realizados mediante la técnica Trasanal Opening of Intersphincteric Space (TROPIS) que trabaja en el espacio interesfintérico sin afectar al complejo esfinteriano en régimen CMA.

Métodos: Se ha realizado un estudio prospectivo observacional sobre una serie de casos de fístula perianal compleja de origen criptoglandular intervenidos mediante la técnica TROPIS en régimen de CMA. Se evalúa la eficacia y seguridad en el postoperatorio inmediato y a los 3,6 y 12 meses.

Resultados: Desde enero del 2021 se han realizado 19 técnicas TROPIS: 16 hombres (84,2 %) y 3 mujeres (15,8 %). La edad media fue de 55,21 ± 9,44 años y el IMC 29,39 ± 5,41. No hubo diferencias significativas en las comorbilidades preoperatorias, siendo 2 pacientes ASA I (10,5 %), 14 pacientes ASA II (73,7 %) y 3 pacientes (15,8 %).

El 78,9 % de los casos presentaban fístula recidivada reintervenida en varias ocasiones con un tiempo de evolución de 48,00 ± 39,38 meses. El 26,3 % de los casos presentaba incontinencia leve diagnosticada por el test de Wexner. Todos los casos fueron identificados mediante ecografía endoanal 3D (EE3D): 2 fístulas transesfinterianas (FTE) medio-baja, 16 FTE alta con prolongación posterior/hemiherradura y 1 fístula supraelevadora (FSE).

Todas las intervenciones fueron realizadas en régimen ambulatorio. El tiempo quirúrgico medio fue de 31,11 ± 5,46 min. No se evidenciaron complicaciones intraoperatorias.

Durante el seguimiento solo existió una complicación posoperatoria precoz (5,26 %) debida a un absceso perianal que precisó de reintervención. No se evidenciaron nuevos casos de incontinencia ni empeoramiento de esta durante el seguimiento.

A los 6 meses se objetivó una tasa de curación del 61,5 %, siendo curación completa el 53,8 % y parcial el 7,7 %. Al año la curación asciende al 73,7 %: 63,2 % curación completa y 10,5 % parcial.

Conclusiones: La técnica TROPIS, es una técnica segura y factible para el tratamiento de la fístula perianal compleja en régimen de CMA. Los resultados en cuanto a com-

plicaciones y curación son esperanzadores, aunque son necesarios más estudios con mayor tiempo de evolución y seguimiento.

Palabras clave: TROPIS, proctología, cirugía mayor ambulatoria, fístula perianal.

P-065 CIRUGÍA ROBÓTICA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: NUESTROS INICIOS

Y. Maestre González, R. Villalobos Mori, A. González Barranquero, C. Gas Ruiz, L. Codina Corrons, J. J. Olsina Kissler

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

Objetivos: La cirugía de pared abdominal es una de las cirugías más realizadas en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA). Actualmente está en crecimiento el abordaje robótico en todas las especialidades, incluida la cirugía de la pared abdominal.

Es por ello que iniciamos programa de cirugía de pared abdominal robótica en CMA.

Métodos: Presentamos nuestro inicio en esta modalidad de cirugía mínimamente invasiva (CMI) de CMA con resultados a corto plazo (1-4 meses de seguimiento).

Durante el periodo de octubre de 2022 a marzo de 2023 se han intervenido a 11 pacientes en régimen de CMA mediante abordaje robótico. 8 de los casos fueron sometidos a hernioplastia inguinal bilateral mediante abordaje transabdominal preperitoneal (TAPP) robótico y 4 casos se trataban de hernias lumbares primarias o incisionales, realizándose vía totalmente extraperitoneal extendida (eTEP) robótica.

Resultados: No se registraron complicaciones inmediatas ni en los controles al mes de seguimiento en consultas externas, así como tampoco reingresos ni consultas a urgencias.

El beneficio costo-efectivo de la CMA está más que demostrado a lo largo de los años, al igual que los beneficios de la CMI para el paciente. Tanto la CMA como la CMI, han sido elementos clave para la cirugía de la pared abdominal. Por ejemplo, las guías internacionales aconsejan el abordaje laparoscópico de la hernia inguinal bilateral y cada vez hay más estudios sobre la cirugía laparoscópica de hernia inguinal en CMA. Por otro lado, la cirugía robótica presenta múl-

tiples ventajas tanto para el cirujano como para el paciente. La introducción de la cirugía robótica en nuestro día a día facilita el realizar cirugías de pared abdominal en régimen de CMA, tal y como se estaba realizando con las cirugías laparoscópicas o abiertas. Sin embargo, la cirugía robótica comporta una curva de aprendizaje, al igual que sucede con la laparoscopia y unos costos más elevados que el resto de técnicas. Es por lo que se debería analizar el coste-beneficio de estas intervenciones robóticas.

Conclusiones: La implantación de un circuito de cirugía robótica en CMA es factible y beneficioso para el paciente, pero se debe realizar un seguimiento a más largo plazo y con mayor número de pacientes.

Sería necesario realizar un análisis de costo-efectividad sobre estos procedimientos.

Palabras clave: Cirugía robótica, CMA, Pared abdominal, cirugía mínimamente invasiva.

P-066 QUISTE DEL URACO SINTOMÁTICO EN EL ADULTO

M. P. Ruiz Frías, A. Bastidas Rodríguez, R. Molina Barea, M. A. Madero Morales, A. Cózar Ibáñez
Hospital Universitario de Jaén

Objetivos: El uraco es un cordón fibroso obliterado que transcurre desde la cúpula vesical hasta el ombligo, situado en el espacio de Retzius entre la fascia transversalis y el peritoneo, limitado lateralmente por los ligamentos umbilicales que corresponden con las dos arterias umbilicales involucionadas.

De curso clínico asintomático, presente desde la infancia.

Se trata de un hallazgo casual al realizar pruebas de imagen o cuando surgen complicaciones como fístula.

Métodos: Mujer de 21 años de edad intervenida de hernia umbilical hace 10 años. Acude por onfalitis de repetición desde la niñez. A la exploración se palpa pequeña tumoración umbilical compatible con hernia recidivada o quiste del uraco.

Se solicita ecografía abdominal que describe una lesión nodular hipoeoica de 23mm de diámetro no vascularizada, localizada en línea media probablemente intraabdominal. Se completa estudio con TAC abdomino-pélvico donde se

objetiva la lesión quística a nivel del ombligo, de morfología redondeada y contornos bien delimitados, tamaño 20 x 14 mm y contenido de atenuación similar al agua, en relación con quiste del uraco no complicado.

Se interconsulta con el Servicio de Urología para valorar cistoscopia: sin objetivarse comunicación con la vejiga.

Dado estos hallazgos se decide intervención quirúrgica programada en régimen de CMA realizándose por vía laparoscópica exéresis del quiste. En el acto quirúrgico se evidencia salida de contenido blanquecino. Se envía muestra a Anatomía Patológica y el diagnóstico definitivo confirma quiste infundibular.

Conclusiones: El uraco se desarrolla en la vida fetal. Se puede manifestar de forma congénita o adquirida como fístula que drena orina a través del ombligo.

El quiste surge por persistencia de una cavidad con líquido seroso o mucinoso en su interior y descamación de células epiteliales. La localización más frecuente es en el tercio inferior.

La ecografía es una técnica apropiada para una buena aproximación diagnóstica. La TAC es la prueba de imagen que proporciona mayor exactitud. En adultos también está indicada la cistoscopia.

La cirugía es el tratamiento adecuado. En pacientes seleccionados y cirujanos expertos se puede realizar la técnica laparoscópica con buenos resultados.

Palabras clave: Uraco, quiste.

P-067 CIRUGÍA PARATIROIDEA EN RÉGIMEN DE CMA. OPEN ROAD TO THE FUTURE

R. Soler Humanes, D. Morales García, G. Plata Pérez, J. L. Fernández Serrano, L. T. Ocaña Wilhelmi
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Objetivos: Presentar los resultados del programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en cirugía paratiroidea en un hospital de referencia.

Métodos: Se inició el programa de cirugía paratiroidea en marzo de 2019. Los criterios de selección de pacientes incluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de hiperpara-

tiroidismo primario (HPT 1.º) por adenoma de paratiroides, con dos pruebas de localización positivas, edades comprendidas entre 18 y 80 años, con una valoración preanestésica ASA I, II o III, que vivan a menos de una hora del centro hospitalario, dispongan de un teléfono de contacto y estén acompañados. Los pacientes acuden a la unidad de CMA a primera hora de la mañana el mismo día de la intervención quirúrgica, estando en ayunas desde las doce de la noche del día anterior. Durante la cirugía se realiza confirmación histológica mediante biopsia intraoperatoria, así como determinaciones de PTH según los criterios de Miami (basal, durante la manipulación quirúrgica y 10 minutos tras la exéresis de la lesión). Tras la intervención, los pacientes pasan a la zona de recuperación postanestésica y readaptación al medio. Si la tolerancia es correcta, el dolor postoperatorio está controlado y no existen datos de hipocalcemia clínica son dados de alta. A la mañana siguiente se les realiza una llamada telefónica para confirmar que se encuentran bien y solucionar alguna duda que les pueda surgir. Posteriormente realizarán su revisión al mes en consulta externa tanto de Cirugía como de Endocrinología.

Resultados: Desde el inicio del programa en marzo de 2019, hasta marzo de 2023, se han intervenido 143 pacientes con diagnóstico de HPT1º y de ellos 78 se han realizado en régimen de CMA, de las cuales 11 eran hombres y 67 mujeres, con una edad media de 60+/- 7 años (rango 35-78 años). El tiempo medio de cirugía fue de 38 minutos ± 15 minutos, en función sobre todo de resultados de anatomía patológica intraoperatoria y PTH intraoperatoria para criterios de Miami). El tiempo de permanencia en la unidad desde el ingreso a primera hora de la mañana hasta el alta fue de 9,5 ± 2 horas, sin mortalidad ni reingreso y con un alto grado de satisfacción por parte de los pacientes, reflejado en la llamada telefónica postoperatoria y en la revisión en consulta. En cuanto a las complicaciones, tan solo un caso de hipocalcemia sintomática a las 48 horas, que precisó perfusión de calcio intravenoso en el área de observación de urgencias y un seroma de herida.

Conclusiones: La Cirugía Mayor Ambulatoria está consolidada en muchas patologías, pero aún existen controversias en cuanto a la cirugía endocrina. La cirugía del HPT1º, con una correcta selección de pacientes y en manos expertas, puede realizarse en régimen de CMA con total seguridad. Las complicaciones potenciales que pueden surgir como el sangrado, habitualmente se manifiestan en las primeras 6 horas postoperatorias, es decir, antes del alta del paciente, así como la hipocalcemia, para lo cual se realizan las determinaciones de PTH, que van a servir como predictoras de la misma.

Palabras clave: Cirugía Mayor Ambulatoria, Adenoma de paratiroides, Morbilidad, gestión.

P-068 CIRUGÍA BARIÁTRICA EN RÉGIMEN DE CORTA ESTANCIA. SEGUIMOS AVANZANDO HACIA LA CMA

R. Soler Humanes, L. T. Ocaña Wilhelmi, G. Plata Pérez, J. L. Fernández Serrano, F. Tinahones, D. Morales García

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Objetivos: Presentar los avances en nuestro protocolo quirúrgico en cirugía bariátrica, así como los resultados de los últimos 5 años haciendo especial hincapié en la disminución de tiempo de ingreso y los protocolos de prehabilitación quirúrgica como puente hacia la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en la cirugía de la obesidad.

Métodos: Los pacientes que van a ser intervenidos de cirugía bariátrica han sido valorados previamente por un equipo multidisciplinar tanto médico como de enfermería. Acuden al hospital el mismo día de la intervención quirúrgica, estando en ayunas desde las doce de la noche del día previo y habiendo realizado una dieta basada en líquidos junto con 2-3 batidos/día de nutrición enteral desde los 7 días antes. La cirugía se realiza bajo anestesia general mediante una técnica libre de opiáceos y las técnicas quirúrgicas realizadas son la Gastrectomía vertical o el By-Pass laparoscópicos en función de IMC y comorbilidades asociadas. El mismo día de la intervención quirúrgica por la tarde comienzan a movilizarse y se inicia tolerancia oral. Si el día transcurre sin incidencias son dados de alta a las 48 horas postoperatorias. Posteriormente son citados para valoración a los 10 días aproximadamente en el cuarto de curas de cirugía y al mes en consulta tanto de Cirugía, como de Endocrinología y Psicología de la obesidad.

Resultados: Desde abril de 2018 a abril de 2023, se han intervenido 264 pacientes de cirugía bariátrica en nuestro centro. Paulatinamente se ha ido acortando el tiempo de ingreso hospitalario, pasando de 5 días al inicio del programa a las 48 horas desde septiembre de 2021 a la actualidad, tiempo en el que se han intervenido 135 pacientes. No hubo diferencias significativas en cuanto a la edad, tiempo de cirugía y morbilidad entre ambos periodos. En 7 pacientes la estancia se demoró más allá de las 48 horas por complicaciones postoperatorias (un episodio de dolor torácico, 2 sangrados por drenaje en relación con línea de grapas autolimitados, un cuadro vertiginoso, 1 sangrado de trocar, y una perforación de intestino delgado).

Conclusiones: La cirugía de la obesidad mórbida se realiza cada vez con un menor tiempo de hospitalización. Una adecuada selección de pacientes, la existencia de unidades de referencia certificadas de alto volumen y

la existencia de equipos multidisciplinares, favorecen la ambulatorización de estos pacientes. Los programas de prehabilitación favorecen claramente la recuperación precoz. No hay diferencias significativas en cuanto a tiempo de cirugía o morbilidad en los periodos de tiempo analizados, pero es necesario un mayor volumen de cirugía, así como estudios prospectivos para lograr acortar los tiempos.

Palabras clave: Cirugía Mayor Ambulatoria, obesidad, prehabilitación.

P-069 MANEJO DE LA HERNIA INGUINAL BILATERAL EN RÉGIMEN AMBULATORIO. EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CMA DE HOSPITAL TERCER NIVEL

M. Retamar Gentil, J. R. Naranjo Fernández, M. Infantes Ormad, R. Pérez Huertas, M. Sánchez Ramírez, L. Sánchez Moreno

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Objetivos: La cirugía de la hernia inguinal es una de las intervenciones quirúrgicas más realizadas a nivel mundial. La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es un modelo altamente costo-efectivo que se encuentra en constante desarrollo, siendo la cirugía de la hernia inguinal uno de los procedimientos clásicamente más ligados a este modelo por su seguridad y beneficios. De esta forma, prácticamente más del 90 % de las hernias inguinales intervenidas se pueden llevar a cabo en régimen de CMA.

La literatura avala el abordaje laparo-endoscópico en el manejo de la hernia inguinal bilateral, ha demostrado ser igual de efectivo en términos de recurrencia, pero superior al abordaje abierto en cuanto a dolor y reinserción laboral. Siendo la limitación la curva de aprendizaje y la experiencia del cirujano.

Métodos: Revisión de todos los pacientes intervenidos de hernia inguinal bilateral en la Unidad de Cirugía Mayor ambulatoria del HUV Macarena en el año 2022. Se obtiene un registro de 528 pacientes intervenido de hernia de la región inguinal, siendo el 14,2 % de presentación bilateral (75 casos). Con una media de edad de 57 años y una distribución por sexos de 67 varones y 8 mujeres, y una tasa de hernias recidivadas del 1,06 %.

El 86 % de los pacientes fueron catalogados con un riesgo anestésico ASA I-II, siendo el resto ASA III.

De los 75 procedimientos realizados, 44 fueron con abordaje mínimamente invasivo (32 TEP, 12 TAPP) y 31 abordaje abierto (anterior mediante técnica de Lichtenstein modificada: 27, y posterior Nyhus: 1, Gilbert: 3).

De los 8 pacientes con presentación como hernia bilateral recidivada todos tratados inicialmente con técnica abierta anterior, 5 se trataron por vía laparo-endoscópica (TEP 1, TAPP 4) y 3 por vía abierta posterior (1 Nyhus, 2 Gilbert).

Se ha hecho seguimiento de todos los pacientes al mes y tres meses postintervención, y al 60 % de los mismos al año.

Resultados: Presentamos los resultados del estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos durante 12 meses en régimen de CMA.

El 49,3 % no requirieron ingreso hospitalario siendo dados de alta el mismo día de la intervención (81 % mínimamente invasivos, 19 % vía abierta), el resto de los pacientes fueron dados de alta en menos de 24 horas con ingreso en régimen de corta estancia.

Solo un paciente presentó ingreso de 8 días secundario a lesión vesical durante abordaje TEP que obligó a conversión a vía abierta.

De las complicaciones registradas se describen 6 grado I según la clasificación Clavien-Dindo, y 1 complicación grado IIIA.

El 83 % de las complicaciones fueron en pacientes sometidos a cirugía abierta. Un paciente presentó necesidad de reingreso por hematoma sobreinfectado no requiriendo reintervención.

No se ha registrado ninguna recidiva ni ninguna complicación de más de 30 días del procedimiento.

Conclusiones: Por tanto, concluimos que el abordaje de la hernia inguinal bilateral es seguro en régimen de CMA. Consideramos que el abordaje mínimamente invasivo debe contemplarse en el arsenal terapéutico del manejo de esta patología presentando mejores resultados postoperatorios inmediatos y no observando diferencias a largo plazo ni en términos de recidiva ni de complicaciones.

Palabras clave: Hernia inguinal, bilateral, ambulatorio.

P-070 ESTABILIDAD DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO EN LAS UNIDADES DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA INTEGRADA

M. M. Anes Galán, A. Bernabeu García, L. A. Hidalgo Grau, D. López Cano, A. Prenafeta I Parrado, I. M. Borisova, A. Benavides Dos Santos, X. Potau Lahoz
Hospital de Mataró, Barcelona

Objetivos: Las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) deberían tener Programas de Gestión de la Calidad. Estos programas se basan, entre otros, en la evaluación de unos indicadores con unos objetivos prefijados. Uno de los indicadores que suelen utilizarse es el porcentaje de Desprogramaciones. Entendemos por Desprogramaciones los cambios en el Programa Quirúrgico que comportan anulación de intervenciones de forma previa al día de la intervención. Para las UCMA de tipo integrado, el objetivo del indicador de las Desprogramaciones suele ser particularmente difícil de cumplir, debido a compartir quirófanos con pacientes en régimen de hospitalización convencional.

Métodos: Evaluamos la evolución del indicador de nuestro Sistema de Calidad “Desprogramaciones”, en una UCMA Integrada tipo I, en el periodo 2017-2022. Consideramos específicamente la evolución por meses en el año 2020, donde en un periodo amplio estuvo detenida la actividad quirúrgica no urgente por porcentaje de pacientes ingresados por Sars-Cov-2 entre el 25-50 % del total.

Resultados: El objetivo inicial para el indicador % de Desprogramaciones era 7 %, que incrementamos hasta el 10 % en 2018 debido a la alta incidencia. En la tabla I se muestra una tendencia a la alternancia en el cumplimiento del indicador. Al ser una UCMA Integrada, ante una incidencia elevada de procesos oncológicos, urgencias traumatológicas diferidas y patología isquémica periférica, se desprograman intervenciones de baja complejidad, lo que afecta claramente al cumplimiento del indicador. Sin embargo, en los meses de pandemia con reducción de la actividad quirúrgica (Tabla II) este aspecto mejora notablemente.

Conclusiones: El indicador % de desprogramaciones ha sido de difícil cumplimiento en nuestra UCMA Integrada. En este tipo de unidades se optimiza el tiempo útil de quirófano, en detrimento de la estabilidad de la Programación. Deben identificarse mecanismos correctivos para que esto no suceda, como programar con antelación, programar quirófanos solo para intervenciones CMA (Unidad Integrada tipo II) y estabilizar el propio Programa.

Palabras clave: CMA, UCMA, UCMA integrada, desprogramaciones.

P-071 CRITERIOS CLÍNICOS Y VIABILIDAD DE LA APENDICECTOMÍA EN RÉGIMEN AMBULATORIO

V. J. Ovejero Gómez, M. V. Bermúdez García, C. Freije López, G. Tejón Pérez, J. C. Rodríguez SanJuan

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Introducción: La apendicectomía por abdomen agudo representa uno de los procedimientos quirúrgicos urgentes más habituales. El desarrollo de procedimientos mínimamente invasivos y su escasa asociación a complicaciones en el postoperatorio inmediato ha sugerido la posibilidad de un manejo efectivo en régimen ambulatorio, especialmente en aquellas formas no complicadas. No obstante, la carencia de estudios clínicos de calidad estadística y las predilecciones asistenciales dificulta su instauración en los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Exponemos nuestra experiencia en el último año sobre los pacientes intervenidos por esta patología en régimen de ingreso inferior a 23 horas con el objeto de establecer unos criterios de selección que permitan la viabilidad de su estandarización ambulatoria mediante una Guía Clínica.

Metodología: Análisis retrospectivo de 89 pacientes sometidos a apendicectomía laparoscópica con ingreso inferior a 23 horas en nuestro hospital entre enero y diciembre de 2022. La mayoría afectaron a un grupo de edad comprendido entre los 18 y 30 años (56,2 %), resultando más frecuentes en el varón (67,4 %). El riesgo quirúrgico predominante fue ASA II (65,2 %). Fueron registrados antecedentes quirúrgicos en 3 casos. Se constituyeron cuatro franjas horarias de tratamiento.

Establecimos una correlación de los diferentes factores perioperatorios con el Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) de nuestro Centro y su impacto económico.

Resultados: La mayoría de las intervenciones se produjeron entre la franja horaria de 6:00 a.m.-18:00 p.m. (64,1 %). La apendicitis flemosa fue mayoritaria (89,9 %) aunque 4 pacientes presentaron una forma gangrenosa. El tiempo quirúrgico medio fue de $74,7 \pm 14,8$ minutos observando una correlación ascendente con la edad del paciente. En ningún caso se produjo conversión laparoscópica. Hubo complicaciones postoperatorias en 5 (5,6 %) pacientes precisando consulta urgente a partir de la segunda semana postoperatoria y reingreso en dos casos por absceso intrabdominal. No fue necesaria ninguna reintervención y la mortalidad fue nula.

La observancia de los criterios habituales de CMA para otros procesos en nuestro Centro hubiera permitido un

manejo ambulatorio en 29 (32,6 %) casos, produciéndose un reingreso (3,4 %) por absceso intrabdominal. No se apreciaron diferencias significativas en cuanto a tasa de reingresos y morbilidad con respecto al resto de pacientes. La vigencia de este Programa habría supuesto un ahorro de 35256.75 euros en este pequeño grupo de pacientes.

Conclusiones: La apendicectomía urgente en régimen ambulatorio puede ser factible en condiciones de seguridad y eficacia en nuestro área de influencia sanitaria.

El alta hospitalaria precoz no parece asociarse con una mayor tasa de complicaciones y reingresos, al tiempo que reduce el coste hospitalario.

Una adecuada selección de pacientes y la elaboración de protocolos específicos podrían facilitar una mayor adherencia de los profesionales sanitarios a este tipo de programas.

El prototipo de enfermo debería cumplir los criterios generales de CMA, presentar un diagnóstico clínico de apendicitis no complicada en las primeras horas de día y un tiempo laparoscópico corto.

Palabras clave: Apendicectomía, apendicitis aguda, criterios ambulatorios, viabilidad.

P-072 EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS HEMORROIDES EN CMA EN EL HOSPITAL DE MATARÓ

A. Prenafeta I Parrado, M. Anes Galán, D. López Cano, L. A. Hidalgo Grau, X. Potau Lahoz, A. Bernabeu García, A. Benavides Dos Santos, M. S. Ramírez Romero
Hospital de Mataró, Barcelona

Objetivos: Las hemorroides son actualmente una patología prevalente en nuestra sociedad, pudiendo ser desde asintomáticas hasta altamente invalidantes en la vida diaria del paciente. Sus manifestaciones son escozor o discomfórt anal, proctalgia o sangrado entre otras. La clasificación clásica incluye cuatro grados (Grado I: Protrusión en el canal anal sin prolapso exterior, Grado II: Prolapso con resolución espontánea, Grado III: Prolapso con reducción manual, y Grado IV Prolapso continuo que se reproduce tras su reducción). Dependiendo del grado hemorroidal o sintomatología que presente el paciente, se deberá afrontar inicialmente la patología de manera conservadora o indicando directamente el tratamiento quirúrgico.

En el tratamiento quirúrgico ofrece diferentes opciones terapéuticas de las cuales en nuestro centro practicamos: hemorroidectomía abierta o de Milligan-Morgan (M-M), hemorroidopexia grapada o longo (L) y hemorroidectomía por radiofrecuencia (R).

El principal problema que presenta el tratamiento quirúrgico de las hemorroides es el dolor que se produce con algunas técnicas, incluso en el postoperatorio inmediato, que implica muchas veces la hospitalización del paciente exclusivamente para el tratamiento analgésico.

El objetivo de nuestro trabajo ha sido analizar la evolución del tratamiento quirúrgico y su manejo de manera ambulatoria por la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) en el Hospital de Mataró.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional entre los años 2018 y 2022, ambos inclusive. Se analizaron un total de 182 Intervenciones quirúrgicas de las hemorroides realizadas vía ambulatoria en Hemorroides Grado III y IV, y casos aislados de Grado II que no respondieron a tratamiento conservador. De las 182, 84 fueron en hombres (46,15 %) y 98 en mujeres (53,85 %) con una edad media de 53,73 años (51 para hombres y 56,5 para mujeres).

La pauta analgésica que se ofreció a los pacientes fue la combinación de Diclofenaco, Paracetamol y Tramadol de rescate, teniendo una visita de control aproximadamente al mes después de la intervención.

Resultados: Se intervinieron 255 pacientes de cirugía de hemorroides siendo el 71,3 % (182) cirugías sin ingreso, en las cuales se practicaron 132 M-M (72,53 %), 46 L (25,27 %) y 4 R. Haciéndose un análisis por años de las cirugías que se llevaron a cabo, el 2018 se realizó el 55,17 % (32) de manera ambulatoria aumentando progresivamente en los siguientes años de manera que en el 2019 se realizaron vía UCSI el 60,38 % (32) de las intervenciones, el 2020 el 63,83 % (30), el 2021 el 85,71 % (36), llegando al 2022 a un 94,55 % (52) de las intervenciones sin necesidad de ingreso.

Se analizó si los pacientes habían tenido alguna complicación de dos maneras. La primera fue si en los días posteriores (< 1 mes) habían acudido al Servicio de Urgencias de Cirugía (SUC) de nuestro hospital, y de los 182 pacientes consultaron 45 (24,73 %) por motivos relacionados, o no, con la cirugía, siendo la proctalgia (23, 51,11 %) el motivo más frecuente de consulta, seguido de sangrado (14, 31,11 %), sangrado y dolor (2, 4,44 %), retención aguda de orina (2, 4,44 %), dolor y estreñimiento (1, 2,22 %), dolor abdominal (1, 2,22 %), diarrea (1, 2,22 %) y sangrado con absceso (1, 2,22 %).

La segunda forma de analizar complicaciones fue si los pacientes que acudieron al SUC necesitaron reintervención para revisión quirúrgica, mostrándose que 8 (4,39 % del total y 17,7 % de las consultas al SUC) pacientes fueron tributarios de ella, siendo 7 pacientes revisados debido a sangrado y 1 por sangrado con absceso.

En el análisis de complicaciones por tipo de intervención se objetivó que de las 45 visitas al SUC a ninguno se les intervino mediante Radiofrecuencia, a 9 (20 %) pacientes se les había intervenido de Longo de los cuales 1 necesitó reintervención quirúrgica, mientras que a 36 (80 %) se les había intervenido según M-M de los cuales 7 necesitaron reintervención. Por tanto, el 19,46 % de intervenciones mediante Longo acudió a urgencias, mientras que de las cirugías por la técnica M-M fueron atendidas el 27,27 %.

Se consultó también cuantos de los pacientes habían tenido un dolor ≤ 3 (escala EVA) entre la segunda y la tercera hora del postoperatorio en la UCSI, mostrándose que de 182 pacientes en 161 (88,46 %) el registro era afirmativo, en 1 (0,55 %) caso fue negativo y en 20 pacientes no constaba en el registro. De los 161 pacientes que mostraron un dolor EVA ≤ 3 , 22 (13,66 %) acudieron al SUC por dolor. El único paciente que tuvo una negativa a esa cuestión acudió a urgencias los días posteriores por dolor (100 %), mientras que en los que no constaba registro de ese ítem acudieron al SUC 4 pacientes por dolor (20 %).

Conclusiones: Por el análisis realizado en este estudio podemos concluir que es factible el tratamiento quirúrgico de las hemorroides vía UCSI remarcando la importancia de la correcta analgesia postoperatoria en el hospital previa al alta y en el domicilio durante las semanas posteriores para asegurar un postoperatorio satisfactorio. Remarcar también los buenos resultados obtenidos mediante Longo en los casos seleccionados.

Palabras clave: Hemorroides, hemorroidectomía, longo, Milligan-Morgan, cirugía mayor ambulatoria.

P-073 A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO É SEGURA PARA OS IDOSOS? RESULTADOS DOS ÚLTIMOS 3 ANOS

E. Borges, S. Fernandes, T. Causí, A. S. Lopes, J. Pajic, F. Quirino, L. Miranda
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Portugal

Objetivo: O atual envelhecimento da população tem alterado o paradigma de “doente ideal” para cirurgia de ambu-

latório, nesse sentido pretendemos avaliar a segurança da cirurgia em doentes muito idosos na nossa Unidade de Cirurgia de Ambulatório.

Métodos: Material e métodos: Tratou-se de um estudo observacional retrospectivo que incluiu todos os doentes muito idosos (considerados com idade superior a 75 anos) submetidos a um procedimento cirúrgico do foro da Cirurgia Geral em contexto de ambulatório entre janeiro de 2020 a janeiro de 2023. Analisaram-se dados demográficos, médicos e cirúrgicos e complicações pós-operatórias existentes no processo clínico.

Resultados: Neste período de 36 meses, foram operados 3775 doentes na nossa unidade, dos quais 205 (5.4 %) foram doentes muito idosos. A média de idades foi de 78 anos (75-93), sendo a maioria mulheres (n = 112, 54.7 %). A classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) deste grupo foi: I (22.4 %), II (53.4 %) e III (23.9 %). Todos os doentes apresentavam comorbilidades, sendo as mais prevalentes hipertensão arterial sistémica (79.0 %), dislipidemia (41.9 %), diabetes mellitus (20.0 %) e doença oncológica (13.2 %).

Os procedimentos cirúrgicos realizados foram: correção cirúrgica de hérnia inguinal (37.1 %), tiroidectomia total (33.2 %), colecistectomia por via laparoscópica (5.4 %), correção cirúrgica de hérnia incisional (4.9 %) e hérnia umbilical (4.9 %), lobectomia da tiróide (3.9 %) ou outros (10.7 %). A maioria dos doentes (66.8 %) pernoveram na unidade e apenas em 2 casos (4.9 %) foi necessária hospitalização superior a 24 horas.

A taxa global de complicações foi de 25.4 % (n = 52), tendo sido classificadas Clavien-Dindo I (80.8 %), II (5.8 %), IIIa (11.5 %) e IIIb (1.9 %). Não se objetivaram complicações Clavien Dindo IV ou V.

Na tiroidectomia total foi registada a maior taxa de complicações (57.7 %, n = 30), das quais hipocalcemia assintomática transitória (60 %), disфонia transitória (36.7 %) e dispneia (3.3 %), sendo 96.7 % Clavien-Dindo I.

A correção cirúrgica de hérnia inguinal evidenciou 34.6 % (n = 18) de complicações, das quais 94.7 % associadas à ferida operatória tais como seroma, hematoma ou infeção. Estas foram classificadas como Clavien Dindo I (57.9 %), II (15.8 %), IIIa (21.1 %) e IIIb (5.3 %).

A correção cirúrgica incisional apresentou 3.8 % (n = 2) de complicações, todas relativas à ferida cirúrgica (50 % Clavien Dindo I e IIIa). Não se verificaram complicações na colecistectomia laparoscópica.

A taxa de reintervenção foi de 1 % (n = 2), tendo sido necessária num doente para hemostase inguino-escrotal (classificada como Clavien Dindo IIIb) e noutra para colocação de prótese endotraqueal (Clavien Dindo IIIa) após tiroidectomia total.

Conclusão: O nosso estudo evidencia que a cirurgia de ambulatório é segura em doentes muito idosos. Predominaram as complicações minor (73.5 % foram Clavien Dindo I ou II), com taxa de reintervenção cirúrgica de 1 %. Estes resultados estão em concordância com a literatura que considera que a idade avançada não deve ser uma contraindicação para cirurgia em ambulatório, não se correlacionando com piores resultados. A seleção e avaliação pré-operatória cuidadas são cruciais para a minimização da taxa de complicações. Seria importante estudos com amostras mais significativas e follow-up mais alargado.

Palabras clave: Cirurgia de ambulatório, idosos, segurança, complicações.

P-074 ¿PUEDE UNA APLICACIÓN MÓVIL DE MENSAJERÍA INSTANTÁNEA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA EN CMA?

I. Pérez Dionisio¹, A. Chivite Moreno¹, V. D. Briceño Agüero¹, I. Muñoz Bayo¹, L. Gómez Bujedo²

¹Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla, ²Hospital El Tomillar. Alcalá de Guadaíra, Sevilla

Objetivos: En nuestra Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) se interviene diariamente un amplio volumen de pacientes en régimen de cirugía sin ingreso y de corta estancia. Nuestra área de gestión sanitaria cuenta con una gran dispersión geográfica, con una distancia desde el Centro Hospitalario a su domicilio que, en ocasiones, sobrepasa los 80 km.

A pesar de que los cuidados postoperatorios se especifican con claridad, en el informe de alta y en el de continuidad de cuidados, es necesaria una vía de comunicación directa para que los pacientes puedan contactar en caso de dudas en la evolución o sospecha de complicaciones postoperatorias. Con este fin, tradicionalmente se proporcionaba al alta el número de teléfono de la Secretaría de la Unidad, operativo los días laborables de 8 a 15 h.

Con el objetivo de aumentar la accesibilidad, y facilitar la comunicación y la disponibilidad para nuestros pacientes, hemos incorporado a nuestra oferta una nueva herramienta de contacto telemático mediante la aplicación WhatsApp Business.

Métodos: Se informa, a través de los documentos de alta y en consultas externas, a los usuarios de la existencia de esta herramienta. El contacto con la UCMA es posible bien a través del número de teléfono asociado al Whatsapp, o bien a través de un código QR generado por la aplicación, que redirecciona a los usuarios que lo escanean a un “chat” directo con la UCMA. Los pacientes o sus allegados pueden enviar mensajes en cualquier momento del día. La aplicación registra el contacto y emite una respuesta automática informando que uno de los cirujanos de la Unidad se pondrá en contacto con él en las siguientes 24 h.

Durante la jornada de trabajo, se leen los mensajes recibidos y un facultativo se comunica con el paciente por vía WhatsApp o por vía telefónica. Si el problema puede ser resuelto por esta vía, se hace así, con la eventual realización de una o varias llamadas de seguimiento. Si, por el contrario, el facultativo considera que debe realizar una visita presencial o ser valorado en Urgencias, se gestiona una cita para la consulta o se elabora el informe pertinente.

Para pilotar la puesta en marcha de la herramienta, hemos realizado un análisis retrospectivo descriptivo de las variables de los pacientes que utilizaron esta vía de contacto, los motivos de consulta, el tiempo de respuesta y la vía de resolución con el objetivo de evaluar la implementación y valorar su utilidad.

Resultados: Desde que se puso en funcionamiento esta herramienta, a finales de octubre de 2022, han contactado con nosotros 56 pacientes, que han realizado 63 consultas en total 34 pacientes (60,7 %) fueron hombres mientras que 22 pacientes (39,3 %) fueron mujeres. La mediana de edad fue de 46 años.

El diagnóstico más frecuente entre los pacientes que consultaron fue el de hernia, en 28 consultas (44,4 %), seguido de fístula anal, en 15 consultas (23,8 %) y hemorroides, en 11 consultas (17,5 %). En el resto el diagnóstico principal fue sinus pilonidal, tumoración de partes blandas o colelitiasis sintomática.

De forma similar, la intervención quirúrgica más frecuente fue la hernioplastia abierta, con 17 consultas (27 %), seguido de exploración anal bajo anestesia (+/- otro procedimiento), con 15 consultas (23,8 %) y la hernioplastia laparoscópica y la hemorroidectomía, con 11 consultas cada una (17,5 %).

El motivo de consulta más frecuente, en 31 casos, fue la sospecha de complicaciones (49,2 %). El resto de las consultas se repartieron entre dudas médicas en la evolución, en 21 casos (33,3 %) y problemas administrativos, en 11 (17,5 %).

En 44 casos (69,8 %), el tiempo de respuesta a la consulta fue inferior a 24 horas, mientras que en los 19 restantes (30,2 %), el tiempo fue superior a 24 horas laborables.

La mayoría de las consultas, 32 (50,8 %), se resolvieron vía WhatsApp, mientras que 24 (38,1 %) requirieron una o varias llamadas telefónicas y 7 (11,1 %) requirieron una cita presencial. Ninguno de los pacientes fue derivado a Urgencias Hospitalarias.

Conclusiones: El uso de la herramienta WhatsApp Business es factible para contribuir al seguimiento de los pacientes operados en régimen ambulatorio.

El contacto telemático se ha implementado satisfactoriamente mejorando la accesibilidad que proporcionamos a nuestros pacientes.

La mensajería instantánea proporciona una respuesta rápida, evitando visitas y consultas a otros dispositivos de salud (Urgencias de Primaria/especializada) aumentando la eficacia el sistema y evitando desplazamientos innecesarios.

Son necesarios estudios de valoración que confirmen la sensación de que la Calidad percibida por el paciente, aumenta con el uso de esta herramienta.

Palabras clave: Tecnología, postoperatorio, comunicación.

P-075 APERTURA TRANSANAL DEL ESPACIO INTERESFINTERIANO (TROPIS). NUEVO TRATAMIENTO PARA FÍSTULA PERIANAL COMPLEJA EN RÉGIMEN CMA

A. Cano Muñoz, M. L. Reyes Díaz, J. M. Vázquez Monchul, I. M. Ramallo Solís, R. Jiménez Rodríguez, J. Pintor Tortolero, F. de la Portilla de Juan
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: El tratamiento de la fístula perianal compleja criptoglandular supone un reto para el paciente y el cirujano. Es amplio el abanico terapéutico existente para el abordaje de la misma, pero ninguna de las técnicas descritas ha conseguido un equilibrio entre la tasa de curación y la ausencia de su temida complicación, la incontinencia fecal. La patogenia de las fístulas perianales que afectan al espacio interesfinteriano está determinada por la anatomía de dicha región: un espacio pequeño en el que se genera una elevada presión con la formación del absceso, lo que a su vez perpetúa la fístula. Es por ello fundamental descubrir y mantener abierto este compartimento para permitir su cierre progresivo por segunda intención y, con ello, la curación de la fístula. El acceso a este espacio puede realizarse a través de la fosa isquiorrectal, con compromiso del esfínter

anal externo y, por tanto, afectando a la continencia, o por vía transanal. TROPIS o la apertura transanal del espacio interesfinteriano es una nueva esperanza para el manejo de estos pacientes sin afectar al complejo esfinteriano y pudiéndose realizar en régimen de cirugía sin ingreso.

Métodos: Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 50 años con antecedente de fístula perianal criptoglandular compleja de ocho años de evolución, tratada previamente con drenaje, colocación de sedal laxo y posterior sellado con factores de crecimiento derivados de plaquetas (PRGF) hace cinco años, con recidiva al año siguiente. Mediante ecografía endoanal 3D se diagnostica de FP transesfinteriana en canal medio-alto con trayecto posterior, con el orificio fistuloso interno (OFI) localizado a las 6 en posición de litotomía y el orificio fistuloso externo (OFE) a las 7, alejado unos 4cm del margen anal externo. Se propone para técnica de TROPIS en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA). Se administra un enema Casen la noche previa a la intervención. El paciente acudió la mañana siguiente a quirófano y se realizó el procedimiento indicado bajo anestesia locorregional. En primer lugar se explora el trayecto con ayuda de un estilete, localizando y canalizando el OFI. A continuación se identifica el espacio interesfinteriano y se procede a la sección con electrobisturí del esfínter anal interno. Se verifica el tracto seccionado y se legra, así como el trayecto fistuloso hasta el OFE. Para finalizar se marsupializa el defecto con puntos sueltos de Vicryl 3/0 y se extirpa el OFE, que se envía a estudio anatomopatológico. El tiempo quirúrgico total fue de 32 minutos. No hubo complicaciones quirúrgicas intraoperatorias ni postoperatorias. Se realizaron revisiones al mes, 3, 6, 12 y 25 meses, con curación completa desde el sexto mes.

Conclusiones: Aunque hacen falta estudios a largo plazo que demuestren su eficacia, el TROPIS se presenta como una técnica factible y segura para el tratamiento de la FP compleja que puede desarrollarse en régimen de CMA.

Palabras clave: Fístula, perianal, TROPIS, CMA.

P-076 TENDENCIA Y PREDICTORES DE LA CIRUGÍA AMBULATORIA EN LA REPARACIÓN DE LA HERNIA INGUINAL BILATERAL EN ESPAÑA: ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL

N. J. Hidalgo, M. M. Llompарт, S. Guillaumes, I. Bache-ro, J. Ardid, O. Vidal, D. Momblán
Hospital Clinic Barcelona

Objetivos: Nuestro estudio tiene como objetivo evaluar la tendencia y los factores asociados a la elección de la cirugía ambulatoria para la reparación de la hernia inguinal bilateral (RHIB) en España.

Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo de pacientes con cirugía de RHIB entre 2016 y 2019 en hospitales del Sistema Nacional de Salud de España. Utilizamos la base de datos clínico-administrativa del Ministerio de Sanidad español RAE-CMBD. Comparamos las características de pacientes con cirugía mediante ingreso hospitalario y pacientes con cirugía ambulatoria. Realizamos un análisis de regresión logística univariante y multivariable para identificar los factores asociados con la utilización de la cirugía ambulatoria.

Resultados: Se realizaron un total de 20842 RHIB: el 65 % con ingreso hospitalario y el 35 % con cirugía ambulatoria. El uso de cirugía ambulatoria aumentó del 30 % en 2016 al 38 % en 2019 ($p < 0,001$). La tasa de utilización de la cirugía ambulatoria fue mayor en los hospitales con mayor número de RHIB realizadas por año ($p < 0,001$). Los factores asociados a la elección de la cirugía ambulatoria en el análisis de regresión logística multivariable fueron la edad menor de 65 años (OR: 1,38, IC 95 %: 1,29-1,47), el volumen del hospital (casos/año) (OR: 1,47, IC 95 %: 1,36-1,6), la hernia inguinal primaria (OR: 1,96, IC 95 %: 1,72-2,24) y la cirugía laparoscópica (OR: 1,19, IC 95 %: 1,1-1,28). Las comorbilidades analizadas y la hernia complicada se asociaron negativamente con la elección de la cirugía ambulatoria.

Conclusiones: Observamos un aumento en los últimos años del uso de cirugía ambulatoria en la RHIB, sin embargo, es necesario aún más esfuerzos para aumentar la proporción de cirugía ambulatoria. La mayor utilización de la cirugía laparoscópica en estos pacientes podría aumentar el uso de cirugía ambulatoria.

Palabras clave: Hernia inguinal bilateral, cirugía ambulatoria, laparoscopia, comorbilidades.

P-077 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS HEMORROIDES SEGÚN TÉCNICA MILLIGAN-MORGAN CON DISECCIÓN MEDIANTE SELLADO VASCULAR: ANÁLISIS DE NUESTRA MORBILIDAD

A. Villanueva Moure, I. Muñoz Bayo, V. Briceño Agüero, R. Jurado Jiménez, L. Gómez Bujedo
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: La enfermedad hemorroidal es la patología proctológica más frecuente. Se estima que más del 50 % en mayores de 50 años presentarán algún problema derivado de estas aunque solo el 10 % requerirán tratamiento quirúrgico, que es el caso de las hemorroides grado III y IV sintomáticas, siendo la hemorroidectomía la técnica *gold-standard*.

El dolor postoperatorio es una de las variables de mayor impacto clínico tras hemorroidectomía, por lo que se buscan alternativas a la técnica convencional con diatermia para disminuir la morbilidad asociada a este procedimiento.

El objetivo de este estudio es evaluar las complicaciones en el postoperatorio en nuestra serie de pacientes intervenidos de hemorroides mediante sellado vascular y comparar estos resultados postoperatorios con otras técnicas quirúrgicas utilizadas, según revisiones bibliográficas en la literatura al respecto.

Métodos: Hemos realizado un estudio observacional descriptivo retrospectivo de todas las hemorroidectomías realizadas en nuestro centro con un sistema de sellado de vasos y un protocolo de analgesia multimodal que incluye un sistema de infusión elastomérico, desde el 1 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2022.

Para dicho propósito se recogen variables como las características de los pacientes (edad, sexo, riesgo anestésico, IMC), de la cirugía (técnica quirúrgica, pedículos hemorroidales extirpados, y tiempo quirúrgico) y del postoperatorio (dolor, estenosis, sangrado, recidiva, fisura u cualquier otra complicación derivada de la cirugía).

Los pacientes ingresan el mismo día de la cirugía siendo dados de alta en < 24h, salvo incidencias. La técnica quirúrgica consiste en la exéresis de los pedículos hemorroidales con un sellador de vasos tipo Ligasure® o bien KLS Martin®, manteniendo suficiente puente mucocutáneo entre heridas y dejando un hemostático (Surgicel®) en el lecho quirúrgico. En cuanto al control del dolor se aplica un esquema de analgesia multimodal que comienza en la cirugía mediante la infiltración perianal de anestésicos locales, continuando en las primeras 48 h postoperatorias mediante una infusión elastomérica de analgesia (domiciliaria), analgésicos orales y medidas higiénico-dietéticas. A las 24h el paciente recibe una llamada de enfermería para comprobar la correcta evolución y a las 6-8 semanas una cita presencial con el cirujano.

Resultados: Durante este intervalo de tiempo se intervino a 87 pacientes de hemorroidectomía reglada con sistema de sellado de vasos (Ligasure® o KLS Martin®). De los 87

pacientes 46 fueron mujeres (52,87 %) y el resto hombres (47,13 %). La edad media fue de 49,3 años con un intervalo de 22 a 76 años. El IMC medio fue de 26,93 con un intervalo de 15,54 a 46,54. En cuanto al riesgo anestésico, 13 pacientes presentaron un ASA I (14,94 %), 67 pacientes presentaron un ASA II (77,01 %) y 7 pacientes presentaron un ASA III (8,05 %).

De estas hemorroides intervenidas 37 fueron de grado IV (42,5 %), 46 de grado III (52,9 %) y 4 de grado II (4,6 %), siendo la causa de la indicación en este último grupo el fracaso del tratamiento conservador. Por último, la media de pedículos extirpados fue de 2,2, y la media de tiempo operatorio de fue 23,1 minutos. Ningún paciente desarrolló retención urinaria y la estancia fue inferior a 24 horas en el 100 %.

La llamada de enfermería a las 24h objetivó una tasa de dolor en reposo del 31 %, una tasa de dolor en movimiento del 14 %, una tasa de náuseas o vómitos postoperatorios del 20 % y una tasa de estreñimiento por dolor con la defecación del 38 %.

Durante el postoperatorio (6-8 semanas) se objetivó en la consulta que 28 pacientes tuvieron dolor (30,4 %). 15 pacientes tuvieron sangrado de los cuales 3 de ellos requirieron reintervención (3,4 %) mientras que los otros 12 fueron leves (13,8 %). Ningún paciente desarrolló estenosis. 2 pacientes desarrollaron fisura anal (2,3 %) de los cuales 1 requirió reintervención por este motivo (1,1 %). 1 paciente desarrolló incontinencia a gases (1,1 %) manejada de forma conservadora y encontrándose en estudio por este motivo actualmente. No hubo ninguna recurrencia de la enfermedad tras la intervención, solo 1 paciente (1,1 %) requirió una nueva intervención por imposibilidad de realizar una cirugía completa al no existir suficiente puente muco-cutáneo.

Nuestros datos son comparables a los recogidos en la literatura mediante esta técnica evidenciándose un 3 % de reintervención por sangrado, 8 % de estenosis por cicatrices, un 2 % incontinencia leve y un 15 % de retención urinaria.

Con respecto a la hemorroidectomía Milliga-morgan clásica con diatermia, la técnica con ligasure como describe el estudio de Papis et al recoge diferencia estadísticamente significativas en cuanto al dolor, sangrado y tiempo quirúrgico a favor del ligasure.

Khanna et al compara la hemorroidectomía con ligasure y la clásica de Ferguson, existiendo a favor del ligasure menor sangrado, dolor, analgesia adicional y menor tiempo quirúrgico.

Conclusiones: La hemorroidopexia grapada produce menos dolor postoperatorio, pero es menos eficaz con mayor recidivas.

La hemorroidectomía M-M no convencional con sellador de vasos, ha demostrado en varios estudios menor necesidad de analgésicos, menor tiempo operatorio, menor sangrado intraoperatorio y menor tiempo de cicatrización de la herida quirúrgica en comparación con la técnica clásica.

La técnica de Milligan-Morgan con sellador de vasos para la hemorroidectomía reglada en nuestro centro ha demostrado tasas comparables a las descritas en la literatura para dicha técnica, siendo factible en nuestro medio, salvando el inconveniente del mayor coste por cirugía debido al precio del instrumental.

Palabras clave: Hemorroidectomía, sellador, dolor, complicaciones.

P-078 CIRUGÍA DE HERNIA INGUINAL RECIDIVADA: ¿ES SEGURO REALIZARLA EN RÉGIMEN DE CMA?

S. Borrego Canovaca, A. de Jesús Gil, J. Tinoco González, L. Tallón Aguilar, F. Moreno Suero, F. J. Padillo Ruiz
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La cirugía reparadora de la hernia es la intervención quirúrgica más frecuente a nivel mundial. Las últimas guías clínicas recomiendan como primera elección la técnica laparoscópica junto a la técnica abierta vía anterior. La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es un modelo costoefectivo siendo la hernia inguinal uno de los procedimientos más ligados por su seguridad y beneficios.

La incidencia de recidiva de las hernias inguinales a nivel internacional va en descenso progresivo debido al incremento de abordaje laparoscópico.

Ante una hernia recidivada, las guías de la European Hernia Society (EHS) recomiendan un abordaje laparoscópico (TAPP) tanto si previamente fue abierto como endoscópico al asociarse a una disminución de morbilidad, estancia hospitalaria y recurrencias posteriores.

Objetivos: Nuestro objetivo es determinar la seguridad de la realización de la cirugía de la hernia inguinal recidivada en régimen de CMA comparándolo con la cirugía con ingreso. Como objetivo secundario, analizar posibles factores predisponentes asociados a morbilidad y recurrencia en este tipo de cirugía.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, en el cual se ha realizado un análisis de 59 pacientes, intervenidos en nuestra Unidad de Pared Abdominal y CMA a los que se ha realizado una reparación de hernias inguinales recidivadas con independencia del abordaje realizado y el régimen de ingreso entre Abril y Diciembre de 2022. Se han analizado múltiples variables epidemiológicas, de la técnica quirúrgica y las complicaciones postoperatorias.

Para el análisis epidemiológico de los datos hemos usado el paquete informático de aplicación SPSS v 26 para realizar un análisis tipo chi cuadrado y Fisher para variables independientes.

Resultados: De un total de 59 pacientes identificados, 52 (88,14 %) son varones con una edad media global de 60,93 años.

Treinta y seis pacientes (61 %) han sido intervenidos en régimen de CMA (94 % abordaje laparoscópico, 6 % abierta) y 23 (39 %) con ingreso hospitalario (65 % laparoscópico, 30 % abierta y el 13 % robótico) con una estancia media total de 2,09 días. En ambos grupos el ASA mayoritario es II (23 en CMA 63,89 % y 11 en ingresados 47,82 %) seguido de un ASA III (5 en CMA, 13,89 % y 7 en ingresados, 30,43 %).

En cuanto al análisis de las variables postquirúrgicas, en los pacientes ingresados observamos 1 caso (4,3 %) de hemorragia postoperatoria, sin casos en el grupo de CMA. Por el contrario, en el grupo de CMA hubo un caso de SSI frente a ninguno el grupo de ingreso. No se evidenciaron recurrencias herniarias ni reingreso en los primeros 30 días en ambos grupos.

Con respecto a los factores predisponentes de morbilidad y recidiva, solo hemos detectado leves diferencias no significativas en variables sin significación clínica, como el sexo. No se ha hallado por tanto ningún factor predictor independiente entre los analizados.

Conclusiones: La cirugía CMA es un régimen costoefectivo y seguro en la cirugía de la hernia inguinal recidivada. Tal como hemos objetivado en nuestra muestra no hay mayor incidencia de morbilidad ni recidiva. Se requeriría un mayor tiempo de seguimiento del mismo y una muestra mayor para poder obtener resultados significativos en cuanto al análisis de factores predisponentes.

Palabras clave: Hernia inguinal, recidiva, factor predictor.

P-079 ESTUDIO PROSPECTIVO DE REPARACIÓN DE EVENTRACIONES EN CMA

D. Diestro Gallego, M. Vazquez, J. Osorio, F. Onieva, F. González, A. Osorio, J. Grau
Hospital Don Benito. Badajoz

Objetivos: Estudiar evolución clínica de los pacientes intervenidos de reparación de eventraciones en CMA y comparativa de los diferentes tipos de malla utilizadas y sus complicaciones.

Métodos: A lo largo de 13 años hemos intervenido a 307 pacientes con el diagnóstico de eventración, de los que extraemos los 261 operados mediante reparación de prótesis intraperitoneal (RPI) Parietene/parietex composite (138), PLP supraepiploica/PREP (87) o PTFEc (Omyra® mesh, 36). Los criterios de inclusión para la intervención quirúrgica han sido los generales de CMA. La inserción de una malla intraperitoneal se ha realizado en las mayores de 5 cm.

Se valora el estado de salud postoperatorio al 5º día con la escala analógico-visual (EAV) y EuroQol-5D y seguimiento a largo plazo

Resultados: El índice de sustitución fue del 62 %. El diámetro medio (DE) de 6,9 (3-18) cm. La duración media de la intervención ha sido de 34,1 minutos, 5 infecciones de la herida (1,6 %), 4 hematomas (1,5 %), 3 enterotomías (1 %), ingresos no programados 10) y 46 pacientes como cirugía de corta estancia (CCE). A los 5 días los pacientes realizan su aseo personal.

El seguimiento de 166 pacientes (27,3 meses) ha detectado 11 recidivas (6,7 %). 4 con malla pacientes con malla PTFEc han sido intervenidos por fístula u obstrucción.

Conclusiones: La RPI es una técnica rápida y segura realizable en CMA. Las complicaciones a largo plazo, aunque escasas, han sido graves y relacionadas con PTFEc. La mayoría de las eventraciones son subsidiarias de reparación en CMA con alto índice de satisfacción.

La reparación de la eventración en CMA es costo efectiva y segura con escasas complicaciones.

Palabras clave: CMA, eventración, prótesis intraperitoneal.

P-080 PAPEL DE LA PROCTOLOGÍA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO

F. Aguilar del Castillo, F. Hinojosa Ramírez, M. García Corona, I. M. Ramallo Díaz, J. Pintor Tortolero, M. L. Reyes Díaz, J. M. Vázquez Monchul, F. de la Portilla de Juan

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) engloba cualquier intervención o procedimiento, en la que el paciente es admitido y dado de alta el mismo día, sin pernocta en el hospital, excluyendo intervenciones de cirugía menor ambulatoria o en consulta. Los avances técnicos, junto al mejor control de dolor postoperatorio, ha permitido la inclusión de numerosas intervenciones de proctología al régimen de CMA. Presentamos los datos de nuestra experiencia en nuestra unidad de CMA en el último año.

Métodos: Se ha realizado un análisis retrospectivo descriptivo donde se ha incluido los pacientes intervenidos de patología proctológica en régimen de CMA durante el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de abril del 2022 y el 31 de marzo del 2023. Se han analizado variables demográficas (edad, sexo, índice de masa corporal, tabaquismo y diabetes mellitus), patología e intervención quirúrgica realizada y los resultados en cuanto a tasa de complicaciones inmediatas que han requerido traslado al hospital de referencia para realizar un ingreso en planta de hospitalización.

Resultados: Entre el 1 de abril del 2022 y el 31 de marzo del 2023 fueron programados 2238 pacientes en nuestra unidad de CMA. Del total de pacientes, 580 (25,91 %) fueron programados para una cirugía proctológica, 22 de los cuales fueron excluidos por suspensión de la intervención quirúrgica. Finalmente se han incluido en este estudio 558 pacientes intervenidos de proctología en régimen de CMA.

La edad media fue de 45,21 años. El 59,68 % (333) fueron varones mientras que el 40,32 % (225) fueron mujeres. Con respecto a los factores de riesgo cardiovascular, el 10,57 % de la muestra son pacientes diabéticos y el 38,53 % son fumadores. El índice de masa corporal medio de la población en estudio fue de 27,9.

La fístula perianal fue la patología más intervenida con un 37,45 % de los casos, seguida de las hemorroides con un 28,49 % y el sinus pilonidal con un 23,66 % del total.

Otras patologías menos frecuentes tratadas han sido fisura anal (6,27 %), fibromas del canal anal (1,43 %) y condilomas (0,72 %) y estenosis anales (0,36 %).

Al analizar los procedimientos realizados en las patologías más frecuentes nos encontramos los siguientes datos: El procedimiento más frecuente para el tratamiento de una fistula perianal ha sido la fistulotomía (33,01 %), sellado con plasma rico en factores de crecimiento de plaquetas (26,31 %), seguido de colocación del sedal (24,88 %), y TROPIS (4,78 %). En caso de la patología hemorroidal se ha realizado fundamentalmente hemorroidectomía con un 97,48 % y en solo 4 pacientes (2,52 %) se realizó una ligadura con bandas. La patología del sinus pilonidal se ha tratado fundamentalmente con exeresis (93,07 %) realizando con láser en un pequeño porcentaje (6,92 %).

En ningún caso fue necesario realizar un traslado al hospital general para realizar un ingreso no programado tras la cirugía.

Conclusiones: La proctología constituye un área de la cirugía general óptima para desarrollar en unidades de CMA. La mayoría de los procedimientos proctológicos se pueden desarrollar en régimen de ambulatorización con resultados óptimos en seguridad y efectividad.

Palabras clave: Proctología, ambulatorización, cirugía mayor ambulatoria.

P-081 APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SIN INGRESO EN APENDICITIS AGUDA NO COMPLICADA

D. López Cano, E. M. García Torralbo, L. Hidalgo Grau, R. Algilaga Segovia, M. M. Anes Galán, A. Prenafeta, A. Benavides Dos Santos, E. Bombuy Gimenez
Hospital de Mataró. Barcelona

Objetivos: La apendicitis aguda (AA) es uno de los diagnósticos más comunes en los servicios de urgencias y es una de las indicaciones quirúrgicas urgentes más frecuentes. El tratamiento de elección actualmente es la apendicectomía laparoscópica (A. Lps.).

Basándonos en la literatura sobre apendicectomía sin ingreso en población pediátrica y adulta, creemos que la ambulatorización de dicho procedimiento es segura, eficiente y bien valorada por el paciente.

Métodos: En nuestro centro disponemos de una Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) Integrada tipo 1 con horario de lunes a viernes de 07:00 h a las 23:00 h.

Dada la amplia experiencia en cirugía mayor ambulatoria (CMA) de nuestro centro, se ha diseñado un protocolo de realización de A. Lps en régimen ambulatorio en pacientes seleccionados, con objetivo de obviar el ingreso hospitalario y los costes económicos consecuentes, manteniendo una alta calidad en los cuidados perioperatorios, seguridad y satisfacción del paciente.

Para ello se ha implementado un protocolo adaptado a nuestro centro, con estrictos criterios de selección, cuidados perioperatorios, criterios de alta y seguimiento postoperatorio con registro y análisis de los resultados. Para tener conocimiento de la población susceptible de aplicar el protocolo, se ha realizado un análisis previo retrospectivo de los pacientes intervenidos en un año de apendicitis aguda. La previsión inicial es conseguir un índice de sustitución del 20 %, sin aumentar la morbilidad, reingresos o consultas no planificadas durante los 30 días posteriores a la intervención y evaluar el grado de satisfacción de los pacientes.

Para considerar la A. Lps. como ambulatoria seguimos la definición de la IAAS: el paciente tiene que ser dado de alta el mismo día de la intervención excluyendo la pernocta.

Resultados: Desde 01-01-22 al 01-04-23 se han realizado en nuestro Hospital 251 A. Lps., de las cuales solo 6 han sido en régimen de CMA lo que supone un índice de sustitución del 2,39 %, muy por debajo de los objetivos iniciales.

De los 6 pacientes solo 1 tuvo que reingresar en los primeros 30 días y fue por causas ajenas a la intervención quirúrgica.

La A. Lps. en régimen de CMA en nuestra corta experiencia es un procedimiento seguro y con buena satisfacción para el paciente, pero existen francas dificultades para poder llevarlo a cabo y ampliar su uso.

Las Unidades Integradas tipo I tiene más dificultad para implementar dicho procedimiento al compartir quirófanos. Al utilizar quirófanos de urgencias, las AA pasan a segundo término tras intervenciones de mayor complejidad. Esto condiciona un retraso en el inicio de la cirugía e impide incluir dichos pacientes en el protocolo por horario de nuestra UCSI (cuando la intervención concluye en horario posterior a las 18:00 y los fines de semana).

Conclusiones: Para conseguir mayores índices de sustitución, es necesaria la simplificación de los circuitos, flexibilizar criterios de inclusión y exclusión y la máxima colaboración de todo el personal implicado para cumplir horario de UCSI.

Palabras clave: Apendicitis aguda, CMA, cirugía sin ingreso, apendicectomía laparoscópica.

CI-040 RELACIÓN ENTRE EL RIESGO ANESTÉSICO ASA Y LA TASA DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN PROCTOLOGÍA

L. Codina-Corróns, S. Pérez-Farré, D. Ambrona-Zafra, À. Gabarrell-Oto, A. González-Barranquero, M. Salazar-Raich, L. García-González, J. E. Sierra-Grañón
Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Objetivos: La cirugía general se encuentra en constante desarrollo. Intervenciones quirúrgicas que hace pocos años requerían largos periodos de ingreso, actualmente se están realizando bajo cirugía mayor ambulatoria (CMA). La pandemia COVID puso aún más de manifiesto las ventajas y la seguridad de realizar múltiples procedimientos vía CMA. De todas formas, hay centros en los que todavía se utiliza la escala de riesgo anestésico de la American Society of Anesthesiologists (ASA) mayor de II como contraindicación relativa o incluso absoluta. El objetivo del estudio es comparar las complicaciones en cirugía proctológica en régimen CMA entre los pacientes con ASA I-II y ASA III-IV.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo analizando 297 pacientes intervenidos mediante régimen CMA entre enero de 2020 y diciembre de 2021 en cirugía proctológica. Solo un paciente programado en CMA requirió ingreso hospitalario. Los pacientes se dividieron en dos grupos: el primer grupo formado por pacientes con ASA I-II (n = 263) y el segundo grupo con ASA III-IV (n = 34). Ambos grupos se compararon entre sí y se analizaron las siguientes variables: tipo de intervención quirúrgica, complicaciones en CMA según la clasificación de Clavien-Dindo, dolor postoperatorio evaluado con la escala analógica visual del dolor (EVA) a las 24 horas postoperatorias y la necesidad de analgesia de rescate, reintervenciones y reingresos.

Resultados: El grupo ASA I-II presentó una edad mediana de 43 años (RIQ 30-55), frente a los 68,5 años (RIQ 53-73) del grupo ASA III-IV, presentando diferencias estadísticamente significativas mediante U de Mann Whitney. El grupo 1 presentó EVA media de 2,34 frente a 2,40 del grupo B, sin diferencias estadísticamente significativas. Tampoco se observaron diferencias entre el tipo de intervención quirúrgica, la necesidad de analgesia de rescate, la tasa de complicaciones postoperatorias ni la tasa de reintervenciones entre ambos grupos.

Conclusiones: La cirugía mayor ambulatoria es una alternativa eficiente y segura a la cirugía convencional independientemente del riesgo anestésico ASA. Si bien este

nos sirve de guía en la selección de los pacientes, un ASA elevado III-IV no debería ser una contraindicación absoluta para la realización de cirugía proctológica en CMA, habiéndose demostrado en nuestra serie la misma seguridad y eficacia en ambos grupos.

Palabras clave: Proctología, ASA, CMA, complicaciones.

P-083 NYHUS MODIFICADO COMO PRIMERA ELECCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS INGUINALES

C. Gas Ruiz, R. Villalobos Mori, Y. Maestre González, A. González Barranquero, L. Codina Corróns, J. J. Olsina Kisler
Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

Introducción: La hernia inguinal es el defecto más frecuente de la pared abdominal siendo el único tratamiento definitivo, la reparación quirúrgica. La cirugía mínimamente invasiva en el tratamiento de las hernias inguinales es la técnica de elección según las guías, pero, a pesar de ello, el abordaje abierto sigue vigente en muchos centros. La técnica abierta preperitoneal es una de ellas y, aunque se utiliza en pocos centros, tiene muy buenos resultados. Presentamos a continuación los resultados de las hernioplastias inguinales preperitoneales con la técnica de Nyhus modificada en nuestro centro.

Objetivo: Evaluar los resultados de la técnica de Nyhus modificada como primera elección para el tratamiento de las hernias inguinales.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes intervenidos de hernia inguinal mediante técnica Nyhus modificada desde el 1 de enero al 31 de julio del 2020. Se han incluido pacientes mayores de 18 años que con hernias inguinales unilaterales o bilaterales. Se ha analizado tanto variables demográficas (como sexo, edad, IMC, comorbilidad...) como las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias.

Resultados: Durante los 7 meses del estudio se intervinieron 151 casos (15 % mujeres y 85 % hombres) con una edad media de 62,7 años ($\pm 15,3$). La media del IMC fue de 25,5 ($\pm 4,01$). El 78 % de los casos (120) fueron ASA I-II. El tipo de hernia más frecuente fue primaria, unilateral e indirecta, sin diferencias estadísticamente significativas entre derecha e izquierda. La cirugía fue electiva en el 91 % de los casos, siendo en régimen de CMA todos los casos

unilaterales y con ingreso de 24 horas los bilaterales. Solo hubo 1 caso de complicación intraoperatoria que consistió en hemorragia leve controlada fácilmente. Durante el seguimiento de 2 años, en 42 casos (27,6 %) se evidenciaron complicaciones postoperatorias, todas ellas leves (Clavien-Dindo I-II), siendo estas 15 casos (9,9 %) de hematoma leve autocontrolado sin ninguna medida específica, 5 casos (3,3 %) de infección, 5 casos (3,3 %) de seroma, 14 casos (9,2 %) de dolor (5 de los cuales precisó una técnica anestésica local mediante la clínica del dolor) y 5 casos (3,3 %) de recurrencia (sin evidenciarse ningún factor de riesgo).

Conclusiones: Aunque la tendencia actual del tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal son las técnicas mínimamente invasivas, la técnica de Nyhus modificada como primera elección ha demostrado tener resultados similares que con la laparoscopia.

Palabras clave: Hernia inguinal, hernioplastia preperitoneal, CMA.

P-084 ¿ES EL LIFT UNA TÉCNICA FACTIBLE Y EFECTIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA PERIANAL COMPLEJA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA?

M. García Corona, R. Olmo Santiago, M. L. Reyes Díaz, F. Hinojosa Ramirez, J. Pintor Tortolero, I. Ramallo Díaz, R. Jiménez Rodríguez, F. de la Portilla de Juan
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Las fístulas perianales (FP) complejas suponen un importante problema socioeconómico y un gran reto, tanto para el paciente como para los cirujanos, constituyendo uno de los temas más relevantes en la actualidad. Encontrar el tratamiento idóneo que consiga el equilibrio entre tasas de curación, y ausencia de recidivas y complicaciones, se ha convertido en objetivo principal de los estudios de investigación en las últimas décadas.

La ligadura del trayecto interesfinteriano (LIFT), basado en la identificación del trayecto de la fístula en el surco interesfinteriano con su posterior ligadura, se ha convertido en un tratamiento prometedor cuyo fundamento es lograr la curación del trayecto fistuloso sin alterar la función esfinteriana y evitar la recidiva. Existen múltiples estudios en la literatura con valoración de la efectividad al año, siendo necesario estudios a largo plazo.

Nuestro objetivo es evaluar la factibilidad y eficacia a los 5 años del tratamiento con técnica LIFT en pacientes con fístula perianal compleja en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo observacional descriptivo sobre una serie de casos de fístula perianal intervenidas mediante la técnica LIFT en régimen de CMA, analizándose la factibilidad y eficacia al 1, 6, 12 y 60 meses.

Resultados: Desde mayo de 2013 se han realizado 34 técnicas LIFT, siendo 14 hombres (41,2 %) y 20 mujeres (58,8 %). La edad media fue de $48,18 \pm 13,06$ años y el IMC de $29,07 \pm 5,43$ kg/m². En cuanto a las comorbilidades preoperatorias, se encontraron 12 pacientes ASA I (35,3 %), 18 pacientes ASA II (52,9 %) y 4 pacientes ASA III (11,4 %).

El 94,3 % de las FP tenían un origen criptoglandular. El 88,2 % eran fístulas recidivadas multiintervenidas, con un tiempo de evolución medio de $44,85 \pm 30,71$ meses. Fueron diagnosticadas mediante ecografía endoanal en 3 D (EE3D). Se clasificó según Parks, identificándose 1 fístula interesfinterica, 3 fístulas transesfinterianas (FTE) bajas, 18 FTE medias, 11 FTE altas y 1 fístula supraelevadora.

Todas las intervenciones se realizaron en régimen de cirugía mayor ambulatoria, sin evidenciarse complicaciones intraoperatorias. El tiempo medio de cirugía fue de 38,3 minutos.

No se evidenciaron efectos adversos moderados ni graves a los 5 años, solo se identificó 3 pacientes con nuevo episodio de absceso y uno con sangrado autolimitado en el seguimiento al año.

Durante el seguimiento se observó una tasa de curación a los 6 meses del 50 % con una persistencia del 50 %. Al año la tasa de curación total fue del 77,4 %. Al seguimiento a 5 años, alcanzado por 23 pacientes, se obtuvo una tasa de curación completa del 54,8 %. No se presentaron nuevos casos de incontinencia ni empeoramiento de la misma valorado mediante Test de Wexner.

Conclusiones: La técnica LIFT es factible y eficaz para el tratamiento en régimen CMA de la fístula perianal compleja.

Palabras clave: Fístula perianal, proctología, cirugía mayor ambulatoria, lift.

P-085 ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA EN RÉGIMEN AMBULATORIO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA PRE, DURANTE Y POST PANDEMIA SARS-COV-2

B. Thorpe Plaza, S. González Vinagre, J. R. Enjo Barreiro, M. Bustamante

Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela, A Coruña

Objetivos: La pandemia SARS-CoV-2 planteo una paralización de la actividad asistencial generalizada, siendo el bloque quirúrgico el más afectados. La actividad quirúrgica se centró en intervenciones urgentes y oncológicas improrrogables, desatendiendo a los pacientes no COVID de patologías que también condicionaban de forma importante su vida. Se decide realizar un análisis descriptivo con una cohorte de pacientes intervenidos en CMA desde 2018 a 2022 (2020 pandemia SARS-CoV-2). Se pretende estudiar la situación en cuanto a actividad quirúrgica pre, durante y posterior a la pandemia. Para analizar el retraso de la actividad quirúrgica nos basamos en la lista de espera pendiente de cirugía. Planteamos una revisión del efecto de la pandemia SARS-CoV-2 sobre el tiempo medio de lista de espera en la especialidad de cirugía general, comparando el tiempo medio de lista de espera pre y post pandemia y el tipo de prioridad de lista de espera. Para conocer el efecto global de la pandemia sobre la CMA se estudia la distribución de las intervenciones realizadas desde el año 2018 al año 2022 en las diferentes especialidades con CMA disponibles en el centro valorando que especialidades se vieron más mermadas por la era SARS-CoV-2.

Métodos: Análisis descriptivo de CMA entre 2018 y 2022: se solicitaron los datos al comité de la unidad de control de gestión del hospital con las variables: edad, sexo, tipo de intervención, diagnóstico previo a la cirugía, codificación según el CIE10, fecha inclusión lista de espera, fecha intervención quirúrgica y prioridad lista de espera. Con el programa estadístico STATA16, se depura la base de datos, eliminando los pacientes que fueron intervenidos en hospitales concertados, que no formaban parte del área sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza. Se filtró la base de datos por la variable “tipo de especialidad” obteniendo 11 subgrupos: angiología y cirugía vascular (ACV), cirugía maxilofacial (CMF), cirugía plástica, estética y reparadora (CPL), cirugía general y del aparato digestivo (CGD), cirugía pediátrica (CPE), dermatología (DER), ginecología (GIN), oftalmología (OFT), otorrinolaringología (ORL), traumatología (TRA) y urología (URO). Se realiza el cálculo en números absolutos y en porcentajes, de las intervenciones por especialidad con respecto al total y clasificadas

según el año de realización. Para cirugía general calculo el tiempo medio de lista de espera en días, a partir de las variables “fecha de inclusión en lista de espera” y “fecha de intervención”, creando la variable “tiempo medio de lista de espera”. Con esta variable y la variable “tipo de prioridad de lista de espera” (1-3) se estratificaron por año el total de las intervenciones en CMA de la especialidad de cirugía general. Se realizó un análisis del número de intervenciones anuales filtradas por “prioridad de lista de espera” y se llevó a cabo una interpretación de todas las cirugías realizadas para esta especialidad según el año en el que fueron realizadas, comparándolas con los resultados pre y post pandemia.

Conclusiones: El número de intervenciones ambulatorias entre 2018 y 2022 en el hospital clínico universitario de Santiago de Compostela fueron 40281, no teniendo en cuenta las realizadas en hospitales concertados, que ayudan a reducir la carga asistencial y la lista de espera de la sanidad pública. De 11 subgrupos analizados, las tres especialidades que realizaron más CMA: OFT 18568 (46,1 %), TRA 5034 (12,5 %) y CGD 3519 (9 %). El año con menor número de intervenciones 2020 (pandemia SARS-CoV-2) con 6535 (16,2 %). En 2018, 7685 intervenciones (19,1 %). En 2019, 8470 intervenciones (21 %). En 2021, 7479 intervenciones (18,6 %) y en 2022, 8296 intervenciones (20,6 %). Hay una tendencia hacia la ambulatorización, con cada vez más CMA frente a cirugía con ingreso. Esta predilección se basa en ventajas como reducción de riesgo de infección, menor estancia hospitalaria y menor gasto sanitario a mismas condiciones de calidad y seguridad quirúrgica. Una mayor tasa de ambulatorización dinamiza el funcionamiento de los servicios quirúrgicos, eso se traduce en menor lista de espera a medio/corto plazo. La representación de resultados muestra una meseta que rompe con la línea creciente de ambulatorización coincidiendo con la pandemia SARS-CoV-2. Las especialidades con más caídas de la actividad de CMA durante la pandemia SARS-CoV-22 son aquellas que posteriormente tienen un mayor incremento de demanda quirúrgica y lista de espera en los años posteriores a la pandemia (traumatología, cirugía general, ginecología, otorrinolaringología y oftalmología). Esto se explica por la tendencia a la ambulatorización de la cirugía, y la falta de diagnóstico de patología benigna en consultas externas durante la pandemia SARS-CoV-2. En el subgrupo de cirugía general obtuvimos 3500 intervenciones, que clasificamos por “tipo de prioridad de lista de espera” el 85,9 % de prioridad 3 (3026 casos), el 12,02 % de prioridad 2 (423 casos) y el 1,99 % de prioridad 1 (70 casos). Si estratificamos las intervenciones de cirugía general por la variable “Tiempo medio de lista de espera” y la variable “tipo de prioridad de lista de espera” en la categoría 1, el tiempo medio son 20,3 días, en la categoría 2 son 149,1 días y en la categoría 3, 177,9 días. Añadida la variable tiempo

(en años), se observa una disminución de intervenciones en 2020 de los pacientes con prioridad 3 y se mantiene el tiempo medio de lista de espera. En los años posteriores a la pandemia pese al incremento del número de intervenciones para los pacientes con prioridad 3, el tiempo medio de lista de espera aumenta a 191,8 días de media en 2021 y 189,3 días en 2022 en prioridad 3. Esto es un mayor tiempo de lista de espera pese a una mayor número de intervenciones anuales que se traduce en mayor carga asistencial.

Palabras clave: CMA, lista de espera, ambulatorización, SARS-CoV-2.

P-086 RESULTADOS PRELIMINARES DE LA CIRUGÍA DE LA NEOPLASIA TIROIDEA EN RÉGIMEN DE CMA

D. López Cano, X. Potau Lahoz, J. de la Cruz Verdun, I. Borisova Mitkova, A. Bernabeu García, A. Benavides Dos Santos, A. Prenafeta I Parrado, L. A. Hidalgo Grau
Hospital de Mataró, Barcelona

Objetivos: La ambulatorización de la cirugía tiroidea en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) todavía es escasa. Es evidente que para ambulatorizar este procedimiento debe conseguirse mantener la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes. Dados nuestros buenos resultados con tiroidectomías por patología benigna, hemos incluido en nuestra cartera de servicios las tiroidectomías totales sin/con vaciamiento ganglionar en los carcinomas diferenciados de tiroides (CDT).

Nuestro objetivo fue evaluar los resultados obtenidos en nuestra unidad de CMA en la cirugía de resección tiroidea por patología maligna.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo entre los años 2020-2022, analizando todos los pacientes intervenidos de CDT en nuestro centro. Consideramos el índice de sustitución (IS), la edad, género, diagnóstico, tipo de intervención, complicaciones, reintervenciones e ingresos. Todos los procedimientos han sido llevados a cabo por los cirujanos de la Unidad de Cirugía Endocrina del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Resultados: Del total de 16 pacientes con CDT propuestos para intervención, fueron intervenidos en régimen de CMA un total de 7 pacientes. El IS se mantuvo alrededor del 33-50 % dependiendo del año.

El 81 % (13) de los pacientes fueron mujeres y 19 % (3) hombres. En cuanto a los diagnósticos definitivos por anatomía

patológica, la mayoría, un total de 15, se diagnosticaron de carcinoma papilar (93,75 %), 1 caso de folicular (6,25 %).

No se realizó ninguna reintervención por complicaciones. El índice de ingresos ha sido del 56,2 %, 9 casos. Entre las causas destacan: la decisión del cirujano/a (4) y el hecho de no cumplir criterios de CMA (3). Hubo un reingreso por edema de tejidos blandos que se resolvió con tratamiento conservador con corticoterapia.

En cuanto a las hipocalcémias postquirúrgicas, hubo 4 casos de hipocalcemia leve que se resolvieron con tratamiento vía oral. De estos pacientes, uno ya iba con tratamiento farmacológico al alta y otro fue una hipocalcemia transitoria. De los 4 casos, en 3 de ellos se encontraron restos paratiroideos en la pieza anatomopatológica.

Conclusiones: Es posible realizar cirugía tiroidea por procesos malignos en régimen de CMA, siempre y cuando la lleven a cabo cirujanos con experiencia en cirugía tiroidea. Es importante seleccionar adecuadamente a las pacientes y los procedimientos. Puede incrementarse la complejidad de los mismos de forma progresiva.

Palabras clave: Tiroides, neoplasia de tiroides, CMA.

P-087 LIGADURA DEL TRAYECTO INTERESFINTÉRICO VERSUS APERTURA TRANSANAL DEL ESPACIO INTERESFINTÉRICO EN EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA PERIANAL COMPLEJA CRIPTOGLANDULAR EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. COMPARACIÓN DE RESULTADOS A MEDIO Y LARGO PLAZO

R. Olmo Santiago, F. Hinojosa Ramírez, M. L. Reyes Díaz, M. García Corona, R. Jiménez Rodríguez, J. M. Vázquez Monchul, A. M. García Cabrera, F. de la Portilla de Juan
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: La fístula perianal (FP) constituye una de las patologías más frecuentes en la consulta de coloproctología, de ellas el 30 % son complejas. El tratamiento de la FP compleja constituye un verdadero reto. La búsqueda de una técnica quirúrgica que aporte resultados de curación cercanos al 90 % con mínimas complicaciones y ausencia de la temida incontinencia fecal, ha dado lugar a un amplio arsenal terapéutico, donde destacan, por sus resultados a

corto plazo, dos técnicas mínimamente invasivas: ligadura del trayecto interesfintérico (LIFT) y apertura transanal del espacio interesfintérico (TROPIS). Gracias al auge de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en el campo de la proctología cada vez son más las FP complejas que se operan en régimen CMA.

El objetivo del presente trabajo ha sido comparar la eficacia y factibilidad del LIFT vs. TROPIS en el tratamiento de la FP compleja en régimen CMA.

Métodos: Estudio descriptivo, analítico y comparativo de las técnicas quirúrgicas LIFT y TROPIS realizados desde 2013 a 2022 en régimen CMA.

Se han analizado y comparado los resultados a los 6 meses y al año.

Para el análisis inferencial de las variables cualitativas se utilizó la prueba de χ^2 /Fisher, y la prueba T-Student /U-Mann Whitney para las variables cuantitativas en función de la distribución normal.

Resultados: Se han analizado 53 pacientes desde mayo de 2013, 19 intervenidos mediante TROPIS y 53 mediante LIFT. Los grupos son comparables sin presentar diferencias significativas en cuanto a sexo (TROPIS 84,2 % varones vs. LIFT 41,2 %), edad (55,2 vs. 48,18 años) e IMC (29,39 vs. 29,07 kg/m²).

TROPIS: el 78,9 % de los casos presentaban fístula recidivada re-intervenida en varias ocasiones con un tiempo de evolución de 48,00 ± 39,38 meses. El 26,3 % de los casos presentaba incontinencia leve antes de la intervención. Todos los casos fueron diagnosticados mediante ecografía endoanal 3D (EE3D). Se clasificaron según Parks en 2 fístulas transesfinterianas (FTE) medio-baja, 16 FTE alta con prolongación posterior/hemiherradura y 1 fístula supraelevadora (FSE). Todas las intervenciones fueron realizadas en régimen ambulatorio. El tiempo medio de la cirugía fue de 31,7 minutos. No hubo incidencias intraoperatorias.

LIFT: el 88,2 % eran fístulas que habían presentado intervenciones previas, con un tiempo de evolución medio de 44,85 ± 30,71 meses. El 8,82 % presentaba incontinencia fecal leve antes de la intervención. Todos los casos se diagnosticaron mediante EE3D. Se clasificaron según Parks en 1 fístula interesfintérica, 3 fístulas transesfinterianas (FTE) bajas, 18 FTE medias, 11 FTE altas y 1 fístula supraelevadora. Todas las intervenciones fueron realizadas en régimen ambulatorio. El tiempo medio de cirugía fue de 38,3 minutos. No hubo incidencias intraoperatorias.

Se han comparado las tasas de curación y de incontinencia a los 6 meses y a los 12 meses entre el TROPIS y el LIFT. A los 6 meses se presentó una curación del 53,8 % en el TROPIS vs. 50 % en el LIFT, no siendo una diferencia significativa. Al año, una curación total del 63,2 % (TROPIS) vs. 55,8 %, no siendo significativa. No existen diferencias en las tasas de incontinencia entre ambas técnicas.

Conclusiones: Se puede concluir que ambas técnicas son factibles en régimen CMA, sin diferencias en cuanto a incontinencia y curación a los 6 y 12 meses.

Palabras clave: Fístula perianal compleja, TROPIS, LIFT, curación, incontinencia.

P-088 IMPLEMENTACIÓN DE LA REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA INGUINAL EN UN HOSPITAL LOCAL. 2 AÑOS DE EXPERIENCIA Y DESAFÍOS. INFLUENCIA EN LA CMA

M. V. Alonso Avilez, J. Ye Zhou, M. Toapanta, J. M. Puigcercós, M. A. Morales, B. Gonzalo, I. Lupu
Hospital Dos de Maig, Barcelona

Objetivos: Presentar nuestra experiencia 2 años después de la realización de la hernioplastia inguinal laparoscópica en nuestro hospital local y resaltar los desafíos que enfrentamos, así como la influencia en la Cirugía Menor Ambulatoria.

Métodos: Nuestro hospital atiende un alto volumen de cirugía de pared abdominal y cuenta con más de 20 años de experiencia en cirugía ambulatoria. Se implementó una vía clínica multidisciplinar. Se establecieron estrictos criterios de selección y se realizaron sesiones de pelvitruiner.

Desde enero de 2021 hasta diciembre de 2022 se realizaron 196 reparaciones laparoscópicas: 167 transabdominales preperitoneales (TAPP), 29 totalmente extraperitoneales (TEP). El principal desafío fue la curva de aprendizaje. Se capacitaron 5 cirujanos con experiencia en cirugía laparoscópica.

Resultados: La duración de la hernioplastia laparoscópica, la necesidad de relajación profunda y el aumento de la absorción de dióxido de carbono fueron las mayores preocupaciones del equipo de Anestesia. El coste de los nuevos materiales se podía costear, aunque se utilizaron diferentes suturas y tipos de dispositivos de fijación de mallas hasta

conseguir el no invasivo. Los resultados quirúrgicos fueron buenos, con pocas complicaciones menores. Además, se pudo mantener la tasa de pacientes ambulatorios, pero se incrementó el tiempo promedio en lista de espera para abordaje laparoscópico.

El 90 % de los pacientes fueron CMA. Solo 15 pacientes se programaron con ingreso, que fueron dados de alta al día siguiente. No hubo ninguna conversión de CMA a ingreso por complicaciones quirúrgicas o anestésicas.

Conclusión: La implementación de un programa de hernioplastia laparoscópica es factible y segura, pero enfrenta muchos desafíos, especialmente debido a la larga curva de aprendizaje. La implementación de esta técnica no afecta los índices de CMA.

Palabras clave: Hernia inguinal, laparoscopia, CMA.

P-089 HACIA LA AMBULATORIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL DE II NIVEL

M. Toapanta Valencia, M. V. Alonso Avilez, J. M. Puigcercós, I. Lupu
Hospital Dos de Maig. Barcelona

Objetivos: Analizar el incremento que ha tenido de la actividad de la CMA, en un hospital de 2do nivel.

Métodos: Realizamos el análisis de la actividad quirúrgica efectuada en el Hospital Dos de Mayo de Barcelona en el periodo de 1 de enero al 31 de diciembre de 2022, evaluamos el incremento de la CMA.

Resultados: En 2022 se han intervenido un total de 2250 pacientes:

1941 (91 %) corresponden al régimen de CMA y 209 (9 %) intervenciones, se operaron en de forma urgente o con hospitalización.

La patología proctológica suma un total de 309 intervenciones de las cuales 294 (95 %) intervenciones se efectuaron en régimen de CMA, solo el 15 casos (5 %) fueron intervenciones urgentes u hospitalización.

En cuanto a la patología de pared la incorporación de las técnicas de abordaje laparoscópico no ha supuesto cambio

en la tendencia a la hora de mantener los porcentajes previstos para la CMA en el 2022. La cirugía de pared con técnica abierta sigue siendo nuestro referente, se intervinieron un total de 559 hernias, en régimen de CMA 467 (83,5 %) intervenciones, 363 por técnica abierta y 104 por abordaje laparoscópico, 92 (16,5 %) intervenciones, corresponden a cirugía urgente o en régimen de hospitalización 79 cirugías abiertas y 13 por abordaje laparoscópico.

La colecistectomía en su totalidad se ha efectuado por vía laparoscópica un total de 143 intervenciones de las cuales 70 fueron en régimen de CMA y 73 casos hospitalizados. La inclusión de la colecistectomía al régimen de CMA ha supuesto un cambio significativo en el manejo de esta patología. En 2022 no se registró ningún caso de colecistectomía abierta.

Conclusiones: La protocolización de los procedimientos quirúrgicos.

La incorporación de procesos anestésicos Híbridos (Anestesia general endovenosa + Anestesia local).

La amplia experiencia en los circuitos de CMA, nos han permitido llegar a la eficacia, viabilidad y eficiencia, factores que son indispensables para garantizar una CMA óptima.

Palabras clave: CMA, proctología, hernia.

P-090 ESTUDIO COMPARATIVO DE LA HERNIOPLASTIA INGUINAL. ¿LICHTENSTEIN O LAPAROSCOPIA?

M. Montes Osuna, A. Sánchez Arco, F. M. Carbajo Barbosa, M. Arteaga Ledesma, M. Domínguez Bastante
Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Conocer las diferencias entre la reparación de la hernia inguinal por vía anterior frente a la laparoscopia en una unidad de pared abdominal.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestro centro desde marzo de 2019 hasta enero de 2023.

Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), riesgo anestésico (ASA), aspectos preoperatorios (tiempo de lista de espera quirúrgica [LEQ], régimen [CMA o ingreso], lugar de intervención [UCAR

u Hospital], patología), aspectos intraoperatorios (tipo de hernia, tiempos quirúrgicos, profilaxis antibiótica), aspectos postoperatorios (duración ingreso, urgencias 30 días, revisión consulta, tasa de recidiva, complicaciones, exitus...). Para el análisis comparativo de ambas técnicas se crearon dos grupos: Lichtenstein (GL) y TEP (GT).

Se empleó el programa PSPP para el registro y análisis de datos, considerando significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados: Durante el periodo del estudio se intervinieron un total de 619 pacientes, si bien fueron excluidos 35 (5,65 %) por técnicas diferentes o por conversión de la laparoscopia. Con una edad media de 58,53 años (rango 17-90), predominio del sexo masculino 87,2 % (n = 509), con 26,05 kg/m² (DS ± 3,832) (rango 16,61-40,79), el grado ASA por orden de frecuencia fue: II 245 (42,1 %), I 201 (34,5 %), III 122 (21 %), IV 13 (2,2 %). La edad media del GL fue de 68,26 años (DS ± 13,567 vs.) 51,65 años (DS ± 12,758) del GT, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Igualmente encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en el IMC siendo de 25,18 kg/m² (DS ± 3,219) en el GT frente al 27,23 kg/m² (DS ± 4,274) del GL. No hubo diferencias en el tiempo de espera para la intervención, situándose en el GL en 205,41 (DS ± 119,724) frente al GT con 204,77 días (DS ± 98,519) ($p = 0,944$). El riesgo anestésico ASA si mostró diferencias estadísticamente significativas, así en el GT el 97,1 % de los pacientes (n = 332) eran ASA ≤ II en el GL 89,6 % (n = 215) eran ASA ≥ II ($p < 0,001$).

Los pacientes del GT se intervinieron principalmente en la UCAR (77,5 %, n = 265) mientras que el GL lo hizo en el Hospital (62,8 %, n = 152). Además, el 76,3 % de los pacientes del GT (n = 261) fueron intervenidos en régimen de CMA, mientras que en el GL solo lo hizo el 57,4 % (n = 139), siendo ambas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). El motivo de la intervención en ambos grupos fue hernia inguinal unilateral con un 73 % en ambos grupos, seguido de la hernia inguinal bilateral 16,5 al 20,2 %.

En el 56,1 % (n = 133) de los pacientes del GL, recibieron profilaxis antibiótica vs. el 18,3 % del GL (n = 62), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). El tiempo quirúrgico fue superior en el GT con una media de 54,21 (DS ± 21,912) frente a GL con 46,67 días (DS ± 22,714) siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,023$).

Mientras que el 59,8 % de los pacientes del GL fueron ingresados (n = 144) solo el 35,7 % (n = 122) lo hicieron en el GT siendo las diferencias estadísticamente significativas

($p = 0,001$). Duración media del ingreso en días para el GT fue de 0,4 (DS ± 0,603) frente al 0,97 (DS ± 2,997) del GL siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,001$).

El dolor según la escala EVA en el postoperatorio inmediato fue de 3,38 (DS ± 3,044) en el GT frente al 3,38 (DS ± 2,714) del GL, estos valores descendieron hasta 0,88 (DS ± 1,917) en el GT frente al 0,74 (DS ± 1,721) del GL, no siendo ninguna de estas dos diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,993$ y $p = 0,633$ respectivamente).

No se produjeron exitus en los pacientes del GT, mientras que el 2,5 % (n = 6) del GL si se produjo el fatal desenlace, si bien en ningún caso estuvo relacionado con la cirugía o durante el ingreso por la misma. Sin embargo, el 20,7 % (n = 50) de los pacientes del GL acudieron a urgencias en los 30 primeros días por tan solo el 12,9 % (n = 44) del GT siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,012$).

Por el contrario, solo se detectaron 3 recidivas en el GL (1,3 %) frente al 3,1 % (n = 11) del GT, no siendo estas diferencias estadísticamente significativas (0,079). El 70,8 % de los pacientes del GL fueron dados de alta en la primera revisión en consulta por tan solo el 62,2 % del GT, así como una menor necesidad de seguimiento en consulta, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,001$).

Conclusión: La cirugía laparoscópica de la hernia inguinal en nuestra serie disminuye la estancia hospitalaria, menor necesidad de profilaxis antibiótica, menor pernocta en el centro y una menor asistencia a urgencia, de forma significativa. Sin embargo, asocia un mayor tiempo quirúrgico, una mayor tasa de recurrencias, y un mayor seguimiento en consulta de forma significativa. No hubo diferencias entre grupos en cuanto a dolor postoperatorio.

Palabras clave: hernioplastia, inguinal, TEP, Lichtenstein.

P-091 CRIOTERAPIA COMO ALTERNATIVA A LA AMIGDALECTOMÍA CONVENCIONAL: NUESTRA EXPERIENCIA

A. M. Aracil Orduña, M. González Vilchez, M. A. Fernández Andrade, S. Vidal Castillo, J. Flores Trujillo, J. R. Ruiz Fito, F. Pérez Fernández, F. Esteban Ortega
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: La crioterapia consiste en la destrucción intencionada de tejido mediante la aplicación de frío extremo.

Las bajas temperaturas producen la inactivación funcional de los nervios periféricos, produciendo analgesia e incluso anestesia de la zona. Es una técnica con diferentes aplicaciones aún poco desarrollada en el área de la otorrinolaringología. Dada la alta frecuencia de realización de amigdalectomías en nuestra práctica clínica diaria y el doloroso postoperatorio, se plantea la introducción de este método para la realización de las mismas.

Métodos: Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de patología amigdalina con crioterapia, la cual posee indicaciones similares a la amigdalectomía convencional y se realiza bajo anestesia tópica, con pulverización de lidocaína al 2 %. La técnica consiste en la aplicación de frío extremo con diferentes sondas en las criptas y polos superior e inferior. Se incide durante unos 15-30 segundos según la localización, actuando en cada zona en dos ocasiones. Gracias a la ausencia de anestesia general, el paciente es dado de alta de manera precoz y sin las complicaciones que esta conlleva. Nuestros resultados concuerdan con la literatura en la reducción del dolor postquirúrgico sin haberse establecido un aumento de otro tipo de complicaciones.

Conclusiones: A pesar de los avances en las técnicas quirúrgicas, el dolor postoperatorio de amigdalectomía conlleva no solo malestar del paciente sino también disfagia y descenso de la ingesta, deshidratación y pérdida de peso, así como prolongación del ingreso y de la baja laboral. La crioterapia, con una curva de aprendizaje rápida y mínimos riesgos quirúrgicos, genera una crianalgesia cuya intensidad depende de la temperatura que se alcance, el tiempo de aplicación y la vascularización de la zona principalmente. En la revisión de la literatura, la realización de técnicas de crioterapia en otras localizaciones establece diferencias estadísticamente significativas en reducción del dolor, medidas con escalas tipo EVA, en comparación con un grupo control. Adicionalmente se reduce el consumo de analgesia general y sus complicaciones y aumenta la velocidad de recuperación.

La crioterapia es una alternativa a la amigdalectomía convencional que presenta resultados prometedores debido principalmente a la reducción media del dolor postquirúrgico sin experimentar un aumento de complicaciones, por lo que se debe considerar su aplicación en casos indicados dado sus amplios beneficios.

Palabras clave: Crioterapia, crianalgesia, amigdalectomía.

P-092 EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA INGUINAL EN NUESTRA UNIDAD DE PARED

M. Montes Osuna, M. Domínguez Bastante, P. Díaz Ríos, A. Sánchez Arco, J. D. Turiño Luque
Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Conocer los resultados de la introducción de la cirugía laparoscópica de la hernia inguinal en nuestra unidad de pared abdominal.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestro centro desde marzo de 2019 hasta enero de 2023.

Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), riesgo anestésico (ASA), aspecto preoperatorios (tiempo lista de espera quirúrgica [LEQ], régimen [CMA o ingreso], lugar de intervención [UCAR u Hospital], patología), aspectos intraoperatorios (conversión, tipo de hernia, malla empleada, sistema de fijación, técnica, tiempos quirúrgicos, profilaxis antibiótica, infiltración local), aspectos postoperatorios (fecha alta, duración ingreso, urgencias 30 días, revisión consulta, tasa de recidiva, complicaciones, exitus...).

Se empleó el programa PSPP para el registro y análisis de datos, considerando significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados: Durante el periodo del estudio se intervinieron un total de 355 pacientes con una edad media de 51,68 años (rango 17-86), predominio del sexo masculino 83,7 % (n = 297), con 24,97 kg/m² (DS ± 3,149) (rango 16,61-36,33), el grado ASA por orden de frecuencia fue: I 181 (51 %), II 164 (46,2 %), III 9 (2,5 %).

El régimen inicial de manejo de los pacientes fue ambulatorio en 270 casos (76,4 %), interviniéndose en nuestra UCAR mayoritariamente (77,7 %, n = 276). El tiempo medio de espera para la intervención fue de 203,66 días (DS ± 97,977, rango 13-797).

El número de hernias incluidas para intervención desde consulta fueron 444 (derechas 261, izquierdas 183). Hernia inguinal unilateral primaria 71,8 % (n = 255), hernia inguinal bilateral primaria 21,4 % (n = 76), hernia crural primaria 3,9 % (n=14), hernia inguinal unilateral o bilateral recurrente 2,8 % (n = 10). Además 19 pacientes fueron simultáneamente tratados de una hernia de línea media umbilical o epigástrica (5,4 %) y 1 de eventración de trócar laparoscópico.

Todos los procedimientos se realizaron bajo anestesia general, en el 80,3 % (n=285) pacientes se infiltraron los puertos de laparoscopia previo al inicio de la intervención, y se administró profilaxis antibiótica en el 18,5 % (n = 65). El tiempo ocupación de quirófano medio fue de 98,91 minutos (39-245), si bien el tiempo quirúrgico medio fue de 55,42 min (20-145).

Si bien inicialmente desde consulta se programaron 1,23 hernias por paciente, finalmente se intervinieron una media de 1,25 por diagnóstico preoperatorio de hernia contralateral ofertando al paciente su tratamiento en el mismo acto quirúrgico. Solo 1 paciente con diagnóstico de Quiste de Nuck fue intervenida mediante abordaje TAPP, y el resto por vía TEP. La tasa de conversión por paciente fue del 2,82 % (n = 8), pero considerando por procedimiento este descendió al 2,25 %.

El principal material protésico empleado fueron mallas preformadas fundamentalmente Bard3DMax[®] en el 75 % (n = 332), seguida de Dynamesh Endolap Visible[®] en el 20 % (n = 88) y Dextile[®] 1 % (n = 4). En el 79,9 % de las hernias la malla se fijó mediante cianocrilato (Glutack[®]), frente 4,7 % (n = 21) que no fueron fijadas.

La duración media del ingreso en días fue de 0,42 (DS ± 0,647) (rango 0-5), siendo el índice de sustitución del 63,4 % (n = 225) y la tasa de pernocta no planificada del 24,4 % (n = 66).

Solo el 90,7 % de los pacientes solicitaron cita para revisión en consulta (n = 322), de los que el 61,6 % fueron dados de alta en dicha revisión, el 12,3 % (n = 42) se mantuvo seguimiento dentro de la normalidad, mientras que en el 14,1 % (n = 48) el seguimiento fue consecuencia de la presencia de complicaciones. 1 paciente (0,2 %) fue ILEQ por recidiva precoz de la hernia.

Las principales complicaciones detectadas en los pacientes fueron por orden de frecuencia: 32 hematomas, 21 problemas testiculares, 18 dolor, 10 sospecha de recidiva... Tras la segunda revisión en consulta 37 pacientes (51,4 %) fueron dados de alta y 11 casos (13,9 %) ILEQ por recidiva de la hernia inguinal. El dolor postoperatorio fue de 3,47 (DS ± 3,131) frente al 0,95 (DS ± 1,982) de la revisión en consulta, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). La tasa de recidiva global del estudio por paciente fue del 3,1 % (n = 11), si consideramos por procedimiento descendiendo al 2,47 %. El tiempo medio de recidiva se situó en 165,72 días (DS ± 71,845, rango 64-290 días).

El 10,1 % de los pacientes (n = 45) acudieron a urgencias en los 30 primeros días tras la intervención, siendo 41 dados de

alta sin precisar ingreso (91,1 %). Los principales motivos de consulta a urgencias fueron hematoma 29 % (n = 13), dolor 22 % (n = 10), problemas de la herida 16 % (n = 5), problemas en escroto 9 % (n = 4). Tan solo cuatro pacientes ingresaron: 1 por dolor, 1 por hematoma, 1 infección de herida, 1 bultoma.

Conclusión: La cirugía laparoscópica de la hernia inguinal es una técnica segura, si bien su aprendizaje es laborioso, posteriormente sus resultados finales pueden asemejarse al gold estándar que supone la técnica de Lichtenstein. En nuestra serie el índice de sustitución es aceptable, pero la tasa de pernocta no planificada es elevada.

Palabras clave: Hernioplastia, inguinal, TEP.

P-093 MANEJO DE LA HERNIA SIMPLE DE LA LÍNEA MEDIA EN RÉGIMEN DE CMA

M. Arteaga Ledesma, F. M. Carbajo Barbosa, C. Acosta Gallardo, A. Vilchez Rabelo, I. Roldán Ortiz, A. Astruc Hoffmann, A. Mansilla Roselló

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Conocer los resultados del tratamiento de la hernia de línea media primaria en los últimos 4 años de nuestra unidad de pared.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos desde marzo de 2019 hasta enero de 2023 con diagnóstico de hernia primaria de la línea media, incluyéndose las hernias de trócar al comportarse generalmente de forma similar a las hernias primarias.

Se recogieron datos epidemiológicos (edad, sexo, IMC, ASA), así como los relacionados con el periodo perioperatorio (fecha ILEQ, régimen de intervención, centro de realización), aspectos intraoperatorios (tiempo quirúrgico, prótesis, técnica quirúrgica), y postoperatorios (fecha de alta, asistencia a urgencias, complicaciones, revisión en consulta, recidiva). Para ello se empleó el programa PSPP tanto para el registro como el análisis de datos, estableciéndose el valor de significación $p < 0,05$.

Resultados: Durante el periodo de estudio se intervinieron un total de 183 pacientes, la edad media de la muestra fue de 57,68 años (DS ± 14,219, rango 25-91) con IMC medio de 28,74 kg/m² (DS ± 4,744, rango 20,01-43,36), siendo el valor medio del riesgo anestésico ASA de 2,65 (DS ± 0,819). Predominó el sexo masculino en el 66,1 % (n = 121).

El 60,7 % de los pacientes (n = 111) fueron intervenidos en la UCAR, frente al 37,2 % (n = 68) hospitalarios. Fueron intervenidos en régimen de mañana o tarde de forma similar (94/89). El régimen de intervención fue mayoritariamente ambulatorio 67,2 % (n = 123). Predominaron las hernias umbilicales o epigástricas en 153 pacientes, seguidas de eventración de trócar 25, Spiegel 12. Además 49 pacientes presentaban además una hernia de la región inguinal tratada de forma simultánea. Fueron mayoritariamente intervenidos bajo anestesia general 52,3 % (n = 90) seguido de local y sedación 26,2 % (n = 45) y en tercer lugar anestesia intradural 15,7 % (n = 10). El 35,5 % de los pacientes recibieron profilaxis antibiótica (n = 65). Por su localización las hernias más frecuentes fueron las M3 78,6 % (n = 92), seguidas de las M2 19,7 % (n = 23). El 94,9 % de las hernias eran primarias (n = 148). La malla mayoritariamente empleada fue la Ventralex 89,4 % (n = 135) ubicándose en el espacio preperitoneal en el 91,7 % de los pacientes (n = 133).

Las principales complicaciones tras la intervención fueron el hematoma 30,6 % (n = 12), seroma 25,6 % (n = 10), ISQ 15,4 % (n = 6). Se detectaron 7 recidivas (3,8 %) que se diagnosticó de media a los 221 días (DS ± 166,392, rango 34-438).

La duración media del ingreso en días fue de 0,93 DS±3,132, rango 0-6). La tasa de pernocta no planificada se situó en el 26 % (n = 32), siendo el índice de sustitución del 58,1 % (n = 104). Por orden de frecuencia la principal causa de ingreso fue intervenir en régimen de tarde 16,7 % (n = 5), dolor 13,3 % (n = 4), pendiente de tolerancia o negativa del paciente 6,7 % (n = 2) en ambos casos.

Conclusión: El manejo de la hernia primaria de línea media puede ser manejada en régimen ambulatorio si bien en nuestro caso las tasas de pernocta no planificada son demasiado elevadas, siendo necesario establecer unos criterios de selección más exhaustivos que permitan mejorar los resultados.

Palabras clave: Hernia de línea media, CMA, ambulatorización.

P-094 USO DE ANALGESIA INTRAVENOSA MEDIANTE ELASTÓMERO PARA EL POSTOPERATORIO DE AMIGDALECTOMÍA. NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE EL AÑO 2022

M. Fernández Andrade, M. González Vílchez, J. C. Ariza Lizcano, A. A. Aracil Orduña, D. R. Calderón

Correa, C. Torres Martínez, F. Pérez Fernández, F. Esteban Ortega

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La analgesia intravenosa (IV) mediante elastómero, consiste en un dispositivo de infusión continua de una solución con diferentes fármacos para el control del dolor. Permite la administración de 2 ml al día durante 2 días.

Por otra parte, la amigdalectomía es una de las intervenciones más comunes en la Otorrinolaringología. Además, se mantiene como una de las cirugías con mayor dolor postoperatorio. Aunque a través de publicaciones y guías de práctica clínica se han propuesto diversos métodos para manejarlo, este problema aún no tiene respuesta satisfactoria.

En otro punto, uno de los criterios para la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es poder controlar el dolor postoperatorio. También, se sabe que la analgesia (IV) tiene ventajas sobre la analgesia oral. Es por esto, que en algunos de nuestros pacientes operados de amigdalectomía en régimen de CMA, se ha usado analgesia IV mediante elastómero para el control del dolor postoperatorio durante las primeras 48 horas.

Es importante destacar que el uso de este dispositivo es de preferencia de algunos anestesiólogos y, por lo tanto, solo es un método de administración y no constituye una intervención diferente como tal.

Métodos: Materiales y métodos: enfermería de nuestro centro realiza una llamada telefónica con un cuestionario estándar para valorar el dolor y náuseas postoperatorias y otras variables de interés.

Hemos realizado una base de datos con estas variables para realizar un estudio retrospectivo descriptivo con los resultados de nuestra búsqueda.

Resultados: Hemos encontrado 70 cuestionarios de pacientes postoperados de amígdalas entre los meses de enero y diciembre de 2022. En 15 de estos pacientes se ha utilizado la analgesia IV con menor promedio en la Escala Visual Analógica para el dolor.

Conclusiones: Nos parece que el uso de analgesia intravenosa mediante elastómero presenta ventajas sobre el uso tradicional de analgesia oral ya que evita la deglución y disminuiría el dolor durante las primeras 48 horas. Además, presenta pocas desventajas como el tener que acudir a su centro de salud para retirárselo y con un bajo riesgo de complicaciones.

Palabras clave: Analgesia, elastómero, amigdalectomía.

P-095 RESULTADOS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN CORTA ESTANCIA. ¿QUÉ NOS FALTA PARA DAR EL SALTO A LA CMA?

C. Acosta, M. Arteaga Ledesma, J. Turiño, F. Carbajo, M. Domínguez Bastante, A. Mansilla Roselló
Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Analizar los resultados obtenidos en el procedimiento colecistectomía laparoscópica en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes intervenidos en el servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo durante dos años por Unidad de Hepatobiliar. Se han estudiado variables epidemiológicas (edad, sexo, IMC, ASA), aspectos perioperatorios (régimen, centro, indicación colecistectomía), aspectos intraoperatorios (fecha ingreso, alta, causa PNP,) y posoperatorios (revisión consulta, asistencia urgencias, reintervención, exitus). Para el análisis y procesamiento estadístico se utilizó el programa PSPP.

Resultados: Durante el periodo de estudio se intervinieron un total de 235 pacientes de forma programada. El 92,8 % (n = 218) se intervino en régimen de hospitalización, por tan solo el 7,2 % (n = 17) en régimen ambulatorio. Las intervenciones se llevaron a cabo principalmente en el hospital 68,9 % (n = 162) y solo 73 pacientes en la Unidad de Cirugía de Alta Resolución (31,1 %).

La edad media de los pacientes fue de 60,49 años (rango 20-90), predominando el sexo femenino con el 66 % (n = 155). La principal indicación para la colecistectomía fue el cólico biliar simple (54,7 %, n = 128), seguido de la pancreatitis biliar 26,9 % (n = 63) y coledocolitiasis (10,3 %, n = 24). Al grado ASA predominante fue el II 48,1 % (n = 111). El 1,3 % de los procedimientos (n = 3) no se pudo realizar por laparoscopia, y en el 4,7 % (n = 11) fue necesario reconvertir la laparoscopia.

El diagnóstico de visu más frecuente durante la intervención fue de colelitiasis 75,6 % (n = 177), seguido de la colecistitis crónica 7,7 % (n = 18).

De los pacientes intervenidos en la UCAR (n = 73) la totalidad de los mismos fueron ingresados, mientras que de los intervenidos en el hospital (n = 162) el 2,5 % (n = 4) fueron dados de alta en el mismo día de la intervención. De los 17 pacientes programados para régimen de CMA solo 3 fueron alta en el día de la cirugía (17,6 %). El índice de sustitución para la colelitiasis se situó en el 1,7 % (n = 4).

El 10,3 % de los pacientes (n = 24) acudieron a urgencias en los primeros 30 días tras la intervención, estando el motivo relacionado con la cirugía en el 62,5 % (n = 15), precisando de reingreso el 2,6 % del total (n = 6).

Al comparar los pacientes intervenidos en la UCAR la edad media fue significativamente inferior a los intervenidos en el hospital 52,45 vs. 64,12 años ($p < 0,001$) y la duración media del ingreso en días también fue inferior significativamente 1,1 vs. 2,48 días ($p = 0,041$). La tasa de asistencia a urgencias en los primeros 30 días fue superior en los pacientes intervenidos en la UCAR 12,3 % (n = 9) vs. 9,3 % (n = 15) no siendo las diferencias significativas ($p = 0,482$).

La necesidad de reingreso tampoco fue significativa 2,7 % (n = 2) UCAR vs. 2,5 % (n = 4) Hospital ($p = 0,608$).

De los pacientes programados en régimen de CMA en ninguno de ellos se reflejó un motivo que justificase el ingreso y en los intervenidos en la UCAR en 2 casos (2,7 %) se consideró una cirugía compleja. En ningún caso precisó de drenaje.

Conclusiones: Aunque la colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio se considera el gold estándar en el manejo de la citada patología, la ausencia de “tradicional” de dicho régimen en nuestro centro impide llevar a cabo el alta en el mismo día de la intervención salvo en contadas ocasiones, habiéndose demostrado un procedimiento seguro.

Palabras clave: colecistectomía, CMA.

P-096 AMBULATORIZACIÓN DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ELECTIVA. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO

I. Borisova, M. M. Anes Galán, M. Vila Tura, J. de la Cruz Verdún, S. López Gordo, A. Benavides Dos Santo, L. A. Hidalgo Grau
Hospital de Mataró, Barcelona

Objetivos: La colecistectomía laparoscópica electiva es uno de procedimientos quirúrgicos más frecuentes y su realización en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) supone una mejora para la gestión de los recursos sanitarios. Su éxito reside en la correcta selección de los pacientes y su adecuada implementación se monitoriza a través de indicadores de calidad.

Objetivos:

- Analizar las características de los pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica en el ámbito de la CMA en comparación con el régimen de hospitalización (HC).
- Evaluar los resultados en términos de indicadores de calidad CMA e identificar factores de riesgo de fracaso de la ambulatorización.

Métodos: Se realiza estudio retrospectivo de los 722 pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica electiva desde enero de 2019 hasta diciembre de 2022 en nuestro centro. Se subdividen en dos subgrupos según la modalidad del procedimiento: CMA (386 pacientes reales y 79 fallidos) y HC (257 pacientes). Se realiza comparación entre el subgrupo de pacientes reales de CMA con los planificados como hospitalizados en base a datos demográficos, clasificación de la American Society of Anesthesiologist (ASA), antecedentes biliopancreáticos previos, intervenciones supramesocólicas previas, engrosamiento de la pared vesicular en prueba de imagen, tiempo de acogida en quirófano, duración de la intervención, tiempo de recuperación en la sala de reanimación. En el seguimiento postoperatorio se registran las complicaciones a los 30 días según la clasificación de Clavien-Dindo, número de visitas no programadas, reingresos y/o reintervenciones por motivos relacionados con el proceso. En el subgrupo de CMA se analizan los indicadores de calidad según subprocesos: selección y programación, acogida, intervención, recuperación y alta.

Conclusiones: Los pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica electiva en el ámbito de la CMA representan un 58,6 % del total. Del análisis comparativo entre el grupo de los pacientes hospitalizados y los realizados CMA se identifican como posibles factores de riesgo de fallo de la ambulatorización la edad de > 60 años, IMC de > 29, paciente clasificado como ASA-III, antecedente de patología biliopancreática previa, aunque no la realización de CPRE, la cirugía supramesocólica previa, engrosamiento de la pared vesicular y el tiempo quirúrgico medio superior a 73 minutos. Destaca además con diferencia significativa el aumento del número de complicaciones postoperatorias y reingresos en el grupo de los hospitalizados. Nuestra unidad mantiene indicadores de calidad según los valores establecidos como el tiempo de acogida < 120 min con tiempo medio de 91 min y necesidad de reintervenciones de 0,25 %. El índice de sustitución ha aumentado en los últimos dos años, hasta un valor máximo de 64,4 en el año 2021 a diferencia de 2019 que fue de 43,5, el último año con funcionalidad dentro de la normal previa a la pandemia COVID.

En conclusión, la colecistectomía laparoscópica es un procedimiento tan seguro realizado en régimen de CMA como de hospitalización. La edad, IMC, la clasificación ASA, el antecedente de patología biliar o cirugías previas son posibles factores de riesgo para el fallo de la ambulatorización. El índice de sustitución ha aumentado en los últimos años por mejora en la selección de los pacientes.

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica, CMA, indicadores de calidad.

P-097 REPARACIÓN HERNIARIA MÚLTIPLE Y COLECISTECTOMÍA SINCRÓNICAS MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN RÉGIMEN DE CMA

C. Sánchez González, F. Ramos Muñoz, J. Rivas Becerra
Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es un modelo de asistencia quirúrgica que permite intervenciones de forma segura y eficiente sin necesidad de ingreso hospitalario. El abordaje laparoscópico de la pared abdominal es cada vez más frecuente, y se asocia a una serie de ventajas, como una mínima morbilidad, un periodo de convalecencia más corto y bajas tasas de recurrencia, lo que lo convierten hoy día en una parte integral de la CMA.

Métodos: Presentamos el caso clínico de una paciente de 66 años sin alergias medicamentosas conocidas, con hipertensión y sin cirugías previas, que fue intervenida en el mismo acto de colecistectomía laparoscópica y reparación de hernias de Spiegel izquierda, inguinal y crural izquierdas, y hernia umbilical mediante abordaje laparoscópico transabdominal preperitoneal (TAPP).

La paciente, estudiada inicialmente por cólicos biliares presentaba además sensación de masa y dolor en fosa ilíaca izquierda. Tras estudio analítico, ECO de abdomen y TC de abdomen, se evidenciaron además de colelitiasis, una hernia de Spiegel izquierda, una hernia umbilical y una hernia crural izquierda. Dado que cumplía criterios de CMA de nuestra Unidad de Pared y era factible realizar una reparación integral conjunta de las hernias de pared y la colecistectomía.

Resultados: La paciente fue intervenida en posición americana bajo anestesia general. Se utilizaron dos trócares de 5 mm en flanco derecho, uno de 11 mm en epigastrio, y se realizó neumoperitoneo a través mediante colocación de

trócar de Hasson tras umbilical para reparación de pequeña hernia umbilical de contenido graso. Se realizó visión crítica de Strasberg para colecistectomía según técnica habitual y posteriormente se realizó abordaje TAPP para reparación de pared. Comenzamos con una sección de peritoneo a 5 cm de orificio herniario de Spiegel, disecando un extenso flap peritoneal para localización de anillos herniarios. La hernia de Spiegel presentaba un diámetro de 4 cm con contenido graso, y tras reducción del mismo se procedió al cierre muscular con sutura continua barbada STRATAFIX™ Spiral & Spiral Plus (Ethicon) del 0. Posteriormente se disecó el espacio de Bogros y Retzius izquierdo para disección y reducción de hernia crural y una hernia inguinal indirecta evidenciada intraoperatoriamente según técnica TAPP habitual. Tras medición de defectos y colgajo peritoneal, se colocó una malla autoadhesiva de poliéster y ácido poliláctico reabsorbible ProGrip™ (Medtronic) de 20 x 15 x 15 cm cubriendo ampliamente todos los defectos descritos hasta pubis a nivel preperitoneal retromuscular. Finalmente se realizó el cierre de flap peritoneal con V-Loc™ 3-0. El sangrado operatorio fue de 10 cc y el tiempo quirúrgico de 180 min. La paciente fue dada de alta en el mismo día en régimen de CMA con buen control del dolor y sin incidencias. Durante la revisión postoperatoria no presentó complicaciones.

Conclusiones: La CMA es un sistema de gestión que permite la realización de cirugías seguras y con resultados similares a los procesos con hospitalización sin necesidad de pernocta hospitalaria. Se estima que hasta el 70-75 % de los mismos susceptibles de ambulatorización. Esta creciente aceptación se sustenta en las múltiples ventajas de la CMA como una recuperación más rápida, menor dolor, menor morbilidad y tasa de infección, menor estancia y menor coste económico en comparación con la hospitalización. Las ventajas de la laparoscopia, con una menor agresión quirúrgica, menor convalecencia y mejores resultados cosméticos con similares resultados en términos de eficacia, hacen de esta combinación sea ideal para nuestros pacientes.

Palabras clave: CMA, hernia de Spiegel, cirugía combinada.

P-098 EXPERIENCIA DE NUESTRA UNIDAD DE CMA (AGS SUR DE SEVILLA) EN EL USO DE TÉCNICAS CONSERVADORAS DE ESFÍNTER EN EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA PERIANAL COMPLEJA

L. Berlanga Jiménez, A. Gallego Vela, V. Briceño Agüero, J.P. Roldán Aviña, L. Gómez Bujedo
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: Clasificaremos las fístulas anocutáneas en dos grupos: simples y complejas.

- Simples: no afectan al aparato esfinteriano, o lo hacen en poca cuantía.
- Complejas: aquellas que afectan a > 30 % del esfínter anal externo, supraesfintéricas, extraesfintéricas, mujeres con fístulas anteriores, múltiples trayectos, recidivantes, asociadas a enfermedades sistémicas o aquellas que presentan cualquier grado de incontinencia.

El tratamiento de las fístulas anocutáneas sigue siendo un desafío terapéutico. El tratamiento ideal y que presenta mayor tasa de curación es la “Fistulotomía”. Sin embargo, ante una fístula compleja, esta técnica ya no puede ser utilizada, dada su asociación frecuente con la incontinencia, al seccionar el aparato esfinteriano.

En la actualidad se está recurriendo a diferentes técnicas conservadoras de esfínteres, dada su baja agresividad y su prácticamente nula tasa de incontinencia. Se trata de procedimientos que reducen el riesgo de lesión de esfínteres, con una escasa morbilidad, y que, por lo tanto, están indicados en pacientes en los que una fistulotomía o fistulectomía, estarían contraindicadas dado el potencial deterioro de la continencia anal.

Además de preservar la continencia, la menor invasividad de estas técnicas, hace que se adapten muy bien al modelo de la Cirugía mayor ambulatoria. Lo que supone una ventaja añadida en el tratamiento de estos pacientes. Se trata de procedimientos menos dolorosos y en general, mejor tolerados que las puestas a plano tradicionales.

Nos planteamos Analizar la experiencia y los resultados de nuestra Unidad de CMA (AGS de Sevilla), en el uso de técnicas ahorradoras de esfínteres en patología perianal Compleja, así como la factibilidad de su realización en régimen ambulatorio o de corta estancia.

Métodos: Se ha seleccionado un total de 44 pacientes intervenidos por Fístula Perianal Compleja, desde enero de 2017 hasta diciembre de 2022 en nuestra Unidad de CMA, mediante técnicas ahorradoras de esfínteres.

Se han incluido datos demográficos de todos los pacientes, hábitos tóxicos, número de cirugías previas, antecedentes relevantes, tipos de fístula, resultados postoperatorios, reingresos y seguimiento a 3 meses desde la intervención quirúrgica.

Hemos clasificado las fístulas según el sistema de Parks.

Los criterios de selección utilizados en cuanto al tipo de fístula para el uso de técnicas ahorradoras de esfínteres, han sido los siguientes: fístula interesfinteriana alta o fístulas transesfinteriana medias o altas, fístulas anteriores en mujeres, las recidivadas, las que se dan en pacientes con incontinencia, o las fístulas en EII de origen no criptoglandular.

Como requisitos generales, las fístulas han debido haber sido previamente tratadas con la colocación de un setón laxo con un mínimo de tiempo de 3 meses antes del procedimiento.

Todos los pacientes han recibido una llamada telefónica a las 48 horas de la intervención para evaluar cualquier incidencia postoperatoria. Se ha realizado un seguimiento posterior de cada paciente de hasta 3 meses.

¿De qué técnicas quirúrgicas ahorradoras de esfínteres disponemos para tratar la fístula perianal en nuestra unidad?:

- Seton: recurso que utilizaremos siempre en la enfermedad perianal compleja, pero de forma transitoria como puente hacia la recuperación u otra intervención.
- Obturadores: pegamentos.
- Flaps de avance.
- Esfínterografía y esfinteroplastia: LIFT, LÁSER (FiLAC).

Resultados: Nuestra experiencia nos dice que constituyen una opción, segura y fácil de reproducir como tratamiento de la fístula perianal compleja, ofreciendo la ventaja de

poder realizarse en régimen mayor ambulatorio, con una escasa morbilidad.

Se presentan como procedimientos seguros, con escasa morbilidad y sin deterioro de la continencia. Nuestros pacientes han presentado una reincorporación precoz a la vida normal, sin necesidad de curas por parte de enfermería, con un postoperatorio menos incapacitante y doloroso.

Conclusión: La introducción de estas técnicas en nuestro arsenal terapéutico, ha supuesto una pequeña revolución en el tratamiento de las fístulas complejas refractarias a otros tratamientos.

Para tratar la fístula perianal compleja, es necesario disponer de una panoplia amplia de tratamientos posibles, que en ocasiones hay que usar de forma secuencial o combinada.

Es difícil sistematizar el uso de una u otra opción técnica, siendo particularmente importante individualizar los tratamientos.

Cabe destacar, que frente a otras técnicas anteriormente utilizadas, su principal problema será la recurrencia, pero a costa de una preservación de la continencia, una fácil aplicabilidad técnica y sin prácticamente dolor postoperatorio.

Palabras clave: Perianal, LIFT, FiLAC.

ENFERMERÍA

P-099 INSTRUMENTO AUDIOVISUAL PARA GESTIONAR LA ANSIEDAD RELACIONADA CON LA CIRUGÍA DE CATARATAS

M. García Anguas

Hospital de la Esperanza. Barcelona

Introducción: La ansiedad preoperatoria se viene estudiando desde hace varios años, ha sido reconocida como un potencial y previsible factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones postquirúrgicas. Identificar los niveles de ansiedad para poder actuar sobre ella y favorecer una atención de calidad, se ha convertido en uno de los objetivos de muchas instituciones sanitarias. Se ha demostrado que el papel de enfermería en el manejo del paciente quirúrgico es cada vez más importante, especialmente durante la valoración pre anestésica, asegurando el bienestar y la calidad asistencial.

Objetivos:

- Identificar la incidencia de la ansiedad prequirúrgica que tienen los pacientes sometidos a cirugía de cataratas.
- Comprobar el impacto que un vídeo explicativo puede tener en el control de dicha ansiedad.

Métodos: Se diseña un estudio descriptivo prospectivo con grupo control y grupo intervención. Permite estudiar el impacto que un instrumento audiovisual tiene en la gestión de la ansiedad ante una cirugía de cataratas.

La población de estudio está comprendida por pacientes mayores de 18 años, sometidos a cirugía de cataratas por primera vez y con un buen conocimiento y comprensión del español.

Resultados: A pesar de que no hay resultados disponibles en este momento dado que el estudio se encuentra en fase de desarrollo, siguiendo la metodología del estudio planteado se pretende disminuir los niveles de ansiedad relacionada con una cirugía de cataratas. Además de ello, se espera que el uso de un vídeo explicativo tenga un impacto positivo en la gestión de la ansiedad y mejore los conocimientos del paciente en relación al proceso perioperatorio.

Conclusiones: La ansiedad previa a una cirugía está relacionada con un déficit de conocimientos sobre el proceso quirúrgico. Por lo tanto, el cuidado emocional del paciente en el preoperatorio es muy útil para afrontar el estrés del acto quirúrgico y obtener mejores resultados. Es de gran importancia proporcionar al paciente una correcta infor-

mación antes de una intervención de cataratas, que permita disminuir los niveles de ansiedad antes y después de la cirugía y mejorar el control del dolor y otras complicaciones derivadas.

Palabras clave: Ansiedad, cirugía de cataratas, vídeo educativo, información.

P-100 RECOMENDACIONES AL ALTA DESPUÉS DE UN BLOQUEO NERVIOSO PERIFÉRICO

E. Herranz Adeva

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducción: El dolor postoperatorio sigue siendo un problema difícil de resolver. Entre el 75 % y el 80 % de los pacientes presentan dolor en el postoperatorio. El dolor suele ser la causa del retraso en el alta y de reingresos, lo que afecta la recuperación, la satisfacción del paciente, aumenta los costos y disminuye la calidad percibida del paciente.

La realización de un bloqueo de nervio periférico permite inhibir la señal dolorosa de un área específica del cuerpo. Es una técnica anestésica muy utilizada en el proceso quirúrgico, que permite controlar el dolor durante y después de la cirugía, además de ello reducir el uso de fármacos anestésicos. Su aplicación ha aumentado en los últimos tiempos, por ello es muy importante facilitar una información adecuada al paciente que le permita identificar los posibles efectos secundarios derivados, así como los cuidados a seguir en su domicilio.

Los pacientes deben recibir instrucciones claras por escrito sobre las posibles complicaciones y su manejo inicial. El papel de la enfermera/o durante todo el proceso es de gran importancia.

Objetivo: 1. Elaborar un documento educativo que recoja todas las recomendaciones al alta tras un bloqueo de nervio periférico con la finalidad de evitar posibles complicaciones derivadas.

Método: Realización de revisión de literatura sobre evidencia científica en diferentes bases de datos (PubMed, Scopus, SciELO, GuiaSalud, Fisterra, etc) que permita recopilar información actualizada y concisa de todas aquellas recomendaciones a seguir tras la técnica anestésica de bloqueo nervioso periférico. Se procede a registrar toda la documentación consultada en un tríptico educativo enfoca-

do al paciente sometido a dicha técnica. Además de ello, se insertará un código QR para visualizar a través de un vídeo toda la información ofrecida.

Resultados: No disponibles. Este trabajo está focalizado en el desarrollo de una herramienta de trabajo para incorporar en una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. No conllevará análisis de datos estadísticos con obtención de resultados.

Conclusiones: En las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria una educación sanitaria al alta que sea clara y concisa permite a los pacientes intervenidos seguir las indicaciones en su domicilio de manera más fácil. Esto ayuda a prevenir problemas derivados de la cirugía y tomar decisiones en caso de complicaciones.

Palabras clave: Enfermería, dolor, bloqueo, educación.

P-101 CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y ATENCIÓN PRIMARIA: CREANDO PUENTES

M. Francisco Pelegrina, V. Sánchez Verdugo, C. García Picón, M. J. Reina Durán

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos:

- Generales: Generar canales de comunicación entre los profesionales de enfermería que atienden a los pacientes intervenidos en régimen de CMA y aquellos que los atienden en Atención Primaria durante el mismo proceso quirúrgico.
- Específicos:
 - Organizar la continuidad asistencial favoreciendo la seguridad y satisfacción del paciente en cualquier entorno que se encuentre.
 - Considerar el entorno social del paciente en la elaboración de estrategias conjuntas que minimicen riesgos y favorezcan la optimización de resultados en los procesos quirúrgicos ambulatorios.

Métodos: En la fase previa a la planificación de las sesiones formativas se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, SciELO e IBECS, así como en documentos normatizados como son las memorias de eventos científicos que han sentado la base de su discurso en la colaboración habida entre niveles de atención sanitaria, concretamente entre AP y Unidades de CMA.

Posteriormente y dada la necesidad de iniciativas para fomentar dicha colaboración, se plantea la toma de contacto con los Centros de Atención Primaria a los que les da cobertura la UCMA del HDI, la recopilación de la información y la posterior realización de las sesiones.

Resultados: Elaboración y presentación de sesiones online de forma que sea posible acceder al mayor número de profesionales de AP. Esas sesiones estarán dirigidas a todo el personal interesado independientemente de su categoría y abre las puertas a otros grupos interesados en unirse.

Objetivos de las sesiones:

- Dar a conocer la cartera de servicios de la UCMA del HDI.
- Explicar el circuito que sigue el paciente candidato CMA.
- Informar sobre las técnicas anestésicas más utilizadas en CMA.
- Facilitar las recomendaciones postquirúrgicas que son proporcionadas al paciente en función del procedimiento al que se va a someter.
- Conocer principales inquietudes de los profesionales de AP.

Contenidos:

- ¿Qué es la CMA? Justificación.
- Unidad de CMA del HDI ¿Quiénes somos?
- Hospital Duques del Infantado: estructura.
- Criterios de inclusión de pacientes en circuitos de CMA.
- ¿Qué pacientes no son aptos para un programa de CMA?
- Procedimientos realizados en la UCMA HDI.
- Técnicas anestésicas empleadas en CMA.
- ¿Cuál es el circuito que sigue el paciente?
- Criterios de alta tras IQ en CMA.
- Seguimiento tras IQ.
- Causas de reingreso más frecuentes.

En último lugar se obtiene como resultado el establecimiento de una vía de comunicación directa con una enfermera de la unidad de CMA. Dicha enfermera es la encargada de la consulta prequirúrgica de enfermería y tendrá como objetivo aclarar o resolver dudas al enfermero de AP responsable del paciente de CMA.

Conclusiones: Con el mantenimiento de canales activos de comunicación entre niveles de asistencia, tanto el personal de AP como el de la UCMA mantendrán un feedback constante que ayudará a manejar información relevante. Dicha información garantizará la óptima continuidad asistencial.

El paciente y su familia percibirán que los profesionales por los que son atendidos son conocedores de la globalidad de su proceso, hecho que garantizará su seguridad y satisfacción.

Al ser considerado el entorno social del paciente gracias a la participación activa de AP, los riesgos derivados de futuras complicaciones se verán minimizados garantizado nuevamente una mayor seguridad.

Dado que el posoperatorio en el domiciliario (llevado a cabo por AP) es el complemento indispensable de la CMA, creemos fehacientemente que esta propuesta podría ayudar a la mejora de las deficiencias en cuanto a la coordinación y seguimiento de los pacientes, que afectan la calidad del proceso quirúrgico ambulatorio.

Palabras clave: Cirugía Mayor Ambulatoria, Atención Primaria, coordinación entre niveles de salud, continuidad de cuidados, calidad asistencial.

P-102 IMPLEMENTACIÓN DE LA TÉCNICA ENDOSCÓPICA PREPERITONEAL DE LA HERNIA INGUINAL EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

M. Abril Sabater

Hospital Parc Taulí. Sabadell, Barcelona

Objetivos: Principal: conocer los tiempos quirúrgicos en la cirugía endoscópica preperitoneal.

Secundarios:

- Analizar las posibles complicaciones intra y postoperatorias:
 - Sangrado intraoperatorio.
 - Hematoma, seroma, infección herida, dolor...
 - Porcentaje de apertura accidental del espacio peritoneal.
 - Porcentaje de reconversión intraoperatoria a Nyhus (técnica abierta).
 - Dolor postoperatorio.
 - Náusea y vómitos postoperatorios.
 - Necesidad de ingreso postoperatorio.
 - Necesidad de atención postoperatoria en urgencias.
 - Necesidad de reintervención.
- Valorar la curva de aprendizaje del personal implicado en la técnica (rápida, fácil, material, curas, etc.).

Métodos: Es un estudio descriptivo retrospectivo longitudinal desde septiembre de 2022 hasta marzo de 2023 donde se incluyen los primeros 100 pacientes.

Estudio unicéntrico.

Se ha creado una base de datos con todos los pacientes intervenidos de hernia inguinal utilizando la técnica quirúrgica de reparación de la hernia inguinal mediante endoscopia preperitoneal (TEP) de forma ambulatoria (CMA).

Resultados:

- Poca o nula morbilidad.
- Bajo porcentaje de sangrado intraoperatorio.
- Bajo porcentaje de apertura accidental del espacio peritoneal.
- Bajo porcentaje de conversión de técnica laparoscópica a técnica abierta.
- Poco dolor postoperatorio.
- Bajo porcentaje de náuseas y vómitos postoperatorios.
- Bajo o nulo porcentaje de ingreso postoperatorio.
- Bajo o nulo porcentaje de atención postoperatoria en urgencias.
- Bajo o nulo porcentaje de reintervención.
- Alta motivación del personal de la UCMA para la inclusión de nuevas técnicas o procedimientos laparoscópicos en la cartera de servicios de la unidad.
- Alta satisfacción de la atención recibida por los pacientes y familiares debido a la baja morbilidad y afectación a su quehacer diario con la cirugía laparoscópica.

Conclusiones:

- La técnica quirúrgica de reparación de la hernia inguinal mediante endoscopia preperitoneal (TEP) es una técnica segura que aumenta la calidad asistencial y tiene una gran aceptación por parte de los profesionales y usuarios.
- El gran volumen realizado en la UCMA del Hospital Parc Taulí de Sabadell permite una curva de aprendizaje rápida que reduce significativamente el tiempo del proceso intra quirúrgico.
- Se estandarizan los cuidados con todo el equipo.
- El trabajo en la unidad de cirugía mayor ambulatoria aumenta la Seguridad y calidad de los cuidados del paciente, sobre el cual hay que incidir para evitar los efectos adversos.
- Los cuidados enfermeros mejoran en gran medida la calidad de vida de los pacientes, permiten detectar complicaciones, actuar ante las mismas y conseguir volver a realizar las actividades de la vida diaria.

Palabras clave: Hernia inguinal, endoscopia preperitonea, cirugía ambulatoria

P-103 ¿CUÁNDO ES SEGURO INICIAR LA INGESTA ORAL EN PACIENTES CMA SOMETIDOS A ANESTESIA GENERAL O ANESTESIA RAQUÍDEA?

E. Ruiz Gómez, R. Montero Vegas, F. Moreno Arzuaga, P. Jiménez Lanzas, M. A. Urbano Bravo
Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Desde hace algún tiempo las enfermeras de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), nos venimos preguntando si los protocolos que hasta ahora estamos siguiendo son cuidados basados en la evidencia o si continuamos con la tradición de hacer algo porque siempre se ha hecho así. Si estas prácticas son seguras o no para nuestros pacientes.

El inicio de la ingesta oral es una de estas prácticas que más nos preocupan porque está enmarcada dentro del esquema de Alta del paciente, y puede incidir en que el paciente deba quedarse hospitalizado más de 24 horas dejando así de ser un paciente CMA.

Objetivos: Conocer si existen publicaciones relacionadas con el inicio de la ingesta oral en CMA y si estas se ajustan a nuestro protocolo.

Demostrar que en nuestra unidad, si es una práctica segura el inicio de la ingesta dentro de las 3 primeras horas postoperatorias en pacientes intervenidos bajo anestesia general (3 h) y raquídea (2 horas) en intervenciones donde no se vea implicado el tracto digestivo.

Métodos: Realizamos una búsqueda bibliográfica utilizando la herramienta “EXPLORAEVIDENCIA” de la Biblioteca Virtual del SAS para la búsqueda bibliográfica sistemática, no encontrando ningún artículo que se ajuste a nuestro protocolo, tan solo uno hacía referencia a la ingesta precoz en CMA, pero en pacientes pediátricos.

Tras no encontrar una evidencia clara que respaldara nuestro protocolo como práctica segura, iniciamos un estudio retrospectivo de una serie de casos, revisando las historia de todos nuestros pacientes intervenidos de hernia de pared abdominal bajo anestesia general o raquídea, que iniciaron tolerancia dentro de las 3 primeras horas postoperatorias, con seguimiento registrado en su historia de salud a las 24 horas, desde el 01/01/2022 al 31/12/2022, en régimen de CMA, resultando excluidos del mismo aquellos que no tenían registro de dicho seguimiento.

Las variables estudiadas fueron el tipo de anestesia, el inicio de la ingesta dentro de las tres primeras horas postoperatorias, las náuseas y/o vómitos durante su ingreso, y si

estas fueron causa de ingreso hospitalario, las náuseas y/o vómitos durante las primeras 24 horas en su domicilio, edad y sexo de los pacientes.

Resultados: De la búsqueda bibliográfica solo podemos quedarnos con un artículo que se ajusta parcialmente al protocolo que nosotros aplicamos a nuestros pacientes: el artículo “Inicio precoz de la vía oral en el postoperatorio de cirugía pediátrica” (Cantillo Hernández L, Díaz Pérez CA, Martínez Rodríguez M, vol. 57, 2008, Revista de Información Científica) los autores hacen referencia a la ingesta precoz (3 horas) en pacientes de CMA pediátricos.

En el estudio retrospectivo de una serie de casos, fueron 146 los pacientes que se intervinieron de hernia de pared abdominal durante el año 2022. De ellos 33 (22,6 %) fueron excluidos del estudio por no haber completado el seguimiento a 24 h, quedándonos un total de 113 pacientes para el estudio completo. 89 (78,76 %) son hombres y 24 (21,23 %) mujeres.

El rango de edad prevalente de los estudiados fue el comprendido entre 51 y 60 años con 30 (26,54 %) pacientes, seguido del comprendido entre 41 y 50 años, 25 (22,12 %) y el de pacientes de edades entre 61 y 70 años, 23 (20,35 %), mayores de 71 años, 21 (18,58 %), los menores de 40 años fueron 13 (11,50 %). El paciente más joven contaba en el momento de la intervención con 21 años y el mayor con 86 años de edad.

El total de pacientes intervenidos bajo anestesia general fueron 83 (73,45 %), de estos, tan solo 1 (0,88 %) no pudo iniciar la ingesta oral a las 3 horas de finalizar la intervención por náuseas y vómitos, permaneciendo hospitalizado 24 horas.

El total de los pacientes intervenidos bajo anestesia raquídea fueron 30 (26,54 %) de estos ninguno presentó náuseas o vómitos tras el inicio de ingesta en la sala de readaptación al medio ni necesitó de hospitalización posterior.

Los pacientes que tras el inicio de la ingesta en la sala de readaptación al medio tuvieron náuseas fueron 2 (1,76 %), y 1 (0,88 %) presentó náuseas y vómitos, los tres se recuperaron y realizaron la progresión a dieta blanda antes del alta, y todos ellos fueron intervenidos bajo anestesia general.

En el seguimiento a 24 horas encontramos que 3 (2,65 %) presentaron náuseas en sus domicilios y solo 1 (0,88 %) presentó un vómito aislado.

Conclusiones: No existe evidencia científica que avale que nuestro protocolo de inicio de ingesta para la readaptación

al medio como práctica segura, faltan literatura y estudios publicados por enfermeras para refrendar este hecho.

Cifras inferiores al 1 % de pacientes que presentaron vómitos y no pudieron adaptarse al medio para un alta precoz, nos hacen saber que nuestro protocolo de ingesta postoperatoria es seguro para nuestros pacientes intervenidos bajo anestesia general o raquídea.

Palabras clave: Ingesta postoperatoria, seguridad, cirugía mayor ambulatoria, anestesia.

P-104 EFECTOS TRAS SEDACIÓN CONSCIENTE MONITORIZADA EN INTERVENCIONES ENDOSCÓPICAS AMBULATORIAS

A. Limeres Cruz, P. Bouza Testa, F. Groba Pérez, E. Camba González, L. Otero Pérez, M. Estévez Vázquez
Hospital Ribera Povisa. Vigo, Pontevedra

Objetivos: Objetivo General: Conocer los efectos tras una sedación realizada por Médicos Digestólogos en intervenciones endoscópicas ambulatorias.

Objetivos específicos:

- Determinar el número de pacientes con somnolencia tras intervención.
- Cuantificar la cifra de pacientes con náuseas y vómitos relacionados con la sedación.
- Calcular el porcentaje de pacientes que refieren dolor tras la prueba.

Metodología: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de un año de duración. La enfermera de la UCMA registra las complicaciones que presentan los pacientes de la Unidad de Endoscopias. Las pruebas realizadas son: gastroscopias, colonoscopias, gastro-colonoscopias y otras (ecoendoscopias, dilataciones esofágicas, etc). El registro de cada paciente finaliza cuando es dado de alta, alcanzando 10 sobre 10 en el test de Aldrete.

Resultados: Se han realizado 5104 intervenciones endoscópicas ambulatorias con sedación consciente monitorizada por Médico Digestólogo mediante midazolam y fentanilo. El periodo estudiado está comprendido entre el 1 de febrero del 2022 al 31 de enero del 2023 en el Hospital Ribera Povisa de Vigo. En el 78,8 % de los casos los pacientes no han presentado ningún tipo de complicación. El efecto adverso

más frecuente ha sido la somnolencia (18,1 %). En ningún caso se han utilizado fármacos reversores y el tiempo en UCMA no ha sido superior a los 90 minutos. Un 2,1 % han presentado náuseas y vómitos, mientras que únicamente el 0,3 % han referido dolor leve y han precisado analgesia.

Conclusiones: La sedación consciente monitorizada controlada por Médico Digestólogo, administrando midazolam y fentanilo por la enfermera de Digestivo, ha permitido realizar las intervenciones endoscópicas con los pacientes despiertos y respondiendo a estímulos pero sintiéndose cómodos y relajados. En el proceso de adaptación al medio, la inmensa mayoría de los pacientes no han referido dolor. El efecto adverso más frecuente es la somnolencia mientras que las náuseas y vómitos se han presentado en un bajo número de pacientes.

Palabras clave: Sedación consciente, endoscopia digestiva ambulatoria.

P-105 AMBULATORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS EN UN ÁMBITO QUIRÚRGICO

E. Camba González, P. Bouza Testa, L. Otero Pérez, M. Estevez Vázquez, A. Limeres Cruz, F. Groba Pérez
Hospital Povisa. Vigo, Pontevedra

Objetivos: Objetivo general: ambulatorizar procesos diagnósticos y terapéuticos de especialidades médicas no quirúrgicas en la UCMA Hospital Ribera Povisa.

Objetivos específicos:

- Elección de procesos ambulatorizables y diseño de nuevos circuitos.
- Medir tiempos por proceso.
- Analizar complicaciones.
- Cuantificar costes evitados.

Metodología: En el contexto de un profundo cambio en la gestión de camas del hospital, nos planteamos el análisis de aquellos procedimientos no quirúrgicos que cursan ingreso hospitalario de 24 horas tras la realización del procedimiento programado. En este análisis se identifican más de 10 procesos que cumplen con estas características, con casuística variable y de 4 especialidades diferentes.

A continuación, hemos evaluado las posibilidades de ambulatorizar dichos procedimientos atendiendo a criterios clínicos y de seguridad del paciente, descartando alguno de ellos precisamente por falta de garantías de seguridad.

El siguiente paso ha sido el diseño del circuito para estos pacientes, y en este caso se ha optado por seguir, prácticamente con total similitud, el circuito del paciente quirúrgico: El facultativo determina la necesidad de realización del procedimiento y cumplimenta el APA (registro e inclusión del paciente en lista de espera), asignando la fecha de realización.

Con esta información se completa la programación diaria de un “quirófano”, más bien una sala especial, donde realizar el procedimiento. El paciente cumplirá todos los requisitos como cualquier otro paciente programado (estudio preoperatorio, pruebas complementarias, ayunas si precisa, etc.), *checklist* prequirúrgico, consulta prequirúrgica y posquirúrgica de enfermería, etc.

Del mismo modo una vez realizado el procedimiento cumplirá (constantes vitales en rango, ausencia de dolor o sangrado, etc.) las condiciones de recuperación previas al alta. También se cumplimentarán los registros correspondientes a la actividad (libro de quirófano, URPA, UCMA).

Resultados:

- 279 procedimientos realizados entre febrero de 2022 y febrero de 2023 de los cuales 228 han sido en régimen ambulatorio.
- Ningún paciente ha necesitado ingreso tras la realización del procedimiento, permaneciendo en la unidad un máximo de 6 horas excepto procedimientos de Cardiología que necesitan una monitorización más prolongada.
- Tasa de complicaciones en las primeras 72 horas por debajo del objetivo de la organización situado en el 3 % para el total de pacientes intervenidos en régimen ambulatorio (9113 intervenciones en el periodo estudiado).
- Costes directos en torno a 38.000 € en estancias evitadas (tomando como referencia 170 euros/estancia del año 2022). A lo que hemos de añadir costes indirectos en referencia a la disponibilidad de cama que se genera.

Conclusiones: El nuevo circuito ha evitado el ingreso, con la consiguiente satisfacción de pacientes, facultativos y organización. La realización de estos procedimientos en un entorno quirúrgico y de forma programada, permite la disponibilidad de espacio y RRHH ajustada a las necesidades, agilizando el proceso. Por el mismo motivo, la recuperación posterior también se percibe de forma positiva ya que se realiza en un entorno de pacientes semicríticos (URPA/UCMA), paciente monitorizado, ratio de RRHH ajustado, etc.

Del mismo modo, el paciente ingresado también se beneficia del nuevo circuito, en cuanto a la agilidad en la rea-

lización y sobre todo la seguridad de la realización en un entorno controlado.

Palabras clave: Ambulatorizar, procesos no quirúrgicos, ámbito quirúrgico.

P-106 PREOPERATORIA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA. ¿PRESENCIAL O TELEFÓNICA?

P. Melero Molinero, D. Hernández Castilla, E. Cubero Cuevas, B. Mora Sánchez
Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos: En el Hospital Universitario de Guadalajara desde diciembre del año 2019 se realiza en la consulta de enfermería de forma presencial la valoración preoperatoria de la intervención quirúrgica de cataratas realizadas con anestesia tópica que no precisan suspender anticoagulantes/antiagregantes.

Se realiza mediante entrevistas protocolizadas llevadas a cabo por enfermería, que no precisan valoración por parte del anestesista si no se detectan descompensaciones de la patología sistémica o situaciones clínicas que precisan valoraciones más detalladas.

Durante la pandemia COVID-19 la actividad se vio obligada a adaptarse y transformarse ya que el acceso a las consultas se vio limitado para evitar el contagio del paciente.

Por lo que el objetivo de este póster es mostrar que la reestructuración de la visita presencial a consulta telefónica permite realizar la asistencia de forma segura y garantizar una adecuada calidad en la atención prestada.

Métodos: Se analizaron tres meses de visita presencial (diciembre de 2019, enero de 2020 y febrero de 2020) y tres meses de consulta telefónica (junio de 2020, julio de 2020 y agosto de 2020).

De todas las valoraciones observamos las que se resuelven en consulta de enfermería y las que precisan derivación al anestesista.

Resultados: En los meses de consulta presencial se realizaron 110 visitas de las cuales 96 se resolvieron en la consulta de enfermería, y 14 se derivaron al anestesista. En los meses de consulta telefónica se realizaron 203 consultas, de las que 191 se resolvieron por enfermería y 12 se derivaron a la consulta de anestesia.

Porcentajes resultados:

- Presencial: 96 preoperatorios de enfermería:
 - El 65,62 % de los casos se realizó la intervención sin incidencias.
 - El 26,04 % de los casos no se realizó la intervención por falta de programación quirúrgica por parte del servicio de oftalmología.
 - El 7,29 % de los casos fueron suspendidas por diferentes causas.
- Consulta telefónica: 191 preoperatorios de enfermería:
 - El 93,19 % de los casos se realizó la intervención sin incidencias.
 - El 4,18 % de los casos no se realizó la intervención por falta de programación quirúrgica por parte del servicio de oftalmología.
 - El 2,61 % de los casos fueron suspendidas por diferentes causas.

Conclusión: Podemos decir que la consulta telefónica es una opción factible e interesante de mantener tras la pandemia COVID-19. Con ello mejoramos la calidad asistencial, ya que evitamos el inconveniente que supone el traslado al hospital, además la seguridad del paciente está avalada por los resultados.

Palabras clave: Consulta telefónica, presencial, enfermería.

P-107 CIRUGÍA BARIÁTRICA EN RÉGIMEN DE CMA

E. Escobar Cuesta, M. E. Soler Luna, A. Parra Pozo, R. Abajo Rico
Hospital de Mataró, Barcelona

Introducción: El Hospital de Mataró, Consorcio Sanitario del Maresme, apuesta por su unidad de cirugía sin ingreso (UCSI) impulsando la ampliación de su cartera de servicios actual en cirugía mayor ambulatoria (CMA) con la inclusión de un nuevo procedimiento de más complejidad, como es el caso de la Cirugía Bariátrica (*bypass* gástrico o *sleeve* gástrico) para tratamiento de la obesidad mórbida (OM). Está previsto realizar los primeros casos antes de que finalice el 2023.

La cirugía bariátrica se utiliza para tratar de una manera eficaz la obesidad mórbida en personas para quienes han fracasado las medidas más conservadoras como dieta, ejercicio, tratamiento farmacológico y cumplen una serie de indicadores (edad, IMC y antecedentes).

La cirugía de la OM o Cirugía Bariátrica es en la actualidad el único recurso terapéutico en un porcentaje muy alto de pacientes (> 90 %) para conseguir pérdidas importantes en el exceso de peso (> 50 %) y mantenidas a largo plazo (> 3 a.).

Para aumentar la cartera de servicios en CMA nos debemos apoyar en unas bases, como son: la atención primaria/domiciliaria, las nuevas tecnologías, los indicadores, el correcto manejo del dolor, la formación del personal, la acreditación de unidades y, por supuesto, en todos/as los/as profesionales implicados en la CMA.

Objetivos: Describir el circuito que se sigue para implementar un nuevo procedimiento en la cartera de servicios de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en la unidad de cirugía sin ingreso (UCSI) del Hospital de Mataró.

Establecer una nueva vía clínica de atención al paciente que está en proceso de Cirugía Bariátrica por Obesidad Mórbida de larga evolución, con como mínimo, el mismo nivel de calidad y seguridad para el paciente, pero sin la necesidad de hospitalización en planta.

Realizar un póster donde plasmar de forma gráfica el nuevo proyecto.

Material y métodos: Describir los pasos a seguir para implementar un nuevo procedimiento quirúrgico en la cartera de servicios de nuestra Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI).

Mostrar el protocolo realizado por la unidad funcional de obesidad mórbida (UFOM) para la cirugía bariátrica (CB) de la Obesidad Mórbida (OM).

Mostrar la TC realizada para los cuidados enfermeros.

Mostrar el documento de recomendaciones post-operatorias que se entrega al paciente en el momento del alta.

Conclusiones: La cirugía de la obesidad mórbida se realiza cada vez con un menor tiempo de hospitalización. Una adecuada selección de pacientes, la existencia de unidades de referencia certificadas y de alto volumen, la existencia de equipos multidisciplinares y los programas de prehabilitación, favorecen la ambulatorización de estos pacientes.

La coordinación entre los equipos de CMA y los de hospitalización a domicilio es imprescindible para el seguimiento y control de estos pacientes en las 24-48h posteriores a la cirugía. De esta forma conseguimos ofrecer la máxima eficiencia, calidad y seguridad durante todo el proceso.

La implantación de un nuevo proceso quirúrgico en régimen de CMA requiere seguir una serie de pasos estandarizados que nos ayudan a disminuir la variabilidad y a mejorar la calidad asistencial.

Las Vías clínicas (VC) son planes asistenciales definidos, sustentados en la evidencia científica, realizadas para entornos específicos, sobre “procesos clínicos” de curso clínico predecible, elevada prevalencia y variabilidad. En ellas se detalla la secuencia de todas las actividades, así como la verificación de las actuaciones de los profesionales afectados.

Las VC contribuyen y respaldan la tendencia actual a incorporar a la cartera de servicios de las unidades de CMA procesos de mayor complejidad y pacientes de mayor riesgo con morbilidad asociada.

Palabras clave: Cirugía bariátrica, obesidad mórbida, cirugía mayor ambulatoria.

P-108 GUÍA DE ACOGIDA AL PERSONAL SANITARIO DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI) DEL HOSPITAL DE MATARÓ

M. E. Soler Luna, E. Escobar Cuesta, R. Abajo Rico, A. Parra Pozo, T. Huete Rastrojo, R. Pujol Alcántara
Hospital de Mataró, Barcelona

Introducción: La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es una modalidad asistencial, organizativa y de gestión sanitaria que actualmente está en pleno crecimiento a nivel mundial.

La calidad y seguridad en la prestación de servicios asistenciales es un elemento determinante en el resultado de la atención sanitaria y, por ello, reviste especial importancia la elaboración de nuevas guías y protocolos para unificar criterios y evitar la variabilidad clínica.

Las guías facilitan la adaptación del personal de nueva incorporación, ya que son una herramienta para la normopraxis que contribuyen a mejorar la calidad y seguridad asistencial mediante la estandarización de los procesos.

El éxito de la CMA depende, entre otros muchos factores, de la colaboración del paciente, la familia y un equipo multidisciplinar comprometido con la formación continua.

Objetivos: Los objetivos generales de este proyecto son los siguientes:

Informar y definir el circuito que sigue un paciente que se interviene vía CMA en el Hospital de Mataró.

Proporcionar herramientas básicas al personal de nueva incorporación para el desempeño de las funciones en su puesto de trabajo o prácticas, además de facilitar la integración en una unidad desconocida y minimizar las dificultades.

Desarrollar un documento en formato póster sintetizando los puntos clave del circuito.

Materiales y métodos: Se trata de una revisión bibliográfica, descriptiva y observacional. Para la creación de este documento final, se han utilizado guías de práctica clínica y protocolos establecidos por la institución, que son revisados periódicamente.

Se han anexado al final de la guía todos los documentos que son de consulta indispensable en la praxis asistencial diaria de la unidad.

Resultados y conclusiones: El resultado final de este proyecto es la creación de un único documento donde se detalla el circuito que sigue el paciente para poder ser intervenido en régimen de CMA en la unidad de cirugía sin ingreso del Hospital de Mataró, así como las actuaciones del equipo multidisciplinar que forman parte de todo el proceso.

En conclusión, la elaboración de esta guía facilita el proceso de integración y adaptación al personal de nueva incorporación o estudiante en prácticas, minimizando la ansiedad que se genera ante una unidad desconocida. Esta, permite la resolución de dudas surgidas en la actividad asistencial diaria siendo un documento de apoyo y consulta que por supuesto no sustituye en ningún caso el criterio del profesional pero que sí garantiza en todo momento la máxima calidad y seguridad del paciente.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria, personal de nueva incorporación, guía de acogida.

P-109 ESTUDIO DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN RÉGIMEN DE CMA EN EL HOSPITAL DE MATARÓ

A. Parra Pozo, E. Escobar Cuesta, M. E. Solera Luna, R. Abajo Rico
Hospital de Mataró, Barcelona

Introducción: La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es una modalidad asistencial, organizativa y de gestión sanitaria tan segura y efectiva como la cirugía con hospitalización convencional.

Sin embargo, a pesar de ser una modalidad consolidada, reviste un especial desafío para las instituciones sanitarias ya que está en constante desarrollo. El futuro de la CMA vendrá determinado por el aumento de la cartera de servicios, los nuevos tratamientos y la mejora en la utilización de fármacos para el control del dolor así como de la tecnología de la información y la comunicación.

Un elemento clave de ésta es la medición de la calidad percibida por el usuario en la prestación de los servicios asistenciales.

Uno de los objetivos para medir la calidad asistencial proporcionada a los pacientes intervenidos en CMA, es conocer el grado de satisfacción de éstos. Es imprescindible y necesario conocer la percepción que tienen los usuarios en cuanto a las condiciones estructurales, funcionales y de recursos que actualmente estamos ofreciendo en nuestra unidad durante todo el proceso quirúrgico.

Es de gran importancia la reevaluación continua de este tipo de unidades para poder alcanzar altos niveles en calidad asistencial, garantizar seguridad y eficiencia en los cuidados que ofrecemos para la detección de necesidades e identificación de oportunidades de mejora en este tipo modalidad quirúrgica.

Objetivos: Los objetivos principales de este proyecto son los siguientes:

Conocer el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos en régimen de CMA en el hospital de Mataró en el año 2022-2023.

Analizar los resultados de este proyecto con la finalidad de mejorar la funcionalidad y calidad asistencial en la unidad.

Identificar oportunidades de mejora.

Recopilar en formato tipo póster los datos recogidos.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. La metodología tiene un carácter cuantitativo.

Como material de investigación se ha utilizado una encuesta voluntaria, anónima y aleatoria destinada a los usuarios intervenidos en régimen de CMA de diferentes especialida-

des del Hospital de Mataró desde noviembre de 2021 hasta marzo de 2023. Los pacientes o en su defecto el acompañante, cumplimentan la encuesta en el momento del alta.

Dicha encuesta consta de 10 preguntas y en cada una de ellas se evalúan diversos aspectos asociados con la unidad de CMA y cada uno de los profesionales que intervienen.

Para la elaboración de este proyecto y en concreto, la encuesta diseñada para evaluar la satisfacción de los pacientes, se ha realizado una revisión bibliográfica de diversos estudios y guías de práctica clínica relacionados con la satisfacción de pacientes publicados en distintas bases de datos de la salud como Pubmed y Medline, entre otras.

Resultados y conclusiones:

- La muestra del estudio fueron un total de 200 usuarios que realizaron la encuesta de satisfacción en la unidad de cirugía sin ingreso (UCSI) del Hospital de Mataró, entre ellos encontramos diversas nacionalidades, edades y un porcentaje muy equitativo respecto al género.
- El nivel de satisfacción global es alto, destacando el trato recibido por parte del equipo de enfermería con un 72,5 % de usuarios que dieron una puntuación de 10/10 y, un 22 % que puntuaron con un 9/10.
- Hubo un 14,5 % de los pacientes que opina que no obtuvo suficiente información por parte del cirujano tras la intervención.
- Respecto al tiempo de espera para entrar a quirófano, hay una gran variabilidad de resultados destacando un 14,5 % de pacientes dentro del intervalo de puntuación entre un 1/10 y un 5/10. Un 27 % de los pacientes dentro de los valores entre un 6/10 y 8/10. Y, un 58,5 % de los pacientes opinan que la puntuación es entre un 9/10 y 10/10.
- Destacar también el trato recibido por los camilleros y el equipo de administrativos, recibiendo de media un 9/10 en la puntuación.
- El 96 % de los encuestados volverían a operarse en régimen de CMA.
- De los 39 comentarios que han expresado los pacientes, cabe destacar el buen trato y la atención personalizada recibida por el personal de la UCSI, el malestar que general a los pacientes el largo tiempo de espera antes de ser intervenidos y la ausencia o poca información recibida por los cirujanos una vez realizada la intervención.
- Es necesario realizar encuestas anuales para poder analizar y comparar los resultados con el fin de poder generar mejoras en el servicio.

Mediante los resultados de las encuestas, detectamos cuáles son los puntos de flaqueza que perciben los pacientes en cuanto a la calidad y la profesionalidad de los servicios

ofrecidos en la unidad de CMA, permitiendo generar oportunidades de mejora en todos aquellos aspectos. Debemos poner en marcha acciones correctivas que mejoren e incluso eliminen las causas que han ocasionado un bajo grado de satisfacción en los pacientes.

Por otro lado, es importante identificar qué fortalezas tiene nuestra unidad, las que han tenido mayor puntuación, para continuar trabajando en esa línea.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria, satisfacción, calidad asistencial, encuesta.

P-110 CUIDADO PERIOPERATORIO EN PROSTATECTOMÍA POR REZUM. UNA REALIDAD EN CMA

P. Barrera Ramírez¹, R. Gómez Solís¹, M. J. Pineda León¹, M. J. Fernández Arriaza¹, P. Gómez Muñoz¹, C. Cadenas Roldán¹, R. Galisteo Domínguez²

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

Objetivos: El presente trabajo explica el proceso enfermero aplicado a pacientes con hiperplasia benigna de próstata (HBP), que van a ser tratados mediante vapor de agua, en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Esta terapia, también denominada REZUM, consiste en la aplicación directa mediante punción prostática transretal e intraprostática, de vapor de agua, consiguiendo una destrucción progresiva del tejido adenomatoso. Se trata de un procedimiento rápido, seguro, reproducible y eficaz.

El paciente ideal sería aquel que teniendo una sintomatología modera-severa del tracto urinario inferior, no responde a tratamiento médico, no tolera sus efectos secundarios o prefiere un tratamiento definitivo y no crónico. Además, por su perfil de seguridad es ideal para realizar en pacientes en régimen ambulatorio.

Nuestro plan de cuidados es una propuesta elaborada a partir de la revisión bibliográfica de la evidencia científica disponible relacionada con el proceso, junto a la experiencia profesional de un grupo de enfermeros y enfermeras en el desarrollo de la atención perioperatoria a los pacientes de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital El Tomillar, perteneciente al Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla.

Métodos: Metodológicamente se estructura utilizando la clasificación y definiciones de diagnósticos enfermeros de la NANDA. Asimismo, se han empleado la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

El proceso comienza con una valoración inicial, donde se reflejan los ítems mínimos necesarios para la evaluación por parte de la enfermera referente de los pacientes que tiene asignados, estableciéndose las etiquetas diagnósticas más frecuentes. A continuación, para cada uno de los diagnósticos enfermeros se presentan los criterios de resultado (NOC) con los indicadores correspondientes y las intervenciones (NIC) desarrollando diferentes actividades.

Fase preoperatoria: El paciente llegará a la UCMA sobre las ocho de la mañana.

Su enfermera referente realiza protocolo de acogida, comprobando estudio preoperatorio, consentimiento informado, analítica preoperatoria y ayunas de 6h.

Será instalado en una habitación, junto al cuidador principal, donde se le proporcionará la premedicación prescrita por anestesia la mañana de la intervención más el tratamiento autorizado por dicho servicio.

El paciente debe ir al quirófano sin ningún tipo de joyas, prótesis ni esmalte de uñas, baño confirmado y ropa adecuada (camisón o pijama).

- Diagnóstico NANDA: 0148 Temor.
- NOC: 1404 Control del miedo.
- NIC: 5240 Asesoramiento, 5380 Potenciación de la seguridad.

Fase intraoperatoria: la enfermera circulante es la encargada de administrar los cuidados enfermeros necesarios y velar por la seguridad del paciente en el quirófano.

Lo preparará para técnica anestesia seleccionada, y administrará tratamiento antibiótico según protocolo. La torre y consola REZUM quedarán operativas, al igual que el lavado continuo y la preparación de líquido para el sistema. Por último, colocará al paciente en posición de litotomía, y desinfectará la zona con povidona yodada.

La enfermera instrumentista es responsable del montaje de la mesa operatoria y de la caja del instrumental, ayudará al urólogo en su correcta indumentaria y en la colocación de los campos quirúrgicos. Al concluir la cirugía entregará todo el material quirúrgico a la TCAE.

Terminada la cirugía se colocará al paciente sonda vesical de dos vías, sin lavado continuo.

- Diagnóstico NANDA: 00146 Ansiedad.
- NOC: 1303 Afrontamiento de los problemas, 1402 Autocontrol de la ansiedad.
- NIC: 5820 - Disminución de la ansiedad.

Fase postoperatoria: El usuario pasa los primeros momentos del postoperatorio en la sala de despertar. Tras la valoración del anestesiista, y cumpliendo los criterios de alta será trasladado a planta.

A partir de este momento el usuario requerirá una serie de cuidados por parte de su enfermera referente, que realizará protocolo de acogida postoperatoria en planta, valoración de enfermería en base a las necesidades de Virginia Henderson y problemas de colaboración. Realizando también los cuidados de vía periférica, cuidados de sonda vesical y una importante labor de educación para la salud. Los pacientes se irán de alta tras la cirugía con sonda de dos vías (con tapón), que se retirará entre los 7 y 10 días.

La estancia media actual en el servicio, para los pacientes intervenidos por REZUM, es de 6 h.

- Diagnóstico NANDA: 00126 Conocimientos deficientes.
- NOC: 1803 Conocimiento del proceso enfermedad, 1813 Conocimiento: régimen terapéutico.
- NIC: 5610 Enseñanza prequirúrgica, 5602 Enseñanza proceso enfermedad.
- Diagnóstico NANDA: 00004 Riesgo de infección.
- NOC: 1902 Control del riesgo
- NIC: 6550 Protección contra la infección, 1876 Cuidado del catéter urinario.
- Diagnóstico NANDA: 00120 Riesgo baja autoestima situacional
- NOC: 1205 Autoestima, 0906 Toma de decisiones.
- NIC: 5400 Potenciación de la autoestima, 4920 Escucha activa, 5440 Aumentar los sistemas de apoyo.
- Diagnóstico NANDA: 00074 Afrontamiento familiar comprometido.
- NOC: 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento.
- NIC: 7040 Apoyo al cuidador familiar, 5520 Facilitar el aprendizaje, 7400 Orientación sobre sistemas de salud.

Conclusiones: En el momento del alta nuestro objetivo será que al usuario se le haya planeado y aplicado un plan de cuidados individualizado y que haya adquirido los conocimientos sobre los cuidados que debe seguir en su domicilio, a quién debe consultar ante posibles complicaciones, así como facilitarle, en caso necesario, el traslado a su domicilio, y conocer su grado de satisfacción para poder mejorar la atención prestada.

Es primordial que la enfermera de la UCMA verifique que el usuario y su cuidador han entendido todo lo que ha explicado, ya que una vez el usuario ha recibido el alta y se marcha a su domicilio, este asume la responsabilidad, junto a su cuidador principal, de los cuidados que tienen que llevar a cabo para garantizar una recuperación adecuada.

Palabras clave: HBP, prostatectomía transuretral, vapor agua, REZUM, cuidados de enfermería.

P-111 DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA DE LA HERNIA INGUINAL: ABIERTA VERSUS MÍNIMAMENTE INVASIVA (TEP Y TAPP)

M. de la Iglesia Formatger, A. Martín Clos, S. López Gordo, L. Hidalgo Grau, Á. Lavado Cuesta
Hospital de Mataró. Barcelona

Objetivos: Comparar el dolor posoperatorio a las 48 horas de la cirugía de la hernia inguinal con abordaje anterior versus la cirugía mínimamente invasiva (TAPP/TEP).

Métodos: Revisión retrospectiva de una cohorte de pacientes intervenidos de hernia inguinal durante el 2021-2022.

La valoración del dolor se hace mediante la escala numérica EVA a las 48 horas de la intervención valorada de forma telefónica por enfermería cualificada

En cirugía endoscópica o laparoscópica: Se realiza una infiltración de los portales laparoscópicos con levobupivacaína al 0,25 %.

En cirugía abierta: Se procede a la infiltración de la aponeurosis con 10cc de levobupivacaína al 0,25 %.

Resultados: En 2021 realizaron 409 intervenciones de Hernioplastia inguinal, 232 fueron mediante cirugía abierta (56,72 %), 177 mediante TEP o TAPP (43,27 %).

Del total de los pacientes de cirugía abierta en régimen de CMA, el índice de sustitución fue del 81,90 %. En 64/176 pacientes (36,6 %) fue registrado el dolor postoperatorio. El dolor en reposo fue entre el 0-3 en el 98,4 % de los casos y en movimiento en el 96,8 %.

Del total de cirugías intervenida de forma mínimamente invasiva en régimen de CMA, se registró la gradación del dolor en 74/177 pacientes (46,54 %). El dolor en reposo

fue entre el 0-3 en el 100 % de los casos i en movimiento en el 95,98.

En el año 2022 se realizaron 312 intervenciones de Hernioplastia inguinal, 148 fueron con cirugía abierta (47,5 %) y 164 mediante TEP o TAPP (52,56 %).

Respecto a la cirugía abierta en régimen de CMA, el índice de sustitución fue del 79,80 %. Se registró el dolor en 58/107 pacientes (54,2 %). De estas, el dolor en reposo fue entre 0-3 en el 96,55 % de los casos y del 94,82 % en movimiento.

En la cirugía mínimamente invasiva en régimen de CMA, se obtuvo registro del dolor en el 60,56 % de los casos (86/142). De estas, el dolor en reposo fue entre el 0-3 en el 96,5 % de los casos y del 93 % en movimiento.

Conclusiones: La tasa de registro del dolor postoperatorio fue inferior a la esperada (menos de un 40 %) por lo que se debería potenciar la atención telefónica postoperatoria

Los controles del dolor (EVA menor a 3) tanto en reposo como en movimiento son mayores al 95 % en ambos tipos de cirugías, cumpliendo así los estándares de calidad.

El dolor en reposo está más controlado que el dolor en movimiento en ambas cirugías.

Parece no haber diferencias en el dolor postoperatorio entre la cirugía mínimamente invasiva y la cirugía abierta a las 48 horas de la intervención.

Palabras clave: Hernia dolor, TEP, TAPP.

P-112 CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO A LAS 48 HORAS TRAS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ELECTIVA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

A. Martín Clos, M. de la Iglesia Formatger, M. Vila Tura, L. Hidalgo Grau
Hospital de Mataró, Barcelona

Objetivos: Describir el grado de control del dolor a las 48 horas tras la cirugía de la colecistectomía laparoscópica (CL) electiva en régimen de CMA en nuestro centro. Evaluar la sistemática y registro del DPO en nuestro centro.

Métodos: Análisis retrospectivo del registro de DPO tras CL electiva en régimen de CMA en nuestro centro entre los años 2021-2022. De cada paciente se monitorizó el DPO mediante la escala visual analógica del dolor (EVA) en el momento de alta hospitalaria (día 0) y a las 48 horas (día 2) a través de una llamada telefónica por una enfermera cualificada.

El protocolo de analgesia intraoperatorio consistió para todos los pacientes en la infiltración de los portales laparoscópicos antes de la incisión con levobupivacaína al 0,75 %, un total de 10 cc por paciente, e irrigación una vez extraída la vesícula biliar del lecho hepático con una solución de 20cc de levobupivacaína al 0,50 %.

La pauta de analgesia al alta fue diclofenaco 50 mg/8 h o metamizol 2 comp/8 h, alterno con Paracetamol 1 g c/8 h, sumando tramadol 50 mg/8 horas de rescate, diazepam 5 mgs noche.

Resultados: Se realizaron un total de 443 intervenciones de CL electiva en el periodo de estudio, de las cuales 227 (índice sustitución 51,24 %) fueron en régimen de CMA.

Del total de pacientes, en 143 casos se registró el EVA en el día 0 (63 %) pero solo se completó el registro del EVA al día 2 en 95 pacientes (41,85 % del total).

Los valores registrados se pueden visualizar en la Figura 1.

En el día 0, se registró un EVA 0-2 en el 83,1 % de los casos, EVA 3-4 del 13,7 % y EVA \geq 5 del 3,1 %. En el día 2, se registró un EVA 0-2 en el 71,6 % de los casos, EVA 3-4 del 22,1 % y EVA \geq 5 del 6,3 %. Del total de pacientes con un EVA al día 2 superior a 3 (n = 18), el 72,2 % ya tenían un EVA 3 o superior en la primera determinación.

Conclusiones: La aplicación de un protocolo de analgesia intraoperatoria y postoperatoria en la colecistectomía laparoscópica electiva en régimen de CMA consigue un correcto control del dolor en el 71,6 % de los pacientes de nuestra serie. Es necesario un correcto registro del DPO antes de alta hospitalaria (día 0) para identificar a aquellos pacientes con peor control del dolor y revalorar y optimizar su manejo analgésico ambulatorio. Es necesario aplicar una sistemática de control postoperatorio en las intervenciones en régimen de CMA para conseguir una mejor calidad asistencial. Han de potenciarse los registros telefónicos.

Palabras clave: Colecistectomía, CMA, Analgesia.

P-113 A PROPÓSITO DE UN CASO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PROSTATECTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA CON TÉCNICA LÁSER VERDE

**M. Gómez Muñoz, M. J. Fernández Arriaza, P. Barrera
Ramírez, R. Gómez Solís, M. J. Pineda León**
Hospital El Tomillar. Alcalá de Guadaíra, Sevilla

Objetivos:

- Disminuir el temor y ansiedad.
- Aumentar el confort.
- Minimizar el riesgo de infección.

Etiquetas diagnósticas:

- Temor (00148). Temor relacionado con crisis situacional, dificultad para hablar con otras personas sobre sus problemas con respecto a su enfermedad, dificultad en la toma de decisiones.
NOC: Control del miedo (1404).
NIC: Apoyo en la toma de decisiones (5250).
Aumentar los sistemas de apoyo (5440).
Actividades:
 - Proporcionar información objetiva a través de una actitud empática con el paciente.
 - Observar signos verbales y no verbales de ansiedad en el paciente.
 - Escuchar y comentar con el paciente su experiencia emocional.
 - Proporcionar apoyo y seguridad.
 - Resolver dudas o inquietudes que puedan surgirle al paciente.
- Ansiedad (00146). Situación en la que la persona experimenta una sensación vaga e intranquilizadora de malestar, nerviosismo y preocupación.
NOC: Autocontrol de la ansiedad (1402).
NIC: Disminución de la ansiedad (5820).
- Disconfort (00214). Disconfort tras colocación de sonda uretral para irrigación continua tras la intervención.
NOC: Estado de comodidad (2008).
Equilibrio emocional (1204).
NIC: Enseñanza proceso enfermedad (5602).
Manejo ambiental confort (6482).
- Riesgo de infección (00004). Riesgo de infección relacionado con el procedimiento invasivo realizado en la IQ y con ser portador de una sonda vesical.
NOC: Detección del riesgo (1908).
Control del riesgo (1902).
NIC: Control de infecciones: intraoperatorio (6545).
Cuidados del catéter urinario (1876).
Actividades:

- Colocar calzas y gorros al paciente.
 - Administración de la profilaxis antibiótica: Cefazolina 2 g.
 - Uso de material e instrumental estéril.
 - Preservación de las medidas de asepsia y esterilidad.
 - Asepsia en la manipulación del catéter uretral.
- Dolor agudo (00132). Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular.
NOC: Control del dolor (1605).
NIC: Administración de analgésicos (2210).
Cuidados posanestesia (2870).
Actividades:
- Administrar analgesia pautada
 - Control y vigilancia de la sonda vesical para evitar tirones involuntarios.
 - Valorar periódicamente la sensación de dolor mediante la escala de dolor EVA durante la fase posIQ.

Introducción: El adenoma de próstata (BPH) es el agrandamiento de la glándula prostática que presiona la uretra y la vejiga bloqueando el flujo normal de orina desde la vejiga, siendo los síntomas más habituales menor fuerza en la micción, mayor frecuencia de la misma durante el día y la noche y dificultad para iniciarla.

Hasta ahora el tratamiento era la RTU, extirpación total o parcial del tejido glandular mediante electrorresección. Actualmente, y en nuestro hospital se ha instaurado, el tratamiento vía endoscópica con Láser verde, el cual elimina el tejido de la próstata y a su vez produce una fotocoagulación simultánea de los vasos sanguíneos.

Se lleva a cabo a través de la uretra, sin incisiones, y trata de incrementar el diámetro de la uretra prostática, con lo que el paciente experimenta alivio de sus síntomas rápidamente.

La energía láser se emite por una fibra con un haz lateral de 90º y es absorbida de manera específica por la hemoglobina del tejido prostático, provocando su vaporización a la vez que fotocoagulación, haciéndola idónea en pacientes con mayor riesgo de sangrado, siendo esta última una de las numerosas ventajas que presenta junto con mayor cantidad de tejido prostático extirpado, menor estancia hospitalaria, menor tasa de reintervenciones a largo plazo, mayor duración del efecto de la cirugía en cuanto a calidad miccional y menor afectación de la función sexual, lo que conlleva a una importante mejora de la calidad de vida.

El inconveniente que presenta esta técnica es que al vaporizar la próstata no queda tejido viable para ser analizado al microscopio.

El láser verde está indicado en próstatas de tamaño pequeño y mediano, pudiéndose aplicar en tamaños prostáticos grandes.

Material y método: Os presentamos el caso clínico de un paciente intervenido en nuestra unidad.

Paciente, varón de 63 años que ingresa para ser intervenido de adenoma de próstata por el método de Laser verde. Nuestro paciente ingresa la misma mañana de la intervención y llega a quirófano tras hacerle la valoración preoperatoria y canalizarle vía periférica en planta. Antes de su entrada a quirófano, procedemos a realizar valoración según las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Una vez en quirófano, se procede a su monitorización y preparación para proceder a anestesiarlo, que se hace bajo anestesia raquídea. Posteriormente se coloca en postura de litotomía y desinfección de la zona a intervenir.

Antes de comenzar a ser intervenido quirúrgicamente se realiza antibioterapia con cefazolina 2 g, durante el proceso se administra analgesia intraoperatoria, metamizol 2gr, dexketoprofeno 50 mg y ondansetron 4 mg en 100 cc. de suero fisiológico. Una vez realizada la intervención, se sonda con un catéter de tres vías acodado de silicona y se continúa con los lavados continuos, que ya se han administrado durante el acto quirúrgico, al menos durante 4 h o hasta que la orina se vaya aclarando.

Nuestro paciente se va de alta esa misma tarde con la sonda de tres vías a bolsa y esta será retirada en 7 días.

Conclusiones: En nuestra unidad de C.M.A hemos podido comprobar, la satisfacción de nuestros pacientes con esta técnica en contraposición con la clásica R.T.U, ya que les permite, menor riesgo de sangrado, retirada de la sonda vesical a los tres días si próstata menor de 50 cc y no ha habido complicaciones en quirófano o en siete días si alguno de los previos, siendo dado de alta la misma tarde de la intervención, alivio inmediato de los síntomas con importante mejoría del flujo urinario pudiendo volver a su vida habitual en dos o siete días. Todo ello conlleva a un aumento del bienestar y satisfacción de los pacientes con esta técnica y con los cuidados ofrecidos.

Palabras clave: Hiperplasia prostática, láser verde, fotovaporización, cuidados enfermeros.

P-114 OVERNIGHT STAY EN CMA: ¿UTOPIA O REALIDAD?

M. Gutiérrez Márquez, Y. Zamora Dorta, A. T. Gueli Vilar, P. Perera Díaz
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Introducción: En algunas unidades de CMA se están introduciendo formas organizativas y de gestión que permiten aumentar su cartera de servicios incorporando procesos más complejos que pueden requerir pernoctas, son conocidas como unidades de recuperación prolongada o también llamadas Overnight Stay.

Es un modelo organizativo asistencial que permite dar el alta al domicilio del paciente el día siguiente a la intervención quirúrgica.

La UCMA del complejo hospitalario de Canarias se constituye como una unidad autónoma con un área propia de recuperación que proporcionan un entorno idóneo para la recuperación prolongada, contando con 11 camas, 9 sillones de readaptación al medio y 1 zona específica para pediatría. Además, en nuestra unidad no solo se realiza actividad ordinaria de mañana, sino que los 4 quirófanos de los que disponemos son utilizados en jornadas extraordinarias de tarde de lunes a viernes.

Con el plan CMA 24 h prestamos atención continuada, liberamos quirófanos de altas prestaciones y camas de hospitalización, se reduce el tiempo de espera para ser intervenido, se disminuye el número de pacientes en la lista de espera quirúrgica y todo ello sin que se afecte el indicador clave de la unidad que es la calidad y satisfacción de nuestros usuarios.

En junio del año 2022 comienza en nuestra unidad la apertura con recuperación prolongada.

Objetivo:

- Conocer el número de procedimientos quirúrgicos de cirugía mayor en el periodo de estudio.
- Conocer tipo de intervenciones quirúrgicas realizadas con recuperación prolongada.
- Evaluar coste-beneficio
- Verificar si se mantuvo el Net Promoter Score (NPS) y el porcentaje del grado de satisfacción de los usuarios de la unidad.

Material y método: Estudio retrospectivo de los datos obtenidos del número de intervenciones quirúrgicas de cirugía mayor realizadas en la unidad en el año 2021 y en el año 2022, haciendo comparativa.

Se recopilaron los datos de las intervenciones quirúrgicas por especialidades con pernocta en la unidad en un periodo de estudio desde junio del 2022 cuando se abrió la CMA 24 horas hasta enero del 2023.

Se contabilizaron el número de intervenciones quirúrgicas realizadas durante este periodo, así como los nuevos procedimientos incluidos.

Resultados: Se objetivó un aumento considerable del número de cirugías, pasando de 6032 intervenciones en el 2021 a un total de 6240 en el año 2022.

Desde el inicio del programa de ucma recuperación prolongada pernoctaron en nuestra unidad un total de 208 pacientes, siendo las intervenciones de cirugía general (vesículas, tiroides y paratiroides), urología (RTU), ginecología (histerectomías vaginales), ORL (amigdalectomías con y sin adenoidectomía) y cirugía plástica (reconstrucción mamas).

Con el programa de CMA 24 horas se permitió aumentar la cartera de servicios a intervenciones más complejas.

Permitió una reducción en la lista de espera quirúrgica del hospital al incorporar procesos que antes requerían hospitalización.

El porcentaje de satisfacción de los usuarios fue de un 92,9 % y el NPS de un 80 % manteniendo estándares de calidad.

Conclusiones:

- Las unidades de tipo autónomo con recuperación prolongada permite realizar más intervenciones en número, cada vez más complejas, manteniendo los estándares de calidad asistencial, seguridad y satisfacción del paciente.
- Permiten así mismo la atención de pacientes en situación de vulnerabilidad, sin acompañantes o con domicilio alejado del centro sanitario o residentes en otras islas.
- Es fundamental una implicación institucional que apoye dicha modalidad.

Palabras clave: Pernocta, recuperación prolongada, cirugía mayor ambulatoria.

P-115 ELABORACIÓN DE UN TRÍPTICO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

A. Gueli Vilar, Y. Zamora Dorta, P. Pérez Díaz, G. Gutiérrez Márquez

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Objetivos: Diseñar, elaborar e implantar un tríptico informativo para el paciente con consideraciones generales y recomendaciones de su proceso asistencial en la UCMA.

Dar a conocer al paciente y a su acompañante las distintas áreas de las que consta la Unidad de CMA, para facilitar la estancia en la misma.

Favorecer un vínculo entre el paciente y su entorno con el personal sanitario, mejorando la comunicación, la confianza y la atención prestada durante su estancia.

Promover y mejorar las costumbres, hábitos y comportamientos que fomentan el auto cuidado y optimizan los resultados de las cirugías.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo mediante una amplia revisión bibliográfica sobre trípticos informativos de las unidades de CMA de otros centros hospitalarios.

Mediante reuniones del equipo de enfermería, se unifican ideas para consensuar la información que pueda resultar de gran utilidad para el paciente y su acompañante.

Resultados: Ante la demanda de información por parte de los pacientes que son sometidos a cirugía mayor ambulatoria y la ausencia de la figura de la enfermera de preanestesia en nuestro hospital, se decide elaborar un folleto informativo con el objetivo de facilitar su estancia en la unidad.

Dicho folleto será un tríptico que entregará el anestesista a los pacientes el día de la consulta. Consta de una breve definición de la Unidad así como su ubicación, consideraciones a tener en cuenta el día anterior a la cirugía, el día de la intervención y los días posteriores a ésta. Del mismo modo, se especifican las diferentes zonas por las que el paciente circula en la Unidad durante su proceso quirúrgico (sala de espera, unidad de preanestesia, quirófano y recuperación de quirófano).

Finalmente, se hace un recordatorio de los puntos más importantes.

Numerosos autores revelan que los pacientes que han recibido información sobre el proceso quirúrgico presentan menos ansiedad durante su estancia en la Unidad, así como una disminución de las visitas al servicio de urgencias.

El tríptico es una herramienta útil para dar seguridad al profesional y unificar criterios de actuación.

Las siguientes fases del proyecto evaluarán el impacto en el personal sanitario y en los usuarios.

Palabras clave: Información, paciente, ansiedad, tríptico, cirugía mayor ambulatoria.

P-118 QUISTE COCCÍGEO. DE LA CONTROVERSI EN SU MANEJO A LA CURACIÓN

B. Álvarez Iglesias, E. López-Mosquera Bayón, J. C. Fernández Fernández, E. Vázquez Presa, C. J. Suárez Alonso, C. Mateos Palacios, S. Antuña Villa, S. González Estrada

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias

Objetivos: Los quistes pilonidales son una entidad bien conocida que afecta alrededor del 0,7 % de la población, presentándose –sobre todo– en varones de entre 15 y 30 años. Los factores de riesgo incluyen obesidad, vello abundante, piel oscura y dura, e higiene deficiente.

Aunque los objetivos del tratamiento son claros (erradicación del tracto sinusal, restauración de la cobertura cutánea y prevención de la recidiva), no existe una metodología universalmente aceptada. Además, y pese a que muchas de las opciones propuestas han demostrado buenos resultados, varias circunstancias relacionadas con la curación de la herida (falta de consenso en el tratamiento adecuado, falta de adherencia al mismo y variabilidad en la atención) hacen que su complejidad no se maneje de forma sistematizada, añadiendo complejidad a la enfermedad primaria.

Dos de estas técnicas (excisión por primera intención [6] y excisión con cierre por segunda intención) han sido empleadas en nuestro servicio de forma habitual. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados clínicos alcanzados mediante ambas técnicas y compararlos entre sí.

Métodos: Se plantea un estudio de cohortes prospectivo que incluye a todos los pacientes con quiste coxígeo intervenidos, a seguimiento por nuestro servicio y que hayan recibido el alta en el periodo de enero de 2020 a diciembre de 2022.

- Cohorte cerrado (C): se realiza un cierre primario de la herida en la línea media por primera intención, utilizando hidrofibra de hidrocoloide como apósito primario y un rulo de gasas de forma compresiva como apósito secundario. Esta técnica de cura se mantiene durante los cinco primeros días para, posteriormente, tratar la herida con antiséptico y cobertura con apósito de gasa.
- Cohorte abierto (A): la herida se deja abierta, buscando la cicatrización por segunda intención mediante los principios de cura en ambiente húmedo o idóneo.

Todos los pacientes tuvieron como referente y fueron seguidos durante el proceso por un profesional de práctica avanzada de atención especializada. A los pacientes de

la cohorte cerrada se les atendió únicamente en atención especializada, con la excepción de las heridas dehiscentes, que iniciaban seguimiento en combinación con atención primaria. A los pacientes de la cohorte abierta se les realizó curas combinadas entre atención especializada y atención primaria en todos los casos.

Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), tamaño de la herida (cohorte C en cm y cohorte A en cm²), infección, eficacia del tratamiento antimicrobiano tópico, realización de cultivos, antibioterapia, número de curas, tiempo de cicatrización (en días), complicaciones tras epitelización y recidivas.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos, detallando medidas de tendencia central y de dispersión. Para las comparaciones entre grupos, se emplearon pruebas paramétricas o no paramétricas de diferencias de medias en función de la normalidad de las muestras (determinados con la prueba de Kolmogorov-Smirnov). Las variables cualitativas se analizaron mediante el test chi-cuadrado de Pearson o el test exacto de Fischer en función de la magnitud de los valores esperados. En todos los casos se consideró un nivel de significación de 0,05 como estadísticamente significativo. Todos los cálculos se realizaron utilizando el software SPSS v.26 (IBM, Armonk, Estados Unidos) y el programa R (R Development Core Team), versión 4.2.2.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes (61 H/21 M), 49 (59,8 %) fueron tratados mediante cierre de la herida quirúrgica per primam y 33 (40,2 %) mediante cierre por segunda intención. Ambos grupos resultaron comparables en términos de edad (27,7 años grupo C vs. 30,6 grupo A, $p = 0,306$) y sexo ($p = 0,816$). El tamaño de la herida no es comparable entre los grupos, en los cerrados per primam es una medida de longitud (media de $7,5 \pm 3,2$ cm) y en los abiertos es una medida de superficie (media de $87,7 \pm 121,6$ cm²). Las medianas fueron de 7 cm y 37 cm², respectivamente.

El tiempo de cicatrización fue superior en los cerrados por segunda intención (105 vs. 70 días, $p = 0,004$), y también necesitaron mayor número de curas (39,8 vs. 15,1, $p < 0,001$). Además, estos pacientes realizaron un mayor porcentaje de curas en el centro de salud, mientras que el otro grupo tuvo un reparto de curas entre hospital y centro de salud más equilibrado (72,3 % vs. 51,9 %, $p = 0,001$).

Aunque el número de sangrados postquirúrgicos registrados fue mayor en el grupo de cierre por segunda intención, la diferencia no alcanza la significación estadística (6,1 % vs. 21,2 %, $p = 0,081$). Sí encontramos relación estadísticamente significativa entre el tamaño de la herida y la aparición de sangrado en el grupo de cerrados ($p=0,029$),

aunque no en el de abiertos ($p = 0,661$). Como es evidente, no se produjeron dehiscencias de la herida dentro de este último grupo, registrándose un total de dehiscencias de 35 (71,4 %) en los cierres primarios, 41 (83,7 %) fueron parciales y 8 (16,3 %) totales.

No se registraron diferencias entre grupos en el porcentaje de infecciones (36,7 % grupo C vs. 36,4 % grupo A, $p = 1$). Y tampoco se encontró relación entre el tamaño de la herida quirúrgica y la presencia de infección ($p = 0,767$ en abiertos y $p = 0,585$ en cerrados). Sí encontramos relación estadística significativa ($p < 0,001$) en el porcentaje de pacientes cerrados con dehiscencia que presentan infección, alcanzando el 51,4 % ($N = 18$). Si consideramos únicamente a los pacientes con infección (18 en el grupo C y 12 en el A), no hubo diferencias en la proporción de cultivos tomados (44,4 % grupo C vs. 41,7 % grupo A, $p = 1$), ni en la eficacia del tratamiento local (33,3 % grupo C vs. 50 % grupo A, $p = 0,458$). Tampoco encontramos diferencias entre grupos en la proporción de pacientes con antibioterapia (66,7 % grupo C vs. 50 % grupo A, $p = 0,458$). En ningún caso se produjo propagación de la infección ni se registraron signos o síntomas sistémicos.

Una vez producida la epitelización, hubo casos que presentan aperturas locales de la cicatriz, pero no encontramos diferencias entre grupos (16,3 % grupo C vs. 15,2 % grupo A, $p = 0,458$).

Se registraron 3 recidivas. Una de ellas (2 %) en el grupo de cierre primario y 2 en el diferido (6,1 %) aunque no alcanzó significación estadística ($p = 0,562$).

Conclusiones: Nuestros resultados demuestran la complejidad de la enfermedad pilonidal referida al elevado porcentaje de infecciones, tiempo de cicatrización, número de curas requeridas y repercusión sociosanitaria.

Si bien los resultados son similares en ambos grupos en cuanto al número de recidivas o tasa de infecciones, sí que hemos encontrado que los pacientes del grupo abierto necesitaron un mayor número de curas (39,8 vs. 15,1, $p < 0,001$), precisaron en mayor medida del recurso de la atención primaria (72,3 % vs. 51,9 %, $p = 0,001$), e invirtieron un mayor tiempo en la cicatrización (105 vs. 70 días, $p = 0,004$). Además, y aunque la diferencia no alcanza la significación estadística ($p = 0,081$), sí que parece que hay una tendencia mayor de sangrado en los pacientes con cierre por segunda intención. No obstante, también hay que reconocer que los pacientes con cierre por primera intención presentan una muy elevada (71,4 %) tasa de dehiscencia.

No encontramos diferencias en la respuesta al tratamiento local, a la necesidad de cultivos, ni al empleo de antibióticos entre grupos, si bien el tamaño de nuestra muestra

puede ser reducido para localizar tales diferencias en caso de que existieran.

Las elevadas tasas de infección en ambos grupos (36,4 % en pacientes abiertos y 51,4 % de los pacientes cerrados que presentan dehiscencia) nos encaminan a estrategias de control de higiene de la herida, tales como el uso local de apósitos con antimicrobianos en las curas de las heridas abiertas y de las cerradas que presentan dehiscencia. Además, y en función de los registros que poseemos sobre los microorganismos más frecuentes, cabría plantearse el tratamiento antibiótico profiláctico.

La existencia de tratamientos alternativos con diferentes perfiles de riesgo-beneficio ha llevado a que algunos autores promuevan involucrar a los pacientes en el proceso de decisión, pues estos pueden estar dispuestos a intercambiar probabilidad de éxito por rapidez, e incluso por resultados cosméticos.

Palabras clave: Quiste coccígeo, sinus pilonidal, infección, cicatrización, técnica quirúrgica.

P-119 ELABORACIÓN DE UN TRÍPTICO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE PEDIÁTRICO Y SUS ACOMPAÑANTES DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

Y. Zamora Dorta, A. T. Gueli Vilar, P. Perera Díaz, M. G. Gutiérrez Márquez
Hospital Universitario de Canarias

Objetivos: Las intervenciones quirúrgicas suponen una situación de estrés y ansiedad en el paciente pediátrico y en sus familiares por múltiples factores. La falta de información del proceso es una de ellas. Estas alteraciones emocionales repercuten de manera negativa en el paciente y pueden afectar a su recuperación postquirúrgica. Ante esta demanda de información por parte de los familiares de los pacientes pediátricos que son sometidos a la cirugía mayor ambulatoria y la ausencia de la figura de la enfermera de preanestesia en nuestro hospital, se decide elaborar un folleto informativo mostrando el funcionamiento del circuito infantil y las normas a tener en cuenta el día anterior y el día posterior a la cirugía con el objetivo de facilitar su estancia en la unidad.

Objetivo General:

Diseñar, elaborar e implantar un tríptico informativo con consideraciones generales y recomendaciones para el

paciente y la familia a tener en cuenta el día previo de la intervención, así como los días posteriores a la cirugía.

Objetivos específicos:

- Dar a conocer el circuito que realizará el paciente pediátrico ambulatorio el día de su intervención en la UCMA.
- Facilitar la acogida del paciente y sus familiares, así como su estancia en la UCMA.
- Mejorar la calidad asistencial del paciente y sus acompañantes.
- Fomentar un vínculo entre el paciente y los profesionales sanitarios que le atienden para aumentar la comunicación y la confianza entre ellos.
- Disminuir el nivel de ansiedad en el proceso quirúrgico.

Métodos: Descriptivo, cualitativo, observacional en la UCMA del CHUC.

Se creó un grupo de trabajo formado por 4 enfermeras de la UCMA. El grupo tiene la propuesta de crear una pauta común de actuaciones encaminadas a la promoción de la salud y a la orientación de pacientes y familiares, para lo cual se desarrolló un tríptico informativo que se facilita al paciente/familiares durante la consulta de preanestesia por parte del anestesiista.

Se realiza una amplia revisión bibliográfica y un estudio de la oferta actual de trípticos pediátricos informativos de otros centros hospitalarios.

Mediante reuniones del grupo de trabajo de enfermería, se unifican ideas para consensuar la información que pueda resultar de gran utilidad para el paciente y su familia. Del mismo modo, se han empleado métodos audiovisuales con la elaboración de un vídeo donde se muestra el circuito del paciente pediátrico en la UCMA, incluido en formato QR en el tríptico.

Conclusiones: A diferencia del circuito del adulto, el pediátrico presenta unas características propias. Se dispone de un espacio adaptado para el circuito infantil con una sala de juegos donde el niño puede compartir ese momento de forma más amena con sus familiares y con ello se puede disminuir su nivel de estrés antes de la cirugía. Así mismo, se dispone de un cubículo habilitado para la preanestesia en la zona de recuperación y readaptación al medio.

Este tríptico consta de una información básica y unos puntos a tener en cuenta el día previo a la cirugía. Se especifican los distintos pasos por los que el paciente pasa en el servicio durante su proceso quirúrgico (Sala de espera, Preanestesia, Quirófano y Recuperación de Quirófano). Finalmente, se dan unas recomendaciones post-quirúrgicas a tener en

cuenta en su domicilio, así como una frase reconfortante y el teléfono de contacto de la Unidad.

Es una forma práctica y beneficiosa donde la información llega de forma directa a los padres/tutores y a los niños. Con ello se consigue disminuir los niveles de ansiedad que se generan ante lo desconocido.

Es un formato atractivo visualmente, fácil de leer y de asimilar su contenido. Además define pautas claras de los procedimientos a seguir en su estancia en la unidad quirúrgica. Por lo tanto, toda esta información aporta seguridad al paciente y sus familiares.

El tríptico es una herramienta útil para dar seguridad al profesional y unificar criterios de actuación.

Las siguientes fases del proyecto evaluarán el impacto en profesionales y usuarios.

Palabras clave: Tríptico, acogida, cirugía, paciente pediátrico.

P-120 IMPLANTACIÓN DE LA ENTREVISTA DE ENFERMERÍA POSTQUIRÚRGICA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO

R. Parejo Sousa, A. Velasco Nieto, M. V. Navarro García
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Detectada la ausencia de una entrevista estandarizada de enfermería postquirúrgica en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, y tras hacer una acción comparativa con otros centros hospitalarios andaluces, se implanta en el mes de octubre de 2022 en la unidad de cirugía sin ingreso, entendida como una actividad generadora de calidad para el paciente.

Objetivos:

General: instaurar la entrevista estandarizada de enfermería postquirúrgica en la unidad de cirugía sin ingreso del Hospital General Virgen del Rocío como herramienta de calidad asistencial.

Específicos:

- Conocer el estado de salud del paciente tras el alta hospitalaria desde nuestra unidad integrada y detectar complicaciones potenciales.
- Disponer de una base de datos procedentes de las entrevistas.

Métodos: En septiembre de 2022 se diseñó un modelo de entrevista estandarizada de enfermería postquirúrgica. Con el soporte del servicio de informática y con la supervisión de enfermería, se habilitó el permiso necesario a los profesionales de enfermería del servicio, para la creación, digitalización y anexo del documento en la historia clínica del paciente.

En la elaboración de las cuestiones del modelo, se tuvo en cuenta recoger información sobre aspectos directamente relacionados con el postoperatorio como el dolor (a través de la escala de valoración numérica), estado del apósito, patrones de alimentación, eliminación, deambulación y sueño. Así mismo se incorporaron preguntas para que el paciente calificase su estado general y su satisfacción con la asistencia recibida.

El programa se inició con las llamadas telefónicas realizadas por las enfermeras de la unidad de cirugía sin ingreso desde octubre de 2022 hasta la fecha actual.

La enfermera ubicada en la unidad de cirugía sin ingreso incorporó la realización de la entrevista telefónica postquirúrgica a sus funciones diarias. Se determinó hacer un máximo de tres llamadas por paciente (en los supuestos de no poder comunicarse o bien por haber precisado de alguna aclaración por parte de cirugía).

Esta entrevista destinada a los pacientes incluidos en el programa de cirugía mayor ambulatoria se realizó a las 24 horas del alta hospitalaria.

Los recursos materiales necesarios fueron: un ordenador con acceso a la estación clínica y a la historia del paciente, un terminal telefónico con línea externa y un registro digital de las entrevistas realizadas para el análisis de datos posterior.

Resultados: Se inició y desarrolló el programa de entrevista postquirúrgica en la unidad de cirugía sin ingreso del Hospital General Virgen del Rocío.

Se creó una base de datos con la información recogida para realizar a corto/medio plazo una revisión de los resultados obtenidos de las llamadas telefónicas y determinar el impacto sobre el paciente.

Se resolvieron las dudas del paciente disminuyendo su ansiedad postoperatoria con las aclaraciones oportunas.

Conclusiones: La entrevista postquirúrgica de enfermería se instaura con éxito en la unidad favoreciendo la continuidad de cuidados tras el alta de enfermería.

Se resuelven las inquietudes y dudas del paciente, esto supone un aporte de calidad en la asistencia de enfermería.

Creación de una base de datos para el estudio analítico pertinente.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria, entrevista postquirúrgica, postoperatorio, enfermería.

P-121 GESTÃO DA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NA CIRURGIA AMBULATORIA

C. Castanheira Mendes, M. Moreira, N. Río, S. Silva
Centro Hospitalar Universitário de Santo António. Portugal

Objetivos: A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, onde cada interveniente no processo deve empenhar-se cada vez melhor, como refere a Ordem dos Enfermeiros (2017), no enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. O enfermeiro assume um papel de relevo na aplicação de padrões de qualidade definidos para os cuidados de enfermagem.

A Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico, é indissociável da prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Métodos: Utilizamos o Diagrama de Ishikawa para representar a relação entre um “efeito” e as suas possíveis “causas”, de modo a organizar de forma resumida o conhecimento do grupo relativamente à temática, no caso infeção do local cirúrgico e as suas possíveis causas.

A identificação destes fatores de risco, serviram de base à construção do plano de ação, para prevenir a ILC.

Conclusiones: Desenvolver projetos direcionados para a prevenção da Infeção Local Cirúrgico.

Envolvimento ativo/participativo de todos os elementos das equipas Multidisciplinares das Unidades de Cirurgia de Ambulatória.

Propomos:

a adequação do procedimento da monitorização da glicemia e do rastreio de MRSA, tornando-o num instrumento de atuação adequado à realidade das Unidades de Cirurgia de Ambulatória.

Palabras clave: Infeção cirúrgica, Prevenção, Cirurgia ambulatoria.

P-122 LÍNEA ABIERTA CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA LLAMADA DE SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LAS PRIMERAS 24-48 H A PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CMA DEL HOPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN DURANTE EL AÑO 2022

Y. Falcón González, R. Ruiz Mellado, M. A. Esteban Tejero

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

Objetivos: Los objetivos del estudio son los siguientes:

- Conocer y valorar las complicaciones postoperatorias con mayor incidencia que surgen en el domicilio en las primeras 24 h tras la intervención.
- Conocer las especialidades donde los pacientes refieren un mayor nivel de dolor.
- Analizar las mejoras que pueden introducirse en el formulario de recolección de datos de las llamadas.

Métodos: Se realiza un estudio observacional descriptivo de corte transversal. Datos recogidos desde enero a diciembre de 2022 en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Persona responsable de realizar las llamadas: enfermería de información de CMA.

Muestra: 2643 pacientes:

- Cirugías ordinarias programadas: 1660.
- Cirugías extraordinarias de programa de tarde: 982.

Criterios de inclusión: Pacientes intervenidos de forma ambulatoria con presencia de anestesista tanto en cirugías ordinarias programadas como en programa extraordinario-tarde.

Criterios de exclusión: Anestesia local y cirugías de urgencia.

Obtención de datos: Se obtienen los datos a través el programa DRAGO (sistema de información sanitaria: historia clínica electrónica de Atención Especializada del Servicio canario de Salud (producto de empresa externa llamada CGM)) mediante el formulario “Control post-operatorio URPA-CMA” que se realiza en las primeras 24h tras la intervención.

Resultados: Actualmente estamos a la espera de los datos definitivos de las complicaciones más frecuentes.

Sí disponemos de los datos del nivel de dolor.

Cirugías ordinarias realizadas en el año 2022.

Programadas 1660 cirugías.

Urgentes 72 cirugías.

Cirugías extraordinarias realizadas en el año 2022.

Programa de tarde 982 cirugías.

Total de cirugías ambulatorias 2714 cirugías.

Total de formularios de “Control post-operatorio URPA-CMA” 3923 formularios realizados.

El total de formularios es mayor al total de cirugías realizadas debido a las rellamadas de control.

Del análisis de los datos obtenidos se desprende que respecto al nivel de dolor, los datos obtenidos son los descritos en la tabla siguiente. Se toma como referencia la escala EVA, agrupando valores menores o iguales a 3 y mayores de 3. Se presentan en la tabla las 4 especialidades que porcentualmente tienen un EVA superior a 3.

Conclusiones: Del análisis de los resultados se desprenden las siguientes conclusiones:

- Las especialidades anteriormente citadas en la escala de EVA>3 son las que requieren una revisión en la pauta de analgesia.
- Al entregar los informes de alta por parte de enfermería se deberá incidir en los cuidados de la cirugía y en la pauta analgésica. Debemos corroborar que el paciente o familiar han comprendido correctamente la información dada.
- Debemos modificar algunos ítems para poder mejorar la recogida de datos en un futuro para optimizar los cuidados de enfermería.

Palabras clave: CMA, llamada, formulario, complicaciones, dolor.

P-123 NÁUSEAS Y VÓMITOS EN CMA: LLAMADA DE ENFERMERÍA 24 H

D. Silva, A. I. Silva, A. R. Cunha, A. Antunes, A. Nogueira
Hospital de Braga. Portugal

Objetivos: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se traduce en la realización de intervenciones quirúrgicas programadas, en las que el usuario se desplaza al hospital y es, por regla, dado de alta en el mismo día. El avance de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, con cada vez más procedimientos menos invasivos, permitió un crecimiento exponencial en el número de cirugías en CMA. Junto a esta evolución, la enfermería debe desarrollar su práctica con base en la evidencia científica, con objetivo a promover y brindar una excelente atención al paciente. Por lo tanto, se vuelve cada vez más importante analizar/evaluar los cuidados de enfermería para impulsar la mejora de los mismos.

En el marco del XV Congreso Nacional de ASECEMA/ X Congreso Ibérico CMA, nos proponemos analizar y procesar los datos recopilados con la llamada telefónica de 24 horas sobre náuseas y vómitos en Hospital de Braga en el año 2022, con el fin de conocer la realidad en nuestra unidad.

Métodos: A través del análisis estadístico de los datos obtenidos en el momento de la llamada telefónica de 24 horas, que es realizado por el equipo de enfermería a los pacientes intervenidos a cirugía e anestesia en las primeras veinticuatro horas del alta, analizaremos las siguientes variables náuseas y vómitos.

La llamada telefónica de 24 horas es una herramienta utilizada en CMA para evaluar no solo el estado posterior al alta del usuario, sino también la calidad de la atención. Este follow up se supone que es un vector importante en CMA, ya que permite la continuidad de cuidado, y es un momento peculiar de cercanía con el usuario, en la medida en que permite reforzar toda la información proporcionada al alta. En este sentido, y con el fin último de calidad de los cuidados de enfermería prestados, por lo que es fundamental producir con indicadores clínicos periódicos que permitan el análisis y seguimiento de mismo.

Conclusiones: Existe evidencia de que el contacto telefónico después de la cirugía brinda tranquilidad, seguridad y brinda la oportunidad de abordar las inquietudes del paciente. También permite el seguimiento de la recuperación posquirúrgica, así como el levantamiento de posibles complicaciones.

Con este análisis concluimos que la tasa de complicaciones náuseas y vómitos en nuestra unidad, es bajo.

Palabras clave: Náuseas y vómitos, CMA, llamada 24 h.

P-124 HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: ALTA DE ENFERMERÍA. FLYER INFORMATIVO

D. Silva, A. I. Silva, A. R. Cunha, A. Antunes, A. Nogueira

Hospital de Braga. Portugal

Objetivos: La histerectomía es una de las cirugías ginecológicas más realizadas a nivel mundial. La cirugía laparoscópica también ha ganado terreno, ya que es una técnica cada vez más segura y menos invasiva, con menos dolor y en consecuencia una recuperación más rápida. En este contexto, en 2022 en el Hospital de Braga aparece la histerectomía laparoscópica en el contexto de la CMA, realizada bajo anestesia general y que permite dar de alta al paciente dentro de las primeras 24 horas después de la cirugía.

Pretendemos presentar el *flyer* informativo que es entregado por el equipo de enfermería al alta de nuestra unidad de CMA. Contiene una breve descripción de la técnica quirúrgica, principales recomendaciones postoperatorias, cuidados, señales de alarma y posibles complicaciones, así como así como proporcionar contactos telefónicos para ser utilizados en SOS (FI.GINOB.035.00).

Métodos: A través de metodología descriptiva Y con el fin de estandarizar los procedimientos a realizar por el equipo multidisciplinar durante el proceso perioperatorio, se elaboró un protocolo y un *flyer* para ser entregado a todos los pacientes que se someten a esta cirugía.

Conclusiones: Este folleto se entrega al alta, junto con la medicación de uso domiciliario y el resto de documentación necesaria. Es también en esta fase que se realiza la confirmación del contacto telefónico del usuario, para la Llamada Telefónica 24 horas, fundamental para un mejor seguimiento/vigilancia de los usuarios posquirúrgicos, especial cuando se inicia un nuevo procedimiento en CMA.

Palabras clave: Histerectomía CMA.

P-125 DOLOR EN CMA: UN RETO PARA ENFERMERÍA

I. Argueta Hermoso, L. Santana Hermoso, R. Ortiz Pavón, M. Aldea Revuelta, A. Japón Conradi
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos:

- Proporcionar a los pacientes y familias unos cuidados eficaces y seguros del dolor postoperatorio.
- Valorar y registrar el dolor mediante escalas validadas.
- Administrar el tratamiento analgésico adecuado en el perioperatorio de forma individualizada.
- Planificar el tratamiento analgésico domiciliario con el equipo multidisciplinar, implicando al paciente y cuidadores en el tratamiento del dolor.
- Prevenir la aparición de dolor crónico postquirúrgico.

Métodos: Efectuamos una búsqueda bibliográfica tratando de recopilar información detallada y actualizada sobre el tratamiento del dolor postoperatorio.

El tratamiento del dolor es un derecho universal de todos los seres humanos consagrado como tal en la Carta de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas desde el año 2000. Y la “Carta Europea de los Derechos Humanos de los Pacientes de 2002” incluye específicamente el “derecho a evitar el dolor y el sufrimiento innecesario”.

Según la ASA, el dolor postoperatorio es aquel que está presente en el paciente debido a la enfermedad, al proceso quirúrgico y a sus complicaciones, o a una combinación de ambos. Y se caracteriza por ser un dolor agudo, limitado en el tiempo y predecible.

Su mal control aumenta el riesgo de complicaciones postquirúrgicas, de morbilidad y de desarrollar dolor crónico postquirúrgico, afectando negativamente a la recuperación funcional y a la calidad de vida.

El adecuado manejo del dolor es esencial dentro de los cuidados perioperatorios, así como un indicador de buena práctica clínica y calidad asistencial.

El inadecuado control del dolor continúa siendo un problema de salud no resuelto, a pesar del mayor conocimiento en las últimas décadas de los mecanismos que originan el dolor postoperatorio, de las recomendaciones de guías clínicas y los nuevos procedimientos técnicos.

La valoración y registro del dolor reflejan los resultados de la práctica clínica habitual, permite valorar si se han alcanzado los resultados postoperatorios adecuados. Define lo que separa la evidencia y la práctica de los tratamientos analgésicos, por ello es fundamental llevarlo a cabo y no en todos los hospitales se hace, o se hace parcialmente y/o no se analizan los resultados postoperatorios para hacer cambios para su mejora.

Es una creencia común pensar que la intensidad del dolor está asociada a la extensión de la lesión quirúrgica, sin

embargo, existe evidencia suficiente de que esto no es así y cirugías con poca extensión han sido asociadas con las intensidades de dolor más elevadas. Por otro lado, las investigaciones en DAP se centran más en las grandes cirugías y pone en evidencia la falta de recomendaciones internacionales para las cirugías menores.

El dolor agudo postoperatorio (DAP) en cirugía mayor ambulatoria (CMA) continúa siendo un factor importante, tanto por la repercusión en la recuperación del paciente y en su percepción de calidad del proceso asistencial, como por la aparición de complicaciones a largo plazo como el síndrome de dolor crónico postquirúrgico.

La IASP (International Association of the Study of Pain) define el dolor crónico postquirúrgico como aquel dolor que persiste más allá de los 3 meses tras la cirugía, sin otra causa que lo justifique.

El DCPQ puede conducir a una discapacidad significativa, con un gran impacto sobre la calidad de vida de los pacientes y sus actividades diarias. Además, supone un importante coste para la sociedad, tanto en gasto sanitario como en soporte social.

Resultados: Aproximadamente el 70 % de los pacientes experimentan dolor severo en algún momento de su recuperación, y un 30 % dolor moderado después de ser sometidos a un procedimiento quirúrgico. La prevalencia del dolor postquirúrgico en España ha sido estudiada a lo largo de los años, con valores que van desde el 16 % al 69 %. A pesar de estas grandes diferencias, la prevalencia del dolor postoperatorio sigue siendo alta en nuestros días.

Las causas de esta elevada prevalencia son la ausencia de conocimiento por parte del personal sanitario implicado en el proceso perioperatorio (enfermeras, cirujanos, anestesiólogos), desconocimiento por parte del paciente sobre las consecuencias del dolor no tratado de forma adecuada y la valoración y el registro inadecuado de la intensidad del dolor.

Conclusiones:

- La enfermería es un pilar fundamental dentro del equipo multidisciplinar en el abordaje del dolor postoperatorio. La enfermera va a ser el nexo entre el paciente y la institución durante este periodo.
- La consulta de enfermería previa es la clave para ofrecer educación sanitaria y las bases del autocuidado, disminuyendo la ansiedad preoperatoria. La información se explica de forma comprensible, apoyando la información oral con escrita, mejorando así la colaboración del paciente.

- Durante el periodo postoperatorio es la enfermera quien valora y registra el dolor como 5.^a constante vital, administra el tratamiento analgésico adecuado. También es la que ayuda a planificar el tratamiento analgésico domiciliario (con el resto del equipo multidisciplinar) implicando al paciente y cuidadores en el tratamiento del dolor.
- La llamada telefónica, de evaluación a las 24 h, es una prolongación de los cuidados de enfermería. Nos permite aumentar la tranquilidad y confianza del paciente, resolver dudas en cuanto a los cuidados postoperatorios, fundamentales en la prevención del dolor crónico postquirúrgico y de readaptación a su entorno habitual.
- La llamada también ayuda a detectar errores y conocer la necesidad de implementar estrategias de mejora.

Palabras clave: Dolor agudo postoperatorio, enfermera, cuidados, CMA, dolor crónico postquirúrgico.

P-126 AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO: INDICADOR DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

C. Teixeira, A. I. Lopes

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Portugal

Objetivos: As quedas constituem uma preocupação dos serviços de saúde ao nível da qualidade e segurança dos cuidados prestados. As quedas nas pessoas idosas podem desencadear graves incapacidades ou até mesmo a morte, são responsáveis por internamentos mais prolongados com repercussões negativas nos gastos em saúde. Devido à curta permanência hospitalar, o contexto de Cirurgia de Ambulatório (CA) é preditor do aumento do risco de queda pela influência do efeito de medicamentos comumente usados na abordagem anestésica. Compreender e conhecer os fatores de risco associados às quedas, bem como os diversos determinantes de saúde, será uma valiosa contribuição para o desenvolvimento de programas de prevenção de quedas em contexto de CA permitindo melhorar a qualidade e a segurança. A intervenção de enfermagem junto das pessoas com 65 ou mais anos deve ser precisa na avaliação e na gestão das necessidades específicas desta população. A avaliação pré-operatória é a melhor abordagem clínica para identificar vulnerabilidades e fatores de risco.

Desta forma, pretendemos contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados

aos doentes com 65 ou mais anos submetidos a cirurgia em contexto ambulatorio, através da sistematização da avaliação do risco de queda no momento da consulta pré-operatória de enfermagem, identificação de pontos críticos ao nível das condições físicas e ambientais da unidade, promoção de um ambiente seguro, implementação de estratégias de prevenção de queda, monitorização do incidente queda.

Métodos: O trabalho de projeto é uma metodologia assumida em grupo que deverá envolver todos os participantes, pelo que após reflexão em equipa de enfermagem acerca da necessidade identificada com o diagnóstico de situação, surgiu a pertinência para implementar intervenções de enfermagem sistematizadas e suportadas pela evidência científica, tendo como objetivo melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem a todos os doentes elegíveis. Foi utilizada a metodologia de projeto, desenvolvida em cinco etapas com recurso à ferramenta PDCA, tendo como população alvo a totalidade da equipa de enfermagem do serviço. Este projeto também envolveu participação da totalidade da equipa de assistentes operacionais. Teve início em Janeiro de 2022.

Resultados: A implementação do projeto contribuiu para a sensibilização e reflexão da equipa sobre a problemática em estudo, gerando mudança na prática clínica, que evoluiu para uma estratégia de prevenção da queda centrada no doente com 65 ou mais anos e involuntariamente passou a ser transversal a todos os doentes. Na documentação dos cuidados de enfermagem assistimos ao aumento da documentação da avaliação do risco de queda no momento da consulta pré-operatória de enfermagem e a capacitação da equipa para o processo de registo do incidente de queda.

Conclusão: Durante esta trajetória em que se fomentou uma prática reflexiva sobre a problemática em estudo, a consciencialização da equipa de enfermagem para a esta realidade assumiu maior dimensão e expressão, através das aprendizagens efetuadas e no desenvolvimento de competências para cuidar desta população. Embora a aplicação sistemática avaliação do risco de queda ainda esteja em implementação, pretendemos prosseguir com o trabalho realizado, dinamizando e motivando a equipa para a efetivação desta boa prática.

Palabras clave: Fall, elderly, ambulatory surgery, nursing care, PDCA.

GESTIÓN Y CALIDAD

P-127 A GESTÃO DE RISCO NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

I. Piques, P. Cunha

Centro de Reabilitação do Norte, Portugal

Objetivos: O papel do Enfermeiro Gestor é essencial para proporcionar ações quotidianas de gestão de risco na sua equipa, por isso, competências como visão alargada e planeamento, ancoradas a uma postura proativa e comprometida, refletem o comportamento de toda uma equipa.¹

Evidenciar a melhor prática do Enfermeiro Gestor que contribui para a gestão de risco.

Qual o papel do Enfermeiro Gestor na gestão de risco?

Métodos: Revisão bibliográfica de artigos e teses (pesquisa realizada em dezembro de 2021), com recurso ao motor de busca EBSCO®, através das bases de dados eletrónicas, CINAHL® Complete, MedicLatina e MEDLINE with Full Text. Utilizaram-se os descritores DeCS/Mesh combinados através de expressões booleanas. Foram aplicados limitadores como critérios de inclusão para refinar o processo e os resultados, tais como artigos e teses entre 2011 e 2021, revistas científicas com textos completos e de acesso livre, idioma em Inglês, Português e Espanhol. Foram identificados 395 artigos na base de dados, dos quais 306 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão, 33 artigos foram excluídos por duplicação, 46 artigos excluídos pelo título e resumo, pelo que ficaram 10 artigos elegíveis para leitura. Procedeu-se a uma leitura crítico-reflexiva destes, tendo sido selecionados 5 artigos adequados à questão de investigação. Foi realizada uma tabela de agregação de conteúdo.

Resultados: Apurou-se que todos os artigos são estudos qualitativos. Predomina a produção científica publicada no Brasil e o ano de publicação varia entre 2013-2021.

Os estudos incluídos incidem sobre a gestão de risco e as estratégias/papel do Enfermeiro Gestor na promoção da qualidade e segurança nos cuidados de saúde, bem como as suas competências necessárias para influenciar o comportamento da equipa na prestação de cuidados.

Após análise das referências bibliográficas selecionadas, evidenciou-se que as melhores práticas para a gestão de risco por parte do Enfermeiro Gestor, são as suas compe-

tências técnicas e não técnicas. É fundamental que o Enfermeiro Gestor tenha a capacidade de produzir efeito na sua equipa através do seu desenvolvimento comportamental, conhecimento científico e gestão participativa, influenciando a sua equipa na implementação de diretrizes de qualidade e práticas seguras para o utente. Através das habilidades técnicas e/ou cargos formais assumidos pelo Enfermeiro Gestor, deve promover a valorização de forma singular dos profissionais, bem como enfatizar a importância do conhecimento científico e o modelo de referência profissional que o enfermeiro exerce nos hospitais.^{1 2 5}

Ainda de realçar a necessidade de incentivar a formação e aprendizagem contínua sobre gestão de risco, ocorrência de eventos adversos, notificação dos mesmos e programas de intervenção que favoreçam a prevenção de eventos adversos, contribuindo para o fortalecimento de uma cultura organizacional focada na segurança do doente, bem como interesse no desenvolvimento de projetos de melhoria contínua de qualidade.^{3 4}

Conclusão: É cada vez mais importante o papel do Enfermeiro Gestor, como elemento integrante da sua própria equipa, para que com as estratégias adequadas motive e incentive a mesma a prestar cuidados com excelência, focados na qualidade e segurança do doente, prevenindo e evitando o risco, através da sua gestão.

Palabras clave: Enfermeiro Gestor, Enfermagem, gestão de risco, qualidade e segurança nos cuidados de saúde.

P-128 O PRESENTISMO E A SUA IMPLICAÇÃO PARA A GESTÃO EM ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

I. Piques, P. Cunha

Centro de Reabilitação do Norte, Portugal

Objetivos: O presentismo, que é definido como “pessoa doente e a trabalhar”, tornou-se um fenómeno comum na área de enfermagem. O presentismo é um fenómeno ocupacional e psicossocial que afeta o ambiente de trabalho, acarretando perdas na produtividade e implicações na condição de saúde dos trabalhadores, com potencial para se tornar um grave problema de saúde pública.

Objetivo: Analisar os principais fatores que contribuem para o presentismo e a sua implicação na gestão em enfermagem.

Métodos: Revisão integrativa da literatura (pesquisa realizada em junho de 2022), com recurso ao motor de busca EBSCO®, através das bases de dados eletrónicas, CINAHL® Complete e MEDLINE® Complete, tendo por base a questão de investigação: “Que fatores contribuem para o presentismo e qual a sua implicação na gestão de enfermagem?” Utilizaram-se os descritores DeCS/Mesh combinados através da expressão booleana (presenteeism or sickness presence) AND (nurs*) AND (management), dos quais resultaram 139 artigos. Foram aplicados limitadores como critérios de inclusão para refinar o processo e os resultados, tais como artigos entre 2012 e 2022, texto integral e de acesso livre, idioma em inglês, português e espanhol e descritor “management” nos termos do assunto, reduzindo para 17 artigos, em que 2 estavam duplicados. Procedeu-se a uma leitura crítico-reflexiva dos títulos/resumos dos 15 artigos, através dos quais excluí 7 artigos. Após a leitura na íntegra dos 8 artigos, selecionei 6 que se adequavam à pergunta de investigação e à temática escolhida e aos critérios de inclusão/exclusão. Com esta amostra de 6 artigos, foi realizada uma tabela de agregação de conteúdo.

Conclusões: Apurou-se que dos artigos selecionados, 50 % são estudos qualitativos e os outros 50 % estudos quantitativos. Predomina tanto a produção científica publicada no Brasil como na América e o ano de publicação varia entre 2019-2021. Após análise das referências bibliográficas selecionadas, evidenciou-se que emergem categorias semelhantes em diferentes estudos, refletindo o processo de tomada de decisão dos enfermeiros em torno do presentismo, tais como a consideração pelos colegas, fatores organizacionais e identidade profissional. A lealdade a colegas, regras escritas e não escritas e identidade profissional como enfermeiros, são os fatores identificados para o presentismo. Ainda se pode considerar para o acontecimento deste fenómeno os múltiplos fatores que os enfermeiros apontam como a “não gravidade” da doença, os colegas, a indisponibilidade de tempo de licença, os clientes, as restrições financeiras e a culpa^{1,6}. De realçar a relação entre as cargas de trabalho e o presentismo na enfermagem, verificado por limitações e perda de produtividade^{2,4,5}. A prevalência do presentismo, o custo económico do presentismo, o presentismo e as condições de saúde, o presentismo e o bem-estar do profissional, e, o presentismo e a segurança do paciente, são categorias que têm impacto na produtividade em enfermagem.

Discussão/conclusão: O presentismo intensifica-se na medida em que o não afastamento do profissional impede a sua substituição, contribui para o agravamento do estado de saúde do próprio profissional, afetando negativamente o seu relacionamento interpessoal, aumentando a sobrecarga da equipa. Cabe ao enfermeiro gestor desenvolver estratégias

para a preservação da saúde dos seus profissionais, garantindo dessa forma a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, não esquecendo também a promoção da desmitificação das consequências por parte da Organização relativamente ao absentismo ao invés do presentismo.

Palabras clave: Presentismo, enfermeiro gestor, enfermagem.

P-129 CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN PANDEMIA. BALUARTE DE LA CIRUGÍA REGLADA

C. del Álamo Juzgado, L. Gómez Bujedo, J. P. Roldán Aviña, P. A. Gallardo García, M. J. Pérez de la Fuente, R. M. Jurado Jiménez, A. Ortega Carrasco
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: Se trata de comparar la actividad quirúrgica pre-pandémica y la pandémica en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) del Hospital Virgen de Valme de Sevilla, ubicada en el Hospital del Tomillar (UCMA tipo III), así como la estrategia de programación que se llevó a cabo en las olas epidemiológicas, demostrando que una CMA independiente y libre de la COVID-19 pudo realizar una actividad casi parecida a la pre-pandémica.

Métodos: Se ha comparado la actividad quirúrgica de los siguientes periodos, marzo del 2018 a febrero del 2020 como pre-pandémico, y desde marzo de 2020 a febrero de 2022 como pandémico para que los tramos sean semejantes. Se excluye los meses de agosto por estar cerrada la Unidad. Los datos se han tomado de los partes de quirófano disponibles en la Estación de Gestión.

Fuera de los picos pandémicos, los procesos y procedimientos se realizaron con total normalidad tras establecer los circuitos y medidas seguras recomendadas.

En los periodos de olas o picos epidemiológicos se realizó una selección cuidadosa de pacientes, procesos y procedimientos.

Selección:

- Se eligieron pacientes ASA I y II, que no precisaran de anestesia general con intubación orotraqueal o mascarilla laríngea, priorizando la local, local y sedación y la raquianestesia.
- Los procesos elegidos fueron: Hernias de pared abdominal, proctología salvo hemorroides (fístulas, fisuras, sinus pilonidal, pólipos anales) y cirugía de tejidos blandos.

- Disponibilidad de una cama hospitalaria en el caso que se precisara por seguridad. El resto de nuestras camas se pusieron a disposición de pacientes de Medicina Interna.

Se compara la curva epidemiológica y el número de pacientes intervenidos en régimen CMA por semanas, para hacerla comparable con la curva facilitada por la unidad de Preventiva con el número de pacientes ingresados en el hospital por la COVID-19 que demuestran los picos pandémicos.

Resultados: Durante el primer periodo pre-pandémico, marzo de 2018 / febrero de 2020, se intervinieron 3554 pacientes y en el pandémico marzo de 2020 / febrero de 2022, 3012 pacientes, lo que supone solo un 15 % menos. Si no tenemos en cuenta los meses de marzo y abril donde no hubo actividad alguna los pacientes que se intervinieron fueron 3201 y 2922 respectivamente, lo que supone una diferencia aún menor del 8 %.

En los meses de marzo y abril del 2020 existe una caída hasta 0 de intervenciones, que se recupera en el mes de mayo. En los siguientes meses del mismo año coincidiendo con picos, hay oscilaciones, pero prácticamente no se bajó de 100 pacientes intervenidos por mes al aplicar la selección.

En los picos pandémico se pudo mantener la operatoria con los recursos suficientes y seguros. Tomando las semanas con mayor presión asistencial hospitalaria y de UCI, (segunda y tercera ola), se intervinieron 426 y 432 pacientes respectivamente, teniendo en cuenta que en el mismo periodo pre-pandémico fueron de 520 y 492 respectivamente. No hubo que utilizar la cama que se había reservado, ni hubo ningún ingreso. En la cuarta, quinta, y sexta ola no se aplicó ninguna selección especial y el número de pacientes es casi parecido en un periodo y otro. Por ello si comparamos los tres años que llevamos de pandemia, los resultados son aún mejores y demuestran una recuperación en el número de intervenciones, marzo de 2017 / febrero de 2020: 4776 pacientes marzo de 2020 / febrero de 2023: 4671 con solo una diferencia del 2 %.

Conclusión: La CMA ha sido tan resolutiva en nuestro centro en pandemia como en periodos pre-pandémicos. En las olas epidemiológicas pudo continuar siendo decisiva realizando una selección de paciente adecuada siguiendo unos criterios establecidos. De esta manera, se consiguió mantener, solo con un pequeño descenso, el número de pacientes intervenidos. Se conservaron los sistemas de seguridad del paciente y de los profesionales, sin causar sobrecarga asistencial al circuito hospitalario por las intervenciones.

Palabras clave: Procedimientos quirúrgicos ambulatorios, Programación de servicios de salud, COVID-19.

P-130 ROMPIENDO BARRERAS EN COMUNICACIÓN

E.López-Mosquera Bayón, S. González Estrada, S. Antuña Villa, C. Mateos Palacios, C. Nuño Iglesias, M. Soto Dopazo, J. C. Fernández Fernández
Hospital Universitario Cabueñes. Gijón, Asturias

Objetivos: Tradicionalmente, en el medio hospitalario o sanitario en general, la información a los pacientes se viene dando de modo verbal. También por escrito, en forma de consentimientos informados, documentos más o menos largos, dípticos o trípticos con información más o menos escueta sobre procedimientos, terapias, etc. Seguramente para una información corta o puntual y simple, estos medios de comunicación sean adecuados.

Somos humanos y nos comunicamos básicamente hablando. Es por esta condición humana por la que utilizamos el lenguaje verbal y gestual para transmitir información. No obstante, tiene algunos inconvenientes, la información según se da, se escapa y además depende de la capacidad explicativa del transmisor y la comprensiva del receptor.

En este punto, los medios audiovisuales, como videos o canales internos de televisión en los hospitales se han venido utilizando progresivamente en nuestro medio.

Por otro lado, es muy importante tener en cuenta, y no siempre pensamos en ello, que hay personas con dificultades físicas para recibir la información por algún que otro sistema: discapacitados auditivos o visuales, personas mayores...

Nosotros queríamos que nuestros pacientes estuviesen mejor informados, comprendiesen lo que queríamos transmitirles, supiesen cómo iba ser el proceso que les traía a nosotros, y cómo podían participar del mismo en su preparación y recuperación.

Cuando un paciente acude a nuestra Consulta y después de hablar y explorarle, le damos un diagnóstico y una propuesta de tratamiento, pasan varias cosas: La primera, como se mencionaba anteriormente, puede que el paciente, no nos oiga o nos vea bien. La segunda, muchos pacientes acuden nerviosos a la consulta, y aunque no sea así, cuando damos un diagnóstico y les hacemos una propuesta de tratamiento (una cirugía, por ejemplo), ese enunciado domina totalmente el escenario y el paciente apenas recibe el resto de la información transmitida. En tercer lugar, en muchas ocasiones la cantidad de información emitida es muy abundante, y además, hay aspectos de la información que son

necesariamente técnicos y no fáciles de comprender para alguien externo al mundo sanitario.

A la hora de escoger cómo transmitir esa información, descartamos la documentación escrita por lo ya comentado, en cuanto al volumen de información. Decidimos hacer un vídeo. Aparte de ser el audiovisual un medio más atractivo para el receptor de la información, tenía la ventaja de mostrar imágenes de la técnica quirúrgica, el material empleado en la operación, y de que las explicaciones fueran dadas por los mismos doctores y enfermera que le vieron en la consulta, le van a intervenir y seguir en su recuperación. Además, el vídeo permitía que el paciente pudiera reproducirlo en la tranquilidad de su domicilio con su familia o entorno próximo, cuantas veces quisiera.

Escogimos el Código QR para hacer llegar el vídeo a los pacientes, en parte por su gran auge y éxito tras la pandemia COVID-19 y también porque ya había alguna experiencia en nuestro hospital de utilizarlo para dar información.

Métodos: Elaboramos un primer vídeo sobre la patología más frecuente de nuestra especialidad de Cirugía General y Aparato Digestivo, las Hernias de Pared Abdominal. En él, se daba toda la información necesaria y con un lenguaje comprensible y accesible. El buen resultado de la experiencia nos llevó a hacer un segundo vídeo sobre otra patología prevalente de nuestra especialidad, el quiste coxígeo o pilonidal, y otro sobre cura de heridas.

Según íbamos avanzando, nos dimos cuenta de que estábamos olvidando un colectivo importante, las personas con discapacidad auditiva. Según el Instituto Nacional de Estadística (datos de 2020) solamente en nuestra comunidad autónoma (Asturias) hay 35.000 personas con discapacidad auditiva. Por lo que con la ayuda de la Federación de Personas Sordas del Principado de Asturias elaboramos las versiones, de los dos procesos: hernias y quiste coxígeo, para discapacitados auditivos, con un intérprete para el Lenguaje de Signos y el texto escrito subtulado.

Desde entonces entregamos el código QR impreso en una hoja de papel al paciente en dos momentos. El primero cuando, en la consulta, le damos el diagnóstico y le hacemos la propuesta de tratamiento. El segundo, el día de la intervención quirúrgica, junto con el resto de la documentación pertinente (informe de alta, receta, citas, etc.). En esa hoja de papel, además del QR impreso, se muestra también una dirección/web de internet para acceder a los vídeos si lo prefiriera.

Para valorar la acogida de nuestra propuesta, realizamos una encuesta telefónica a 105 pacientes a los que les habíamos entregado el código QR en la consulta y posteriormente se habían intervenido. Les formulamos una serie de cuestiones para valorar si habían reproducido el vídeo, si les había resultado útil etc. También analizamos las visualizaciones vía Youtube de los mismos para hacernos una idea del impacto.

Conclusiones: El 100 % de los pacientes encuestados consideró positiva la iniciativa. El 68 % visualizó los vídeos. El 100 % de los que visualizaron el vídeo consideraron que mejoró su comprensión sobre su proceso. Por otro lado a día de hoy y tras dos años del inicio de esta iniciativa hemos conseguido 2500 visualizaciones en la plataforma Youtube para el vídeo de las hernias y 2400 en el de los quistes pilonidales.

Sabemos que la transmisión perfecta de la información al paciente, no existe, pero debemos avanzar lo más posible para acercarnos a ella.

Creemos que, además del lenguaje verbal y escrito, los medios audiovisuales tienen muchas ventajas para favorecer una mejor llegada de la información al receptor (paciente), como ya hemos expuesto en los epígrafes anteriores.

Garantizar una adecuada comprensión de los procesos asistenciales, una implicación del paciente y su entorno en su postoperatorio y ayudarle a discernir entre lo que es una evolución favorable y desfavorable, ayuda sin duda a evitar visitas innecesarias a Urgencias, Centros de Salud o consultas de Enfermería y por ende disminuir la carga asistencial y fomentar el uso racional de recursos en procesos tan prevalentes como son las hernias inguinales y los quistes pilonidales.

Consideramos esta iniciativa y otras semejantes de la misma índole, determinantes en la mejora de la transmisión de la información y el objetivo es seguir ampliando nuestro catálogo de vídeos (sin descartar otras opciones que la tecnología nos brinda y en las que ya trabajamos) a otros procesos comunes de nuestra Especialidad.

Aclaración: Estudio parcialmente presentado en SEIQ (Investigaciones quirúrgicas) Gijón 2022.

Palabras clave: Comunicación, vídeos, código QR, calidad.

P-131 INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL EN NUESTRA CMA (PERIODO 2020-2022)

D. Mateo Arzo, M. Maiza, J. A. Meza, F. Rojas, M. Cai-cedo, J. A. Jiménez, S. Bóveda, I. Salgado
UCSI PV Valle Hebron. Barcelona

Introducción: La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es a día de hoy en los sistemas de salud un modelo de gestión que aporta ventajas tanto para el paciente como para la organización sanitaria. Cada unidad de CMA debe definir su oferta de prestación de servicios en función de las necesidades asistenciales del área sanitaria, de las características organizativas del hospital y de la capacidad profesional. La protocolización rigurosa de todas las fases del proceso se encarga de mantener la seguridad y calidad asistencial que se ofrecen.

Existe controversia y debate en la descripción y consideración de los diferentes indicadores establecidos por los diferentes organismos referentes en CMA: El Ministerio de Sanidad y Consumo (2008), El IAAS (2003), el Australian Council (2004-2011). Es por ello, que en nuestra Unidad consideramos interesante la valoración de cuatro de ellos para establecer una foto de nuestra realidad, dimensión eficacia y eficiencia.

Material y Métodos: Se realiza un estudio prospectivo cuantitativo de los indicadores: Número de cirugías realizadas en CMA/ Índice de ambulatorización/Índice de sustitución/Anulaciones-no comparecencia, durante el periodo 2020/2021/2022. Se analizan distribuciones por especialidades quirúrgicas mensualmente y el impacto que la pandemia originó en nuestra Unidad. Asimismo, se observa y cuantifica el motivo de las anulaciones/no comparecencia. Se obtiene información numérica comparativa sobre la dimensión, eficacia, eficiencia de nuestra gestión en CMA en diversos gráficos a exponer.

Resultados:

- Número de cirugías realizadas en nuestra CMA año 2020: 9106 procedimientos, número de cirugías realizadas en nuestra CMA año 2021: 11252 procedimientos, número de cirugías realizadas en nuestra CMA año 2022: 10063 procedimientos.
- Índice de Ambulatorización promedio anual: 53 %.
- Índice de sustitución promedio anual: 78 %.
- Suspensiones promedio anual: 142 pacientes.
- No presentados promedio anual: 360 pacientes.

Conclusiones:

- Los indicadores medidos de forma periódica y registrados de manera sistemática facilitan a gestores y profesionales la evaluación y la comparación externa de los resultados, permitiendo tomar decisiones dentro de un marco de referencia enfocado a la mejora continua.
- Se contribuye a la mejora de los sistemas de información y calidad de los datos, reforzando la credibilidad y confianza en los sistemas de medición y promoviendo la transparencia de gestión.
- El trabajo dentro de grupos interdisciplinarios es decisivo para la monitorización y conocimiento de la funcionalidad de las unidades y poder mejorar resultados.

Palabras clave: Indicadores, calidad en CMA.

P-133 LA LLAMADA POSTOPERATORIA COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN. PROPUESTA DE MEJORA

C. Ibañez Marcos

Hospital Universitari d'Igualada, Barcelona

Introducción: La tasa de consulta urgente y el dolor postoperatorio, constituyen dos de los indicadores más importantes de calidad en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). El seguimiento de los pacientes después de la cirugía mediante la llamada postoperatoria (LLP), es básica y necesaria para conocer y mejorar estos indicadores. Así como también, aumentar la seguridad y el bienestar de nuestros pacientes.

Nuestras organizaciones necesitan datos objetivos para identificar áreas de mejora y gestionar los recursos sanitarios, tanto humanos como materiales, para aumentar la calidad asistencial y la satisfacción de los usuarios de CMA.

Objetivos:

- Crear un registro de datos explotable para la llamada postoperatoria.
- Conocer y analizar el estado de salud, detectar complicaciones y dar respuesta eficaz a las necesidades del paciente de CMA, al menos, las primeras 24h después del alta.
- Detectar aquellos procesos quirúrgicos ambulatorios potencialmente mejorables, con datos objetivos.

Metodología: Hasta mediados del año 2022, en nuestro hospital, la LLP se registraba en un cuestionario formato

impreso de papel, que se rellenaba manualmente y se archivaba con la historia clínica del paciente, siendo muy complicada la recogida sistemática de datos y su consecuente explotación. Por este motivo se desarrolló una herramienta informática, que llamamos, “Gestión de llamadas 24h post-IQ UCSI”, con ella conseguimos:

- La integración de la LLP en la historia clínica del paciente asociada al proceso quirúrgico correspondiente.
- Recopilación de datos: tener un sistema de registro informático que nos permita de manera muy rápida y sencilla recopilar y rastrear información sobre las posibles complicaciones a las 24 h post alta.
- Sistema de gestión de calidad: que nuestros gestores tomen decisiones basadas en datos recopilados y analizados de manera objetiva y veraz para proporcionarnos acciones de mejora como por ejemplo la implantación de bombas elásticas en pacientes con mal control del dolor.
- Facilitar la investigación clínica y la docencia en enfermería.

Conclusiones: Las herramientas informáticas como la “Gestión de llamadas post-op 24 h UCSI”, son muy útiles y necesarias para mejorar el seguimiento de los indicadores de CMA. Nos dan una información objetiva y eficaz para que nuestros gestores nos proporcionen recursos tanto materiales, como humanos y así reducir costes, ya que con ella, se consigue la prevención de complicaciones, como el mal control del dolor. De esta forma también, se disminuyen las reconsultas, tanto en urgencias como en el centro de salud de atención primaria.

Palabras clave: Llamada postoperatoria, indicadores de calidad en CMA, herramienta informática.

P-134 MEDICAMENTOS “LASA” (SOUND-ALIKE, LOOK-ALIKE) COMO FRECUENTES CAUSAS DE INCIDENTES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Sánchez Canto¹, S. A. García Fernández², A. Fernández González¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, ²Hospital de Alta Resolución de Utrera. Sevilla

Introducción: Los medicamentos que pueden confundirse ya sea porque son similares tanto en apariencia (Look Alike), como al momento de escucharlos (Sound-Alike), o conocidos como LASA (Look-Alike, Sound-Alike por sus

siglas en inglés, ocupan un lugar preponderante dentro de los errores de medicación.

Según estudios epidemiológicos realizados en España, el 37,4 % de los eventos adversos tienen relación con la medicación en pacientes hospitalizados (estudio ENEAS) y el 48 % en atención primaria (estudio APEAS), de los que alrededor del 35 % y 59 % respectivamente, podrían evitarse aplicando prácticas seguras en el uso de los medicamentos.

Según la OMS, los daños causados por la medicación representan el 50 % del total de los daños evitables en la atención sanitaria con un coste asociado que se estima en 42.000 millones de dólares anuales

El abordaje de la seguridad del paciente debe realizarse desde una cultura global de seguridad en la que se analice de forma constructiva la cuota de responsabilidad de cada sector del sistema de salud: autoridades gubernamentales, industria farmacéutica, instituciones asistenciales, instituciones académicas, sociedades científicas y profesionales.

Reason diferencia dos formas de analizar el error:

- Centrándose en las personas como la causa de los efectos adversos derivados de los errores.
- Prestando atención a las condiciones de los sistemas en los que las personas desarrollan su actividad, como causa de que estas cometan errores que pueden devenir a su vez en eventos adversos.

Así tendríamos dos categorías de errores:

- Errores activos: estaríamos hablando de despistes, distracciones, lapsus, errores de valoración, e incumplimiento de normas establecidas por parte de los profesionales.
- Condiciones latentes o fallos de los sistemas: fallos presentes en la organización o en el diseño de dispositivos, actividades, que pueden facilitar la aparición de errores y contribuir a causar un daño en los pacientes.

Según el modelo explicativo de Reason del “queso suizo”, los eventos adversos se producen por una combinación de errores humanos y una cadena de fallos del sistema. El sistema pone barreras y mecanismos de protección y seguridad con la finalidad de que no ocurran daños para los pacientes. Dichas barreras están representadas por filetes de queso. En ocasiones, estas barreras presentan fallos, representados por los agujeros del queso. La casualidad o el alineamiento de varios “agujeros de seguridad” puede dar lugar a la aparición de una cadena de fallos que, aisladamente pudieran no haber tenido relevancia, pero que

en conjunto han formado una cadena que ha causado un resultado desastroso.

Caso clínico: Paciente varón, caucásico, de 55 años, 95 kg (IMC 30), fumador, con antecedentes personales de HTA y dislipemia, al que se le indica cirugía artroscópica de hombro izquierdo, en régimen de CMA.

A su llegada a quirófano, se confirma que el paciente ha tomado su medicación habitual para la HTA (enalapril 20 mg) con un sorbo de agua, justo antes del ingreso programado. Las cifras reflejadas por la monitorización estándar (pulsioximetría, tensión arterial no invasiva y trazado ECG) pre-inducción, son correctas (SatO₂ 98 %, TA 135/85 mmHg y FC 80 lat/min).

Previo bloqueo interescalénico ecoguiado sin incidencias, se preoxigena al paciente, y se procede a la inducción con Fentanilo, Propofol y Rocuronio. Y a continuación, a la IOT con tubo flexometálico nº 7,5 (Cormack-Lehane 2), igualmente sin incidentes.

Postinducción, se repite la toma de constantes, apreciándose una TA 85/55, con FC normal. Se administran i.v. 3 ml (9 mg) de la efedrina que ha precargado el enfermero circulante, sin conseguir elevación alguna de la TA. Se administra un segundo bolo de 2 ml (6 mg) de efedrina, y de nuevo, no apreciamos cambio alguno en las cifras de TA.

A continuación, empleamos otras estrategias para optimizar la TA: ligero descenso del % de Sevoflurano, aumento de la velocidad de infusión i.v. de cristaloides y discreto Trendelenburg. Con todo lo anterior, conseguimos que las tensiones suban hasta 95/65 y se mantengan estables alrededor de esta cifra durante todo el intraoperatorio.

A mitad de la intervención, ponemos a prueba de nuevo la Efedrina administrando 2 ml más, y confirmamos que sigue sin afectar a las tensiones de nuestro paciente.

Extrañados por esta ausencia de respuesta al fármaco, solicitamos revisar las ampollas vacías de la medicación de emergencia precargada por enfermería a primera hora de la mañana. Y encontramos que en vez de la ampolla de EFERDRINA (30 mg/10 ml), hay una ampolla vacía de eufilina (200 mg/10 ml).

La intervención finaliza satisfactoriamente.

El enfermero que precargó la medicación reconoce que no ha leído la etiqueta de la ampolla al retirarla del cajón de la efedrina, y el auxiliar de enfermería que ha repuesto la medicación en ese cajón asume que ha debido de ser él quien ha colocado por error la ampolla de eufilina en el

huevo de la efedrina. Ambos justifican su confusión, en base al parecido tanto del nombre de los fármacos, como de la forma de sus ampollas.

Se notifica el evento siguiendo los cauces previstos al efecto.

Discusión y conclusiones: En nuestro caso el paciente no llegó a sufrir daños por el error, pero estuvo en una situación hemodinámica límite, y en caso de haber aumentado las dosis del fármaco podría incluso haberse agravado, puesto que la eufilina tiene a nivel hemodinámico un efecto contrario a la efedrina que pretendíamos usar.

Cada centro tiene sus propios sistemas de alerta y notificación de eventos adversos con el objetivo de la mejora continua en la gestión de calidad y seguridad del paciente. En este caso se comunicó a la jefatura del bloque quirúrgico ya que es un centro exclusivo de CMA con 2 quirófanos y facilidad por tanto de comunicación entre estamentos. A su vez se ha comunicado al Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos.

El Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos es la delegación española del Institute for Safe Medication Practices (ISMP), financiado por el Ministerio de Sanidad, organización multidisciplinar sin ánimo de lucro dedicada a promover la seguridad y mejorar la calidad del proceso de utilización de los medicamentos. Su finalidad es prevenir los errores de medicación y reducir los acontecimientos adversos por medicamentos.

Los objetivos del ISMP para reducir los errores de medicación son:

- Transmitir a todos los profesionales sanitarios, organismos e instituciones vinculadas al cuidado y prevención de la salud, industria farmacéutica y a los propios pacientes la trascendencia clínica y la cultura profesional necesaria para reconocer y abordar el problema de los errores de medicación.
- Mantener un Programa de Notificación de Errores de Medicación, adherido al programa internacional, que recoja las comunicaciones y experiencias de los profesionales sanitarios y permita la evaluación conjunta de la información.
- Promover el desarrollo de estrategias y recomendaciones dirigidas a la prevención de los errores de medicación y a la reducción de los acontecimientos adversos a medicamentos.

Posibles medidas a tomar para evitar errores con medicamentos LASA:

- Establecer un procedimiento para revisar el nombre y el etiquetado o envasado de los nuevos medicamentos y compararlo con los ya disponibles en el centro, antes de incluir un nuevo medicamento en la Guía Farmacoterapéutica, cuando se cambia de proveedor de un medicamento y ante adquisiciones temporales motivadas por situaciones de desabastecimiento.
- Siempre que sea posible, cuando se detectan medicamentos con etiquetado o envasado de apariencia similar, adquirirlos a distintos fabricantes para ayudar a diferenciarlos.
- Si esto no fuera posible, tomar medidas para reducir el riesgo de que se confundan (p. ej. almacenamiento separado, señalización con alertas o reetiquetado).
- Disponer de una lista con los medicamentos que se utilizan en el centro que tengan nombres similares, y establecer las medidas pertinentes para evitar confusiones.
- Utilizar letras mayúsculas resaltadas para diferenciar los medicamentos con nombres similares en los programas de prescripción, dispensación y administración, y para etiquetar las estanterías o los contenedores donde se almacenan.
- Utilizar un lector de códigos para verificar el medicamento antes de su dispensación y administración.

Palabras clave: Lasa, evento adverso, seguridad, medicación.

MISCELÁNEA

P-135 UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y LA FORMACIÓN DEL RESIDENTE DE CIRUGÍA GENERAL

J. Naranjo Fernández, Z. Valera Sánchez, M. Retamar Gentil, L. Sánchez Moreno, M. Flores Cortés, M. Sánchez Ramírez, R. Pérez Huertas, L. Romero Pérez
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Objetivos: Las Unidades de C.M.A son fundamentales para la formación del residente de Cirugía General. Exponemos la guía formativa en cirugía mayor ambulatoria en nuestro Servicio de Cirugía General para la formación quirúrgica del residente con los objetivos de conocer y formarse en este tipo de cirugía, en los cuales las técnicas quirúrgicas practicadas en CMA son fundamentales y establecemos de manera estructurada su realización en el itinerario docente previsto en el programa de formación.

Métodos: Planteamos la formación de nuestros residentes durante tres periodos, en su primer, segundo y cuarto año de formación, con rotatorios en dichos periodos de tres / cuatro meses en función del itinerario formativo individual de cada residente, de forma que al final de la residencia ha estado en formación en la Unidad CMA – Pared abdominal como mínimo diez meses.

Conclusiones: En nuestra propuesta de rotatorios previstos, tres periodos y un total mínimo de 10 meses, donde la realizada durante el primer año es muy importante para la toma de contacto con los pacientes y la cirugía, con sus primeros pasos como ayudante y cirujano en cirugías de menor complejidad al igual que el conocimiento de criterios de inclusión y manejo del circuito en CMA, en el segundo año ya realiza cirugía de mayor complejidad como cirujano de hernias inguinales, ventrales e incisionales, y sobre todo en su cuarto año de formación donde es posible realizar como cirujano procesos de cirugía laparoscópica avanzada en CMA de hernia inguinales y ventrales, además de abordajes anteriores más complejos como transinguinal y onstep.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria, Formación del residente cirugía general.

P-136 DETECCIÓN PRECOZ Y MANEJO DE INGUINODINIA POSTQUIRÚRGICA. SERIE DE CASOS

A. Fernández González, A. Olmos Nieto, A. Sánchez Canto, A. Rodríguez Archilla, J. L. López Romero
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Uno de los campos de la cirugía con mayor auge en los últimos años ha sido el de la Cirugía Mayor Ambulatoria, propuesta como un modelo eficiente de gestión de recursos ya que posibilita el alta de los pacientes a domicilio en las primeras horas tras la intervención y, con ello, su reincorporación temprana a su actividad laboral.

Por lo tanto, a lo largo de los años, han ido evolucionando las técnicas quirúrgicas y anestésicas para permitir dicho fin, empleando estrategias menos invasivas para minimizar el daño acaecido sobre los pacientes, ya que una mayor complejidad quirúrgica o anestésica implicaría un retraso en su recuperación y la necesidad de estancia hospitalaria.

Una de las patologías más frecuentemente encontradas en los circuitos de Cirugía Mayor Ambulatoria es la hernia inguinal, cuya prevalencia en la población española se encuentra en torno al 1,6 %, viéndose incrementada hasta el 3 % a partir de los 50 años. Por lo general, suele tratarse de una patología más prevalente en varones, con un ratio 2:1 con respecto a las mujeres. Por todo ello, en la actualidad, la hernioplastia inguinal consiste en la segunda intervención quirúrgica más frecuentemente realizada en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla, España) con alrededor de 1900 intervenciones anuales, siendo realizadas el 68 % sobre varones.

Como consecuencia de los avances en las técnicas quirúrgicas con el desarrollo de técnicas de reparación libres de tensión sobre la pared abdominal, se ha reducido considerablemente la incidencia de recurrencia tras una hernioplastia inguinal. Sin embargo, se ha objetivado un incremento en la incidencia de inguinodinia crónica postoperatoria hasta el 10-15 % en función de la literatura consultada. Esta se define con la presencia de dolor postoperatorio después de un periodo mínimo de seis meses tras la intervención en lugar de los tres meses considerados previamente.

Su etiopatogenia es multifactorial, ya que presenta componentes de dolor neuropático como resultado de la inflamación, irritación o afectación directa de los nervios de la región inguinal generada por compresión, fibrosis, suturas o la propia prótesis. Su sintomatología es un dolor quemante, lanciante que se irradia a genitales y puede combinarse con hiperestesia, hipoestesia o alodinia. Asimismo, es impor-

tante considerar el componente somático, ocasionado por el propio tejido cicatricial o consecuencia de una presión mecánica que se genera alrededor de una masa conformada por la retracción de malla y fibrosis periprotésica que en la literatura se conoce como “meshoma”. Menos común es la presentación de inguinodinia como orquialgia o diseyaculación, debido a la afectación de estructuras del cordón espermático y del conducto deferente.

Entre los factores de riesgo de inguinodinia postquirúrgica cabe destacar la cirugía abierta frente al abordaje endoscópico, el tipo de malla, el tipo de fijación de la malla (siendo mayor si se realiza mediante grapas) o la presencia de complicaciones postoperatorias inmediatas hemorrágicas o infecciosas.

Al asociar una tasa nada despreciable de dolor crónico postoperatorio, conlleva una importante afectación de la calidad de vida de los pacientes y un elevado consumo de recursos que implican un coste importante para nuestro Sistema Sanitario, así como costes indirectos derivados de la incapacitación temporal o permanente de los pacientes. Para ello, es preciso llevar a cabo un adecuado abordaje del dolor agudo perioperatorio con estrategias de analgesia multimodal (técnicas locorregionales, analgesia intravenosa preventiva, analgesia oral o intravenosa en domicilio mediante elastómeros), una detección temprana de la presencia de inguinodinia y un manejo precoz mediante fármacos específicos o derivación a las Unidades de Dolor Crónico para efectuar técnicas invasivas con el fin de paliar la sintomatología de estos pacientes.

Objetivos: En esta publicación, se pretende evaluar de forma retrospectiva la evolución de una serie de seis casos analizados de inguinodinia crónica postquirúrgica en pacientes de la Unidad de Dolor Crónico Refractario del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla, España), con el fin de promover la detección precoz de esta complicación tan invalidante para la vida diaria de nuestros pacientes y determinar una serie de estrategias a seguir para manejarla de una forma segura y efectiva.

Métodos: Para la elaboración de la publicación propuesta se ha empleado como fuente de información primaria, la historia clínica digitalizada de los pacientes analizados, siendo un total de seis los casos estudiados. Los pacientes pertenecían a distintas áreas sanitarias de la comunidad de Andalucía y habían sido derivados a la Unidad del Dolor desde sus respectivos hospitales.

La obtención de los casos fue llevada a cabo mediante un muestreo no aleatorizado de casos consecutivos, incluyéndose a pacientes sometidos a la realización de una técnica intervencionista en la Unidad de Dolor Crónico como

consecuencia de inguinodinia postquirúrgica. Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado previo a la realización del procedimiento.

En todos ellos se analizó el tipo de cirugía a la que fueron sometidos, si precisó malla o no, la necesidad de reintervención quirúrgica, la intensidad y la duración de la sintomatología, la limitación de la calidad de vida, el inicio temprano de tratamiento analgésico y la necesidad de técnicas neurointervencionistas efectuadas por anestesiólogos especializados de las Unidades de Dolor.

Discusión: La inguinodinia crónica postquirúrgica representa una de las principales complicaciones del postoperatorio de la hernioplastia inguinal. Para su diagnóstico, se debe efectuar una adecuada anamnesis y exploración física, descartando la presencia de recurrencia o efectuando pruebas complementarias, siendo la más habitualmente empleada la ecografía y, en menor medida, la resonancia magnética. Es conveniente definir las características clínicas del dolor referido por parte de los pacientes ya que el manejo del dolor neuropático o nociceptivo son diferentes. Para determinar y confirmar la presencia de una inguinodinia postquirúrgica es común la realización de bloqueos nerviosos diagnósticos del ilioinguinal, el iliohipogástrico o el génitofemoral.

Con respecto al tratamiento, a día de hoy, sigue resultando un desafío para cirujanos y anestesiólogos, ya que debe ser individualizado y estar adaptado a las características clínicas de los pacientes, estableciendo estrategias de abordaje multimodal.

En líneas generales, suele optarse por tratamiento conservador en estadios iniciales mediante analgesia o tratamientos no farmacológicos como la fisioterapia. Dentro de la farmacología indicada para el dolor neuropático, se han objetivado buenos resultados con antidepresivos tricíclicos (amitriptilina), anticonvulsivantes bloqueantes de los canales de calcio (gabapentina, pregabalina) o inhibidores selectivos de serotonina-noradrenalina (venlafaxina). Los tratamientos tópicos con lidocaína o capsaicina están en un segundo lugar debido a su escasa eficacia y a sus importantes efectos secundarios.

El siguiente paso consiste en la realización de técnicas neurointervencionistas mediante la realización de bloqueos nerviosos con anestésico local u otras alternativas como la crioablación o la radiofrecuencia en los nervios de la región inguinal, como el ilioinguinal o el iliohipogástrico. No obstante, la evidencia científica en la literatura aún es escasa y es precisa la realización de estudios mejor estructurados y con mayor calidad, aunque la experiencia clínica está siendo positiva ya que es manifiesta la mejoría clínica de estos pacientes. Aún más invasiva es la neuromodulación

central o periférica, de complejo funcionamiento y todavía con escasa evidencia.

Dentro de las técnicas quirúrgicas, cabe destacar la neurectomía del nervio afectado en caso de inguinodinia crónica de predominio neuropático, o la extirpación de la malla si el dolor predominante es de características nociceptivas. Ambas estrategias pueden combinarse con el fin de obtener mejores resultados clínicos.

Resultados: De los seis casos analizados, cinco de ellos eran varones (83 %) y únicamente se cuenta con una mujer (17 %). De ellos, cinco se habían intervenido de hernia inguinal unilateral (83 %) y uno de ellos fue sometido a una hernioplastia inguinal bilateral (17 %). El abordaje laparoscópico fue el escogido en cuatro de los casos (66 %), mientras que en dos de ellos se llevó a cabo cirugía abierta (33 %). Todos los casos (100 %) fueron intervenidos mediante hernioplastia con colocación de malla y en la totalidad de los mismos, se efectuó el procedimiento quirúrgico en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria de forma programada.

Tres de los casos se reintervenieron quirúrgicamente (50 %), objetivándose mejoría de la sintomatología clínica en dos de ellos con la retirada de la malla. Uno de los casos (17 %) se sometió a una intervención quirúrgica hasta en un total de cuatro ocasiones.

Todos los casos presentaron inguinodinia en los días siguientes a la intervención, perdurando la sintomatología durante un periodo de tiempo superior a seis meses. En cinco de los casos (83 %), la duración del dolor considerado como moderado-intenso (medido según la escala visual numérica con un valor superior a 5 sobre 10), siendo el paciente restante quien lo refería con una intensidad de 4 (17 %).

Cuatro de los pacientes comentaban en la entrevista síntomas, tanto neuropáticos como somáticos (66 %). Uno de ellos únicamente comentaba un dolor de características neurálgicas (17 %). En otro de los pacientes predominaba la orquialgia con dispareunia y diseyaculación (17 %).

Todos los pacientes referían una limitación importante de su calidad de vida, encontrándose cuatro de ellos (66 %)

en situación de incapacidad temporal, uno de ellos (17 %) en situación de incapacidad permanente y otro continuaba activo laboralmente (17 %).

Solamente en la mitad (50 %), se inició un tratamiento médico con fármacos específicos (antineuropáticos como gabapentina o pregabalina o antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina o la desvenlafaxina) de forma precoz, esto es, en un periodo de tiempo inferior a un año. El resto de pacientes iniciaron este tratamiento de forma tardía, incluso en uno de los casos tuvo lugar en un periodo superior a dos años (17 %).

Todos fueron derivados a la Unidad del Dolor Crónico Refractario del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla y a todos se le plantearon técnicas intervencionistas con el fin de mejorar la sintomatología clínica, siendo la radiofrecuencia del nervio ilioinguinal el procedimiento efectuado en cuatro de ellos (66 %), recibiendo los otros dos pacientes una radiofrecuencia pulsada de raíces lumbares (33 %). El 100 % de los pacientes refería mejoría tras la realización del procedimiento y el 66 % permanecía en una buena situación clínica y funcional a partir de los seis meses de la técnica.

Conclusiones:

- La inguinodinia crónica postquirúrgica se ha convertido en la complicación más prevalente en el postoperatorio de hernioplastia inguinal.
- Se trata de una complicación que limita de forma importante la calidad de vida de los pacientes e implica altos costes directos e indirectos.
- Es conveniente la detección precoz del dolor crónico postoperatorio con el fin de abordarlo de la forma más temprana posible con tratamiento conservador.
- En la actualidad, se están objetivando buenos resultados de las técnicas neurointervencionistas llevadas a cabo por anesestesiólogos de las Unidades de Dolor Crónico con una importante mejoría de la sintomatología clínica de los pacientes.

Palabras clave: Inguinodinia, dolor, intervencionismo.