



P-001 - ¿APLICAMOS CORRECTAMENTE NUESTRO PROTOCOLO DE INCLUSIÓN EN CMA PARA LA CIRUGÍA HERNIARIA?

Sánchez Rubio, María; Camuera González, Maite; Vázquez Melero, Alba; García López de Goicoechea, David; Herrero López, Imanol; Echenagusia Serrats, Víctor; Soeda Seminario, Isami Martín; Campo Cimarras, Eugenia

Hospital Santiago Apóstol, Vitoria.

Resumen

Introducción: La cirugía mayor ambulatoria (CMA) de la hernia inguino-crural parece ser efectiva y segura, pues no existen diferencias entre sus resultados y los obtenidos por la reparación quirúrgica mediante ingreso hospitalario, además de suponer un menor coste hospitalario. Pese a que nuestro hospital cuenta con un protocolo de inclusión de pacientes para CMA consensuado y actualizado en enero de 2021, desde el Servicio de Cirugía General observamos unas cifras elevadas de ingreso en pacientes intervenidos de esta patología, por lo que buscamos averiguar si la aplicación de los criterios de inclusión se estaba realizando correctamente para poder mejorar nuestros resultados.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es conocer cuántos de los pacientes intervenidos de hernia inguinal/crural programada durante los años 2019-2021 podrían haber sido CMA y han cursado un posoperatorio con ingreso, bien por una mala aplicación del protocolo de CMA o por otras causas.

Métodos: Hemos realizado una revisión de las historias clínicas de los pacientes intervenidos de hernia inguinal y crural programadas durante 2019 y 2020, tratando de analizar las causas de por qué ingresaron el 31% de los pacientes intervenidos por estos procesos.

Resultados: Entre los años 2019 y 2020 se han intervenido de manera programada en nuestra organización 1.214 pacientes por hernia inguinal o crural. De ellos, 839 se intervinieron en régimen de CMA, lo que supone un 69% del total. Tras revisar los 375 pacientes que ingresaron, encontramos que 180 pacientes (48% de los ingresados) no cumplían criterios de CMA según el protocolo (intervención quirúrgica compleja 29%, patología severa/inestable 27%, falta de apoyo familiar 18%, negativa paciente 9%, ángor grave/IAM reciente 8%, complicación anestésica previa 5%, psiquiátrico/alcohólico no controlado 4%). Por otra parte, 42 pacientes (11%) sí cumplían criterios y estaban bien incluidos, pero finalmente cursaron ingreso por diferentes causas que se presentaron durante o tras la intervención. Sin embargo, 156 pacientes (41%) ingresaron a pesar de cumplir criterios de CMA según el protocolo, por lo que no se aplicaron de manera correcta los criterios de inclusión. De estos pacientes: 89% eran hombres y 11% mujeres; 81% eran hernias primarias y 19% recidivadas; 54% h. inguinal unilateral, 42% h. inguinal bilateral, 3% h. crural unilateral y 1% h. crural bilateral; en cuanto a edad, el más numeroso era el de 51-75 años (57%), seguidos de > 75 (31%) y de 50 (12%). Si estos pacientes hubieran sido incluidos de manera adecuada, nuestro porcentaje de CMA se habría visto incrementado en casi un 13%, alcanzando una cifra total del 82%.

Conclusiones: Nuestro porcentaje de CMA en hernia inguino-crural programada tiene capacidad de aumentar si somos estrictos con el cumplimiento de los protocolos de inclusión en esta modalidad quirúrgica. Una correcta aplicación del protocolo puede suponer una reducción importante de los ingresos con el beneficio tanto personal para los pacientes como económico para el hospital que ello conlleva. La razón fundamental del incumplimiento del protocolo CMA es el desconocimiento de sus criterios, por lo que tan importante es la elaboración y actualización de protocolos CMA como su difusión entre el personal para su correcta aplicación.