

VOLUMEN
29

NÚMERO
JUNIO

Suplemento I
2024

cma
cirugía mayor ambulatoria

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (ASECMA)

asecma
ASOCIACION
ESPAÑOLA DE
CIRUGIA MAYOR
AMBULATORIA



15.º SIMPOSIO NACIONAL CMA, CELEBRADO LOS DÍAS 6 - 7 DE JUNIO DE 2024 EN VIGO

RESÚMENES DE COMUNICACIONES ORALES

- Anestesia
- Cirugía
- Enfermería
- Gestión y calidad

RESÚMENES DE COMUNICACIONES PÓSTERES

- Anestesia
- Cirugía
- Enfermería

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 2024. 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, Group S. L. U.

Imprime: Diseño y Control Gráfico

SUMARIO

JUNIO 2024
VOL. 29 Supl. 1

COMUNICACIONES

**15.º SIMPOSIO NACIONAL CMA,
CELEBRADO LOS DÍAS 6 - 7 DE JUNIO DE 2024, EN VIGO**

Resúmenes de comunicaciones orales

■ Anestesia / Anesthesia	1
■ Cirugía / Surgery	6
■ Enfermería / Nursery	13
■ Gestión y calidad / Management and quality	17

Resúmenes de comunicaciones pósteres

■ Anestesia / Anesthesia	20
■ Cirugía / Surgery	25
■ Enfermería / Nursery	31

COMITÉ CIENTÍFICO

En nombre del Comité Científico y de la Junta Directiva de ASECMA, queremos agradecer a todos los autores que han presentado resúmenes de comunicaciones el esfuerzo realizado. Las comunicaciones son una parte esencial de la actividad científica de los Congresos y Simposiums, y nos permiten intercambiar experiencias en diversas áreas de la Cirugía Mayor Ambulatoria.

Queremos felicitar a todos aquellos que han sido seleccionados como autores de Mejores Comunicaciones para su presentación en formato oral.

Una mención muy especial para la colaboración prestada por los Revisores. Muchas gracias por vuestra diligencia y rigor científico.

Luis A. Hidalgo Grau
Presidente del Comité Científico

RESÚMENES DE COMUNICACIONES ORALES

ANESTESIA

O-01 ESTUDIO OBSERVACIONAL PARA EVALUAR EL SEGUIMIENTO DE “NO HACER PRUEBAS PREOPERATORIAS” EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

J. Azanza Cordova, L. Velasco, A. Gallo, J. García-Coronel, M. Portas, A. Reyes, M. Zaballos
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: La realización de pruebas preoperatorias es un tema de gran controversia, ya que estudios previos han demostrado que su realización no está justificada debido a que sus resultados no se acompañan de beneficios clínicos en los pacientes. Esta consideración es todavía más relevante en el contexto de la cirugía mayor ambulatoria (CMA), por las características de pacientes y de procedimientos que se realizan en esta modalidad asistencial. Diferentes guías y recomendaciones sugieren su eliminación, sin embargo, el grado de cumplimiento de estas recomendaciones no ha sido evaluado en nuestro medio. El objetivo del presente estudio fue analizar la evolución temporal en la petición de pruebas preoperatorias en una unidad de CMA.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes de análisis retrospectivo de datos recogidos de forma prospectiva desde el año 2017 hasta el año 2022, que se agruparon en dos periodos: pre-2019 y post-2019. En nuestra unidad se consensó con los equipos quirúrgicos que en pacientes ASA I, II y ASA III estables para cirugía ambulatoria solo se requería la realización de una analítica. Se consideraron como pruebas preoperatorias las peticiones de ECG y de radiografía de tórax que se realizaron entre los 30-7 días anteriores a la fecha de la intervención quirúrgica. Se incluyeron datos demográficos, clasificación ASA, enfermedades concomitantes y petición de ECG y radiografía de tórax en los periodos seleccionados. Análisis estadístico: para las comparaciones de variables cualitativas se utilizó la prueba de la chi-cuadrado, y para las variables cuantitativas la t de Student para muestras independientes. Significación estadística: $p < 0,05$.

Resultados: Durante el periodo estudiado se completaron los datos de 1165 pacientes, 271 en el periodo pre-2019 y 894 post-2019. Un 62 % fueron mujeres en ambos periodos. La edad media fue de 50 ± 12 años pre-2019 y de 50 ± 17 años en el periodo post-2019; $p = 0,25$. No hubo diferencias en el IMC: $26,39 \pm 3,92$ vs. $26,81 \pm 5,27$ kg/m²; $p = 0,09$ pre y post-2019. Hubo diferencias en la clasificación ASA: ASA I (45 % vs. 28,5 %); ASA II (49,8 % vs. 53,8); ASA III

(4,8 % vs. 17,1 %); y ASA IV (0,4 % vs. 0,6 %); $p = 0,001$ pre y post- 2019. En relación con los tiempos quirúrgicos, la cirugía fue más prolongada en los pacientes pre-2019: 60 ± 28 vs. 37 ± 25 min, $p = 0,001$. Hubo diferencias significativas en las especialidades quirúrgicas incluidas en ambos periodos que fueron: cirugía vascular periférico 63,1 % vs. 13,2 %; cirugía general 17,7 % vs. 22,8 %; cirugía ortopédica 19,2 % vs. 45,2 %; estomatología 0 % vs. 18,8 %; $p = 0,001$ pre y post-2019. En total se hicieron 420 ECG y 116 radiografías de tórax sin indicación clínica en los periodos evaluados. Hubo diferencias significativas en la petición de radiografías de tórax que fue más frecuente: 32,8 % en los pacientes del primer periodo vs. 3 % en el segundo periodo; $p = 0,001$. En relación al ECG, este se solicitó en el 47 % de los casos durante el primer periodo y en el 33 % en el segundo periodo, $p = 0,001$. Considerando los costes de ambas pruebas, ECG: 26,98 € x 420 ECG realizados y de la radiografía de tórax de 14,56 € x 116 radiografías realizadas, el exceso de coste sobre el hospital estimado fue de 13.020,56 €.

Conclusiones: Nuestros hallazgos muestran que sigue existiendo una amplia disparidad entre las recomendaciones científicas y la práctica clínica. Nuestros resultados sugieren así mismo que existe un amplio margen de mejora de las actuaciones sin afectar a la calidad asistencial mediante la reducción de pruebas innecesarias. El impacto del seguimiento de las recomendaciones científicas en la petición de pruebas preoperatorias disminuirá los costes innecesarios aplicados en CMA.

Palabras clave: Pruebas preoperatorias, CMA, Cirugía mayor ambulatoria.

O-02 ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO: CONTROL DE DOLOR EN CIRUGÍA DE HALLUX VALGUS SEGÚN TÉCNICA ANESTÉSICA

J. Azanza Cordova, S. García, E. Novoa, E. Barrio, F. de la Gala, B. Sobron, M. Zaballos, A. Reyes
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: La finalidad principal de esta investigación será evaluar la siguiente hipótesis nula (H0): “no hay diferencia en la calidad analgésica al alta y a las 24 horas entre el bloqueo poplíteo y el bloqueo de tobillo tras cirugía de hallux valgus”. Surgiendo así la hipótesis alternativa (H1): “existe una diferencia en la calidad analgésica al alta y a las 24 horas entre el bloqueo poplíteo y el bloqueo de tobillo tras cirugía de hallux valgus”.

El objetivo principal es comparar la calidad analgésica al alta y a las 24 horas entre el bloqueo poplíteo y el bloqueo de tobillo en la cirugía de hallux valgus ambulatoria.

Como objetivos secundarios se encuentran: determinar si existe alguna relación entre las diferencias que se encuentren y los distintos datos antropométricos. Determinar si existe alguna relación entre las diferencias que se encuentren y el tipo de técnica quirúrgica. Revisar las actuaciones que pueden ayudar en el control postoperatorio del dolor.

Métodos: Es un estudio de cohortes retrospectivo en el que se comparó el dolor postoperatorio, en la URPA y a las 24 h en su domicilio en pacientes sometidos a cirugía de hallux valgus. Se incluyeron pacientes operados de una cirugía abierta de hallux valgus unilateral, en régimen de cirugía ambulatoria y mediante un bloqueo anestésico regional ecoguiado a nivel poplíteo o a nivel del tobillo. Se recogieron los datos demográficos, las comorbilidades importantes, alergias a fármacos que puedan intervenir en la percepción del dolor y la clasificación del estado físico del paciente de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA). Tipo de bloqueo anestésico utilizado: a nivel poplíteo o a nivel del tobillo (“en calcetín”) según la técnica utilizada y el tipo de anestésico local utilizado. Duración de la cirugía medida en minutos. Medicación administrada intraoperatoriamente y en el postoperatorio. Escala Visual Numérica (EVN) al alta: 0 ausencia de dolor y 10 dolor máximo para representar la intensidad del dolor en el momento del alta.

Se compararon las puntuaciones EVN entre los grupos de pacientes que recibieron diferentes tipos de bloqueo anestésico para evaluar la eficacia del mismo en el control del dolor postoperatorio. Escala categórica del dolor a las 24 horas vía telefónica se llama a los pacientes al día siguiente de la cirugía para que clasifiquen su dolor en inexistente (0), poco (4), mucho (6) o insoportable (10). Se compararon las valoraciones del dolor en los pacientes que habían recibido bloqueo poplíteo frente a los que habían recibido bloqueo en calcetín. Variable de resultado primaria: EVN al alta + escala categórica del dolor a las 24 horas. Se utilizaron varios métodos estadísticos para analizar los datos y controlar los factores de confusión. Para la estadística descriptiva de las variables cualitativas, se calcularon las frecuencias y porcentajes de cada categoría. Para las variables cuantitativas se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para evaluar normalidad. Las variables que siguieron una distribución normal se analizaron con la media y la desviación estándar, mientras que para las variables no normales se usaron la mediana y el rango intercuartílico.

Para comparar dos variables cualitativas se utilizó la prueba exacta de Fisher y para comparar una variable cualitativa con una cuantitativa se utilizó la U de Mann-Whitney.

Resultados: La cohorte final estuvo compuesta por 50 pacientes, 19 sometidos a anestesia mediante bloqueo poplíteo y 31 a bloqueo de tobillo.

La comorbilidad más prevalente fue la hipertensión arterial, presente en un 26 % de los pacientes. Se encontró una asociación significativa entre el ASA y el tipo de bloqueo nervioso administrado para la cirugía. Los pacientes con una ASA más baja tuvieron una tendencia a recibir el bloqueo poplíteo vs. los pacientes con ASA más alta.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,013$) con respecto al paracetamol, que fue administrado en un 45,2 % de los pacientes con bloqueo de tobillo, en contraste con un 10,5 % de los pacientes que recibieron bloqueo poplíteo.

Se observaron diferencias estadísticamente *significativas* ($p = 0,014$) en la evaluación del dolor al alta entre los pacientes que recibieron bloqueo poplíteo y aquellos que recibieron bloqueo de tobillo. En el grupo de pacientes sometidos a bloqueo poplíteo, el nivel medio de dolor evaluado mediante EVN al momento del alta hospitalaria fue de 0,95 (DE \pm 1,17). Por contra, en el grupo de pacientes que recibieron bloqueo de tobillo, el nivel medio de dolor al alta fue de 0,35 (DE \pm 1,87).

Con respecto al dolor registrado vía telefónica a las 24 horas mediante escala categórica del dolor (equivalente en valores numéricos) se obtuvo que el dolor medio alcanzó 2,53 (DE \pm 2,29) puntos en los pacientes que fueron anestesiados con bloqueo poplíteo, en cambio los pacientes que recibieron bloqueo de tobillo la media fue de 1,81 (DE \pm 2,21) sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,272$) en la prueba de U de Mann-Whitney.

Conclusiones: En este estudio no se tiene en cuenta ni el tipo de anestésico local utilizado en cada bloqueo ni ningún otro tipo de medicación administrada al paciente, ni la técnica quirúrgica utilizada, siendo estos posibles sesgos a tener en cuenta.

Los datos de nuestro estudio sugieren que el bloqueo de tobillo es superior frente al bloqueo poplíteo a la hora de controlar el dolor postoperatorio al alta de los pacientes, pero no a las 24 horas tras la cirugía.

Debido a las limitaciones de este estudio y a la poca evidencia científica comparativa entre ambos grupos, no se puede afirmar que exista una superioridad del bloqueo de tobillo respecto al bloqueo poplíteo. Se necesitan más estudios comparativos entre ambos grupos para obtener conclusiones.

Palabras clave: Hallux valgus, bloqueo poplíteo, bloqueo de tobillo.

O-03 COMPLICACIONES GRAVES ASOCIADAS AL USO DE ROPIVACAÍNA EN PACIENTES INTERVENIDOS EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA, REVISIÓN SISTEMÁTICA DE CASOS CLÍNICOS

N. Iñurritegui Arregui, L. Rodríguez, J. Orallo, I. Fernández, S. Velázquez, O. Quintela, E. Vázquez, M. Zaballos

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Las técnicas locorreregionales han ido ganando protagonismo en la cirugía mayor ambulatoria (CMA) por su eficacia en el control del dolor agudo postoperatorio. Su uso permite reducir la administración de opioides y, como consecuencia, sus efectos secundarios (como náuseas, vómitos, íleo o sedación residual). Sin embargo, las técnicas regionales no están exentas de errores de dosificación o inyecciones vasculares accidentales que pueden desencadenar consecuencias devastadoras. La ropivacaína surge en la búsqueda de agentes de larga duración con menor toxicidad que la bupivacaína y, por lo tanto, menor riesgo potencial de toxicidad sistémica. Esta menor toxicidad puede ser especialmente relevante en situaciones en las que se requieren volúmenes elevados de AL, como en el caso de los bloqueos nerviosos periféricos y los bloqueos fasciales. Desafortunadamente, a pesar de estas consideraciones, sigue existiendo riesgo de complicaciones graves. El objetivo de la presente revisión es analizar y sintetizar la información clínica de la intoxicación sistémica (ISAL) asociadas con el uso de ropivacaína en el contexto de la CMA.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de artículos en los que se mencionara la ocurrencia de complicación neurológica o cardiovascular grave derivada de la toxicidad causada por el uso de ropivacaína, extrayéndose expresamente los procedimientos quirúrgicos típicamente realizados de forma ambulatoria. Se utilizaron las bases PubMed, Embase y Scopus. Se utilizó la combinación de palabras clave con operadores booleanos de la siguiente manera: “(ropivacaine OR local anesthetic) AND (intoxication OR toxicity OR overdose)” AND caso clínico hasta 30 abril de 2024.

Resultados: Aplicando los límites descritos, se registraron un total de 9545 resultados. Tras examinar título y resumen, la cifra se redujo a 105 artículos (con un total de 153 casos), descendiendo posteriormente a 40 artículos tras eliminar aquellos que no incluían procedimientos ambulatorios. El

conjunto de artículos muestra un total de 58 casos de ISAL relacionada con la ropivacaína en el ámbito de la CMA, lo que representa un 38 % de los casos descritos. La edad (mediana y RIQ) fue de 47 años (27-61), con un rango desde 3-84 años. En el 69 % de los casos se utilizó ropivacaína como único AL, siendo la lidocaína el AL asociado de forma más común (20,7 %). La mediana de dosis utilizada fue de 2,67 (1,73-4,75) mg/kg. En el 27,6 % de los casos se superó la dosis máxima recomendada de ropivacaína. La técnica anestésica más comúnmente asociada con la aparición de ISAL fue la realización de un bloqueo nervioso periférico (BNP) en un 74 %, seguido de anestesia epidural/caudal en un 19 %. La mediana de concentración plasmática de ropivacaína (n = 22) fue de 2,11 (1,47-3,73) $\mu\text{g}/\text{kg}$. El síntoma más común al inicio de la intoxicación fue el neurológico (91 %), y hubo algún tipo de complicación cardiovascular grave en un 28 % de los casos, con dos casos de parada cardíaca. En el 60 % de los casos los síntomas se iniciaron en menos de 15 minutos tras finalizar la técnica anestésica. Se utilizaron emulsiones lipídicas intravenosas (ELI) en el 31 % de los casos, y concretamente, desde el año 2006 (cuando se describe el uso de ELI en humanos) se utilizaron ELI en un 35 % de los casos, destacando que de los casos de complicación cardiovascular grave, el 46 % de los pacientes recibieron ELI. Solo una paciente falleció (en un procedimiento de fístula arteriovenosa, presentaba insuficiencia renal crónica), y en este caso no se administró ELI.

Conclusiones: Los resultados han mostrado que la incidencia de ISAL en el contexto de la CMA es importante, así como la asociación de complicación cardiovascular. Los casos descritos muestran un insuficiente uso de ELI en el tratamiento de la intoxicación, incluso en aquellos con afectación cardiovascular grave.

Palabras clave: Ropivacaína, anestésicos locales, toxicidad, intoxicación.

O-04 ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA COMPLEJIDAD ANESTÉSICA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN DOS PERIODOS TEMPORALES

N. Iñurritegui, A. León, L. Velasco, M. Portas, E. Novoa, A. Reyes, M. Zaballos

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Aunque las tasas de cirugía mayor ambulatoria (CMA) varían considerablemente de un país a otro (e incluso dentro de un mismo país), en su evolución se espera un

incremento en el número de pacientes complejos. En sus comienzos, la CMA se consideraba adecuada solo para las intervenciones más sencillas y para pacientes cuidadosamente seleccionados, mientras que ahora se considera el procedimiento quirúrgico de elección para muchas cirugías y solo se excluyen pacientes si existen razones convincentes. Si bien la evolución natural en las unidades de CMA es la de incluir pacientes más complejos conforme los equipos adquieren mayor experiencia, desconocemos cuál ha sido la tendencia en nuestra unidad en este sentido. El objetivo del estudio fue analizar la complejidad de los pacientes intervenidos en CMA en los comienzos de la unidad y compararlo con los datos de pacientes incluidos actualmente.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo sobre pacientes intervenidos en CMA cuyos datos fueron recogidos de forma prospectiva. Se evaluaron las características de los pacientes intervenidos en los inicios de la unidad en el 2002-2003 y se compararon con los pacientes intervenidos en los años 2020-2023. Se analizaron datos antropométricos, clasificación ASA, tipo de cirugía, su duración y la incidencia de ingresos no previstos. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS; para las comparaciones de variables cualitativas se utilizó la prueba de la chi-cuadrado; y para las variables cuantitativas, la t de Student para muestras independientes. Significación estadística: $p < 0,05$.

Resultados: Se evaluaron un total de 1948 pacientes, de los cuales 783 pertenecían al periodo inicial y 1165 al periodo actual. La edad media de los pacientes fue de $40,42 \pm 16,72$ vs. $50 \pm 15,6$ años en el periodo inicial y final respectivamente, $p = 0,001$; no hubo diferencias en la proporción de hombres y mujeres entre los dos periodos: mujeres 63 % en el periodo inicial vs. 60 % en el periodo final $p = 0,6$. En cuanto al tipo de cirugía, se realizó cirugía ortopédica en el 21 % vs. 39 %; cirugía general, 18 % vs. 14 %; cirugía-vascular, 9 % vs. 25 %; cirugía ginecológica, 16 % vs. 7 %; y cirugía de cabeza y cuello (estomatología y otorrinolaringología), 36 % vs. 15 % en el primer y segundo periodo respectivamente, $p = 0,001$. Respecto a los tiempos quirúrgicos, la duración de la cirugía en el primer periodo fue de 58 ± 31 min vs. 43 ± 27 min respectivamente, $p = 0,001$. El análisis de la clasificación ASA mostró diferencias significativas, siendo la proporción de pacientes ASA I de 73 % vs. 32 %; ASA II, 26 % vs. 51,5 %; ASA III, 1 % vs. 16 % y ASA IV 0 % vs. 0,5 %; $p = 0,001$. El porcentaje de ingresos no previstos fue en el primer periodo del 0,89 % y en el segundo periodo de 0,45 %; $p = 0,43$.

Conclusiones: Los resultados de nuestra serie demuestran que la evolución de la actividad en la unidad de CMA sigue las recomendaciones actuales, con un aumento en la com-

plejidad de los pacientes incluidos en programas de cirugía sin ingreso. Asimismo, el incremento en la comorbilidad de los pacientes no se ha traducido en un aumento de los ingresos no previstos.

Palabras clave: ASA, complejidad anestésica.

O-05 DETERMINACIÓN DE LA ED 50 Y ED 95 DE PRILOCAÍNA AL 2 % PARA REALIZAR LA BIOPSIA DE PRÓSTATA POR FUSIÓN EN CIRUGÍA AMBULATORIA

S. González Santillana, P. Molina, M. Portas, P. Cabrerizo, MJ. Cancho, E. Rodríguez, C. Mencía, M. Zaballos
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: El cáncer de próstata representa la segunda causa de mortalidad relacionada con el cáncer entre los varones. Diferentes sociedades urológicas recomiendan realizar la biopsia de próstata por fusión de resonancia magnética (RM) combinada con ultrasonidos (US) en los pacientes con sospecha clínica de cáncer de próstata. Se trata de un procedimiento doloroso y típicamente en nuestro medio se realiza con anestesia espinal con dosis bajas de prilocaína hiperbárica. Sin embargo, desconocemos cuál es la dosis óptima de prilocaína requerida para realizar la biopsia de próstata por fusión. El objetivo del estudio fue determinar la dosis efectiva 50 y 95 (DE50, DE95) de prilocaína necesaria para la realización exitosa de la biopsia de próstata por fusión en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA). Tras la determinación de la DE95, se realizó un estudio consecutivo para verificar la eficacia de la DE95 obtenida.

Métodos: Tras su aprobación por el comité de ética y registro en ClinicalTrials.gov (NCT05649020) se incluyeron de forma prospectiva a pacientes propuestos para biopsia de próstata por fusión. La dosis de prilocaína administrada se calculó siguiendo la metodología de “up and down” de Dixon modificada, en la que la dosis efectiva de prilocaína utilizada para cada paciente se determinó con la respuesta del paciente evaluado previamente. El primer paciente recibió una dosis de prilocaína de 20 mg basado en datos previos de estimación de la dosis en procedimientos de cirugía perianal. Si el paciente no alcanzaba el nivel anestésico predeterminado (respuesta positiva al frío en S2-S1) el siguiente paciente recibía una dosis superior de prilocaína, en incrementos de 1 mg; si la respuesta era negativa entonces el paciente recibía una dosis decremental de 1 mg.

La valoración del nivel anestésico o dermatoma con bloqueo sensitivo fue realizada por el enfermero de quirófano que desconocía la dosis estudio (miembro ciego del equipo investigador). Estadística: la DE50 se determinó calculando la media de la dosis de prilocaína de los puntos medios de 8 pares independientes de pacientes que manifestaron el cruce desde “nivel anestésico no exitoso” hasta “nivel anestésico exitoso”. Las secuencias se analizaron mediante regresión logística isotónica para obtener la probabilidad de anestesia exitosa determinándose la DE 50 y DE 95 % con los intervalos de confianza al 95 %.

Resultados: En una primera fase se incluyeron 33 pacientes varones ASA I-III con una edad media de 67 ± 7 años, peso de 78 ± 10 kg y talla de 171 ± 6 cm. El tiempo medio de la cirugía fue de 45 ± 8 min. La DE50 de prilocaína fue de $8,87 \pm 3,29$ mg (IC al 95 % 6,1-11,6 mg). Los resultados tras realizar el análisis de regresión logística isotónica mostraron que la DE50 de prilocaína estimada fue de 6,9 mg (IC al 95 %: 4,1-11,6) mg y la DE 95 de 16,2 mg (IC al 95 %: 12,5-20,8) mg. El máximo dermatoma sensitivo alcanzado fue a nivel de L1 en un paciente. Fue necesario rescate analgésico con dosis bajas de fentanilo en 8 casos, un paciente precisó anestesia general con mascarilla laríngea.

En la segunda parte del estudio se reclutaron 33 pacientes adicionales a los que se administró 17 mg de prilocaína. La edad media en este grupo fue de 68 ± 9 años, peso de 80 ± 11 kg y talla de 170 ± 5 cm. El tiempo medio de la cirugía fue de 39 ± 6 min. La administración de 17 mg produjo anestesia satisfactoria en el 96,97 % (IC al 95 % 84-99). Un paciente precisó rescate analgésico a pesar de un nivel anestésico S1; en dos pacientes con nivel anestésico S3, inferior al considerado como exitoso, pudo realizarse el procedimiento sin requerimientos adicionales analgésicos.

En conjunto, 3 pacientes presentaron hipotensión que se resolvió con 5 mg de efedrina. El tiempo medio de estancia en la URPA fue inferior a 60 minutos en el 66 % del total de pacientes. En la llamada a las 24 horas no se registraron efectos adversos. No se observó ningún episodio de retención urinaria.

Conclusiones: Este estudio ha mostrado que la DE50 de prilocaína para la realización de la biopsia de próstata por fusión es de $8,87 \pm 3,29$ mg y que la administración de 17 mg de prilocaína al 2 % es adecuada para proporcionar una anestesia espinal satisfactoria en este procedimiento.

Palabras clave: Prilocaína, raquídea, CMA, biopsia fusión.

O-06 INGRESOS NO PREVISTOS Y CALIDAD DE RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA (QOR-15) EN PACIENTES OBESOS INTERVENIDOS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA

S. González Santillana, L. Velasco Rodrigo, M. Portas González, A. Reyes Fierro, E. Novoa Lago, J. Azanza Cordova, N. Iñurritegui Arregui, M. Zaballos García
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: La colecistectomía laparoscópica (CL) es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes realizados en nuestra población y es el tratamiento estándar para la colelitiasis sintomática. La obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de cálculos biliares, y la inclusión de estos pacientes para la realización de CL ambulatoria sigue siendo un tema controvertido. Actualmente se considera que la evaluación de los resultados postoperatorios centrados en la opinión del paciente es uno de los objetivos esenciales de calidad de los sistemas sanitarios. El objetivo de nuestro estudio fue comparar la incidencia de ingresos no previstos y la calidad de recuperación de pacientes con o sin obesidad sometidos a CL ambulatoria.

Métodos: El estudio fue aprobado por el comité de ética. Se realizó un análisis retrospectivo de una base de datos recogida de forma prospectiva. Se analizaron de forma consecutiva a pacientes intervenidos de CL ambulatoria. Se registraron parámetros demográficos, técnica anestésica, duración del procedimiento, dolor mediante escala numérica verbal (ENV), requerimientos analgésicos en la URPA, tiempos totales en la unidad e ingresos no previstos. Asimismo se realizó evaluación de recuperación mediante el instrumento validado (QoR-15) máxima puntuación de 150 antes y a las 24 horas de la intervención quirúrgica. Estadística: las comparaciones de parámetros cualitativos se realizaron con el test de la Chi Cuadrado, las variables cuantitativas, se analizaron mediante la t de Student para muestras independientes, la significación estadística se estableció con $p < 0,05$.

Resultados: Se evaluaron 105 pacientes, 35 con un IMC > 30 y 70 con un IMC < 30 . El porcentaje de mujeres fue de 80 % en el grupo IMC > 30 y de 73 % en el grupo de IMC < 30 , $p = 0,42$, y la edad media de 47 ± 15 años en el grupo IMC > 30 y de 51 ± 14 en el grupo de IMC < 30 , $p = 0,09$. Sin diferencias en la clasificación ASA en ambos grupos. Los requerimientos de fentanilo totales (intraoperatorios y URPA por peso magro) fueron de $3,39 \pm 1,53 \mu\text{g}/\text{kg}$ en el grupo IMC > 30 y de $2,75 \pm 0,95 \mu\text{g}/\text{kg}$ en el grupo IMC < 30 , $p = 0,005$. No hubo diferencias en el dolor ENV (mediana y RIQ): 3 (2-5) en el grupo IMC > 30 y 4

(2-5) en el grupo IMC < 30 , $p = 0,19$; ni en la proporción de pacientes que precisaron opioide en la URPA. El valor de la escala QoR-15 antes de la cirugía fue inferior en el grupo IMC < 30 : 147 ± 4 vs. 146 ± 5 en el grupo de IMC > 30 , $p = 0,048$. No hubo diferencias en la escala QoR-15 a las 24 h de la cirugía que fue de 138 ± 9 en el grupo IMC > 30 y de 137 ± 12 en el grupo IMC < 30 . Siete pacientes presentaron ingreso no previsto, uno en el grupo IMC > 30 y 6 en el grupo IMC < 30 , $p = 0,26$.

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que los pacientes con un IMC elevado sometidos a CL en régimen ambulatorio han presentado un curso postoperatorio, tasas de reingreso, estancia y calidad de recuperación similar a los pacientes con un IMC normal.

Palabras clave: Colecistectomía, calidad, CMA.

CIRUGÍA

O-07 CIRUGÍA TIROIDEA AMBULATORIA. EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

A. García Monferrer, A. Bernabeu García, X. Potau Lahoz, M. M. Anes Galán, J. de la Cruz Verdún, L. Antonio Hidalgo Grau, E. Bombuy Giménez
Hospital del Mataró, Barcelona

Objetivos: El auge en los últimos años de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) por sus numerosas ventajas, es evidente, no obstante, la puesta en práctica en determinadas intervenciones, como sería la cirugía tiroidea se considera aún hoy en día, motivo de controversia.

El objetivo principal es realizar una evaluación de los resultados obtenidos tras la ambulatorización de patología tiroidea en nuestro centro, en el periodo comprendido entre los años 2019-2023, así como la evaluación de las complicaciones postoperatorias, la identificación de los motivos de fracaso de ambulatorización y la demostración de la seguridad del procedimiento.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de nuestra base de datos entre los años 2019-2023 de todas las intervenciones quirúrgicas de CMA de tiroides. Se recopilaron datos demográficos, diagnósticos, tipo de intervención realizada, complicaciones, motivos de ingreso y reintervenciones. Todas las intervenciones fueron realizadas por los cirujanos de la Unidad de Cirugía Endocrina de nuestro centro.

Resultados: Nuestro centro tiene experiencia en ambulatorización de cirugías de tiroides des del 2010 con un claro perfeccionamiento de la implementación en los últimos 5 años. Durante este periodo de 5 años, se han realizado un total de 330 intervenciones de patología tiroidea, con 282 (85,4 %) intervenidos en la unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA), obteniendo un éxito de 264 (80,0 %) ambulatorizados sin incidencia, y los restantes 18 (6,4 %) requirieron ingreso por distintos motivos, entre los más destacables: dolor (2), vómitos (6), fiebre (1), voluntad propia del paciente (3), procedimiento más extenso de lo previsto (3), parálisis del recurrente y disnea (1), hematoma de herida (2) con requerimiento de reintervención (1). Referente a las reintervenciones únicamente se ha realizado una reintervención por hematoma cervical.

Desglosando los parámetros evaluados. A nivel demográfico, las intervenciones se realizaron a 237 mujeres (84,0 %) y 45 hombres (16,0 %). El diagnóstico más frecuente fue de bocio multinodular con 143 (52,0 %), seguido por nódulos tiroideos benignos con 97 (35,3%), carcinomas diferenciados de tiroides (CDT) con 26 (9,4 %) y enfermedad de Graves con 9 (3,3 %).

Por lo que refiere a los tratamientos se realizaron 89 (33,3 %) hemitiroidectomías, 152 (56,9 %) tiroidectomías totales bilaterales, de las cuales 26 (9,7 %) asociaron vaciamiento cervical ganglionar.

Conclusiones: Como conclusión, es posible realizar una cirugía ambulatoria de tiroides de forma segura sin que afecte la calidad del acto quirúrgico ni suponga un aumento de complicaciones, permitiendo mejorar la calidad de vida del paciente y mejora de los costes económicos.

Palabras clave: Cirugía tiroides, cirugía endocrina, ambulatorización, experiencia, calidad.

O-08 HERNIOPLASTIA APÓS FRATURA PÉLVICA – UM VÍDEO DE TAPP COM DISTORÇÃO DOS MARCOS ANATÓMICOS

F. Martins¹, C. Pinto², C. Magalhães³

¹Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório, Clínica Cirúrgica. ULS Santo António. Serviço de Oncologia Cirúrgica, IPO. Porto, Portugal; ²Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório, Clínica Cirúrgica. ULS Santo António. Porto, Portugal; ³Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório, Clínica Cirúrgica. ULS Santo António. ICBAS, University of Porto, Portugal

Objetivos: O tratamento cirúrgico de hérnias inguinofemorais é um dos procedimentos mais realizados em regime de ambulatório. Nesta cirurgia, guiamo-nos por marcos anatómicos ósseos presentes na bacia.

Neste trabalho apresentamos um vídeo que retrata o tratamento cirúrgico de uma hérnia suprapúbica após um trauma pélvico.

Métodos: Tratava-se de um doente do sexo masculino, 52 anos, saudável, que foi avaliado em consulta por queixas de dor inguino-escrotal esquerda e tumefação suprapúbica não redutível.

Como antecedentes, apresentava uma fratura da bacia em livro aberto, 10 anos antes, submetida a correção cirúrgica por uma incisão de Pfannenstiel.

Conclusiones: Foi submetido a hernioplastia laparoscópica TAPP esquerda, com constatação intraoperatória de uma hérnia suprapúbica lateralizada à esquerda e distorção da anatomia da região inguinal esquerda. O procedimento decorreu sem intercorrências e o doente teve alta no mesmo dia.

Palabras clave: TAPP, hernia pós-trauma.

O-09 TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA ANAL CON PRP (PLASMA RICO EN PLAQUETAS) EN UNA UNIDAD DE CMA

M. Castillo Fe, M. T. Alonso García, S. Villar Rúa, B. Ramos Lojo, A. Marcos Herrero, E. Quirós Higuera, J. Tejerina Riera

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Objetivos: Presentar nuestros resultados en el tratamiento de la fístula anal con PRP (Obsidian). Es un preparado autólogo obtenido a partir de la sangre del paciente (120 ml extraídos 30 minutos antes de la cirugía) que sufre un proceso de centrifugado a partir del cual se obtiene una matriz rica en plaquetas y en factores de crecimiento y cicatrización implicados en los procesos de cicatrización y regeneración de los tejidos.

Es un procedimiento mínimamente invasivo y preservador de esfínteres que permite la ambulatorización de la mayoría de los pacientes.

Métodos: Desde finales del 2019 se han intervenido unos 70 pacientes pero presentamos los resultados de los pri-

meros 49 pacientes, con un seguimiento mínimo de 1 año. La técnica quirúrgica consiste en un cepillado del trayecto fistuloso para retirar el tejido de granulación del mismo y con cierre del orificio interno con un par de puntos y sellado del trayecto fistuloso e inyección del producto restante peritrayecto y peri OFI. Nuestros 6 primeros casos fueron con sellado con Vivostat (matriz rica en fibrina) y los 6 siguientes con sellado con PRP siendo todos los demás pacientes intervenidos con sellado e infiltración de PRP.

Resultados: De los 49 pacientes tratados con una sola intervención se obtuvo una tasa de curación del 34,7 %, que asciende a un 43 % tras una segunda cirugía. Obtuvimos por tanto una tasa total de éxito del 40,8 %.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas que influyeran en la curación ni en cuanto a la edad, sexo ni localización de la fístula ni tampoco en cuanto a la infiltración (aunque el número de pacientes en los que solo sellamos el trayecto fue pequeño con respecto al total). Si encontramos diferencias cuando el paciente había sido operado previamente con otras técnicas (pero no estadísticamente significativa).

El 98 % de los pacientes se intervino en régimen de CMA. El porcentaje de complicaciones postoperatorias es muy bajo y en nuestra experiencia hemos observado que aquellos pacientes en los que la fístula no cierra completamente se produce una mejoría de los síntomas de exudación o dolor incluso con episodios de curación completa intermitentes.

Conclusiones:

- Es una técnica sencilla y reproducible.
- No altera la continencia, por lo tanto es una buena elección en pacientes con factores de riesgo de esta.
- No impide la realización de otras técnicas en caso de fracaso del tratamiento e incluso puede combinarse con ellas (LIFT + PRP).
- Posibilidad de retratamiento con PRP.
- Son precisos estudios más amplios dada la gran heterogeneidad de los que existen para llegar a un consenso en cuanto a la selección de pacientes y otras controversias (set on previo, antibióticos postoperatorios, preparación de colon, cuando considerar fracaso del tratamiento).
- En nuestra experiencia es importante seguir al paciente incluso un año pues existen casos de curación a más largo plazo.

Palabras clave: Plasma rico en plaquetas, fístula anal.

O-10 LA ADENOPATÍA EN CMA: ESA GRAN OLVIDADA

S. González Vinagre, B. Thorpe Plaza, A. Castro Suárez, C. Duro Penkova, S. Martín Acedo, M. Catalán Limiñana, A. Calvache González, B. Vidal Herrador
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña

Objetivos: La extirpación de adenopatías es un procedimiento que se beneficia de todas las características habituales de la cirugía mayor ambulatoria (cirugía en el día, control postoperatorio inmediato, colaboración con anestesia...) pero, especialmente, de la agilidad de la gestión del proceso ambulatorio, que permite su programación rápida con mínima demora en pacientes que, en muchos casos, están pendientes de un diagnóstico oncológico. En ocasiones, se ha realizado una PAAF o una BAG previamente, solicitándose la extirpación para completar un diagnóstico insuficiente. Objetivo principal: analizar si la biopsia de adenopatías supone algún beneficio añadido a la PAAF/BAG de la adenopatía. Objetivos secundarios: análisis demográfico de los pacientes, de la demora del proceso, del índice de ambulatorización, de la duración de la cirugía, del tipo de anestesia, del servicio demandante del proceso, de la localización de la adenopatía y de sus complicaciones postoperatorias.

Métodos: Estudio retrospectivo de la base de datos hospitalaria derivada del CMBD. Búsqueda de palabras clave: “adenopatía”, “linfadenopatía”, “linfoma”, “cirugía ambulatoria”. Filtro: “últimos cinco años”. Exclusiones: pacientes intervenidos en UCMA para biopsia selectiva de ganglio centinela (melanoma y mama) y procedimientos realizados bajo anestesia local (cirugía menor). Para el análisis estadístico utilizamos el programa Epidat, software libre del Servizo Galego de Saúde.

Resultados: En estos cinco años, aplicando estos criterios restrictivos de búsqueda, hemos intervenido en la UCMA del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago un total de 69 pacientes con una edad media de 57 años. Se intervinieron 30/69 (43,4 %) mujeres y 39/69 hombres (56,5 %). La demora media desde la inclusión en lista de espera hasta la realización del procedimiento fue de 13 días, con un rango entre 4 y 69 días. La duración media de la intervención fue de 29 minutos. En cuanto al tipo de anestesia, en 38/69 (55 %) se utilizó anestesia local con sedación, en 6/69 (8,7 %) anestesia regional y en 25/69 (36,2 %) general. Fueron ambulatorios 54/69 (78 %) y se utilizaron las instalaciones de la UCMA para el procedimiento en pacientes ya ingresados en 15 casos (22 %). De los pacientes ambulatorios, ninguno precisó pernocta no

planificada. En cuanto a la localización de la adenopatía, la más frecuente es la inguinal (39,1 %) , seguida de la axilar (33,3 %) y de la cervical (23,1 %). Otras, más infrecuentes, fueron las supraclaviculares (2,9 %) y epitrocleares (1,4 %). En cuanto a los servicios iniciadores del proceso, el más frecuente es Hematología 43/69 (62,3 %), Medicina Interna 14/69 (20,3 %), Cirugía 6/69 (8,7 %), Oncología 2/69 (2,9 %), Digestivo 1/69 (1,4 %), Dermatología 1/69 (1,4 %) y ORL (1/69 (1,4 %)).

Conclusiones: El estudio define claramente, en concordancia con las guías internacionales, la utilidad de la extirpación diagnóstica de la adenopatía, dado que la PAAF se muestra habitualmente insuficiente, la BAG no define totalmente el proceso en la mayoría de los casos, y solo la extirpación de la adenopatía seguida de su análisis patológico determina claramente el proceso en, al menos, un 50 % de los casos (datos todavía incompletos), hallando, en ocasiones, otras variantes de linfoma en la misma adenopatía.

Palabras clave: Cirugía ambulatoria, pernocta no planificada, adenopatía, linfoma, demora quirúrgica.

O-11 IMPLEMENTACIÓN DE LA FUNDUPLICATURA DE NISSEN EN CMA, UNA OPCIÓN VIABLE EN NUESTRA EXPERIENCIA

M. Granizo Salazar, D. Díaz Pérez, M. Gutiérrez Samaniego, A. Gallardo Herrera, M. Hernández Bartolomé, C. García Llorente, L. Colao García, P. Galindo Jara
Hospital Universitario de Torrejón. Torrejón de Ardoz, Madrid

Objetivos: La funduplicatura laparoscópica de Nissen se considera el tratamiento quirúrgico de elección para la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y la hernia hiatal, su eficacia a largo plazo es superior al 90 %. La ERGE afecta del 20-30 % de la población en los Estados Unidos, con un costo directo estimado de 12-20 \$ billones en gasto sanitario anual. En España se estima que el 10 % de los adultos padecen síntomas por ERGE al menos una vez por semana. Los avances en cirugía, anestesia y la optimización de los protocolos de manejo postoperatorio han posibilitado plantear la realización de la funduplicatura de Nissen en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) como una opción factible. Nuestro objetivo es presentar nuestra experiencia en la implementación exitosa de esta técnica como un procedimiento ambulatorio, destacando los resultados en cuanto a la seguridad y satisfacción del paciente.

Métodos: Analizamos retrospectivamente a todos los pacientes sometidos a funduplicatura laparoscópica de Nissen en nuestro centro durante el periodo de enero de 2021 a abril de 2024. Se recopilaron datos demográficos, diagnósticos preoperatorios, detalles quirúrgicos, complicaciones postoperatorias y seguimiento a corto plazo, así como nivel de satisfacción subjetiva de los pacientes.

Resultados: Durante el periodo comprendido entre enero de 2021 y abril de 2024, 64 pacientes con criterios apropiados para funduplicatura de Nissen fueron sometidos a cirugía programada en nuestra institución (hospital secundario de la Comunidad de Madrid). De estos pacientes, el 35,93 % fueron dados de alta con seguimiento bajo régimen de CMA, es decir, en 23 casos se cumplió el manejo ambulatorio con alta del paciente en menos de 8 horas. 31 casos precisaron la permanencia en el hospital mediante “estancia *overnight*” (menos de 24 horas, pero pernoctaron en el hospital) y en 10 casos se alargó la estancia hospitalaria más allá de las 24 horas.

Las tasas reportadas de mortalidad en la funduplicatura de Nissen son muy bajas aproximadamente del 0,02 % y no se ha visto que esté vinculada al carácter ambulatorio del manejo, mientras que las tasas de conversión corresponden al 3,6 %, la de reintervención del 0,6 % y morbilidad global del 11,1 %. Las tasas de ingreso no programado, consulta no programada y readmisión hospitalaria son del 20 %, 11 % y 12,2 %, respectivamente, en nuestro caso se obtuvo una tasa de 14 % de consulta urgente sin necesidad de readmisión hospitalaria y el 0 % reintervención. De los casos que requirieron consulta urgente solo el 6,2 % fueron pacientes en régimen ambulatorio. Las principales causas de consulta urgente fueron relacionadas con dolor, disfagia, y molestias en el sitio del trócar.

Se reportan tasas de satisfacción subjetiva de los pacientes entre el 66 y 100 %, en nuestros pacientes obtuvimos un 96 %. Los pacientes refirieron que volverían a elegir la cirugía ambulatoria en un 85 % de los casos y la recomendarían a otros en un 98 % de los casos.

Conclusiones: Nuestros resultados respaldan la viabilidad y seguridad de realizar la funduplicatura de Nissen en régimen de CMA. La adecuada selección de pacientes, la optimización de los protocolos perioperatorios y el seguimiento cuidadoso pueden llevar a resultados satisfactorios con una baja tasa de complicaciones. La implementación de este enfoque ofrece beneficios significativos, incluida la reducción de la estancia hospitalaria con la reducción de costes asociados a la atención médica, además de contribuir a la eficiencia en el uso de los recursos hospitalarios y mejorar la experiencia del paciente al recuperarse en el entorno

familiar. La bibliografía es aún escasa, pero, con estudios más fuertes, parece una opción que se podría extender de manera protocolizada.

Palabras clave: Funduplicatura de Nissen, CMA, reflujo gastroesofágico, hernia hiatal.

O-12 FORMULARIO DE REGISTRO DEL DOLOR CRÓNICO INGUINAL POSTQUIRÚRGICO

E. López-Mosquera, B. E. Álvarez Iglesias, J. C. Fernández Fernández, E. M. Vázquez Presa, S. Antuña Villa, S. González Estrada, B. Pérez Corrales
Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias

Objetivos: La presente comunicación tiene el objetivo de mostraros el nuevo formulario de registro del dolor crónico inguinal postquirúrgico, que estamos utilizando en nuestro hospital, con los diferentes epígrafes que recoge para su posterior análisis y seguimiento.

Métodos: Tenemos recogidos los datos de los pacientes intervenidos de hernia inguinal, por nuestra Unidad, desde 2018 (ya presentados en su día, en el 14 Simposio Nacional de CMA celebrado en Gijón en junio de 2022).

Estos datos están recogidos en una base de datos común en una hoja Excel, lo que nos parecía claramente mejorable. Desde mayo de 2023, a raíz de una iniciativa nuestra, presentada en la Sociedad Asturiana de Cirugía, hay, para todos los hospitales públicos de Asturias, un formulario de registro de la hernia inguinal en el sistema informático Selene/Milenium con el que trabajamos todos los cirujanos del SESPA (Servicio de Salud del Principado de Asturias). Todos los hospitales están participando (por el seguimiento que venimos haciendo de su cumplimentación), lo que será, sin duda, muy beneficioso por razones obvias.

Con respecto al dolor crónico postquirúrgico, veníamos registrándolo desde enero de 2021, en un formulario físico (en papel). En ese formulario aparte de cuestiones sobre la técnica quirúrgica, por primera vez prestábamos atención a la identificación de los nervios, el daño a los mismos, la presencia de dolor postoperatorio y clínica neuropática (disestesia, alodinia, etc.).

Como ya sabéis, para tener controlados a todos los pacientes con dolor crónico, necesitamos saber cómo están al 3.º mes tras la cirugía, cuestión que hemos resuelto con una revisión telefónica en esa fecha.

Después de varias reuniones con compañeros de la Sociedad Asturiana de Cirugía, la Unidad del Dolor de nuestro hospital, el Departamento de Calidad y el CEGIS-Selene, quedó terminado el Formulario, que ya está en uso y con algún paciente ya registrado.

Conclusiones: El formulario tiene una primera parte dedicada a la 1.ª visita. En esta primera parte se realiza en primer lugar una “Evaluación de dolor postoperatorio inguinal” (peso, talla, factores de riesgo, EVN).

El segundo epígrafe analiza la “cronología del dolor” (fecha de aparición, relación con la cirugía, tipo de inicio del dolor, medicación para el dolor y cirugía realizada). En el siguiente se revisan “Las características del dolor” (frecuencia, localización, sitio, irradiación, síntomas, aparición con determinada actividad, relación con el sexo, relación con el ciclo menstrual, evolución temporal, dolores crónicos asociados, alivio del dolor, descanso nocturno, si condiciona relaciones, si padece alergias, y un texto para la exploración física).

En la segunda parte del formulario se registran las revisiones (fecha, revisión normal o alterada, tipos de tratamientos y observaciones de la revisión).

El dolor crónico postquirúrgico se define como aquel que persiste a los 3 meses de la cirugía.

El dolor neuropático es aquel que se origina a partir de la lesión o enfermedad de un nervio.

La importancia de tener registrado lo que se hace y sus resultados es indiscutible.

Palabras clave: Registros, dolor crónico inguinal postquirúrgico.

O-13 INFORMACIÓN PERSONALIZADA DEL CHU VIGO PARA COLECISTECTOMÍA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: PROYECTO I-VICO CMA. IA APLICADA A LA INFORMACIÓN DE CALIDAD

S. Estévez-Fernández¹, M. Iglesias-Trigo¹, R. Carracedo Iglesias¹, E. Comesaña Figueroa², I. Pérez Moreiras¹, B. Portabales Vilán¹, J. Lago Garma¹, R. Sánchez-Santos¹
¹Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo, Pontevedra; ²Universidad de Santiago de Compostela. A Coruña

Introducción: Las cifras de colecistectomía en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) han aumentado exponencialmente, ya que es factible y segura, con los mismos resultados de morbimortalidad y tasas de conversión a cirugía abierta que la laparoscópica en los pacientes hospitalizados. Este avance se ha visto impulsado por una combinación de avances en técnicas quirúrgicas, anestesia y tecnología médica. En esta era digital, las webs y aplicaciones móviles son herramientas fundamentales para mejorar la eficiencia, seguridad y experiencia del paciente en el ámbito de la salud, dentro del que podemos incluir el proceso de CMA.

Para mejorar la baja adherencia de los pacientes de nuestra área sanitaria para aceptar la colecistectomía laparoscópica en régimen de CMA, hemos desarrollado un proyecto de investigación - asistencial. Seguimos las tendencias del modelo sanitario actual, hacia un sistema integrado, centrado en el paciente, mejorando el acceso a la información relativa a sus tratamientos y patologías. Partimos del uso de las TIC y la Inteligencia Artificial para su desarrollo.

Objetivo: El objetivo principal fue desarrollar una app/web, que partiendo de un formulario *online* de antecedentes personales y hábitos de vida, con preguntas seleccionadas por profesionales sanitarios, para pacientes que tienen indicación de colecistectomía laparoscópica en régimen de CMA, genere mediante inteligencia artificial (IA) recomendaciones personalizadas automatizadas basadas en las diferentes combinaciones de las respuestas de los pacientes a cada una de las preguntas. Entre las recomendaciones, se incluyeron pautas tanto pre como postquirúrgicas.

Material y método: Los profesionales colaboradores de las diferentes especialidades (endocrino, nutrición, fisioterapia, INEF, cirugía) han desarrollado el formulario tipo test con las preguntas y respuestas que generan la información necesaria del paciente para proponer las recomendaciones personalizadas para su proceso de colecistectomía laparoscópica. Con esta información se entrena un algoritmo de IA que procesa las respuestas del formulario y genera recomendaciones personalizadas para cada paciente. Este algoritmo se entrena y valida utilizando las múltiples combinaciones de respuestas que se generan del formulario. La información de la IA para las recomendaciones proviene de una selección de documentación que tras una búsqueda bibliográfica es verificada su calidad científica por los profesionales de cada una de las especialidades implicadas. Esta información incluye recomendaciones de estilo de vida, pautas dietéticas, ejercicios recomendados, etc. El resultado final se integra en una aplicación accesible para los pacientes.

La aplicación tiene la capacidad de generar un documento (PDF) con las recomendaciones personalizadas, de forma que puede guardarse o imprimirse.

Se ha iniciado un proceso de validación para comprobar su aplicabilidad extrahospitalaria, su precisión en las recomendaciones y eficacia clínica (test de satisfacción, encuestas de calidad, resultados clínicos...).

Resultado y conclusiones: Nuestro Proyecto i-ViCo CMA, consigue proporcionar al paciente información veraz y recomendaciones personalizadas sobre el pre y postoperatorio de la colecistectomía en régimen de CMA según sus antecedentes personales y hábitos de vida gracias al entrenamiento del algoritmo de IA realizado a partir de información revisada por profesionales sanitarios.

Palabras clave: CMA, colecistectomía, inteligencia artificial, recomendaciones.

O-14 ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS ABORDAJES ABIERTO Y LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA INGUINAL EN RÉGIMEN DE CMA

C. Martínez Martínez, L. Rigueiro López, J. M. Domínguez Carrera, A. Reinoso Hermida, C. R. Estrada López, C. Alberca Remigio, E. Octavio de Toledo de Miguel, M. García García
Complejo Hospitalario de Ourense

Objetivos: La cirugía de la hernia inguinal ha estado íntimamente ligada a las unidades de cirugía mayor ambulatoria (CMA) desde su creación. En los últimos años, la cirugía laparoscópica de la hernia ha sufrido una amplia expansión y, por ello, ha pasado a ser una de las técnicas más habituales para la reparación en régimen de CMA.

El objetivo del estudio es comparar los resultados del abordaje laparoscópico y abierto de la cirugía de la hernia inguinal en nuestro centro en los últimos catorce años y, a su vez, contrastarlos con los obtenidos en un estudio de las mismas características realizado previamente entre los años 2010 y 2019.

Métodos: Se incluyeron en el estudio un total de 687 pacientes intervenidos en nuestro centro de hernia inguinal desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2023, bajo protocolo de CMA. Fueron divididos en dos grupos según el abordaje realizado: abierto y laparoscópico. Se analizaron características demográficas, carac-

terísticas clínicas (clasificación ASA, hernia uni o bilateral, hernia recidivada y otras hernias asociadas), variables relacionadas con la intervención (técnica quirúrgica, tiempo quirúrgico, tipo de cirujano, complicaciones intraoperatorias) y variables postoperatorias (necesidad de ingreso no programado, tiempo de ingreso, complicaciones postoperatorias y recidiva). Todas las variables se compararon en ambos grupos empleando modelos de regresión univariante. Los factores asociados a complicaciones postoperatorias fueron analizados mediante regresión multivariante.

Resultados: Del total de 687 pacientes intervenidos, 313 fueron intervenidos por vía abierta y 374 por vía laparoscópica. De las intervenciones por vía abierta, 178 fueron Rutkow-Robbins, 110 Lichtenstein, 6 preperitoneal y 19 no especificada. A todos los pacientes del grupo laparoscopia se les realizó técnica tipo TEP (totalmente extraperitoneal). El sexo masculino, la reparación bilateral y el cirujano especialista se asociaron de forma estadísticamente significativa con el abordaje laparoscópico ($p < 0,001$). El tiempo quirúrgico fue superior en abierta frente a laparoscopia, siendo la diferencia estadísticamente significativa en el caso de la cirugía bilateral (92 vs. 68,12 minutos). Las complicaciones postoperatorias fueron más frecuentes en el abordaje abierto que en el laparoscópico (16,3 % vs. 11,4 %), aunque no se hallaron diferencias significativas. La recidiva resultó menor en cirugía abierta que laparoscópica (0,6 vs. 2,9), no siendo la diferencia estadísticamente significativa. No se evidenciaron diferencias significativas en las complicaciones intra ni postoperatorias entre cirujanos especialistas y residentes, así como tampoco en las tasas de recidiva.

Conclusiones: La ampliación del estudio en cuatro años halló resultados similares al estudio previo, destacando en este caso que la asociación entre la cirugía laparoscópica bilateral y un menor tiempo quirúrgico resultó estadísticamente significativa, lo que viene a confirmar la tendencia ya apreciada en el estudio previo.

Este nuevo análisis confirma los resultados obtenidos en el estudio previo y apoya la hipótesis de que la cirugía laparoscópica obtiene resultados comparables o incluso mejores a la cirugía abierta de la hernia inguinal. Además, apoya la compatibilidad del abordaje laparoscópico con el régimen de CMA, con beneficios establecidos y avalados por la literatura actual para los pacientes, y con la formación durante la etapa de la residencia en dicha técnica.

Palabras clave: CMA, hernia inguinal, laparoscopia, TEP.

O-15 ¿ES HORA DE AMBULATORIZAR LA PROCTOLOGÍA?

L. Busto Hermida, D. Provedo del Valle, G. Matías Beteta, L. Hernández García, A. Pallarés Pereira, R. Vázquez Bouzán, J.L. Lamas Ferreiro, A. Climent Aira
Hospital Ribera Povisa. Vigo, Pontevedra

Objetivos: La patología proctológica se ha intervenido clásicamente en régimen de ingreso hospitalario (IH). En concreto en nuestro centro, las patologías como fisuras y papilas anales se vienen realizando en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) desde hace años, siendo más reciente su implantación en hemorroides y fístula perianal. Nuestro objetivo es analizar los resultados obtenidos en pacientes intervenidos de hemorroides y fístula perianal, así como, evaluar si existen beneficios a la hora de realizar estas intervenciones en régimen CMA o IH.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes con hemorroides y fístula perianal intervenidos desde enero de 2022 a diciembre de 2023 en la unidad de coloproctología del Hospital Ribera Povisa. Separando a los pacientes en dos grupos, IH y CMA, se recogen características demográficas y comorbilidad, detalles del procedimiento quirúrgico, complicaciones, reingresos, reintervenciones y asistencias a centros sanitarios en el postoperatorio.

Resultados: Se han incluido 273 pacientes, un 64,5 % intervenidos en régimen de CMA y un 35,5 % como IH.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (ES) ($p < 0,001$) respecto a la edad (CMA: 52 años; IH: 58 años), anticoagulación (CMA: 1,8 %; IH: 14,7 %), riesgo ASA (CMA: 1,8; IH: 2,11) e índice de Charlson (CMA: 0,35; IH: 0,66).

La intervención más empleada en hemorroides fue el Milligan-Morgan y en fístula perianal la fistulotomía. De las hemorroides, un 57,8 % fue CMA y un 42,2 % IH, mientras que, de las fístulas perianales, un 64,5 % CMA y el 35,5 % IH. Hay diferencias ES ($p < 0,001$) según el número de pedículos hemorroidales resecaados, a mayor número más probabilidad de IH.

En nuestro servicio no hay un protocolo para seleccionar a estos pacientes, quedando a elección del cirujano, siempre y cuando que se cumplan los criterios de CMA. La estancia media de IH fue de 1,1 días.

En el postoperatorio el 25,6 % asistió a centros sanitarios (Urgencias y Centros de Atención Primaria), siendo el 50 % CMA y el 50 % IH. Desglosando por grupos, el 21,2 % era

CMA y el 32,4 % IH. El motivo principal fue el dolor (52,9 %), siendo un 31,4 % por CMA y un 21,4 % IH. En las primeras 24 h postintervención, acuden 2 pacientes intervenidos de hemorroides por CMA por dolor y retención aguda de orina (RAO), el resto, tras una media de 6,68 días en CMA y 11 días en IH. No existen diferencias ES ($p 0,156$) entre los dos grupos.

Un 3,3 % reingresa, siendo el 55,6 % CMA y el 44,4 % IH. Desglosando por grupos, el 3 % era CMA y un 3,7 % IH. El principal motivo fue la rectorragia. En las primeras 24 h postintervención solo hubo 1 caso de hemorroides por CMA con dolor y RAO, el resto, tras una media 8,4 días en CMA y 7,75 días en IH. De estos, 2 pacientes son reintervenidos por rectorragia, siendo uno CMA y otro IH. La estancia media del ingreso fue de 1,6 días en CMA y 0,7 en IH. Tampoco existen diferencias ES ($p 0,730$) entre los grupos según la necesidad de reingreso, pero hay un mayor riesgo si están anticoagulados y se intervienen de hemorroides ($p 0,034$).

Conclusiones: Aunque los grupos CMA e IH no son comparables, los datos indican que el régimen de CMA no supone en el postoperatorio un mayor riesgo de asistencia sanitaria, ni de reingresos y ni de reintervenciones. Estas se producen una media de 8,6 días después, por lo que parece que realizarlas en régimen de IH no las evitaría. A la espera de un análisis económico, creemos que estos datos pueden favorecer su implementación.

Palabras clave: Hemorroides, fístula perianal, ingreso, cirugía mayor ambulatoria.

ENFERMERÍA

O-16 EL VÍDEO DIVULGATIVO COMO MÉTODO DE COMUNICACIÓN CON EL USUARIO DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

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

Objetivos:

- Llegar al máximo de usuarios de la CMA, en aspectos formativos, relacionados con una preparación prequirúrgica segura y eficaz.
- Hacer esta información accesible al paciente y su familia.

- Contribuir a la humanización de los cuidados de enfermería, haciendo partícipes tanto al paciente como a su familia de sus cuidados de salud, antes de su ingreso en el hospital.

Métodos:

- Elaboración de un vídeo explicativo de la preparación prequirúrgica básica para pacientes de UCMA.
- Creación de un código QR para acceso directo al vídeo.
- Creación de cartelería con código QR impreso, para exponer en las salas de espera de las consultas externas de nuestro hospital, que derivan pacientes a CMA.
- Presentación del proyecto a la Unidad de Calidad del H.R.U.M para su aprobación y puesta en marcha.

Conclusiones: La utilización de las redes sociales, como canal divulgativo para los cuidados de salud, son de gran impacto en cuanto al número de ciudadanos al que les puede llegar.

La difusión de este vídeo facilitará la preparación del paciente para su ingreso en el hospital de modo seguro.

Palabras clave: Vídeo, preparación prequirúrgica, seguridad del paciente.

O-17 IMPLANTACIÓN DEL PLAN HUMANIZACIÓN EN CMA

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

Objetivos:

- Implementación del plan de humanización en una unidad de CMA.
- El objetivo general del plan de humanización en el SSPA: “impulsar el desarrollo de estrategias de humanización que respeten la dignidad de las personas y sus derechos; que incorporen lo que realmente tiene valor para el paciente, condiciones de trabajo adecuadas para sus profesionales; que fomenten la escucha y la participación, en un entorno confortable, y en un marco ético, de equidad y de excelencia en la atención.

Métodos: La metodología del Plan de Humanización del SSPA ha partido de un análisis de debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades (análisis DAFO) que ha orientado líneas de trabajo estratégicas. La identificación de las líneas estratégicas parte de la propuesta de las siguientes áreas transversales: área organizacional, área estructural,

área asistencial y área relacional, desde un enfoque sistémico donde las áreas están interrelacionadas.

Partiendo de este esquema se han definido 4 líneas estratégicas (LE) en el plan de humanización del SSPA y a partir de ellas, se despliegan una serie de objetivos específicos (OE) y propuestas de acciones (A).

Teniendo como marco el modelo del Plan de Humanización del SSPA, y siguiendo su estructura, vamos a implementarlo en nuestra unidad de CMA: recogemos aquellos objetivos (OE) que son aplicables a nuestra unidad; y proponemos y ponemos en marcha acciones (A) de mejora.

Conclusiones: En la actualidad estamos en la fase de Implantación y presentación del proyecto. Casi todas las acciones están puestas en marcha. Para la fase de evaluación definimos un indicador para cada acción, un responsable y meta a conseguir. Se realizará un seguimiento anual se comparará los logros obtenidos con los resultados esperados y se proporcionará la retroalimentación necesaria para la implementación de medidas de mejora, para nuevas metas.

Palabras clave: Humanización, accesibilidad, participación, equidad, excelencia.

O-18 CREACIÓN DE UN DÍPTICO INFORMATIVO PARA LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS EN RÉGIMEN DE CMA EN EL HOSPITAL DE MATARÓ

E. Escobar Cuesta, M. Eduvigis Solera Luna, M. Sabatés Dueso, M. P. Buendía Bolaños, A. Parra Pozo, R. Pujol Alcántara

Hospital de Mataró. Barcelona

Objetivos: Elaborar un díptico que aporte información de todo el circuito que conlleva la cirugía en régimen de CMA, para reducir la ansiedad perioperatoria del paciente.

Promover y fomentar el autocuidado, empoderar al paciente y a los familiares/cuidadores responsables para optimizar los resultados de la cirugía.

Fomentar un vínculo entre el paciente y los profesionales sanitarios para aumentar la comunicación y la confianza entre ellos.

Reforzar la información que le da enfermería al paciente en la llamada telefónica, así como la que da el anestesiólogo al realizar el preoperatorio.

Métodos: Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar formado por 5 profesionales del ámbito de la CMA.

El grupo se propuso como objetivo unificar las recomendaciones en un único díptico para hacerlo más manejable y de fácil comprensión para los pacientes y familiares, así como fijar una pauta común de actuaciones tendentes a la promoción de la salud.

Se valoraron ventajas e inconvenientes de trabajar con este formato:

Ventajas:

- El mensaje deja de ser puntual y se dirige a pacientes, pero también a familiares y acompañantes.
- Mayor versatilidad, se asimila el contenido al propio ritmo del paciente y/o familia con un formato sintetizado y sencillo.
- Complemento eficaz a la llamada telefónica, la información queda ampliada y por escrito.
- El coste/unidad es bajo.

Inconvenientes:

- Solo apto para público alfabetizado en catalán/castellano.
- La distribución de cualquier documento sanitario es difícil y costosa (en nuestro caso, esto lo convertimos en ventaja al entregarlo en la consulta de cirugía).

Después de estudiar diferentes publicaciones al respecto, el grupo de trabajo ha diseñado un díptico cuyos apartados se describen a continuación:

- Breve explicación del significado del concepto “Cirugía Mayor Ambulatoria”.
- Consideraciones antes de la intervención.
- Indicaciones para el día de la intervención.
- Recomendaciones para después de la intervención.
- Ubicación del servicio de CMA.
- Teléfonos de interés relacionados con el Servicio de CMA.

Se decidió que se le facilitaría al paciente durante la consulta de cirugía.

Conclusiones: La elaboración y difusión de un díptico informativo sobre el proceso de CMA es sumamente positivo:

- Aseguramos que todo paciente que va a ser intervenido recibe la información, ya que se entrega en la consulta de cirugía.
- Simplifica la cantidad de documentación que se le entrega al paciente.
- Es atractivo visualmente, fácil de leer y de asimilar su contenido.
- Define pautas claras y concisas a los pacientes del pro-

cedimiento a seguir durante todo el proceso.

- Implica en el proceso a familiares/acompañantes/cuidadores del paciente.
- Minimiza el grado de ansiedad del paciente que genera la intervención quirúrgica.
- Facilita el trabajo del personal sanitario.
- Aporta una mayor seguridad al paciente, familiar y/o acompañante, así como al personal sanitario que lo atenderá.
- Contribuye a la humanización de las unidades de CMA.

Palabras clave: Díptico, informativo, CMA.

O-19 NUEVOS TIEMPOS, NUEVOS RETOS. ACTUALIZA LOS PROTOCOLOS DE ANALGESIA DOMICILIARIA EN CMA

M. Martín Ayuso, M. P. Carrasco Fernández, L. Muñoz Corssini, P. Monreal Bello

Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos: Mejorar la analgesia del paciente en domicilio tras ser intervenido de cirugías con potencial dolor moderado a severo.

Optimizar el confort del paciente en domicilio. Acelerar la recuperación funcional precoz.

Minimizar los efectos adversos derivados de la analgesia inadecuada.

Desarrollar e implantar técnicas de valoración por el personal enfermero con el fin de conseguir un manejo eficaz del dolor postoperatorio.

Métodos: Se trata de un estudio cuasi-experimental, observacional, analítico, acerca del manejo del dolor postoperatorio severo en el ámbito ambulatorio utilizando dos regímenes analgésicos de similar eficacia en teoría. En relación a los regímenes analgésicos que se desean contrastar se trata del que se utiliza actualmente en la CMA formado por los fármacos, dosis y horario de tomas y el tratamiento alternativo.

Las razones para elegir la CDF, de dexketo y tramadol es que es una terapia multimodal, versátil, rápida y con un perfil de seguridad amplio.

La recogida de los datos se realizará tras la autorización del paciente. Durante todo el proceso se garantizará la con-

fidencialidad de los datos. La recogida de datos se hará accediendo a la historia clínica para recopilar información acerca de sus antecedentes, problemas anteriores de salud y posibles alergias.

La enfermería de la CMA que recibe al paciente en el momento del ingreso el día de la cirugía, enseñará a manejar y comprobará que entiende la escala de valoración del dolor elegida EVA (Escala Visual Analógica).

Elegimos una escala multidimensional para evaluar el dolor percibido por el paciente. Esta escala es la Escala Analógica Visual (EVA). Ideada en 1976 por Scout Huskinson consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud, dispuesta entre dos puntos donde figuran las expresiones “No dolor” y “máximo de dolor imaginable” que corresponden a las puntuaciones de 0 y 10. Esta escala es la utilizada en el estudio.

Recogemos los datos sobre las puntuaciones EVA tras 2 horas de cirugía de forma presencial y los siguientes momentos del estudio (a las 24 h, 72 h y 7 días) de forma telefónica.

Al tratarse de un estudio de muy corta duración no se prevén pérdidas a lo largo del tratamiento.

Resultados: El análisis se lleva a cabo con el programa PSPP. Para la comparación de las diferencias de medias en la intensidad del dolor entre ambas ramas de tratamiento se utilizará la prueba U de Mann Whitney (alternativa no paramétrica a la comparación de dos medias a través de la t de Student). Igualmente se utilizará esta prueba para comprobar si existen diferencias entre hombres y mujeres en relación con la intensidad del dolor.

Se estudiará, mediante la prueba de Kruskal-Wallis, si la intensidad del dolor está relacionada con la cirugía realizada.

Para analizar la cualidad del dolor, se utilizará la prueba de Chi cuadrado para comprobar si dicha cualidad tiene relación con la rama de tratamiento y el sexo de los sujetos que responden. También se utilizará para valorar si ambas ramas presentan una respuesta similar, entendiendo como tal una respuesta afirmativa a la pregunta de si se precisó de la asistencia urgente debida al dolor. En todos los casos se asume como significación estadística una $p < 0,05$.

Se recogieron datos de 52 pacientes, 40 hombres y 12 mujeres. De ellos, 38 pacientes utilizaron la terapia nueva y 14 la tradicional. Se incluirán todos aquellos pacientes programados para estas cirugías durante el periodo del

1 de mayo al 30 de junio del 2023 y que consientan por escrito (consentimiento informado). Se eligieron para el estudio: 38 pacientes de herniorrafía inguinal, 12 pacientes de hemorroides y 2 pacientes de eventroplastias.

Los pacientes de la modalidad tradicional, sobre todo, tenían más náuseas y malestar gástrico debido al tramadol y voltarán. Las personas que utilizaron la modalidad nueva se encontraron mucho mejor en el menor tiempo posible y con menos efectos secundarios. La evaluación global fue 90 % excelente, 3 % estreñimiento, 3 % somnolencia, 4 % vómitos.

Conclusiones: El grado de satisfacción de los pacientes intervenidos de un proceso de cirugía en la unidad de CMA en el HUGU, resultó ser bastante elevado.

La administración de la modalidad terapéutica nueva consiguió una analgesia excelente que les permitió poder pasear y dormir con el mínimo dolor y volver a realizar tareas cotidianas enseguida.

Los efectos secundarios con el régimen nuevo fueron escasos y leves.

Palabras clave: CMA, dolor postoperatorio, combinación a dosis fija, escala visual analógica.

O-20 PROYECTO DEL PLAN DE HUMANIZACIÓN DEL PROCESO QUIRÚRGICO AMBULATORIO PEDIÁTRICO EN EL HOSPITAL DE MATARÓ

A. Parra Pozo, E. Escobar Cuesta, M. C. de Cayetano Amores, R. V. Ghidini, R. Pujol Alcántara
Hospital de Mataró, Barcelona

Objetivos:

Los objetivos generales de este proyecto son los siguientes:

- Humanizar y adaptar los espacios del bloque quirúrgico y Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) para los pacientes pediátricos con la finalidad de favorecer el confort de estos y de sus acompañantes.
- Mejorar el estado emocional, disminuyendo la ansiedad y el miedo tanto del paciente como del acompañante a través de un ambiente más lúdico, acogedor y relajado.
- Generar recursos materiales y digitales para favorecer esta humanización como un cuento, un certificado de valentía, un vídeo explicativo y vinilos decorativos para la UCSI y el bloque quirúrgico.

Métodos: Se trata de un proyecto construido con base en los propios protocolos y planes de actuación del bloque

quirúrgico y UCSI del Hospital de Mataró. Tiene en cuenta protocolos internos de pediatría y del comité ético.

Para evaluar la eficacia del proyecto, se efectuará la entrega de los recursos materiales y digitales (cuento infantil, vídeo explicativo, certificado de valentía) diseñados dentro del proyecto a 25 pacientes y a sus 25 acompañantes, de forma aleatoria, sin discriminar sexo, edad u origen, entre otras variables y, posteriormente, se realizará una encuesta de satisfacción evaluando tanto el estado emocional del paciente y su acompañante como la efectividad de estos recursos y del espacio habilitado (vinilos decorativos, adaptación de un box pediátrico).

Conclusiones: Puesto que se trata de un proyecto que aún no se ha podido llevar a cabo, ya que depende de diversos factores estructurales, humanos y económicos, no se dispone de los resultados ni de las conclusiones.

Palabras clave: Humanización, proceso quirúrgico, pediátrico, CMA.

O-21 EVENTO NEUROLÓGICO AGUDO EN PACIENTE PROGRAMADO PARA FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

M. Rivero Miguel

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Presentar un caso clínico de una complicación neurológica aguda durante la técnica anestésica para cirugía de FAV.

Desarrollar el diagnóstico diferencial de la complicación neurológica: intoxicación por anestésicos locales vs. accidente cerebrovascular agudo-

Analizar la respuesta del equipo de quirófano ante la crisis y destacar las lecciones aprendidas para mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

Métodos: Revisión exhaustiva de los documentos de la historia clínica del paciente para identificar los factores de riesgo y antecedentes relevantes.

Realización de una reunión de “debriefing” del equipo multidisciplinar implicado para revisar la actuación, coordinación del equipo, tiempo de respuesta y eficacia en la resolución de la situación de crisis.

Realización de una sesión formativa para el resto del equipo

multidisciplinar de CMA como parte del compromiso de la unidad en la formación.

Conclusiones: Un personal de enfermería entrenado en comunicación eficaz, coordinación en situaciones de crisis, rápida identificación de síntomas y protocolos de emergencias anestésicas es crucial para proporcionar cuidados de calidad y velar por la seguridad del paciente.

El registro exhaustivo en la historia clínica permite a posteriori el análisis y facilita el debriefing contrastando la visión de los participantes en el evento y nos permite identificar áreas de mejora inherentes a la filosofía de evolución de nuestro equipo de CMA.

Palabras clave: Intoxicación, anestésicos, locales, evento, neurológico.

GESTIÓN Y CALIDAD

O-22 EXPERIENCIA DE 13 AÑOS EN UNIDAD SATÉLITE DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

F. Docobo Durántez¹, A. Rodríguez Archilla¹, J. M. Cordero Lorenzo¹, S. Sánchez Gómez², I. Montero de Espinosa³

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla; ²Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla; ³Universidad de Sevilla

Objetivos: No existiendo actividad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en nuestra Área Sanitaria. Se plantea por parte de la gerencia del centro la necesidad de desarrollar un programa de CMA en el mismo, para mejorar y dar respuesta a los pacientes tributarios de ser intervenidos sin ingreso hospitalario.

Se convoca mediante concurso libre de méritos la plaza de coordinador sectorial del programa de CMA para desarrollar dicho proyecto en agosto de 1996.

En octubre de 1996 comienza la actividad de forma paulatina de la unidad tipo satélite de la Unidad tipo satélite situada a 500 m del Hospital General.

El principal objetivo es mostrar los resultados alcanzados en con este tipo de unidad, de carácter multidisciplinar y satélite.

Métodos: En el periodo 1997-2009, 13 años, en la unidad

autónoma de CMA de carácter multidisciplinar que incluye las especialidades de anestesiología, oftalmología, cirugía general, cirugía ortopédica, otorrinolaringología, y de forma parcial cirugía maxilofacial y urología. En el periodo 2001-2009 funcionó con Unidad de Gestión Clínica.

El centro tenía consultas externas donde evaluar para el programa de CMA los pacientes procedentes de los centros de especialidades, de atención primaria o de pacientes que acudieron a urgencias. Se disponían 4 quirófanos, que funcionaban de lunes a viernes en turnos de mañana y tarde. El centro se abría a las 7:30 h y cerraba a las 21 h con el alta de los últimos pacientes.

Se disponía de llamada sistemática al día siguiente de los pacientes intervenidos, salvo los de oftalmología que eran revisados en consultas de la especialidad. También había línea telefónica abierta 24 h/365 días para resolver cualquier consulta

La unidad presentaba anualmente resultados de la gestión clínica realizada y ante la Junta Facultativa del Centro.

Se estableció un programa de formación en los cursos de pregrado del Grado de Medicina 4.º, 5.º y 6.º y del Grado de Enfermería. También de rotación de los residentes de las respectivas especialidades por periodo de 2- 6 meses. Se estableció un curso anual de CMA de la Unidad con participación mayoritaria de sus miembros y de los médicos residentes. Se fomentó la participación en sociedades de CMA, como ASECEMA, AEC, SEDAR, etc., así como la publicación de artículos científicos y Tesis de Doctorado en relación con la CMA.

Resultados: En el periodo 1997-2009: 324.729 pacientes fueron derivados a las consultas externas de las diferentes especialidades de la unidad. De ellos, fueron intervenidos 81.216: 35.653 (43,98 %) de oftalmología que incluyeron cataratas, dacriocistectomía, estrabismo; 26.853 (33,06 %) de cirugía general y del aparato digestivo, con hernias de pared abdominal, colecistitis crónica litiasica vía laparoscópica, proctología, tumores de mama y de partes blandas. ORL: 13.042 pacientes (16,07 %) adenoamigdalectomías, septoplastias, exéresis de pólipos nasales.

Ortopedia y traumatología: 3914 (4,81 %) artroscopias, hallux valgus, tunel carpiano.

Presentaron curación global 79.472 pacientes (94,3 %), curación con secuelas 4498 (5,65 %), 45 (0,05 %) 9 pacientes continuaron con problemas y precisaron nuevas actuaciones.

Oftalmología tuvo curación en 32.550 (91,29 %), 3073

(8,61 %) curación con secuelas y 30 (0,8 %) necesitaron posteriores actuaciones. En cirugía 25.978 (96,74 %) pacientes tuvieron curación. 860 (3,2 %) curación con secuelas y 15 (0,06 %) necesitaron otras actuaciones. En ortopedia y traumatología 3829 pacientes presentaban curación (97,82 %), curación con secuelas 85 (2,17 %). Índice de sustitución fue del 99 %. Índice de suspensión 6,06 % (rango 3,8-7,4). Índice reingreso: 2,49 % cirugía; 0,04 oftalmología; 2,4 % ORL; 0,25 % ortopedia y traumatología. Complicaciones: dolor 129, infección 59, recidiva herniaria 31, sangrado amigdalario 47.

Cursos anuales 17; cursos de doctorado 10; cursos internacionales 8.

Publicaciones CMA: 45. Tesis doctorales CMA: 2.

Participación activa en sociedades científicas: IAAS, AEC, ASECM, SEDAR.

Conclusiones: La experiencia de 13 años de la unidad ha sido muy positiva por el carácter multidisciplinar de la unidad, por su circuito propio, por los resultados alcanzados tanto clínicos como de formación e investigación. Es un modelo a mantener en el futuro como se ha evidenciado en la pasada pandemia COVID-19.

Palabras clave: CMA, gestión, formación quirúrgica.

O-23 ASECM, PRIMEROS 30 AÑOS

F. Docobo Durántez¹, J. M. Cordero-Lorenzo¹, M. Zaballo-García², L. Hidalgo-Grau³, J. M. Capitán-Vallvey⁴, D. Morales-García⁵, J. L. Porrero-Carro⁶, M. T. Valle-Vicente², I. Rosell Barrachina⁷, J. C. Galán Gutiérrez⁸, A. Vázquez Lima⁹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla; ²Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid; ³Hospital de Mataró. Barcelona; ⁴Hospital Ciudad de Jaén; ⁵Hospital Virgen de la Victoria. Málaga; ⁶Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid; ⁷Complex Hospitalari Moisès Broggi. Barcelona; ⁸Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo; ⁹Hospital Ribera Poviça. Vigo

Objetivos: La ASECM es una sociedad abierta y participativa que se crea ante la demanda sanitaria y social que se venía observando en el país a finales de la década de los 80 y principios de los 90 del pasado siglo. Al haber desarrollado países europeos y norteamericanos programas en los que pacientes con determinadas patologías quirúrgicas “mayores” que se operaban con ingreso, podrían hacerlo sin devengar ingreso hospitalario, pudiendo ser alta el mismo día de la intervención y sin aumentar el riesgo posterior. Así

se comenzó a realizar CMA en patologías seleccionadas en diferentes Unidades de las Comunidades Autónomas. El haber alcanzado los 30 años se realiza un análisis del recorrido efectuado en estas 3 décadas, para evaluar el grado de implantación de los objetivos inicialmente propuestos. Así como las posibilidades de mejora en el momento actual.

Material y métodos: Se valora la evolución de ASECM en los últimos 30 años (1994-2024). Los congresos y reuniones intercongreso realizadas según estatutos vigentes. La participación internacional como “Full member” y miembro fundador de la IAAS, con la presencia en su Executive Committee y General Assembly. Los Congresos Ibéricos con la APCA. Los Congresos Iberoamericanos de la IAAS. Reuniones con AEC, SEDAR y Ministerio Salud y Consumo. La creación del Máster en CMA con la Asociación Catalana de CMA (ACCMA). El desarrollo de proyectos PRAGMA y DUCMA. La revista ASECM órgano de difusión de la asociación. La activa página web asecm.org

Las publicaciones de temas monográficos (atención primaria, dolor, anestesia, técnica quirúrgica y anestésica).

Resultados: En los últimos 30 años, ASECM realizó según sus estatutos 15 congresos bianuales y 15 reuniones intercongreso; 2 Congresos internacionales de la IAAS en 2005 el 6.º en Sevilla y en 2015 el 11.º en Barcelona; 10 Congresos ibéricos en colaboración con la Asociación portuguesa de cirugía mayor ambulatoria (APCA) alternando en ambos países; 2 congresos iberoamericanos de la IAAS en colaboración con SOBRECAM y APCA.

Proyectos DUCMA y PRAGMA en desarrollo. 3ª Ed. Máster en CMA junto con la SCCMA. Universidad Francisco de Vitoria. Revista ASECM de publicación trimestral. Newsletter. Guías. Monografías. Libros. Videoteca. Radio CMA. Reuniones con SEDAR y AEC.

Asesoramiento al MSC: Reuniones periódicas. Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de organización y funcionamiento. 1993 y Manual “Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones” 2008. Actualmente el número de socios es de 290.

Conclusiones: En estos 30 años ASECM como asociación multidisciplinar ha contribuido a la implantación y al desarrollo de la CMA en nuestro país. Fomentado la participación de sus asociados en congresos y reuniones nacionales e internacionales.

Destacada la participación internacional. Debe seguir crecimiento y aumentar número de asociados.

Palabras clave: CMA, gestión.

O-24 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN. HERNIA INGUINAL. CMA

E. López-Mosquera, B. E. Álvarez Iglesias, J. C. Fernández Fernández, E. M. Vázquez Presa, S. Antuña Villa, S. González Estrada, B. Pérez Corrales
Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias

Objetivos: La Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA), en consonancia con sus fines y estatutos, debe ser garante de la calidad asistencial prestada en las Unidades de CMA, por lo que insta al desarrollo y el empleo de indicadores de calidad en todas las Unidades, así como su periódica evaluación explícita en el cuadro de mandos.

El índice de satisfacción de los usuarios es uno de los Indicadores básicos de Calidad percibida que propone ASE-CMA. Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos de hernia inguinal desde que llegan a la consulta por primera vez y son incluidos en lista de espera quirúrgica hasta viene a su primera revisión y/o su proceso de recuperación está resuelto.

Representa un desafío, no afrontado en la mayoría de las ocasiones, para los cirujanos, por la exposición que conlleva, pero pleno de oportunidades de mejora
Con ese estímulo aceptamos el desafío y en enero de este año 2024, iniciamos.

Métodos: Los pacientes son derivados a la Consulta de Cirugía General desde Atención Primaria y/u otros Servicios o Unidades Clínicas del Hospital Ahí comienza el proceso analizado. El paciente es valorado en consulta y cuando procede es incluido en Lista de Espera Quirúrgica. El Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Cabueñes CAHU, hace su Cirugía Mayor Ambulatoria en un Centro Satélite Concertado (Hospital Cruz Roja de Gijón).

Los pacientes con hernia inguinal, que no tienen comorbilidades o cuestiones relativas a la hernia que hagan necesario su tratamiento en el Hospital de Cabueñes, son derivados a esa Unidad Satélite para su cirugía, donde son operados por los cirujanos de nuestro Servicio del Hospital Universitario de Cabueñes.

Intervenidos en ese Hospital, son dados de alta en régimen de CMA (tasa de resolución 94,25 %, año 2021) y revisados en Consulta Externa de Enfermería de Cirugía General en 7-10 días.

La Encuesta de Satisfacción la realiza el paciente (en el momento que lo considera oportuno) por medio de un código QR entregado en esa revisión, de manera que pueda ser evaluado todo el Proceso.

Resultados: A continuación se expone lo que visualiza el paciente cuando activa el Código QR Encuesta de satisfacción. Proceso hernia inguinal. El Servicio de Cirugía General del Área Sanitaria V considera que es de gran importancia conocer la opinión de sus pacientes/usuarios, ya que con ello nos ayudarán a detectar campos de mejora. Los datos que nos comuniquen son totalmente anónimos, le rogamos que contesten con total sinceridad.

Muchas gracias por su participación, SU OPINIÓN CUENTA:

- En caso necesario, ¿con qué probabilidad nos recomendaría a familiares y amigos?
- ¿Cree que podemos mejorar en alguno de estos aspectos relacionados con la información recibida?
- Valore el trato y la amabilidad del personal que le ha atendido.
- Valore su satisfacción con el tratamiento del dolor.
- ¿Se ha sentido seguro con la atención recibida?
- Si lo desea, puede aportar un comentario de agradecimiento o una sugerencia de mejora.

Conclusiones: Las encuestas de satisfacción deberían formar parte de nuestro proceso de autoevaluación permanente, no solo para conocer cómo resulta para el paciente la experiencia asistencial recorrida, sino también para diagnosticar aquellos momentos del proceso supervisado susceptibles de ser corregidos y mejorados.

Las encuestas de satisfacción deben ser (y así ha sido en nuestro caso) diseñadas y dirigidas por los expertos en calidad de nuestro entorno. El Departamento de Calidad de nuestro Hospital Universitario de Cabueñes CAHU es quien nos ha ayudado a elaborarla. A lo largo de todos los momentos por los que discurre el paciente durante el Proceso Hernia Inguinal, desde que es atendido por primera vez en la consulta hasta que es revisado y dado de alta, nosotros hemos procurado cuidar lo mejor posible todos los detalles (la información, el trato, la profesionalidad, el control del dolor, la coordinación de los diferentes profesionales, el seguimiento y proximidad, la disponibilidad...). Pero siempre puede haber aspectos que se escapan a nuestro análisis pero que sí perciben los pacientes, y esto también podemos saberlo con nuestra encuesta, pues el paciente puede expresar y describir esas cuestiones en un texto de libre escritura. Analizados los primeros resultados, ya nos está sirviendo para mejorar y cambiar algunas cosas. Iremos viendo con el Departamento de Calidad, la periodicidad de estas Encuestas. Una o dos veces por año, con entre 30 y 50 respuestas en cada ocasión.

Palabras clave: Encuesta de satisfacción, hernia inguinal.

RESÚMENES DE COMUNICACIONES PÓSTERES

ANESTESIA

01 ANESTESIA LOCORREGIONAL Y DOLOR POSTOPERATORIO EN CMA

Á. López Posada, L. M. Cano del Amo, S. Ramírez Vila-riño, L. Candel López, M. Martínez Brea, S. Dias Pravia
Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias

Objetivos: La anestesia locorregional está actualmente integrada en nuestro día a día siendo cada vez más importante y habitual para el manejo anestésico perioperatorio. Está demostrado que su uso disminuye el consumo de opioides para control de dolor, reduciendo de tal forma sus efectos secundarios y aunque no está exenta de complicaciones brinda los suficientes beneficios para situarse como una de las principales técnicas a realizar en cualquier unidad de CMA.

Para analizar el uso y el control del dolor de la anestesia locorregional en la unidad de CMA de nuestro hospital hemos analizado las cirugías llevadas a cabo durante un mes completo de forma retrospectiva con el objetivo de buscar tendencias positivas y posibles aspectos a mejorar. De esta manera, al realizar el estudio a posteriori de las intervenciones, no interveníamos ni influenciábamos en la manera de anestesiar las diferentes intervenciones quirúrgicas, haciendo que los datos recogidos fuesen lo más representativos de cualquier período de tiempo habitual en nuestra unidad.

Métodos: Para el análisis de los datos se realizó un estudio observacional transversal de las cirugías de CMA llevadas a cabo durante un mes completo en nuestro hospital. Se recogieron como datos a estudio: intervención quirúrgica, EVA pre y postquirúrgico, técnica anestésica, edad, ASA y necesidad de ingreso hospitalario. Todos estos parámetros quedan recogidos en dos formularios que se han de realizar de manera obligatoria en cual-

quier paciente que sea intervenido a través del circuito de CMA en nuestro hospital.

Durante todo el proceso seleccionado se recogieron hasta 151 intervenciones.

Todos los datos de los pacientes han sido procesados únicamente utilizando su número de historia clínica hospitalaria a través de las propias listas de CMA del periodo seleccionado.

Resultados: Las intervenciones más realizadas en nuestra unidad de CMA son las oftalmológicas, destacando las vitrectomías y las facoemulsificaciones de cataratas. Los dos tipos de anestesia más utilizadas en estas intervenciones son tópica o local con sedación 44 % y general 35 %.

Por otro lado, la anestesia locorregional es utilizada en un 21 % de las intervenciones de CMA en ocasiones combinadas con anestesia general y sedación. Para ella se han utilizado diferentes bloqueos de nervios periféricos, anestesia epidural o raquídea.

El EVA postquirúrgico medio ha sido inferior a 1 y solo han precisado de ingreso el 3 % de los pacientes (solo 1 de ellos por dolor mal controlado).

Las intervenciones quirúrgicas con mayor dolor postoperatorio fueron las escisiones de lesiones en mama y las extracciones de material de osteosíntesis (donde se registraron los EVAS más altos, 5).

Todas las intervenciones realizadas con anestesia locorregional durante el periodo seleccionado tuvieron un EVA postquirúrgico de 0, incluso en aquellas que partían de un EVA prequirúrgico distinto de 0.

Conclusiones: Tras el análisis de todos los datos analizados durante el período seleccionado llegamos a la conclusión de que las cirugías en el circuito de CMA tienen en general un buen control de dolor postoperatorio a pesar de las diferen-

cias epidemiológicas entre pacientes. Este control analgésico es significativamente bueno en las cirugías llevadas a cabo con algún tipo de anestesia locorregional.

A pesar de todo este análisis de pacientes sería necesaria una muestra mayor para poder establecer diferencias significativamente estadísticas entre técnicas de anestesia o incluso comparar mismos tipos de intervenciones en pacientes semejantes con diferentes técnicas para hallar datos más concluyentes.

Palabras clave: ALR, CMA, dolor, cirugía.

P-02 MASCARILLA LARÍNGEA DE TERCERA GENERACIÓN, VISIONMASK EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL (CENS), EN RÉGIMEN DE CMA, PERMITE MONITORIZAR ESPACIO PERIGLÓTICO DURANTE INTERVENCIÓN

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

Objetivos: Los dispositivos de ventilación supraglóticos permiten ventilar al paciente sin intubarlo, evitando sus efectos secundarios. Además, el manguito periglótico permite proteger el espacio de sangre procedente de la cavidad nasal, así como de secreciones y lavados empleados durante la intervención. Mediante la visión continua, estamos visualizando el espacio hasta el despertar del paciente. La incidencia de laringospasmos es mínima con supraglóticos.

Métodos: Presentamos un caso de paciente de 55 años, con antecedentes de asma bronquial y artritis reumatoide, propuesta para CENS, 66 kg, 1,57 m de talla. Se decide empleo de VISIONMASK n.º 3.

Resultados: Tras inducción anestésica con relajación muscular, se inserta mascarilla n.º 3, al primer intento, presiones de sellado de 32 cm H₂O, visualización óptima de glotis, presiones pico en vía aérea de 15 cm H₂O, sangrado estimado de 700 cc y lavado de 300 cc de suero fisiológico.

Duración 1 h y 45 min, se visualiza durante todo el procedimiento glotis y espacio periglótico, protección total, no pasó nada de sangre o suero. Una vez revertida y despierta se procede a extracción suave de dispositivo inflado, sin ninguna complicación.

Conclusiones: Concluimos que la mascarilla de tercera

generación visonmask ha resultado eficaz y eficiente en este procedimiento avanzado, la visión continua glótica nos ofreció gran seguridad. “La tercera generación de supraglóticos ha llegado para quedarse”.

Palabras clave: CMA, CENS, visionmask, mascarilla laríngea.

P-03 ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE LA UTILIDAD DE UN DISPOSITIVO DE VENTILACIÓN SUPRAGLÓTICO DE TERCERA GENERACIÓN, VISIONMASK

J. M. Cordero Lorenzo¹, G. Cordero Pearson¹, M. Á. Astrain Aguado²

¹*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla;*

²*Complejo Hospitalario de Cartagena, Murcia*

Objetivos: La tercera generación además de las características de las de segunda generación, aporta la visión continua del espacio glótico y periglótico, pensando en su utilidad, especialmente en pacientes de CMA, decidimos estudiar clínicamente el dispositivo.

Métodos: Se estudiaron 26 pacientes, sometidos a diferentes procedimientos de cirugía mayor ambulatoria, se excluyeron pacientes con obesidad ,IMC mayor de 35, patología pulmonar e imposibilidad de insertarla por problemas mecánicos (apertura bucal limitada, tumoraciones, etc.). Se valoró la inserción al primer intento, visión glótica, presión de sellado, problemas ventilatorios durante la intervención y la educación. Se valoró la satisfacción del anestesiólogo con el dispositivo, de 1 a 5, siendo 1 muy mala y 5 muy satisfactorio.

Conclusiones: Edad media poblacional 48 años. Se realizaron 3 laparoscopias para colecistectomía y hernias inguinales, una cirugía endoscópica nasosinusal, 9 hernioplastias abiertas, cirugía ginecológica y coloproctología, en régimen de CMA. De los 26 pacientes, en 24 se insertó al primer intento, en los dos siguientes se cambió el número, consiguiéndose insertar, la presión de sellado fue mayor de 30 en todos los casos, la visión glótica fue muy buena en 25 pacientes. El índice de satisfacción con el empleo del dispositivo fue de 5. No existieron problemas ni durante la cirugía ni en la educación, con ausencia de laringospasmo. Se empleó el número 3 en 23 pacientes.

Consideramos que este dispositivo de ventilación supraglótico es un avance en el manejo de la vía aérea, eficaz, seguro, con unos parámetros ventilatorios muy adecuados,

muy recomendable en CMA. Ha llegado para quedarse, demostrando eficiencia, ya que apenas hay diferencia de precio, con los de segunda generación, a pesar de la tecnología que incorpora.

Palabras clave: Mascarilla lagrimea de tercera generación, CMA.

P-04 PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA Y SU IMPLEMENTACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Moreno Suárez, C. Romero Almaraz, N. Ortiz-Roldán Rodríguez, J. Díez Zapirain, C. Freije López, M. Alonso Fernández, P. Núñez Cuadros, A. Álvarez Cebrián

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Objetivos: Presentar el protocolo de manejo de la anemia perioperatoria por parte del servicio de Anestesiología y Reanimación en el HUMV.

Resaltar la importancia de contar con protocolos institucionales para el manejo de la anemia perioperatoria.

Mostrar los resultados iniciales tras un año de su puesta en marcha.

Métodos: En el año 2022 publicamos en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla el "Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la anemia preoperatoria en el adulto", siendo gestionado por el Servicio de Anestesiología y Reanimación. En la consulta de valoración preanestésica se detectan los pacientes con hemoglobina menor de 12 g/dl que se van a someter a intervenciones de alto riesgo hemorrágico, una vez identificados se derivan para valoración por parte del anestesiólogo del Hospital de Día Quirúrgico. Dado que la anemia ferropénica es la más frecuente, en dichos pacientes se realiza estudio del metabolismo del hierro y en caso de ser necesario niveles de B₁₂ y ácido fólico, con el diagnóstico del tipo de anemia se indica el tratamiento correspondiente.

En caso de anemia ferropénica e intervención en un plazo menor de 4 semanas se recomienda administración de hierro endovenoso (carboximaltosa férrica), si el plazo excede las cuatro semanas se realizará tratamiento con sales de hierro por vía oral.

En caso de no evidenciarse anemia ferropénica, se amplía el estudio con niveles de B₁₂ y ácido fólico si hay deficiencia de estos se indica suplementar dichos sustratos. En

determinados casos muy seleccionados, por ejemplo enfermedad renal o anemia de trastornos crónicos, se valora la administración de eritropoyetina. Si existen dudas sobre el diagnóstico se solicitará valoración por hematología.

En todos los casos se entrega al paciente un folleto de recomendaciones dietéticas.

Conclusiones: Los programas PBM (*patient blood management*) recomiendan el tratamiento de la anemia preoperatoria, hasta el punto de que dicha condición se considera una contraindicación para la cirugía de alto riesgo hemorrágico. Observamos que desde que se publicó el protocolo de manejo de la anemia perioperatoria, el número de pacientes derivados a la valoración por el anestesiólogo del HDQ, aumentó de manera significativa. Se evidenció que más del 70 % de los pacientes anémicos que llegan a nuestra consulta, lo hacen con un tiempo entre valoración preanestésica-intervención quirúrgica menor de 2 semanas, con lo cual, no disponíamos de tiempo suficiente para hacer el tratamiento completo con hierro oral o EV.

Palabras clave: Anemia perioperatoria, hierro, protocolo.

P-05 ANESTESIA LIBRE DE OPIOIDES EN CIRUGÍA AMBULATORIA DE MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Vila Comesaña, A. Román Fernández, I. Areán González, I. Rodríguez Salcedo, D. Melián Hernández, P. Area Iglesias, L. Castro Cabana, A. Rodríguez Faro
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra

Objetivos: El cáncer de mama es el tumor más frecuentemente diagnosticado en las mujeres. La cirugía conservadora es la técnica quirúrgica de elección cuando es factible debido a su baja agresividad. Así, la cirugía mayor ambulatoria (CMA) de mama es un procedimiento cada vez más habitual en nuestras unidades.

El dolor postoperatorio puede variar, llegando a ser de moderado a intenso en algunos casos. La estrategia anestésica para el control del dolor perioperatorio suele implementar la utilización de opioides los cuales tienen efectos secundarios conocidos. En el postoperatorio de CMA dificultan el alta temprana por aumento de la incidencia de náuseas y vómitos, depresión respiratoria, sedación prolongada y globo vesical. Además, existen estudios que sugieren que podrían tener un papel negativo sobre la recurrencia del cáncer y de mayores casos de dolor crónico e

hiperalgesia. El bloqueo del erector de la espina (ESP) se ha descrito como una técnica regional guiado por ecografía con cobertura de la pared torácica. Parece poseer ventajas con respecto a los bloqueos neuroaxiales o paravertebrales por su menor riesgo de punción dural o pleural y menor bloqueo simpático.

Presentamos el caso de una paciente sometida a cirugía conservadora en régimen de CMA a la que se realizó anestesia libre de opioides (OLA). Como pilar fundamental para control del dolor perioperatorio realizamos un bloqueo del erector de la espina guiado por ecografía previo a la inducción anestésica.

Métodos: Mujer de 80 años con antecedentes de síndrome depresivo y dislipemia, diagnosticada de neoplasia de mama en cuadrante superoexterno de mama derecha, programada para cirugía conservadora. En consulta de preoperatorio se valoró positivamente para régimen de CMA y se programó para tumorectomía.

En la unidad de recuperación anestésica (URPA) de la CMA, se realizó bloqueo ESP. Con la paciente en sedación, se colocó la sonda de ultrasonidos lineal sobre las apófisis espinosas. Lateralmente se localizaron las apófisis transversas derechas de T5 y T6. Con una aguja de plexos de 85 mm se alcanzó la apófisis transversa de T5, se confirmó con hidrodissección y se depositaron 15 ml de levobupivacaína 0,5 %. Posteriormente se realizó en quirófano anestesia general sin intubación. La inducción anestésica tuvo lugar 30 minutos después del bloqueo, empleando lidocaína 2 % (1 mg/kg, 60 mg), dexametasona 8 mg y propofol en TCI (*target controlled infusion*) con el modelo de Schneider para peso de 60 kg y altura de 160 cm. Posteriormente se colocó una mascarilla laríngea AuraGain número 3 sin incidencias. Se administró precozmente sulfato de magnesio (1,5 g), dexketoprofeno 50 mg y paracetamol 1 g, así como ondansetron 4 mg i.v. La duración de la intervención fue de 30 minutos. Tras la educación, se trasladó a la paciente a la URPA sin incidencias. Se recogió el dolor postoperatorio según la escala visual analógica (EVA) a la hora y 2 horas de su llegada de quirófano, momento en el cual fue dada de alta a su domicilio. Se le entregó una hoja de recogida de datos para completar el EVA a las 3, 6, 12 y 24 horas.

Resultados: Durante el intraoperatorio no hubo ningún signo clínico que sugiriera mal control de la nocicepción (perfil hemodinámico, diámetro pupilar, movimientos espontáneos).

A continuación se recogen los EVA a la hora, 2, 3, 6, 12 y 24 h: 0, 0, 1, 2, 0. No presentó náuseas/vómitos ni otras complicaciones.

Conclusiones:

- En nuestro caso, la combinación de anestesia regional con general libre de opioides proporcionó un buen control analgésico en la cirugía conservadora de mama.
- Creemos que sería interesante para nuestras unidades implementar técnicas combinadas como la descrita, que reduzcan o eliminen los opioides y, por ende, sus diversos efectos adversos.

Palabras clave: Anestesia libre de opioides, bloqueo del erector de la espina, cirugía ambulatoria de mama, control de dolor perioperatorio.

P-06 COMBINACIÓN DE BLOQUEO DE LA FASCIA CLAVIPECTORAL Y BLOQUEO DEL PLEXO CERVICAL SUPERFICIAL EN RESECCIÓN DISTAL DE CLAVÍCULA

I. Rodríguez Salcedo, I. M. Rodríguez Naz, D. Melián Hernández, C. Vila Comesaña, D. Mundiña Gay, L. Muradás Cerviño, C. Consuelo Aparicio Cuenca, P. Area Iglesias

Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo, Pontevedra

Objetivos: La fractura de clavícula es el traumatismo más frecuente de la cintura escapular, viéndose más frecuentemente afectado el tercio medio (80 % de los casos), seguido del tercio distal (20 %) y el tercio medial (1-2 %). En los últimos años se han descrito una serie de abordajes para proporcionar analgesia/anestesia para el abordaje quirúrgico de dichas fracturas. La inervación de la misma es compleja y depende principalmente de ramas del plexo braquial (n. supraescapular, n. subescapular, n. subclavio, n. pectoral lateral, n. axilar, n. torácico largo) y el plexo cervical superficial (n. supraclavicular). Para lograr analgesia/anestesia durante una intervención debemos abordar el bloqueo de ambos plexos, que cubran las ramas que aportan sensibilidad a la misma, frecuentemente bloqueo interescalénico y bloqueo del n. supraclavicular o, en su defecto, del plexo cervical superficial. Sin embargo, en 2017 Valdés describió el bloqueo clavipectoral. Este último consiste en la infiltración de anestésico local profundo a la fascia clavipectoral, afectando a los nervios que la atraviesan para llegar a la clavícula.

Se han descrito varios casos de cirugía de clavícula combinando el bloqueo del plexo cervical superficial, que proporciona anestesia a la zona cutánea sobre la clavícula, y bloqueo clavipectoral que cubre las ramas que inervan al hueso claviclar propiamente dicho.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 74 años de edad que acude para intervención programada sobre cla-

vícula por artrosis acromioclavicular, realizándose resección de clavícula distal tipo Mumford. Como antecedentes destaca diabetes mellitus insulino-dependiente, dislipemia, hipertensión arterial, ictus hace más de diez años con parálisis facial como secuela, hipotiroidismo post-tiroidectomía, síndrome de Raynaud y varices. No alergias medicamentosas conocidas.

Se realiza bloqueo del plexo cervical superficial ecoguiado, identificando el plexo braquial a nivel supraclavicular y siguiendo su trayectoria cranealmente, hasta identificar la vértebra C4 y su correspondiente raíz, identificándose a este nivel el plexo cervical superficial, profundo al músculo esternocleidomastoideo. Con una aguja de 35 mm, en un abordaje en plano de posterior a anterior se infiltran 7 ml de levobupivacaína 0,25 % + mepivacaína 1 %.

A continuación, se realiza un bloqueo clavipectoral. Se coloca la sonda ecográfica en un plano sagital, perpendicular al borde largo de la clavícula. Se realiza un barrido de la clavícula infiltrándose anestésico local en el borde lateral y medial de la misma (abordaje en plano, de caudal a craneal), utilizando una aguja de 50 mm. Se administran 15 ml a cada lado de levobupivacaína 0,5 % y mepivacaína 1 %. La cirugía se llevó a cabo sin incidencias ni complicaciones, salvo ligera tendencia a hipertensión arterial que precisó algún bolo puntual de urapidilo (total 15 mg). Como sedación se administraron 2 mg de midazolam, 100 microgramos de fentanilo y algún bolo puntual de propofol + ketamina (total 30 mg propofol + 15 mg ketamina).

La paciente se intervino de manera ambulatoria, recibiendo el alta hospitalaria el mismo día de la intervención a última hora de la tarde. Analgesia pautada para domicilio: tramadol 75 mg/paracetamol 650 mg 1 cápsula/8 horas + metamizol 575 mg/8 horas de rescate.

Conclusiones: La paciente se intervino de cirugía de clavícula realizándose bloqueo del plexo cervical superficial + bloqueo clavipectoral y sedación, obteniéndose un buen control del dolor tanto en el intraoperatorio como en el postoperatorio inmediato.

La combinación de estos dos bloqueos a diferencia del abordaje del plexo braquial no afecta a la movilidad del miembro superior. Es una técnica segura si se realiza bajo visión ecográfica, con escasas complicaciones. Además, permite reducir la incidencia de bloqueo del nervio frénico ipsilateral, cuya frecuencia en el bloqueo interescalénico es casi del 100 %, mientras en el plexo cervical superficial es mucho menos frecuente. La intervención bajo el efecto del bloqueo permitió el ahorro en la administración de antiinflamatorios y de opioides, tanto en el intra como en el

postoperatorio, minimizando los efectos secundarios de los mismos. El bloqueo clavipectoral consigue una analgesia correcta sobre intervenciones a nivel de la clavícula. Puede combinarse con un bloqueo del plexo cervical superficial para proporcionar anestesia a nivel de la región cutánea sobre la clavícula.

Palabras clave: Clavipectoral, analgesia, clavícula.

P-07 PROTOCOLOS DE ANALGESIA PARA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA SEGÚN DOLOR ESPERADO: ¿LA MEJOR DEFENSA FRENTE AL DOLOR EN CMA?

D. Melián Hernández, A. Carregal Raño, I. Rodríguez Salcedo, C. Vila Comesaña, I. Areán González, A. M. Santos Ruiloba, R. Acacio Jiménez, P. Remuiñán Fernández

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra

Objetivos: Registrar el dolor postoperatorio percibido mediante la escala visual analógica del dolor (EVA) a las 24 y 72 horas en intervenciones con régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) para, con dichos datos, valorar si las pautas analgésicas son las adecuadas.

Métodos: Se recogieron los datos vía telefónica de dolor postoperatorio medido según la escala de EVA a las 24 y 72 horas (mínimo y máximo valor en reposo y el valor en movimiento) de 33 pacientes sometidos a dos tipos de cirugías catalogadas como dolor esperado moderado (herniorrafia inguinal y cirugía correctora de hallux valgus), por ser las más frecuentes en nuestro ámbito y poseer datos más homogéneos. El muestreo se llevó a cabo durante 5 días. En concreto poseemos datos de 23 pacientes sometidos a herniorrafia inguinal y de 10 pacientes operados de hallux valgus. Por otro lado, se registró la pauta analgésica de los pacientes sin interferir en las pautas habituales del médico responsable (tipo de fármacos y hora de la toma, tipo de rescate y cumplimiento o no de la pauta).

Resultados: Para cirugía catalogada como dolor esperado moderado observamos que los pacientes sometidos a herniorrafia poseían escalas de EVA (hernia inguinal) menores que aquellos que se intervinieron de hallux valgus, poseyendo ambas cirugías un dolor esperado moderado. En concreto, para la herniorrafia se reflejaron escalas de EVA máximas, en movimiento y mínimas en las primeras 24 horas de 2,2, 3,2, 0,7, respectivamente. Si aumentamos el periodo de tiempo hasta 72 horas, los resultados serían

2,2 de EVA máximo, 3,2 de EVA en movimiento y 0,4 de EVA mínimo. Para la cirugía de hallux valgus se recogieron los siguientes datos a las 24 horas de la cirugía: dolor máximo 5,2; dolor en movimiento 4,5; dolor mínimo 2,9. Mientras que a las 72 horas se obtuvieron los siguientes resultados: dolor máximo 5,5; dolor en movimiento 5,1; dolor mínimo 2,4.

Respecto a las pautas farmacológicas, se constató que el 37 % del total de los pacientes fueron dados de alta con doble terapia analgésica (predominando entre los mismos el paracetamol alternando con otro fármaco). Además, la gran mayoría de ellos (82,8 %) poseían analgésico de rescate, siendo el más utilizado el metamizol. Aun así, más de la mitad de los pacientes (55,7 %) no siguieron la pauta de forma correcta.

Conclusiones: Los resultados de este estudio retrospectivo muestran pautas de analgesia que no cubren las demandas de la mayoría de los pacientes sometidos a cirugía de hallux valgus alcanzando en la escala de EVA hasta 5,5 puntos; siendo menor en las herniorrafias, con EVA máxima de 3 puntos.

Creemos que gran parte del problema radica en la no existencia de pautas estándar para cada tipo de cirugía en función del dolor esperado de la misma. Además, las pautas empleadas en estos pacientes resultaban a priori erróneas dado que los fármacos se prescribían de forma alterna. Se vio que para herniorrafias la analgesia era suficiente, pero para cirugía de hallux valgus no, siendo uno de los puntos a mejorar.

Por ello, nuestra propuesta sería crear diversas combinaciones de fármacos con su tratamiento de rescate para protocolizar la analgesia ambulatoria de cara al alta en función del tipo y el dolor de cada cirugía.

Limitaciones: falta información sobre: demografía del paciente, dolor crónico y consumo crónico de analgésicos, tipo de técnica anestésica y pauta analgésica perioperatoria que podría arrojar datos que ayuden a disminuir el dolor postoperatorio.

Palabras clave: Analgesia, multimodal.

CIRUGÍA

P-08 RESULTADOS INICIALES DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE CMA CON HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

A. García Monferrer, A. Hugué-Sánchez Ramón, L. Pulido Martínez, X. Potau Lahoz, E. Mans Muntwyler, E. Bombuy Giménez, L. Hidalgo Grau
Hospital del Mataró, Barcelona

Objetivos: La cirugía de la obesidad se considera una cirugía compleja y no exenta de complicaciones potencialmente muy graves. Los años de experiencia y los equipos especializados han logrado la reducción de las mismas. Hoy en día se equiparan con las de una colecistectomía. En la literatura se describen, sobre todo en países con sanidad privada, procesos ambulatorizados con estancia en un hotel cercano al centro hospitalario.

Nuestro centro, Hospital de Mataró, cuenta con una unidad de cirugía bariátrica fundada en 2007 y con una unidad de CMA desde 1999.

El objetivo principal es presentar los resultados iniciales de este proyecto novedoso en nuestro centro. El protocolo de CMA se inició en noviembre del 2023 seleccionando pacientes intervenidos de obesidad mórbida con hospitalización a domicilio como paso previo a la ambulatorización.

Métodos: Se realiza un análisis descriptivo de nuestra base de datos con los resultados de la puesta en marcha de un protocolo de CMA en cirugía bariátrica iniciado en noviembre del 2023. Des de la fecha de inicio del protocolo hasta abril 2024 se han incluido 9 pacientes.

Se recopilaron datos demográficos (edad, sexo, IMC), tipo de intervención realizada (sleeve/BPG), éxito CMA (sí/no), dolor y resultados analítica 24 h, reingreso, reconsulta y complicaciones, valoración clínica al mes, así como el grado de satisfacción. Todas las intervenciones fueron realizadas por los cirujanos de la Unidad Funcional de Obesidad Mórbida (UFOM) de nuestro centro.

Resultados: Nuestro centro ha puesto en marcha un protocolo de CMA con hospitalización a domicilio hace 6 meses, seleccionando un total de 9 pacientes.

Desde noviembre del 2023 hasta abril 2024 se han realizado un total de 38 cirugías bariátricas, con 9 (23,7 %) pacientes intervenidos en la unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA), obteniendo un éxito en 5 (55,6 %) pacientes ambulatorizados sin incidencia, y los restantes 4 (44,4 %) pacientes requirieron ingreso por distintos motivos, entre los más destacables: dolor (2), vómitos (1) y efecto adverso de la anestesia (1).

Desglosando los parámetros evaluados, a nivel demográfico, las intervenciones se realizaron a 6 (66,6 %) mujeres y 3 (33,3 %) hombres con una edad media de 50,6 años y un IMC medio de 42,8. La técnica quirúrgica realizada más

frecuente fue el bypass gástrico con 6 pacientes (66,6 %) y el sleeve con 3 pacientes (33,3 %).

En el postoperado inmediato, los pacientes presentan un EVA medio a las 24 horas de 1,33; la analítica a las 24 h refleja una media de valores de PCR 2,6 mg/dl, leucocitos de $12,1 \times 10^3$ u/mcl y hemoglobina de 13,6 g/dl.

Solo un paciente ha realizado 1 consulta (11,1 %) por fiebre de origen viral, no relacionado con la cirugía. Dos pacientes (22,2 %) presentaron complicaciones posoperatorias, una crisis comicial única y un edema de úvula. No se realizaron reingresos en ningún paciente.

Al mes en la consulta, los pacientes presentaron un buen estado general sin complicaciones tardías y con un grado de satisfacción elevado.

Como conclusión, creemos que es de gran importancia una buena selección de los pacientes para mejorar los resultados. Siguiendo la cronología hemos evidenciado una mala selección de los primeros pacientes.

Conclusiones: La técnica quirúrgica Sleeve presenta peor tolerancia, sin pacientes ambulatorizados hasta la fecha. Una de las posibles causas podría ser la ampliación del trocar de asistencia para extraer la pieza quirúrgica y posterior cierre con punto de sutura transmuscular (reverdin) lo que provoca dolor al paciente.

Aun así, con una buena selección de pacientes, un equipo especializado y un centro especializado en CMA, la ambulatorización de la cirugía bariátrica es una alternativa a considerar respecto la hospitalización convencional.

Palabras clave: Cirugía bariátrica, cirugía de la obesidad, ambulatorización, hospitalización a domicilio, obesidad.

P-09 ¿HERNIA INGUINAL O CRURAL? DESCUBRIENDO CON LA TÉCNICA LAPAROSCÓPICA TAPP

J. Soares¹, C. Pinto¹, C. Magalhães^{1,2}

¹Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório. Clínica Cirúrgica. ULS Santo António. Porto, Portugal; ²Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas. Universidade do Porto

Objetivos: Presentar un vídeo de una técnica de hernioplastia inguinal laparoscópica mediante abordaje preperitoneal transabdominal (TAPP), en un régimen ambulatorio.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una mujer de 30 años, ASA II, quien fue evaluada por dolor inguinal izquierdo.

Se realizó ecografía de región inguinal, que demostró un defecto herniario en el lado izquierdo de dudosa procedencia, sin posibilidad de precisar si se trataba de una hernia inguinal o de una hernia crural.

Ante la incertidumbre diagnóstica, se propuso cirugía al paciente mediante abordaje laparoscópico TAPP para exploración intraoperatoria y corrección del defecto encontrado. La cirugía transcurrió sin complicaciones y el diagnóstico definitivo fue de hernia inguinal izquierda. El paciente fue dado de alta el mismo día, sin complicaciones.

Conclusiones: Nuestro abordaje demuestra la ventaja de la técnica laparoscópica como método diagnóstico definitivo luego de la exploración intraoperatoria y como tratamiento simultáneo en casos de duda diagnóstica persistente luego de exámenes de imagen.

Palabras clave: Laparoscopia, TAPP, hernia inguinal, pared abdominal, cirugía ambulatoria.

P-10 SOSPECHA DE HERNIA INGUINAL RECURRENTE: TAPP COMO ABORDAJE EXPLORATORIO

J. Soares¹, A. Flores^{1,2}, C. Magalhães^{1,2}

¹Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório. Clínica Cirúrgica. ULS Santo António. Porto, Portugal; ²Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas. Universidade do Porto

Objetivos: Presentar un vídeo de una técnica de hernioplastia crural laparoscópica mediante abordaje transabdominal preperitoneal (TAPP), en un régimen ambulatorio.

Caso clínico: Presentamos un caso clínico de un hombre de 59 años, ASA II, a quien se le realizó una hernioplastia inguinal bilateral mediante la técnica de Lichtenstein modificada, en octubre de 2023. Al tercer mes postoperatorio presentó dolor inguinal derecho recurrente y se sospechó recurrencia de hernia inguinal. Se realizó ecografía de región inguinal, que demostró la presencia de una hernia crural derecha, la cual no fue detectada en la primera intervención quirúrgica. Se propuso una nueva intervención mediante abordaje laparoscópico TAPP. La cirugía transcurrió sin complicaciones y el paciente fue dado de alta el mismo día, sin complicaciones.

Conclusiones: Nuestro abordaje demuestra la ventaja de la técnica laparoscópica en la exploración, visualización y corrección de todos los posibles defectos herniarios con-

mitantes de la pared abdominal, en un solo procedimiento quirúrgico, en relación al abordaje abierto, y sigue siendo la técnica recomendada en el manejo de hernias recidivantes.

Palabras clave: Laparoscopia, TAPP, hernia crural, pared abdominal, cirugía ambulatoria.

P-11 PARATIROIDECTOMÍA EN RÉGIMEN DE CMA: NUEVOS HORIZONTES

A. Pallarés Pereira, G. E. Matías Beteta, L. Hernández García, L. Busto Hermida, I. Troncoso Magdalena, R. Otero Bueno, R. Vázquez Bouzán, A. Climent Aira
Hospital Ribera Povisa. Vigo, Pontevedra

Objetivos: El hiperparatiroidismo constituye una patología de referencia para el cirujano endocrino, puesto que la intervención quirúrgica, la cual consiste en la exéresis de una o varias glándulas dependiendo de la etiología, constituye la opción definitiva ante un trastorno con limitadas alternativas de tratamiento farmacológico. En la actualidad, dicha intervención se realiza bajo régimen de hospitalización, con un ingreso cuya duración es variable en función de las posibles complicaciones tras la cirugía.

Dado el curso evolutivo favorable en la mayoría de los pacientes, y ante el advenimiento de nuevas técnicas operatorias mínimamente invasivas gracias en parte a la mayor precisión del estudio radiológico preoperatorio, nos hemos planteado como objetivo el determinar la factibilidad de un protocolo de intervención ambulatorio.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se incluyen aquellos pacientes operados entre los años 2010 y 2024 en el Hospital POVISA. Comprendiendo el análisis de las complicaciones que presentan durante el postoperatorio inmediato relacionadas con la propia intervención o patología de origen.

Resultados: Un 5,5 % de los pacientes manifiestan sintomatología mínima como molestias o dolor localizado a nivel de herida quirúrgica. Otro 24,4 % presenta valores diagnósticos de hipocalcemia en el estudio a las 24 horas tras la intervención, refiriendo clínica secundaria a la misma tan solo el 6,7 % de este grupo de pacientes. Las complicaciones graves propias del abordaje quirúrgico cervical como son las lesiones nerviosas y el hematoma sofocante fueron anecdóticas. El manejo quirúrgico del hiperparatiroidismo sin ingreso hospitalario, es una opción que podría ser factible bajo cirujanos experimentados y en un centro don-

de se realizan intervenciones ambulatorias de forma rutinaria. La selección adecuada de pacientes, y la utilización de técnicas de cirugía selectiva o mínimamente invasivas permitiría asegurar un postoperatorio seguro y reduciría tanto los costes como la morbilidad asociada a la hospitalización de los pacientes.

Palabras clave: Hiperparatiroidismo, paratiroidectomía, CMA, ambulatorio, complicaciones.

P-12 COMPLICACIONES DE CIRUGÍA DE LA HERNIA INGUINAL EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. REVISIÓN DE CASOS EN NUESTRO CENTRO

M. Iglesias Trigo, X. Rial Justo, R. Carracedo Iglesias, M. López Otero, R. Sánchez Santos, I. Ferreirós Losada, B. Abedini Nieto, N. Álvarez Garrido
Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo, Pontevedra

Objetivos: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) ha ido en incremento en las últimas décadas, ya que permite tratar al paciente de una forma segura y eficiente sin necesidad de ingreso, de manera que supone un menor impacto en la vida cotidiana de los pacientes y les permite reintegrarse con más rapidez a sus actividades cotidianas. Este tipo de acto quirúrgico, al no requerir de ingreso, disminuye también los costes económicos que supondría una hospitalización. Una de las intervenciones que más se realiza en este régimen es la cirugía de la hernia inguinal, que ha sufrido una expansión progresiva en los últimos años, tanto por abordaje abierto como por laparoscópico.

Es importante resaltar que, junto con el equipo de anestesia, hay que hacer una buena selección de los pacientes, para evitar ingresos y complicaciones postoperatorias.

Métodos: Realizamos una revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos de hernia inguinal en régimen de CMA, en el Complejo Hospitalario de Vigo, entre los años 2017 y 2023.

Dentro de este grupo, seleccionamos un subgrupo de pacientes con alguna complicación postoperatoria en los 30 días posteriores a la fecha de intervención. Para ello, analizamos las asistencias a urgencias de cada uno de ellos.

Resultados: Entre los años 2017 y 2023 se intervinieron un total de 2602 pacientes intervenidos de hernia inguinal, en régimen de CMA. De ellos, un 9,6 % (233 pacientes)

precisaron asistencia a urgencias o ingreso hospitalario, que son los que analizaremos en nuestro estudio.

La edad media de los pacientes intervenidos que sufrieron complicaciones fue de 63 años, con un porcentaje de hombres del 85 %.

De ellos, un 89,27 % se intervino de hernia inguinales unilaterales y un 7,3 % se intervino bilateralmente en el mismo acto quirúrgico. Asimismo, un 3,43 % se trataron de hernias crurales (no asociadas a hernia inguinal). Un 11,15 % se trataron de hernias recidivadas. Las técnicas quirúrgicas utilizadas fueron: 48,7 % Lichtenstein, 22,8 % Rutkow-Robbins, 18,85 % endoscópicas (TEP/TAPP) y en un 9,65 % se realizaron otras técnicas distintas. El tiempo promedio de las intervenciones fue de 40 minutos.

Con respecto a los motivos de asistencia a urgencia, un 20 % de los pacientes, correspondieron a motivos médicos no relacionados con el proceso actual.

En cuanto a los motivos relacionados con la intervención, los síntomas o complicaciones más frecuentemente referidos en urgencias fueron el hematoma inguinal o escrotal en un 47,2 % de los pacientes, el dolor en un 24,6 %, el seroma en un 24,6 % y la dehiscencia de la herida en un 17,6 %. De estos pacientes, el 4,5 % precisaron de un ingreso hospitalario.

Para clasificar la morbilidad de los pacientes que acudieron a urgencias, utilizamos la escala Clavien-Dindo, presentando el 37,3 % un Clavien Dindo de I, el 7,73 % un Clavien Dindo de II y un 0,86 % un Clavien Dindo IIIb. De los pacientes con Clavien Dindo IIIb en uno de ellos se realizó una orquiectomía por compromiso vascular, otro fue una recidiva precoz tras hernioplastia inguinal y en otro se sospechó de una recidiva inguinal pero se trataba de una hernia crural.

Conclusiones: La cirugía de la hernia inguinal en régimen de CMA es un procedimiento seguro y eficiente, con una incidencia de complicaciones aceptable. Este régimen, como ya mencionamos ha ido adquiriendo mayor peso en los últimos años ya que disminuye el coste sanitario y supone un menor impacto en la calidad de vida de los pacientes. Sería conveniente, continuar realizando más estudios para obtener información que permita una mejor selección de los pacientes y mejorar los resultados de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Palabras clave: CMA, hernia inguinal.

P-13 DOR INGUINAL CRÓNICA PÓS-HERNIOPLASTIA CRURAL- ABORDAGEM POR VIA LAPAROSCÓPICA EXTRAPERITONEAL (TEP) EM REGIME DE CMA

F. Martins¹, A. Flores², C. Magalhães³

¹Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório, Clínica Cirúrgica, ULS Santo António. Porto, Portugal. Serviço de Oncologia Cirúrgica, IPO. Porto; ²Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório, Clínica Cirúrgica. ULS Santo António. Porto, Portugal. ICBAS, University of Porto; ³Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório, Clínica Cirúrgica. ULS Santo António. Porto, Portugal. ICBAS, University of Porto

Objetivos: A dor crónica pós hernioplastia inguinofemoral é definida como uma dor persistente após 4 meses da cirurgia. As quatro causas mais comum são a recorrência da hérnia, dor relacionada com o material protésico, dor relacionada com a manipulação dos nervos ou infeção.

A decisão de realizar uma revisão cirúrgica é mais fácil quando há evidência de recidiva herniária ou infeção da prótese, mas, nos outros casos, mesmo após insucesso de terapêutica médica, esta decisão é mais controversa.

Métodos: Neste trabalho apresentamos um vídeo que retrata uma revisão cirúrgica após hernioplastia crural direita por dor crónica.

Conclusiones: Tratava-se de uma doente do sexo feminino, 44 anos, saudável, submetida a uma hernioplastia crural direita por via aberta com fixação de um plug no espaço pré-peritoneal em 2019. A doente apresentava queixas de dor intensa na região inguinal direita com irradiação para a face interna da coxa ipsilateral com anos de evolução, sem resolução com analgesia oral, nomeadamente opióides, ou bloqueio neural.

Foi submetida a uma hernioplastia laparoscópica TEP bilateral, com constatação intraoperatória de plug de material protésico no orifício femoral direito e de hérnia femoral bilateral. Foi realizada a remoção do material protésico prévio e colocada prótese bilateral sem fixação. O procedimento decorreu sem intercorrências e a doente teve alta no mesmo dia. Na consulta de follow-up, 1 mês após a revisão cirúrgica, a doente encontrava-se assintomática e em desmame dos opióides.

Palabras clave: Dor crónica, TEP.

P-14 FRACASO DEL RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN LA CIRUGÍA DE LA HERNIA INGUINAL. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

X. Rial Justo, M. Iglesias Trigo, R. Carracedo Iglesias, M. López Otero, B. Abedini Nieto, I. Ferreirós Losada, C. Cruz Moure, R. Sánchez Santos

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra

Introducción: La cirugía mayor ambulatoria (CMA) suscita un interés creciente en las últimas décadas debido a su relación con una disminución de complicaciones asociadas con la hospitalización, menor impacto en la calidad de vida de los pacientes y disminución de los costes económicos. La cirugía de la hernia inguinal es uno de los procedimientos más frecuentemente realizados en el ámbito de la Cirugía General. Asimismo, supone uno de los procedimientos más frecuentemente realizados en régimen de CMA y ha sufrido una expansión progresiva de sus indicaciones en los últimos años.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de hernia inguinal en régimen de CMA en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo entre los años 2017 y 2023, ambos incluidos. De estos pacientes, se analizó el subgrupo de pacientes en los que alguna incidencia impidió completar la asistencia de forma ambulatoria según lo previsto y se estudiaron las causas por las cuales fracasó el régimen de CMA.

Resultados: Durante los años 2017 a 2023 se intervinieron 2602 pacientes de hernia inguinal en régimen de CMA en nuestro centro. En un 3,8 % de ellos se produjo fracaso del régimen de CMA previsto, con imposibilidad de alta ambulatoria y necesidad de prolongar la atención con un ingreso hospitalario. El 89 % de los pacientes fueron hombres y la edad media, 59,7 años. Las hernias intervenidas fueron: 83,7 % hernias inguinales unilaterales, 15,3 % hernias inguinales bilaterales, 1 % hernias crurales (no asociadas a inguinal). Todas ellas fueron hernias primarias, ninguna recidivada. Las técnicas de hernioplastia realizadas fueron: técnicas endoscópicas (TEP/TAPP) 51 %, Lichtenstein 33,7 %, Rutkow-Robbins 8,2 % y otras 7,1 %; con un tiempo quirúrgico medio de 49,9 minutos. Los motivos de conversión a ingreso más frecuentes fueron los siguientes: finalización de la intervención posterior al horario previsto, insuficiente para cumplir periodo de observación establecido: 29,6 %; ausencia de micción espontánea durante el periodo de observación establecido: 17,3 %; decisión del equipo quirúrgico por complicaciones, hallazgos intraoperatorios o procedimientos asociados a la hernioplastia: 16,3%; motivos sociales que impedían cumplimiento de

las condiciones para alta en régimen de CMA: 12,3 %, mal control del dolor: 12,2 %.

Entre los pacientes de este grupo analizado, se registraron las complicaciones postquirúrgicas según la clasificación de Clavien-Dindo: 12,2 % de los pacientes que precisaron ingreso presentaron alguna complicación Clavien-Dindo I; un 1 %, Clavien-Dindo II; un 1 %, Clavien-Dindo IIIB (correspondiente a una reintervención por sangrado). Conclusiones: La cirugía de la hernia inguinal en régimen de CMA es un procedimiento seguro, con una incidencia de complicaciones aceptable y que ha ido ganando indicaciones los últimos años. Son necesarios más estudios de cara a establecer posibles relaciones entre factores de riesgo y ajustar mejor los criterios de inclusión para este tipo de procedimiento.

Palabras clave: Hernia inguinal, hernioplastia inguinal, cirugía mayor ambulatoria, CMA, morbilidad.

P-15 INFECCIÓN CRÓNICA POSTQUIRÚRGICA. UN RETO PARA EL PACIENTE Y PARA EL PROFESIONAL

E. López-Mosquera, B. E. Álvarez Iglesias, J. C. Fernández Fernández, E. Vázquez Presa, S. Antuña Villa, S. González Estrada, B. Pérez Corrales

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias

Objetivos: La infección crónica postquirúrgica del material protésico es una complicación de la cirugía desoladora, tanto para el paciente como para el sistema sanitario. Representa un gran número de visitas del paciente al Hospital y Centro de Salud, prolonga las hospitalizaciones, satura las consultas de los profesionales sanitarios e incrementa las reoperaciones.

Es una complicación temida por los cirujanos. Se insta al paciente a un manejo conservador obligado por no afrontar el problema. Son pocos los casos que tienen una resolución espontánea. Es por esto que los profesionales deben tener criterios de actuación y seguimiento claros con el fin de minimizar los efectos colaterales derivados de la cronificación de esta complicación. Compartir nuestra experiencia en pacientes intervenidos de hernia inguinal a los que se les colocó material protésico y que cursaron con infección crónica.

Métodos: Se exponen una serie de 4 casos clínicos con diferente evolución. Pacientes con un denominador común

que es haber sido intervenidos de hernia inguinal en nuestro centro sanitario u otros centros, con colocación de prótesis quirúrgica y haber cursado con infección crónica en el postoperatorio inmediato. Para ello se han valorado los antecedentes de los pacientes, el número de intervenciones quirúrgicas relacionadas con el proceso, cuándo apareció el sinus, los recursos sanitarios utilizados (número de curas, de cultivos, antibioterapia, visitas a urgencias, consultas y pruebas diagnósticas complementarias).

Conclusiones: En estos casos hemos corroborado como los microorganismos se quedan acantonados en el material protésico produciendo una infección crónica refractaria a tratamiento conservador (con curas locales y antibioterapia dirigida) y de dificultosa resolución con tratamiento intervencionista. El proceso fistuloso cursó en todos los casos con uno o dos orificios que en dos de los casos cerraban puntualmente tras terapia antibiótica, reabriendo de nuevo y otros dos casos que nunca llegaron a cerrar. Los microorganismos habituales son: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus aureus multisensibile*, *Staphylococcus epidermidis*.

En todos los casos la cirugía fue abierta. En los cuatro casos la infección cursó en el postoperatorio inmediato, con cierre tras tratamiento conservador y con reaperturas que abocaron en una o más cirugías curativas y/o reparadoras. Los recursos sanitarios utilizados fueron: dos o más intervenciones quirúrgicas, múltiples consultas médicas, curas periódicas hospitalarias y Atención Primaria, infecciones intercurrentes con múltiples cultivos y antibioterapia dirigida, interconsultas a otros profesionales de otras especialidades por complicaciones concomitantes. Pruebas radiológicas diagnósticas: ecografía y TAC.

Cabría plantearse si los tratamientos antibióticos recurrentes son necesarios una vez diagnosticado el problema por las resistencias que se pueden producir. Tener en cuenta la repercusión física, psicológica, sanitaria y socioeconómica que provoca la dilatación el tiempo de los procesos. Se puede considerar una complicación postquirúrgica que requiere atención cercana durante todo el proceso e intervención consensuada con el paciente.

Relevante el diagnóstico y seguimiento por profesionales médicos y de enfermería expertos.

Los equipos de atención primaria deberían saber reconocer esta complicación como un signo de alarma que deben derivar a los especialistas. No se debe minimizar la situación al paciente. Como profesionales durante el proceso no hacerse falsas esperanzas de que va a cerrar cuando el sinus es milimétrico, ya que esto puede llevar a prolongar en el

tiempo la resolución quirúrgica del problema, por parte de los cirujanos y de resignación por parte de los pacientes.

Palabras clave: Hernia inguinal, infección crónica, prótesis.

P-16 SINUS PILONIDAL CON LÁSER EN CMA (SILAC). RESULTADOS TRAS 2 AÑOS

J. Suárez Grau, L. Tallón Aguilar, F. Moreno Suárez, A. Sánchez Arteaga, J. Tinoco González
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: En los sinus uniorificiales, sin infección y con trayectos lineales realizamos tratamiento con sellado del trayecto mediante láser de diodo con técnica SILAC. No precisa exéresis de la zona y la herida es mínima (solamente el orificio de entrada de la fibra del láser).

Métodos: Analizamos nuestros 55 pacientes en los cuales hemos realizado SILAC (BioliTec). 35 pacientes varones y 20 pacientes mujeres recibieron el tratamiento. Edad media de 18-35 años. Todos los pacientes fueron tratados en el ámbito de CMA con anestesia local y sedación profunda en prono. Analizamos dolor postoperatorio, complicaciones infecciosas de la herida, curación reincorporación laboral.

Resultados: En 55 pacientes la recuperación fue total en 10 días, sin precisar curas ni tratamiento añadido de la zona. Con total incorporación a los 5-7 días a sus actividades v con aseo diario de la zona desde el primer día posoperatorio. Solamente 5 pacientes restantes presentaron infección superficial de la zona que requirió curas locales durante 15 días hasta total cicatrización. Estos 5 pacientes relataron la experiencia como poco compleja, ya que la herida era mínima, por lo que las curas podían ser domiciliarias, y compatibles con sus actividades cotidianas. Ningún paciente relató dolor posquirúrgico que precisara analgésicos y sin recidivas en consultas a los 6 meses de la intervención.

Palabras clave: Sinus, láser, CMA, terapia vacío.

P-17 CIRUGÍA PARATIROIDEA EN CMA. SEGUIMOS AVANZANDO

D. Morales, R. Soler, J. L. Fernández, N. Bregoli, G. Plata, P. Sánchez, M. D. Domínguez, L. T. Ocaña

Objetivos: Presentar los resultados de una Unidad de Cirugía Endocrina en el manejo de la patología paratiroidea en régimen de CMA.

Material y métodos: Los criterios de selección de pacientes incluyen aquellos pacientes con diagnóstico de hiperparatiroidismo primario (HPT 1.º) por adenoma de paratiroides, con dos pruebas de localización positivas, de edades comprendidas entre 18 y 85 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: Durante el periodo de febrero de 2019 a diciembre de 2023, se han intervenido en nuestra unidad 143 pacientes con diagnóstico de HPT 1.º, de los cuales, 76 (53,1 %) lo han sido en régimen de CMA. Se trató de 65 mujeres y 11 hombres con una edad media de 61 años (35-79 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 ± 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 dos seromas de herida.

Conclusiones:

- La cirugía del HPT 1.º, con una correcta selección de pacientes y en manos expertas, puede realizarse en régimen de CMA con total seguridad.
- Las complicaciones potenciales graves como el sangrado, habitualmente se manifiestan en las primeras 6 horas postoperatorias, es decir, antes del alta del paciente.

- El temor a la hipocalcemia postoperatoria no debe de ser una limitación, ya que, la caída de PTH y la fosfataasa alcalina preoperatoria nos orientan a la necesidad de profilaxis con calcio oral en el postoperatorio inmediato.
- La CMA en cirugía paratiroidea es segura y costo-eficiente y permite solucionar los problemas de gestión de la lista de espera.

ENFERMERÍA

P-18 SISTEMA DE TRAZABILIDAD DIGITAL DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO DEL HOSPITAL VALL D'HEBRON. LA DIGITALIZACIÓN SANITARIA YA ES UNA REALIDAD

P. Moreno Carrillo, I. Pueyo, M. del Valle

UCSI. Hospital Universitario Valle de Hebrón. Barcelona

Objetivos: Definir los conceptos claves del sistema de trazabilidad digital de los pacientes quirúrgicos en la Unidad de Cirugía sin Ingreso del Hospital Vall d'Hebron. Establecer la relación entre la utilización de la digitalización sanitaria con el aumento de la seguridad del paciente, la satisfacción de los familiares y profesionales, así como el aumento de la eficiencia de los flujos durante el proceso quirúrgico.

Métodos: En febrero del 2018, el Hospital Universitario Vall d'Hebron junto a Telefónica y MYSPHERA se unieron para mejorar la seguridad de los pacientes y la eficiencia de los flujos operatorios en el bloque quirúrgico implementando un innovador sistema de trazabilidad de los pacientes. Este sistema permite garantizar la correcta ubicación del paciente dentro del área de cirugía, gracias a que los movimientos se registran por bluetooth a través de un conjunto de balizas repartidas por todo el bloque quirúrgico.

Se trata de una solución bluetooth basada en tecnología de localización en tiempo real o Real Time Locating System (RTLS) que consta de:

1. Pulseras para los pacientes que constan de un dispositivo que detecta las balizas y de un botón que se debe pulsar para indicar en el momento del proceso en el que se encuentra el paciente.
2. Balizas distribuidas en varias ubicaciones del bloque quirúrgico, que detectan las pulseras y, por tanto, son capaces de saber la posición del paciente en tiempo real.
3. Pantallas distribuidas por el bloque quirúrgico que muestran, en tiempo real, la localización de los pacien-

tes y en qué etapa del proceso se encuentran mediante un código de colores.

4. Smartphones para los celadores, donde reciben las tareas que deben realizar.
5. App Vall d'Hebron conectada al sistema de trazabilidad donde los familiares y acompañantes pueden comprobar, en tiempo real, en qué punto del proceso se encuentra el paciente. También envía esta información a las pantallas de la sala de espera de los acompañantes, pero codificada para garantizar el anonimato de los pacientes.

Cuando un paciente llega a la Unidad de Cirugía sin Ingreso, se le coloca la pulsera con un tag que permite tener identificado todos sus movimientos en tiempo real durante todo su proceso quirúrgico. El sistema envía a todas las pantallas distribuidas en el área de cirugía información sobre la situación del paciente, además de un código de colores que acompaña a la información escrita y poder así seguir fácilmente el recorrido del paciente.

A través de este sistema también es posible enviar todo tipo de tareas al celador que les saldrán reflejadas en el smartphone.

Conclusiones: Los servicios de cirugía mayor ambulatoria son unidades con un gran volumen de cirugías, lo que se traduce en un gran movimiento de pacientes dentro del área quirúrgica y la presencia de un gran número de profesionales. Todo esto hace que puedan surgir errores durante el proceso quirúrgico de un paciente.

Con este sistema tecnológico de trazabilidad se logra potenciar la seguridad teniendo al paciente identificado y localizado en todo momento, mejorando la disponibilidad de información para los profesionales. El conocimiento de la ubicación en la que se encuentra cada paciente, así como de la situación de los quirófanos consigue eliminar las instrucciones verbales, mediante el envío automático de las tareas a realizar, y por lo tanto disminuir el error por variabilidad.

El paciente y sus acompañantes, especialmente en la cirugía mayor ambulatoria, son la piedra angular de cualquier proceso quirúrgico. Con la trazabilidad y la seguridad que ésta confiere potenciamos la satisfacción de los pacientes y sus acompañantes proporcionando información, en tiempo real, del punto del proceso en el cual se encuentra el paciente. Gracias a este sistema no tienen la incertidumbre que supone no saber en qué punto del circuito quirúrgico se encuentra su acompañante y como consecuencia aumenta la satisfacción y la confianza en la cirugía mayor ambulatoria. También hemos de tener en cuenta que con este sistema mejoramos la eficiencia del proceso. Su utilización mejora el flujo de pacientes y permite identificar y corregir cuellos

de botella e ineficiencias, lo que permite optimizar la programación quirúrgica y el uso de los quirófanos.

Uno de los puntos neurálgicos de los hospitales es el bloque quirúrgico. En la actualidad, las listas de espera hacen indispensable optimizar el uso de los quirófanos para garantizar la realización del mayor número de cirugías posibles, siempre con las mejores garantías para los pacientes y los profesionales.

Con este proyecto pionero en España de trazabilidad digital de los pacientes quirúrgicos, el Hospital Vall d'Hebron ha optimizado el proceso quirúrgico consiguiendo así eficiencia, ha aumentado la seguridad del paciente y además ha mejorado la información ofrecida a los familiares.

Con este sistema tenemos localizado al paciente durante todo su proceso quirúrgico, logrando mejorar la seguridad del paciente, la eficiencia del proceso y aumentando la información y satisfacción en pacientes y familiares.

Palabras clave: Seguridad del paciente, satisfacción del paciente, Mysteria, trazabilidad, flujo de pacientes.

P-19 CIRCUITO DEL PACIENTE DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA (URPA) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO DE ALBACETE (HUNSPS)

I. Martínez García, E. Coronado Sánchez, M. C. López Lorente, C. Segovia Herreros, F. Sánchez Motilla, I. Darriba Segovia, M. E. Buendía Alarcón, M. J. Martínez Tomás

Hospital Universitario Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Albacete

Objetivos:

- Describir los criterios que debe cumplir el paciente de CMA para poder recibir el alta domiciliaria.
- Presentar el formulario que se sigue en nuestra unidad.

Métodos: Se recomienda que el paciente tenga una enfermera responsable en cada fase de la recuperación post-anestésica. El alta la dará siempre el personal facultativo (anestesiólogo/a y cirujano/a responsable) junto con el personal de enfermería. La atención al paciente postquirúrgico se divide en dos fases:

- URPA: comprende desde que el paciente sale de quirófano hasta que cumple los criterios del test de recuperación post- anestésica de Aldrete para pasar a la sala de readaptación al medio (RM).
- RM: desde que el paciente llega a la sala de readaptación al medio hasta que cumple los criterios y acepta el alta.
 - Se inicia la ingesta oral, que debe ser tolerada.
 - Es necesario presentar micción espontánea positiva.
 - Se avalúa al paciente de forma integral nuevamente.
 - Se explica el informe de alta.
 - Se avisa al adulto responsable del paciente y se acompaña al mismo al vestuario.

Conclusiones:

- Mejora la comunicación entre profesionales y el trabajo en equipo.
- Permite, de forma intuitiva y rápida ver la evolución del paciente durante la estancia en URPA hasta el alta domiciliaria.

Palabras clave: Anestesia, normas, pacientes, seguridad, enfermeros.

P-20 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTERVENIDO A CONSTRUCCIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN CIRURGÍA MAYOR AMBULATORIA

D. Silva, M. Silva, M. Días

ULS Braga, Portugal

Objetivos: La enfermedad renal crónica destruye progresiva e irreversiblemente el parénquima renal, lo que hace necesario un tratamiento sustitutivo de la función renal.

Actualmente existen dos modalidades sustitutivas, la diálisis, que incluye hemodiálisis y diálisis peritoneal, y el trasplante de riñón. Para realizar la hemodiálisis es necesario el acceso vascular, siendo el más común la fístula arteriovenosa por su sencillez de uso y menor riesgo de complicaciones. Como tal, el enfermero juega un papel importante en la identificación temprana de estas complicaciones y en el mantenimiento de la fístula arteriovenosa (FAV), por medio de la excelencia en la atención. Se efectúa una conexión directa entre una arteria y una vena, normalmente en las extremidades superiores, si es posible en el antebrazo no dominante. Los tres tipos más comunes son la FAV radiocefálica (la más común), FAV cubital-basílica (rara) y FAV braquiocefálica.

Este trabajo tiene como objetivos: describir las principales intervenciones de la enfermera perioperatoria en la construcción de FAV, desarrollar el autocuidado de los pacientes sometidos a cirugía de FAV a través de la enseñanza perioperatoria y Exponer las principales enseñanzas para los pacientes sometidos a cirugía de construcción FAV. Métodos: La metodología adoptada fue la revisión de literatura en libros, bases de datos (SciELO, BVS, LILACS) y artículos científicos.

Resultados: La construcción de la FAV es una técnica quirúrgica que tiene lugar en el quirófano, en su mayoría en CMA.

A pesar del bajo riesgo quirúrgico, la cirugía presenta complicaciones, que se pueden dividir en: inmediatas, tempranas y tardías.

Después de la construcción de la FAV, los cuidados postoperatorios son de gran importancia para el proceso de maduración de la fístula. Estos incluyen: mantener el brazo elevado para promover la circulación de retorno y evitar edema; evitar vendajes compresivos; evaluar el flujo sanguíneo diario y realizar ejercicios de compresión manual para acelerar y mejorar el rendimiento del acceso. Para prevenir complicaciones y mejorar la supervivencia de la FAV, hay algunos puntos llave que conviene reforzar, como:

- Lave el sitio del acceso vascular todos los días y manténgalo limpio y seco.
- Utilice el sitio de acceso únicamente para diálisis.
- Tenga cuidado de no golpear ni dañar el punto de acceso.
- Compruebe si hay un frémito (una vibración rítmica) en el sitio de acceso.
- No evalúe la presión arterial en el brazo de acceso.
- No levante objetos pesados con el brazo de acceso.
- Evite dormir con el brazo de acceso debajo de la cabeza o el cuerpo

En el postoperatorio inmediato el paciente adquiere una Fav en maduración (seis a doce semanas) para convertirse en un acceso adecuado para el tratamiento de hemodiálisis y apto para la canulación con dos agujas. La FAV se considera funcional cuando se canulan con éxito dos agujas, durante un periodo mínimo de 6 sesiones de hemodiálisis durante 30 días, y alcanza el flujo sanguíneo prescrito durante el tratamiento. Antes de la primera punción es deseable una evaluación ecodoppler y un examen físico completo entre cuatro y seis semanas para evaluar la maduración. La fístula no debe usarse hasta que esté completamente madura, ya que su uso temprano es una de las mayores causas de complicaciones y pérdida del acceso.

Conclusión: Es fundamental que la persona que inicia el tratamiento de hemodiálisis domine un conjunto de conocimientos y desarrolle cuidados específicos de la fístula arteriovenosa (FAV), con el fin de proteger el acceso vascular. Los cuidados de enfermería deben ser personalizados y dirigidos al autocuidado, tanto para la adquisición de conocimientos como para el desarrollo de conductas respecto al manejo de la FAV, con el fin de mantener su eficiencia y mejorar su bienestar.

Palabras clave: FAV, enfermería perioperatoria, diálisis renal.

P-21 INDICADORES Y EFICACIA DE LA LLAMADA DE CONFORT EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) (TIPO II) Y COMPLICACIONES EN EL PRIMER DÍA EN DOMICILIO ANÁLISIS RETROSPECTIVO DURANTE UN AÑO

M. Gómez Vela, N. Asensio Ilzarbe, F. J. Ibáñez Ascarza, L. Salamero Rasal

Hospital Universitario de Navarra

Objetivos:

- Conocer el impacto real de la atención en CMA-A del Hospital a lo largo de un año respecto a la actividad total del Hospital en un año.
- Medir y describir algunos indicadores de eficacia en CMA del Hospital y la relación de CMA-A en este.
- Comprobar la realización de la llamada de confort por parte del personal CMA-A tras 24 h de alta y describir si existen incidencias tras el alta.
- Verificar la efectividad de las altas dadas en CMA-A a lo largo de un año en las diferentes especialidades de nuestra cartera de Servicios, comprobando la existencia o no de complicaciones en el domicilio.

Métodos: Análisis retrospectivo de los datos de actividad durante un año en nuestro hospital. Descripción y encuadramiento de la CMA-A en relación a estos datos.

Explotación de datos desde HCI, cuadros de mando (Tableau CMA que cruza datos de diferentes fuentes y programas relacionados con la actividad del Hospital) y, estadística cumplimentada en la propia CMA-A. Depuración y análisis de los datos obtenidos.

Tratamiento anónimo de los datos obtenidos.

Tratamiento mediante programa estadístico. Y muestra de los resultados.

Conclusiones: A lo largo del año 2023 el Hospital Universitario de Navarra (HUN) ha realizado en régimen de CMA 12182 procedimientos. EL HUN cuenta con 4 Unidades de CMA en los diferentes edificios que lo componen (UCMA-A, UCM-B general y UCMA-B materno-infantil y UCMA-D) 2033 han sido en la Unidad UCMA-A. Presentamos una tasa de pernoctas no planificadas superior a la tasa general del HUN; 5,36 % (2,25 % HUN). Esto se debe principalmente al Servicio de cardiología; este utiliza en determinadas ocasiones la CMA como lanzadera al ingreso. La tasa de ingreso de cardiología es del 9,11 %. Este Servicio no opera en el resto de UCMA del HUN. Respecto a la tasa de cancelaciones, ocurre similar, pacientes en ritmo sinusal o con INR inadecuado la elevan al 1,57 %. Presentamos así mismo una tasa de suspensiones por otros motivos de 1,8 %.

La llamada de confort, marcada obligatoria en nuestras UCMA, nos proporciona buenos datos, donde se demuestra la escasez de complicaciones en el postoperatorio inmediato en el domicilio. Forma parte de los indicadores de gestión y efectividad, demostrando que las altas y los procedimientos han sido adecuados ante la falta de complicaciones en el domicilio. Así, evidencia la calidad asistencial y deja constancia del estado general percibido por el usuario. De los 2033 procedimientos realizados, en UCMA-A se han realizado 1418 llamadas. Dentro de los pacientes atendidos, no se realiza la llamada a los pacientes que, por diferentes motivos, ingresan, así como las desprogramaciones y suspensiones de procedimientos y, pacientes del Servicio de Psiquiatría, pacientes crónicos ambulatorios no reciben llamada de confort. Se han realizado un 97,52 % de las llamadas de confort. Del porcentaje de llamadas realizadas, el 20% ha presentado algún tipo de complicación. Consideramos no apropiado un dolor, medido con escala EVA menor de 3 para el postoperatorio inmediato en el domicilio; recalca una falta de previsión del dolor del paciente con una analgesia inadecuada. La presencia de fiebre, sangrado o supuración de la herida debería ser mínimo, cierto grado de presencia de estos síntomas, no alarmante, siempre y cuando, no sea excesivo y delimitado en tiempo (+24 h). Respecto al estado general que cada paciente percibe al día siguiente a la intervención nos demuestra que un 96,55 % lo considera bueno o excelente; frente a un 3.45% que lo considera regular/malo.

La CMA es, por tanto, segura y fiable para el paciente con alta efectividad en las altas.

Palabras clave: CMA, llamada confort, calidad percibida.

P-22 ANTERIOR CERVICAL DISCECTOMY AND FUSION EN CIRURGÍA MAYOR AMBULATORIA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

D. Silva, D. Oliveira, J. Santos

ULS Braga, Portugal

Objetivos: La calidad en salud es un aspecto esencial para asegurar que los pacientes reciban una atención segura, efectiva y centrada en sus necesidades. En el contexto de la CMA, la calidad se refiere a la capacidad de proporcionar procedimientos quirúrgicos seguros y eficientes, minimizando los riesgos para los pacientes y optimizando los resultados.

La cirugía ambulatoria contribuye a una recuperación más rápida, menor riesgo de infecciones nosocomiales y menor coste para los sistemas de salud. Sin embargo, la prevención de complicaciones posoperatorias sigue siendo una prioridad para asegurar la seguridad y el bienestar de los pacientes. Estudios recientes han destacado la importancia de implementar protocolos específicos para minimizar los riesgos y mejorar los resultados en cirugía ambulatoria (Dindo y cols., 2021).

La cirugía de ACDF (discectomía y fusión cervical anterior) es un procedimiento quirúrgico minucioso diseñado para abordar diversas patologías de la columna cervical. Este procedimiento está indicado para tratar patologías como hernias discales, estenosis espinal, degeneración discal, así como otras circunstancias que resultan en compresión nerviosa y dolor crónico refractario. Con ella es posible no solo aliviar el dolor agudo, sino también promover la estabilidad estructural y funcional de la columna cervical, contribuyendo a una mejora significativa en la calidad de vida del paciente.

Este trabajo tiene como objetivo diseñar, elaborar e implantar un tríptico informativo con consideraciones generales y recomendaciones para el paciente y la familia a tener en cuenta los días posteriores a la cirugía y un protocolo de actuación.

Métodos: La metodología adoptada fue la revisión de literatura en protocolos de nuestro hospital, bases de datos (Scielo, BVS, LILACS) y libros.

Resultados: Los pacientes serán programados para una consulta de cirugía ambulatoria, donde se le explica al paciente qué es la cirugía ambulatoria, qué debe hacer el día anterior, el día de la intervención.

El día de la intervención quirúrgica los pacientes serán preparados por la enfermera de la UCA según el protocolo de preparación del paciente, más identificación del collarín cervical.

La administración profiláctica de antibióticos en cirugía cervical ACDF se realiza 30 minutos antes de la incisión, cefazolina 2 g i.v. En las primeras 24 horas se debe administrar cefazolina 1 g cada 8 horas durante la recuperación.

- Durante la estancia de recuperación, el equipo de enfermería deberá:
- Mantener la terapia con suero en curso.
- Manejar la analgesia, náuseas y los vómitos según protocolo del hospital.
- Controlar los signos vitales.
- Evaluar signos de dificultad respiratoria o edema cervical.
- Empezar una dieta tan pronto como la tolere.
- Empezar a caminar tan pronto como lo tolere.

Después de ser dado de alta por el cirujano, el paciente y el adulto responsable que lo acompañe recibirán información para brindarle los siguientes cuidados postoperatorios:

- Cuidado del vendaje.
- Indicación de retirar puntos.
- Monitorear el estado de conciencia del paciente, que debe ser similar al que existía antes de la cirugía.
- Mantenimiento de las actividades de la vida diaria, con excepción del esfuerzo, impacto y rotación de la cabeza.
- Regreso esperado a la vida hogareña y al trabajo.
- Entrega de tríptico informativo.

Conclusiones: En este tríptico se dan unas recomendaciones postquirúrgicas 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. 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. Por lo tanto, toda esta información aporta seguridad al paciente y sus familiares.

Numerosos autores revelan que los pacientes que han recibido información sobre el proceso quirúrgico presentan 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. Por otro lado, el protocolo estandariza el plan de cuidados y su calidad.

Palabras clave: ACDF, CMA, cuidados de enfermería.

P-23 PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA PACIENTE QUIRÚRGICO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

M. Navarro García, A. Campos Letrán, Y. Galafate Andrade, I. Fonseca González, E. M. Romero Cabeza
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Destacar la importancia de mantener un entorno seguro y controlado en el quirófano de CMA, así como resaltar la efectividad de los protocolos estandarizados y la planificación anticipada de los cuidados en la seguridad del paciente.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica relacionada con la seguridad del paciente en cirugía ambulatoria, centrándose en la implementación de protocolos estandarizados y el proceso de atención de enfermería. Se recopilaron datos relevantes de estudios y experiencias previas para respaldar los hallazgos presentados en este trabajo.

Resultados: Los resultados muestran que la implementación de protocolos estandarizados en el quirófano de CMA reduce la variabilidad en la práctica quirúrgica y minimiza los errores, lo que mejora significativamente la seguridad del paciente. Asimismo, la planificación anticipada de los cuidados a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) ha demostrado ser efectiva para minimizar los riesgos asociados con la cirugía y garantizar una atención personalizada y proactiva.

Conclusiones: Basado en los hallazgos presentados, se concluye que la implementación de protocolos estandarizados y una planificación detallada de los cuidados son pilares fundamentales para garantizar la seguridad del paciente en el quirófano de cirugía ambulatoria. Estas medidas no solo mejoran la calidad de la atención sanitaria, sino que también contribuyen al éxito de los procedimientos quirúrgicos y al bienestar general del paciente.

Palabras clave: Seguridad del paciente, cirugía mayor ambulatoria, protocolos estandarizados, planificación de cuidados, proceso de atención de enfermería.

P-24 EL PODER DE LA CONEXIÓN

S. Gil Zas, P. Castro Arias, O. Gavino García
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

Objetivos: Conectar con el paciente, praxis más humanizada, conocer la importancia del valor emocional y cómo funciona el cerebro en la interacción emocional en los procesos como los de CMA. Lograr cuidados más avanzados, calidad más alta, cirugías más autónomas, cirugías con mucho amor.

Entender la relación directa de las emociones como el miedo y el dolor. Y cómo estos influyen en la recuperación del paciente. Poder alcanzar un grado de empatía y profesionalidad que nos haga mejores y signifique lo que representamos como sanitarios.

La Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA) ya lleva más de dos lustros funcionando en constante evolución. La tendencia como en el resto de sus hermanas nacionales, es un crecimiento del número de intervenciones y perfeccionamiento de protocolos para dar cobijo asistencial a todos aquellos pacientes candidatos al uso de este tipo de servicio hospitalario. De todos es conocido las grandes ventajas que ofrece, ya que la mínima estancia hospitalaria del paciente para un proceso quirúrgico resulta más confortable, además de hacerle sentir más arropado personal y profesionalmente durante todo el proceso. La importancia de comprender y aplicar los protocolos y sistemas organizativos de la unidad se convierte en una prioridad diaria, para dar forma a nuestro trabajo de la manera más eficiente. La preparación de los partes quirúrgicos del día siguiente, la llamada a los pacientes para informarles de hora, lugar y requisitos, la atención y preparación prequirúrgica, la asistencia quirúrgica, el recibimiento postquirúrgico, la ayuda a la readaptación extra hospitalaria, la información al alta, la entrega y explicación de la medicación pautada, junto con la citación o la llamada del día siguiente para comprobar la evolución hace que tengamos un contacto mucho más estrecho con el paciente.

Todo el personal está debidamente cualificado para cada tarea enmendada y es llevada a cabo desde la profesionalidad y el amor vocacional a nuestra profesión. Esto se traduce en una praxis más humanizada, con mucho menos estrés, lo que facilita la conexión con el paciente y su correspondiente mayor bienestar que, a su vez, logra un mejor control de la ansiedad, y por tanto mejor control de los signos nocivos como el dolor, por su relación directa.

Métodos: Estudio observacional y estadísticas de intervenciones de La unidad CMA, completado con la reflexión de los estudios neurocientíficos. Basándonos en uno de los principios básicos de la terapia médica, dosis mínima efectiva, se crearon varios partes quirúrgicos, para llevar a cabo cirugías con anestésicos locales, sin la intervención directa de un anestesista.

Resultados: Un ejemplo de esto son las cataratas con anestesia tópica, de los 401 procedimientos realizados en 2023 solo fue necesaria la intervención del equipo de anestesia en 7 pacientes, por necesidad de control de la hipertensión arterial previa a la cirugía. Menos de un 2 % que no es significativo de complicación, presentando resultados tan favorables como las facoemulsificaciones realizadas bajo sedación. El manejo de estos pacientes se hace con ingreso en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA), tanto para su preparación prequirúrgica como para la atención postquirúrgica, la explicación de cuidados y la entrega de medicación. A la especialidad de Oftalmología se le unen el resto de especialidades, Cirugía general, Urología, cirugía plástica, etc., pudiendo realizar un porcentaje bastante amplio de cirugías con anestesia local, sin notar apenas diferencia con las mismas realizadas con sedaciones, reduciendo significativamente la estancia en la URPA y aumentando el confort y la comprensión del proceso quirúrgico.

Las entrevistas realizadas al paciente con la llamada del día siguiente arrojan buenos resultados del manejo del dolor y solo un 3,8 % presenta alguna complicación, siendo esta independiente de la anestesia.

Conclusiones: Tener en cuenta los estados de ánimo, las palabras usadas y las emociones personales, no es baladí. Son muchos ya los estudios que han evidenciado la importancia de los valores emocionales y como estos afectan a las personas, como por ejemplo en el dolor.

Hoy en día ya podemos afirmar que el dolor no solo puede ser interpretable por la magnitud de la lesión tisular, ya que en su configuración anatómica intervienen muchos procesos. Gracias a la resonancia magnética funcional se pudo observar que al inducir emociones negativas (causando dolor emocional) a una persona, se activaban las mismas partes del cerebro que se activan ante la presencia del dolor físico, como la corteza insular y la corteza cingulada anterior. En este complejo matriz del dolor, donde la experiencia dolorosa es fruto de multitud de factores en los niveles de los relevos sinápticos y en los que el cerebro no solo recibe la información de la vía nociceptiva, sino que a través de diferentes estructuras del sistema nervioso central interpreta, significa y organiza la información. Conocer la existencia de las áreas cerebrales interrelacionadas con el dolor y los aspectos afectivos, emocionales y cognitivos, como son las zonas corticales prefrontales o la amígdala, nos permite darnos cuenta de la importancia de eso invisible a los ojos y a veces desconsiderado por nuestra parte como son las emociones humanas y su verdadera implicación en los procesos hospitalarios. Y con esto actuar en consecuencia, dándonos cuenta del verdadero poder de la conexión, sabiendo que si actuamos con sentimientos y emociones

positivas, y con palabras amables, no solo mejoraremos nuestra dinámica de trabajo si no que estaremos contribuyendo en los procesos curativos de los pacientes. Y pese a lo intangible de esta interacción, saber que las realidades que no se pueden pesar ni medir, como bien acuñó uno de los padres de los trasplante y premio Nobel de Medicina, Alexis Carrel, son mucho más importantes que las que sí se pueden pesar y medir.

Palabras clave: Dolor, amor, conexión, cerebro, CMA.

P-25 RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DE HERIDAS QUIRÚRGICAS EN DOMICILIO

M. Carrasco Fernández, M. A. Martín Ayuso, Y. Jiménez Solís

Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos:

1. Asegurarnos que el paciente posee los conocimientos y habilidades para el autocuidado con el máximo nivel de independencia.
2. Reducir o eliminar el riesgo de infección asociada a una inadecuada manipulación.
3. Disminuir la morbilidad asociada.
4. Reducir el número de visitas a atención primaria.
5. Reducir el gasto sanitario asociado a los objetivos anteriores.

Métodos: Diseñamos un tríptico informativo con mensajes breves basados en la literatura e infografía relacionada descargada de la web. Consta de 3 partes: “cómo cuidar tu herida quirúrgica”, “sugerencias” y “5 signos de alarma”. Solicitamos a representantes de los servicios quirúrgicos que evalúen el tríptico y si lo consideran necesario que aporten modificaciones constructivas.

Diseñamos la técnica de revisión de la comprensión del tríptico por parte del paciente mediante el modelo *design thinking* en 3 fases: aportamos el tríptico a su llegada tras la cirugía a la UCMA, una segunda ronda a las 24 horas a través de llamada telefónica para comprobar si hubo alguna duda no detectada en el momento del alta, y una tercera a los 7 días, donde descartamos la aparición de algún problema en los cuidados de la herida o la aparición de alguno de los signos de alarma mencionados en el tríptico, así como asegurarnos del grado de satisfacción de la información facilitada a través del tríptico mediante la pregunta: “¿Le ha servido de ayuda?”

Resultados: Los servicios quirúrgicos consultados nos sugieren añadir “aplicar el jabón neutro con la mano” y “lavado con ducha”. La recogida de muestras se realiza entre el 1 y el 15 de abril de 2024. Recogemos datos de 26 pacientes con edades comprendidas entre los 84 años y 24 años; el grueso de la muestra (61,5 %) está en un rango de edad entre los 50 y 70 años. Hay 3 pacientes que entran a través de UCMA que tras la cirugía se decide ingreso, estos pacientes tienen más de 80 años (8,62 %). El 50 % de los pacientes, tras la llamada telefónica a los 7 días, objetivamos que no han tenido ningún problema en el entendimiento y ejecución de la cura, así como la ausencia de signos de alarma. El 26 % de los pacientes no contesta a la llamada a los 7 días. El 7,69 % de los pacientes presentan signos/síntomas de infección por lo que acuden al centro de salud. El 7,69 % de los pacientes son curados por sus familiares, importante barrera con el lenguaje.

Conclusión: A través del estudio realizado hemos comprobado que a pesar de ser una muestra muy pequeña, la educación a través del tríptico ha hecho que se cumplan los objetivos planteados en un 92,31 %.

Palabras clave: Autocuidado, herida, paciente, información, infección.

P-26 ACOGIDA Y FUNCIONES DE LA/DEL TCAE EN LA UCMA

A. Otero Cabanelas

Hospital do Meixoeiro. Vigo, Pontevedra

Objetivos: Alcanzar la máxima eficiencia en la recepción y acogida del paciente en la UCMA.

Métodos: La identificación inequívoca del paciente a través de los distintos dispositivos protocolizados.

Conclusiones: Conseguir la excelencia en la acogida del paciente, con el resultado de no tener errores. Este protocolo da unos resultados excelentes, sin errores, donde en todo momento sabemos qué paciente es y en qué sitio del servicio se encuentra: cama o sillón, quirófano, adaptación al medio, alta, etc.

Con la satisfacción del paciente y su acompañante, por lo que hemos instaurado una encuesta de satisfacción del paciente.

Palabras clave: UCMA, paciente, TCAE, acogida, cirugía.

P-27 VITRECTOMÍA POSTERIOR: CÓMO ACTUAR DE MANERA SEGURA EN EL QUIRÓFANO DE OFTALMOLOGÍA DE UCMA

M. L. Uzal Prado, C. López Vale

Hospital do Meixoeiro. Vigo, Pontevedra

Objetivos: El objetivo principal es conocer la importancia de los cuidados de enfermería estandarizados en el éxito de las intervenciones de vitrectomía posterior. Los objetivos secundarios son: conocer la relación entre los cuidados de enfermería estandarizados y la seguridad del paciente en las intervenciones de vitrectomía posterior, y conocer la relación entre los cuidados de enfermería estandarizados y la calidad percibida en las intervenciones de vitrectomía posterior.

Método: Revisión de casos: revisión realizada sobre un total de 332 pacientes del Hospital Meixoeiro de Vigo durante el año 2023. Los casos revisados tenían los siguientes diagnósticos: desprendimiento de retina, complicaciones de la retina diabética (hemovitreo, DR traccionales, glaucomas neovasculares, membranas epiretinianas, agujeros maculares), vitrectomías asociadas a implantes secundarias LIO (Carlevaley Soleco), explante luxación LIO y complicaciones de cirugías de cataratas.

Resultados: Del total de 332 pacientes intervenidos (188 hombres y 144 mujeres), el número de reintervenciones ha sido de 5 (1,5 % de reintervenciones).

En el transcurso del año, se han realizado al azar, una vez al trimestre, inspecciones de “pulseración”, siendo las cuatro inspecciones correctas. No ha habido ninguna complicación tras las curas oclusivas realizadas (ausencia de úlceras corneales).

Conclusiones: El uso de nuevos avances y técnicas, junto con el trabajo de enfermería de esta unidad, garantiza la seguridad del paciente en todas las etapas por las que pasa. Estos cuidados y nuevos tratamientos permiten que el paciente se vaya a su domicilio en el día. Los cuidados de enfermería contribuyen al buen resultado de la cirugía. Se necesita formación específica para la enfermería en este ámbito. Es necesario contar con protocolos actualizados para evitar la variabilidad en los cuidados de enfermería dirigidos a los pacientes.

Palabras clave: Vitrectomía posterior, cuidados de enfermería estandarizados, seguridad, UCMA.

P-28 CAMBIOS EN EL PLAN DE CURAS EN CIRUGÍA PROCTOLÓGICA EN CMA MEDIANTE EL USO DE LÁSER DE DIODO

C. Rubio Chaves, C. Ramírez de Aguilera Segovia, R. García Granados, C. Rodríguez Sánchez, M. I. Gómez Espejo, J. M. Suárez Grau
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Las nuevas técnicas mínimamente invasivas en proctología han mejorado la recuperación y minimizado la agresión quirúrgica. El plan de curas originariamente constaba de curas diarias y planificación semanal de la asistencia a la sala de curas del centro de CMA.

El objetivo es describir los cambios en la sistemática de curas de proctología básica cuando se realiza con cirugía láser de diodo (Biolitec).

Métodos: Descripción de las técnicas más habituales y plan de curas en las mismas.

Hemorroides: se usan técnicas endoluminales con láser (LHP y HELP). Técnica HELP (desarterialización guiada por doppler): todo se realiza endoluminal. En la técnica LHP (láser por punción hemorroidal) se puede advertir la zona de punción más externa, pudiendo tener leve sangrado o inflamación en esa zona solamente, incluso visualizándose trombosis leve externa hemorroidal.

Fístula: técnica láser (FILAC) a través del orificio fistuloso externo. Solamente queda orificio externo abierto ("core out") que puede dar secreciones (sanguinolentas, serosas o purulentas).

Sinus pilonidal: técnica láser (SILAC) a través de todos los orificios del sinus se realiza la inserción de la fibra y destrucción del tejido fistuloso.

Conclusiones: Técnica HELP: todo se realiza endoluminal, no precisa curas.

Técnica LHP: cuidado especial a las heridas más externas y la inflamación. Son curas planas evitando el arrastre. Podemos usar pomadas con anestésicos locales.

Técnica FILAC: hay que curar el orificio fistuloso externo intensamente y retirar esfacelos cada 2-3 días. Si se presenta supuración clara, habría que valorar si hay absceso interno residual o de nueva presentación. No canular la fístula de nuevo y no precisa introducir líquido por la misma, ya que desprende las escaras y cicatrices que se están formando.

Técnica SILAC: curas cada 2-3 días de los orificios y cura mediante aplicación de presión para evitar que se queden colecciones en su interior. No realizar introducción de gasas. Se puede realizar irrigación con suero fisiológico o antisépticos.

Como es patente las curas son diferentes a las habituales en hemorroidectomía, fístula y sinus. Por lo que debemos identificar la técnica quirúrgica y adaptar las curas a estas nuevas tecnologías para evitar que haya complicaciones por realizar actuaciones no requeridas.

Palabras clave: Enfermería, curas, láser, CMA.

P-29 COMUNICAR ES CUIDAR: LA IMPORTANCIA DE LOS REGISTROS

M. Castro Fernández, S. Santiago Goyanes, M. J. Rodríguez Álvarez, M.C. Ramírez Salinas
Hospital Abente y Lago. A Coruña

Objetivos: Mejorar la calidad de los datos obtenidos de la comunicación y su registro.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo del análisis de las llamadas recibidas entre junio del 2023 a marzo del 2024. En un documento Excel se registran las llamadas, si fueron resueltas de modo telemático o necesitaron análisis presencial y las incidencias. Se realiza un análisis de los datos para establecer un plan de mejora.

Resultados: Durante el periodo de estudio se recibieron 52 llamadas. Del total de incidencias, el 74 % fueron resueltas por las profesionales de enfermería y en un 26 % fue necesario la presencia del médico cirujano.

Conclusiones: La capacidad de resolución de incidencias de enfermería fue muy alta. Los datos aportan conocimiento, pero es necesario incorporar el registro de los mismos a la historia clínica del paciente.

El registro de la comunicación paciente-enfermera visibiliza nuestro trabajo, aporta continuidad en los cuidados y evita pérdidas de información. Un análisis de los mismos es necesario para poder establecer mejoras de la calidad asistencial.

Palabras clave: Comunicación, registro, incidencias.

P-30 EL VALOR DE LA INFORMACIÓN ES CUIDADO

S. Santiago Goyanes, M. Castro Fernández, M. J. Rodríguez Álvarez, M. C. Ramírez Salinas

Hospital Abente y Lago. A Coruña

Objetivos: Explotar los datos obtenidos de las llamadas telefónicas postcirugía para analizar el grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

Métodos: Estudio cohorte para evaluar el grado de satisfacción mediante llamada telefónica con la atención recibida por las mujeres tras un procedimiento oncológico de mama a las 24 horas tras el alta y a los 3 meses postcirugía. La medición se realizó utilizando una escala verbal de muy satisfecha, satisfecha, poco satisfecha, muy insatisfecha.

Resultados: El estudio incluye las respuestas de 43 cuestionarios a las 24 horas, y 11 a los 3 meses. El 100 % de las pacientes se muestran muy satisfechas a las 24 horas y 100 % a los tres meses.

Conclusiones: El grado de satisfacción con la atención recibida de las mujeres tras un procedimiento oncológico de mama fue elevado tanto a las 24 horas como a los 3 meses. No hay diferencias en los resultados obtenidos en los periodos de tiempo analizados. Los datos nos ayudaron a mejorar los cuidados para seguir dando una atención de calidad.

Palabras clave: Información, satisfacción, postcirugía.

P-31 ESTRÉS LABORAL DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL ABENTE Y LAGO

M. Ramírez Salinas, S. Santiago Goyanes, M. J. Rodríguez Álvarez, M. Castro Fernández

Hospital Abente y Lago. A Coruña

Introducción: Uno de los problemas de los profesionales de la salud es el estrés laboral, que repercute sobre la calidad de la atención y sobre la salud de los trabajadores. Disminuir los factores de estrés y aumentar la motivación es una obligación de la organización. Para ello es necesario consensuar estrategias para mejorar el bienestar, estas pasan por fomentar el equilibrio entre el trabajo y vida personal para evitar el desgaste profesional, lo que implica agotamiento emocional, despersonalización y sentimiento de baja realización profesional.

Objetivo: Evaluar el estrés laboral de los profesionales de la planta de corta estancia quirúrgica del Hospital Abente y Lago, así como de los agentes que favorecen el estrés.

Métodos: Estudio descriptivo observacional, llevado a cabo en abril de 2024 entre profesionales que trabajan en la planta de hospitalización quirúrgica de corta estancia. Se reclutó a todos los profesionales que dieron su consentimiento y cumplieron el cuestionario "Nursing Stress Scale (NSS)" que mide al nivel de estrés a través de 34 ítems.

Resultados: Completaron el estudio 19 trabajadores sanitarios de la planta de hospitalización. La media de puntuación en la escala NSS fue de 34,42 puntos. Fueron factores estresantes la mala comunicación, el exceso de carga de trabajo y la percepción de falta de apoyo.

Discusión: La prevalencia de estrés laboral fue de nivel moderado en los profesionales de la unidad de corta estancia quirúrgica. Presentaron mayor nivel de estrés el personal eventual y los profesionales con menos experiencia laboral. Los factores estresantes detectados pueden provocar una mala calidad de los cuidados. Sería recomendable que las autoridades sanitarias creen instrumentos de medida del estrés de sus profesionales periódicamente y aplicar estrategias para disminuir los factores estresantes.

Palabras clave: Estrés, cuidados, NSS.