

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) μ g/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 recopilaban 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 herniorrafia 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.