

y que se ajustan al procedimiento. Desde la puesta en marcha ha habido 9 pacientes; de ellos, 8 se ajustaron al procedimiento y uno se detectó al llegar al quirófano.

Conclusiones: Una oportunidad para la mejora se canaliza a través de procedimientos de actuación encaminados a acrecentar el bienestar y seguridad del usuario, este es el caso de la adecuación del área quirúrgica para el paciente alérgico al látex.

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

COMUNICACIONES ORALES

O-363. INTRODUCCIÓN DEL SISTEMA HEMOPEX SYSTEM (HPS) EN EL TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES EN RÉGIMEN DE CMA

F. Martínez Ródenas, Y. Guerrero de la Rosa, E. Pou Sanchis, G. Torres Soberano, V.P. Josep María, P.G. Jorge, H.B. Raquel, J.E. Moreno Solórzano, L. Catot Alemany y A. Alcaide Garriga

Hospital Municipal, Badalona.

Objetivos: El dolor y las potenciales complicaciones postoperatorias contribuyen a una discreta inclusión de los procedimientos sobre hemorroides en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria. El objetivo fundamental de este estudio es confirmar la seguridad y eficacia de la técnica HemorPex System (HPS) para el tratamiento de las hemorroides, comparar sus resultados con las técnicas quirúrgicas actualmente realizadas en nuestro Servicio y demostrar su validez para la ambulatorización.

Material y métodos: Estudio clínico, retrospectivo y observacional, realizado entre enero de 2008 y junio de 2009. Participaron todos los cirujanos del Servicio en las intervenciones. Dos facultativos estaban formados previamente en la realización de la HPS. Los pacientes fueron intervenidos con anestesia locorregional o con sedación. El dolor fue evaluado con la escala analógica visual (EVA) y se consideró dolor excesivo cuando EVA ≥ 3 . A las dos o tres semanas del alta todos los pacientes fueron visitados en las consultas externas de cirugía. Posteriormente se continuó el seguimiento hasta la curación completa. Técnica de la HPS: consiste en ligar las ramas terminales de la arteria hemorroidal superior por encima de la línea pectínea. Suprime el flujo arterial y trata el prolapso. Para su realización, se utiliza un anoscopio fungible que consta de una parte fija con un canal rotatorio interno que permite suturar y anudar dentro del canal anal. Análisis de los datos: los resultados obtenidos han sido analizados estadísticamente con la prueba de independencia de la χ^2 y el análisis de varianza.

Resultados: Fueron operados 126 pacientes (64 varones, 62 mujeres) con una edad media de $49,6 \pm 13,5$ años (rango 21-80 años) y patología asociada en 49 casos. Padecían hemorroides grado II, III y IV en el 29, 52 y 19%, respectivamente. En 27 se les colocó bandas elásticas exclusivamente, 78 fueron sometidos a hemorroidectomía de Milligan y Morgan (se sumaron bandas, E.L.I. y polipectomía en 5, 1 y 1 pacientes, respectivamente) y 21 a HPS (se agregaron hemorroidectomía externa, E.L.I. y polipectomía

en 2, 1 y 1 pacientes, respectivamente). El 78% de las intervenciones fueron con anestesia locorregional y el resto con sedación profunda; se infiltraron las heridas en el 23,8% de las ocasiones. El 67% de los pacientes con HPS fueron en régimen de CMA, frente al 52% de bandas y 1% de hemorroidectomía, $p < 0,01$. La morbilidad global fue del 15% y no tuvo correlación con la técnica quirúrgica ni operación asociada sino con el grado hemorroidal. El dolor fue menor en los pacientes con bandas y HPS ($1,9 \pm 2,1$ y $1,3 \pm 1,3$) con respecto a la hemorroidectomía ($4,5 \pm 2,7$), $p < 0,01$ y no se relacionó con la técnica anestésica ni con la infiltración.

Conclusiones: La HPS ofrece un alto porcentaje de curación con mínima agresión y apenas dolor en los pacientes con hemorroides grado II y III por lo que puede ofrecerse en Cirugía Mayor Ambulatoria.

O-364. RESULTADOS DE LA COLOCACIÓN DEL CATÉTER PARA DIÁLISIS PERITONEAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN RÉGIMEN CMA

J. Sánchez Beorlegui, E. Monsalve Laguna, P. Díez Férrez, A. Aspíroz Sancho y F. Ordás Nasarre

Hospital Calahorra, La Rioja.

Objetivos: La diálisis peritoneal continua ambulatoria es una opción válida para pacientes seleccionados con insuficiencia renal crónica. La inserción de los catéteres se realizaba hasta ahora mediante técnica abierta (mini-laparotomía) o mediante paracentesis. Sin embargo, recientemente se ha planteado la posibilidad de realizar este procedimiento por laparoscopia en régimen de CMA. En la presente comunicación evaluamos nuestros resultados con dicha técnica.

Material y métodos: Entre noviembre de 2006 y marzo de 2010 se realizaron 28 procedimientos, en 12 mujeres y 16 varones con edad media $63,2$ (DE $10,3$) años (máximo 79 y mínimo 42). La técnica se realizó bajo anestesia general. Se creó un neumoperitoneo con aguja de Verres y se utilizó un único trocar supraumbilical de 5 mm y una óptica para artroscopias adaptable al mismo. La incisión para inserción del catéter fue de 3 cm en la región paraumbilical izquierda y empleamos un Kit Y-Tec®. La colocación del catéter (Fresenius Swan-Neck®) en su correcta posición en la pelvis se realizó bajo visión directa.

Resultados: El tiempo quirúrgico medio fue de 25,28 minutos (DE 9,3) minutos (máximo 50 y mínimo 16). En 20 casos el procedimiento fue en régimen CMA, seguido de su uso inmediato para diálisis (71,4%). El resto de los enfermos permanecieron en el Hospital durante una jornada para ser dializados el día siguiente a la intervención. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones intra o postoperatorias atribuibles al procedimiento. No hubo conversiones. Las complicaciones inmediatas se produjeron en 4 pacientes (14,3%): un funcionamiento defectuoso del catéter que no impidió su posterior empleo, una obstrucción y una infección del catéter (retirados en ambos casos) y una seroma de herida operatoria con pérdida de líquido de diálisis. El tiempo medio de utilización fue de 14,4 meses (DE $10,7$), estando funcionales 15 de ellos en la actualidad. En el resto de los casos, cuatro catéteres se retiraron por disfunción (3) o infección (1), tres pacientes fueron trasplantados, dos se desvincularon de nuestro Centro Hospitalario y cuatro fallecieron por complicaciones de su nefropatía crónica u otras patologías.

Conclusiones: La colocación por vía laparoscópica del catéter para diálisis peritoneal es una técnica sencilla, eficaz, reproducible, con baja morbilidad y realizable en régimen CMA, incluso en pacientes deteriorados. Pensamos que la colocación bajo visión directa permite un óptimo funcionamiento de los sistemas durante un largo periodo de tiempo.

O-365. EVALUACIÓN CRÍTICA DE LA ANOPEXIA GRAPADA DE LONGO EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL PROLAPSO Y LAS HEMORROIDES

J. Sánchez Beorlegui, P. Díez Férez, A. Aspíroz Sancho, F. Lamata Hernández, E. Monsalve Laguna y N. Moreno de Marcos

Hospital Calahorra, La Rioja.

Objetivos: En los últimos años la anorexia grapada de Longo (AGL) se ha impuesto a las técnicas clásicas en el tratamiento tanto de las hemorroides prolapsadas grados III-IV como del prolapso rectal. A partir del año 2004 comenzamos a aplicarla también en régimen ambulatorio. El objetivo de esta comunicación es valorar críticamente nuestros resultados, determinando si la AGL es hoy día la técnica de referencia.

Material y métodos: Se estudiaron retrospectivamente los pacientes intervenidos mediante AGL de hemorroides grados III-IV y prolapso rectal entre 2004 y 2010 (6 años). Se evaluaron la modalidad de ingreso, complicaciones inmediatas y tardías, ingresos no previstos y resultados a largo plazo hasta el alta definitiva.

Resultados: Se intervino a 113 pacientes con una edad media de 49,4 años. Según el tipo de ingreso un 73,5 % de los casos fueron programados en régimen CMA y el resto con ingreso. Las indicaciones de AGL fueron hemorroides (90%), prolapso rectal (8%) y recidiva temprana tras Longo previo (2%). El tiempo medio quirúrgico fue de 32,7 minutos. Las complicaciones inmediatas se produjeron en 7 casos (4 sangrados, 2 retenciones de orina y 1 hematoma perianal). Un enfermo fue reintervenido de urgencia por hemorragia. Manifestaron dolor intenso postoperatorio 5 pacientes (4,4%). La tasa de ingresos no previstos en CMA fue del 19,3% (16/83), la mayoría por dolor no controlable con analgesia oral. En el seguimiento los resultados fueron buenos en aproximadamente un 85 % de los de pacientes. Registramos una incontinencia moderada de carácter temporal (remitido a la unidad de suelo pélvico), dos persistencias del prolapso, una recidiva hemorroidal y aproximadamente un 12-15 % de casos que refirieron ano húmedo, dolores erráticos pélvicos o pre-púbicos, tenesmo o defecación imperiosa en el postoperatorio inmediato y durante las primeras semanas. Todos ellos mejoraron significativamente de sus síntomas a los 6 meses de la cirugía.

Conclusiones: La AGL es una técnica segura y que reúne buenas condiciones para ser considerada de referencia en el tratamiento de las hemorroides prolapsadas y el prolapso rectal. La correcta selección de pacientes permite su realización en régimen de CMA. Por otra parte, el seguimiento prolongado es clave para detectar y tratar a tiempo las complicaciones asociadas a la técnica.

O-366. CIRUGÍA SIN INGRESO DE LAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS PARA HEMODIÁLISIS. ACTIVIDAD INTEGRADA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

M. Jiménez Toscano, P. Jiménez Almonacid, M. Lasala, J.A. Rueda, P. Hernández Granados, M. Pardo de Lama, B. Fernández Escudero, M. Ramos Fernández, L. Vega López, J.M. Fernández Cebrián y A. Quintans

Fundación Alcorcón, Madrid.

Introducción: El aumento de pacientes que precisan tratamiento renal sustitutivo, sobre todo en el grupo de hemodiálisis, supone un reto en incremento de actividad y ocupación de recursos para los servicios de cirugía. Las complicaciones relacionadas con los accesos vasculares son la causa fundamental de ingresos en muchas unidades de diálisis. La cirugía sin ingreso puede disminuir la ocupación de camas hospitalarias, reduce la lista

de espera y las complicaciones relacionadas con un ingreso innecesario.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo de las intervenciones realizadas en el periodo 1998-2009 para la creación o reparación de fístulas arteriovenosas (FAV) para hemodiálisis, con el objetivo de conocer el nivel de ambulatorización, resultados y complicaciones. La cirugía ambulatoria se organizó dentro de la actividad ordinaria del servicio de cirugía general sin una unidad específica, ni cirujanos especialmente dedicados a la misma.

Resultados: Desde la apertura de nuestro hospital en 1998 hasta diciembre de 2009 hemos realizado un total de 2.413 intervenciones en 1.229 pacientes (primeros accesos y reparaciones de los mismos). La cirugía programada supuso el 74,8 % de las intervenciones; el 25,2 % restante fueron intervenciones urgentes. El porcentaje global cirugía ambulatoria fue del 82 % (89 % en cirugía programada y 60 % en cirugía urgente). Se produjeron un 6 % de ingresos imprevistos. No hubo mortalidad postoperatoria. El número de ingresos fue de 0,09 episodios por paciente año con una estancia media de 0,2 días por paciente y año.

Conclusiones: La mayoría de las intervenciones relacionadas con las FAV, incluso la cirugía urgente, se pueden realizar en régimen ambulatorio dentro de la actividad habitual de un servicio de cirugía. Se evitan así costes asociados a la ocupación de camas hospitalarias y se disminuyen las complicaciones relacionadas con el ingreso.

O-367. REVISIÓN DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN LA UCMA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

S. Vicente Jiménez, M. García Ávila, G. Krasniqi, C. López González, J. García Moreno, C. Nieto Moral y R. Gutiérrez Romero

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Objetivos: Valoración de los resultados obtenidos en las colecistectomías laparoscópicas realizadas en la UCMA del Complejo Hospitalario de Toledo entre junio 2006 y diciembre de 2009.

Pacientes y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de 495 pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica en régimen de CMA en la UCMA del Complejo Hospitalario de Toledo.

Resultados: Del total de 495 pacientes intervenidos 381 eran mujeres (77 %) y 114 varones (23 %), con un IMC medio en mujeres de 28,32 y en hombres de 28,77. Como antecedentes personales habían presentado cólico biliar múltiple el 45 % de los pacientes, seguido de epigastralgia el 12 % y cólico biliar único el 10 %. Otros antecedentes menos frecuentes fueron: colecistitis aguda (7 %), pancreatitis aguda litiasica (5 %) e ictericia obstructiva (2 %). La duración media de la intervención en las mujeres fue de 44 minutos y en el varón de 60 minutos. Durante la intervención se produjo la apertura accidental de la vesícula en 60 pacientes (39 mujeres y 21 hombres), y precisaron conversión en 9 pacientes (6 mujeres y 3 varones). Las complicaciones inmediatas supusieron el 20 % (n = 63): náuseas o vómitos el 5,4 %, Sangrado de herida quirúrgica 2,4 %, y otras como el íleo, GEA o seroma el 13 %. El 22 % de las mujeres presentaron complicaciones y 19 % de los varones. Un total de 191 pacientes (38,5 %) fueron dados de alta el mismo día de la intervención, 285 (58 %) pacientes pernoctaron una sola noche y 15 (3,79 %) precisaron más de una noche. Precisaron traslado a hospitalización el 3 %, asistencia al servicio de urgencias el 2 % y reingreso tras el alta un 3,6 % (por pancreatitis postquirúrgica, dolor intenso o sepsis). Hubo que reintervenir a un paciente (0,2 %) por pancreatitis postoperatoria.

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica se puede realizar en una unidad de cirugía mayor ambulatoria y de corta estancia, lo que permite reducir el tiempo de hospitalización de los pacientes, mejorando la relación coste/beneficio de dicha intervención.

O-368. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: FACTORES PREDICTIVOS

M. García Ávila, S. Vicente Jiménez, R. Gutiérrez Romero, J. García Moreno, G. Krasniqi, C. López González y C. Nieto Moral

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Objetivos: La colecistectomía laparoscópica podría disminuir los recursos hospitalarios y ahorrar costes. Este estudio determina los factores predictivos influyentes en la selección de los pacientes para la colecistectomía laparoscópica en CMA.

Material y métodos: Presentamos un estudio retrospectivo de 495 pacientes, en los cuales se analizan factores como la edad, el sexo, el IMC, antecedentes clínicos, así como duración y hallazgos durante la intervención, para valorar la influencia de los mismos en la estancia media en régimen de CMA y los costes derivados de la asistencia.

Resultados: Del total de 495 pacientes estudiados, 381 son mujeres (77%) de los cuales el 29% fueron intervenidos en régimen de CMA y 114 fueron varones (33%) de los cuales el 10% fueron también intervenidos en régimen de CMA. Se dieron de alta el mismo día de la intervención el 14% con un IMC < 25; el 11% entre 25-30; el 7% entre 3-35 y el 4% con un IMC > 35. En cuanto a la edad, de los menores de 40 años no pernoctaron el 14%, entre 40-50 años el 9%, entre 50-60 años el 10% y en los mayores de 60 años fue el 4%. Los pacientes que presentaron como antecedentes pancreatitis aguda (n = 30, 6%) no precisaron pernoctar (n = 6, 20%); en el caso de colecistitis aguda (n = 45, 9%) no pernoctando (n = 9, 20%). La duración de la intervención fue menor de 55 minutos en 324 pacientes (66,6%) de los cuales 135 (41%) fueron dados de alta el mismo día; y mayor de 55 minutos en 162 pacientes (33,3%) de los cuales 60 (37%) no pernoctaron. Se produjo apertura de la vesícula accidental durante la intervención en 60 pacientes (12%) y precisaron de conversión 9 (2%), de los que pernoctaron el 11%.

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento que puede realizarse de forma segura en régimen de CMA, permitiendo una mayor eficiencia de los recursos sanitarios. El estudio de los factores de riesgo determina que es más probable el alta el mismo día de la intervención en mujeres, pacientes con IMC < 30, sin antecedentes personales de pancreatitis ni de colecistitis y en los que la duración de la intervención fue menor de 55 minutos.

O-369. ¿QUÉ PUEDE OFRECER LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA POR UN ÚNICO PUERTO UMBILICAL (SILS) A LA COLECISTECTOMÍA EN RÉGIMEN AMBULATORIO?

M.I. García Domingo, E. Cugat Andorrà, E. Herrero Fonollosa, J. Camps Lasa, I. Gutiérrez, F. Simó Alarí, L. Lázaro García, A. Rodríguez Campo y C. Marco Molina

Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona.

Objetivos: Estudio prospectivo aleatorizado en el que se analizan los resultados de la colecistectomía laparoscópica realizada en régimen de cirugía sin ingreso mediante dos técnicas distintas, la colecistectomía laparoscópica clásica (CL) y la colecistectomía por puerto único umbilical (SILS).

Material y métodos: La selección de pacientes respondió a los criterios generales de cirugía sin ingreso en pacientes que no cumplan ningún criterio de exclusión (sospecha clínica o ecográfica de colecistitis o coledocolitiasis, obesidad con IMC > 30, hepatitis, alcoholismo, embarazo, cirugía abdominal alta previa). Los pacientes seleccionados fueron aleatorizados en el momento de la inducción entre CL o SILS. Tanto el equipo quirúrgico como anestésico fue el mismo en todos los casos. Se utilizó anestésico local (bupivacaína 0,25%) para infiltrar las heridas y para irrigar el espacio subfrénico derecho tras la cirugía. A las 3 horas postoperatorias se inició la dieta oral. Alta a las 8-10 horas post intervención. Se evaluaron: morbimortalidad, fracaso de la ambulatorización, reingresos, aplicabilidad de las dos vías de abordaje en régimen ambulatorio, tasa de conversiones a cirugía convencional y complicaciones intra y postoperatorias.

Resultados: Entre octubre de 2009 y abril de 2010 fueron intervenidos 24 pacientes (6 hombres/18 mujeres) de colecistectomía en régimen de cirugía sin ingreso. Edad media 49 años (23-70). Se realizó SILS en 15 y CL en 9 casos. No hubo ninguna conversión. El tiempo operatorio medio fue de 44 minutos (SILS 49 minutos/CL 39 minutos). Hubo una reintervención por coleperitoneo a los 4 días postoperatorios (1 SILS). Fracaso de ambulatorización en 4 casos (16%) (2 por dolor [1 SILS/1CL] y 2 por decisión del equipo quirúrgico [2 SILS]). Se monitorizó el dolor postoperatorio mediante la escala analógica y la necesidad de analgesia de rescate al primer, segundo, tercer, cuarto y décimo día postoperatorio. La presencia de náuseas fue también registrada a las 24, 48 y 72h.

Conclusiones: El tratamiento de la colelitiasis por vía laparoscópica en régimen de cirugía sin ingreso es una técnica segura, si se realiza en pacientes seleccionados y es realizada por cirujanos expertos con un manejo anestésico-analgésico adecuados. Asimismo la colecistectomía SILS es factible y segura en pacientes seleccionados disponiendo del material y la tecnología adecuados. El tiempo operatorio se puede reducir con la mayor experiencia del equipo quirúrgico, así como con el desarrollo de nueva tecnología e instrumental más adaptado. Los beneficios reales de este abordaje requieren estudios más amplios.

O-370. PAPEL DE LA ANESTESIA LOCAL Y BLOQUEO PERINEAL EN EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA PROCTOLÓGICA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

V. Vega Ruiz, J. Álvarez Medialdea, M.A. Urbano Delgado, M. Balbuena, M. Jiménez Vaquero, N. Assad, M. Aztout, L. Costilla, E. Santiburio y M. Velasco

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Analizar los resultados del tratamiento quirúrgico de la patología proctológica en régimen de CMA mediante el empleo de la anestesia local perineal en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria en un Hospital General de Especialidades.

Material y métodos: Durante un periodo de 27 meses (enero 2008 y marzo 2010) fueron intervenidos un total de 281 pacientes por patología proctológica en régimen de CMA en el Hospital Universitario de Puerto Real. De estos 193 (68,7%) se realizaron con anestesia local y bloqueo perineal con alta precoz. Las patologías intervenidas fueron: fistulas perianales: 44; fisuras anales: 46; hemorroides: 31; dilataciones endoanales: 11; extirpación de tumores endoanales: 6; sinus pilonidales: 55. Criterios de inclusión: sociales de CMA y Anestésicos (ASA I-III compensada). Tipo de anestesia y posición quirúrgica: Se realizó por el cirujano empleando anestesia local con bloqueo perineal y pudiendo con sedación controlada. Todas las intervenciones proc-

tológicas se realizaron en posición de decúbito prono en navaja mediante rodillo ventral neumático. Se empleó una mepivacaína al 1% y bupivacaína 0,25% con vasoconstrictor; aguja retrobulbar 25 G de 45 mm, para realizar la infiltración interesfintérica bilateral y bloqueo perineal pudiendo. Tras la intervención los pacientes pasaron directamente a sillón en la mayoría de los casos. El alta se produjo en las siguientes 3 a 5 horas en la práctica totalidad de los mismos con protocolos de analgesia programada y medidas higiénicas. Se realizó un control telefónico el día siguiente por equipo multidisciplinar y revisiones posteriores en consulta de Cirugía.

Resultados: Dos pacientes intervenidos por la tarde ingresaron por cuadro de vómitos postoperatorios, no atribuibles a la cirugía, siendo dados de alta antes de las 24 horas. No hubo reingresos inmediatos por dolor, hemorragia ni complicaciones sépticas. En el seguimiento hubo tres casos de abscesos anales poscirugía que requirieron drenaje quirúrgico que fue realizado en 2 casos con anestesia local y 1 con general.

Conclusiones: El uso de la anestesia local y sedación controlada por anestesista en la patología proctológica en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria y alta precoz es segura, eficaz y mantiene un alto grado de satisfacción de los pacientes. Conlleva una nula estancia preoperatoria, una estancia postoperatoria mínima con excelentes resultados y una baja tasa de morbilidad. Requiere sin embargo una selección de pacientes, una técnica quirúrgica adecuada, poco traumática, y un seguimiento controlado de los pacientes.

O-371. ANESTESIA LOCAL Y BLOQUEO NERVIOSO SELECTIVO EN PATOLOGÍA DE LA PARED ABDOMINAL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. ¿VOLVEMOS AL PRINCIPIO?

V. Vega Ruiz, J. Álvarez Medialdea, J.L. García de Onís, M. Balbuena, M.J. Jiménez Vaquero, M.A. Urbano Delgado, N. Assad, M. Aztout, L. Costilla, J. Agudo y M. Velasco

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Analizar los resultados del tratamiento quirúrgico de la patología de la pared abdominal (hernias inguinales, umbilicales, epigástricas, crurales) en régimen de CMA mediante el empleo de la anestesia local y bloqueo nervioso selectivo en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria en un Hospital General de Especialidades.

Material y métodos: Durante un periodo de 12 meses (abril 2009 y marzo 2010) fueron intervenidos un total de 158 pacientes por patología de pared abdominal en régimen de CMA en el Hospital Universitario de Puerto Real. De estos 75 (47,5%) se realizaron con anestesia local y bloqueo selectivo nervioso con sedación controlada y alta precoz. En las hernias inguinales se realizó bloqueo selectivo de los n. iliohipogástrico, ilioinguinal y la rama genital del n. genitocrural. En las hernias de línea media se bloqueó el n. rectal anterior bilateral. Las patologías intervenidas fueron: hernias inguinales: 47; hernias umbilicales: 21, h. crurales: 1 y hernias epigástricas: 6. Criterios de inclusión: sociales de CMA y Anestésicos (ASA I-III compensada). Tipo de anestesia y posición quirúrgica: Se realizó por el cirujano empleando anestesia local con bloqueo selectivo nervioso descrito con sedación controlada. Se empleó mepivacaína al 1% y bupivacaína 0,25% sin vasoconstrictor; aguja retrobulbar 25 G de 45 mm. Para realizar la infiltración nerviosa bilateral del n. rectal empleamos en ocasiones un control ecográfico como apoyo de imagen. Tras la intervención los pacientes pasaron directamente a sillón en la mayoría de los casos. El alta se produjo en las siguientes 3 a 5 horas en la práctica totalidad de los mismos con protocolos de analgesia programada y medidas generales. Se realizó un control te-

lefónico el día siguiente por equipo multidisciplinar y revisiones posteriores en consulta de Cirugía.

Resultados: No hemos presentado reingresos en los pacientes intervenidos con a. local. Ha habido 2 casos de hematoma escrotal y de herida que no precisaron drenaje ni reingresos. Llama la atención una alta incidencia de afectación sensitiva y motora reversible (6 casos, 12,7%) en territorio del n. crural (muslo). El índice de satisfacción de los pacientes ha sido muy alto, más aún del personal de enfermería de la unidad de reanimación postoperatoria de la Unidad de Día.

Conclusiones: El uso de la anestesia local y sedación controlada por anestesista en la patología de pared abdominal en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria y alta precoz es segura, eficaz y mantiene un alto grado de satisfacción de los pacientes. Conlleva una nula estancia preoperatoria, una estancia postoperatoria mínima con excelentes resultados y una baja tasa de morbilidad. Abogamos por el uso prioritario del empleo de la anestesia local y bloqueo selectivo, frente a otras técnicas para la realización de la cirugía de pared abdominal en régimen de CMA.

PÓSTERS

P-118. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON PARACETAMOL MÁS TRAMADOL PARA EL DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

V. Munitiz Ruiz, J.A. Fernández Hernández, D. Ruiz de Angulo Martín, Q. Hernández Agüera, A. Ortiz Escandell, L. Martínez de Haro y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El tratamiento analgésico en cirugía mayor ambulatoria tiene varias alternativas. Los analgésicos más utilizados para el dolor postoperatorio son el metamizol y el paracetamol, siendo prescritos más raramente los opiáceos menores. La asociación de paracetamol (325 mg) y un opiáceo menor como el tramadol (37,5 mg) ha sido utilizada de forma eficaz y segura en cirugía ortopédica y abdominal como alternativa a otros analgésicos y con menos efectos secundarios. Además, el inicio de acción analgésica es más rápido que otros tratamientos.

Objetivos: Comparar la eficacia analgésica y la seguridad de dos pautas de tratamiento analgésico para el tratamiento del dolor postoperatorio en cirugía mayor ambulatoria.

Pacientes y métodos: En la tabla se exponen los grupos de pacientes comparados y las intervenciones realizadas según las distintas patologías. Las pautas de tratamiento comparadas fueron paracetamol (325 mg) + tramadol (37,5 mg) cada 8 horas vs metamizol (575 mg) cada 8 horas. El tratamiento se mantuvo al menos 5 días por vía oral. La selección para un tratamiento u otro se realizó por randomización. La evaluación del dolor se realizó mediante la escala analógica-visual de Scout-Huskinson (0 puntos = ningún dolor, 100 puntos = dolor insoportable) al 1.º, 3.º y 5.º día postoperatorio. También se evaluó la mejoría del dolor mediante la escala de Likert (6 opciones: 4 = mejoría completa, 3 = mucha mejoría, 2 = mejoría moderada, 1 = poca mejoría, 0 = no mejoría, -1 = peor que antes) al 3.º y 5.º días postoperatorios. La evaluación de los efectos secundarios se realizó clínica y analíticamente a la semana de la cirugía.

Patología	Técnica quirúrgica	Tramadol + paracetamol	Metamizol
Hernia inguinal unilateral no complicada y no recidivada	Hernioplastia inguinal con malla de polipropileno (Lichtenstein)	30	30
Colelitiasis	Colecistectomía laparoscópica	20	20
Varices no complicadas en MMII	Safenectomía por stripping y flebectomías	10	10

Resultados: Separamos los resultados según la técnica quirúrgica: Hernioplastia inguinal: el paracetamol + tramadol fue más eficaz el primer día postoperatorio (57,5 vs 70,7 puntos, $p < 0,05$), pero no existieron diferencias significativas el resto de los días ni en la escala de mejoría del dolor. Colecistectomía laparoscópica: no se apreciaron diferencias en la eficacia del tratamiento del dolor entre ambas pautas de tratamiento. Safenectomía y flebectomías: El paracetamol + tramadol mejoró el dolor el primer día postoperatorio (35 vs 60 puntos, $p < 0,05$) de una forma más eficaz que el metamizol. No hubo diferencias el resto de los días ni en la escala de mejoría del dolor. No hubo diferencias entre ambos tratamientos en la seguridad. En ambos grupos hubo menos de un 5 % de efectos secundarios (estreñimiento, cefaleas, reacción cutánea, sequedad de boca).

Conclusiones: Existen pocas diferencias en la eficacia analgésica entre el tramadol + paracetamol versus el metamizol en cirugía mayor ambulatoria. Sólo cuando el dolor pudo ser más intenso (el primer día), los pacientes refirieron subjetivamente un mejoría del dolor con tramadol + paracetamol en la hernioplastia inguinal y la safenectomía. Ambos tratamientos son igualmente seguros.

P-119. SÍNDROME POLIADENOPÁTICO: IMPORTANCIA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

V. Gómez Cabeza de Vaca, M. Gutiérrez Moreno, J. Cañete Gómez, A. Muñoz Ortega, M.J. Tamayo López, C. Palacios González, J. Martín Cartes y M. Bustos Jiménez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: El síndrome poliadenopático es una entidad que requiere un diagnóstico rápido y definitivo que sólo puede llevarse a cabo mediante la biopsia de una o varias adenopatías. El objetivo de esta revisión es establecer qué tipo de biopsia y de patología son más prevalentes.

Material y métodos: Se revisaron un total de 154 pacientes de los cuales el 60,7 % ($n = 93$) fueron hombres y el 39,2 % ($n = 61$), mujeres. La edad media de la serie fue de 47 años. La localización de la adenopatía biopsiada fue la siguiente: cervical 29,2 % ($n = 45$); inguinal 23,3 % ($n = 36$); axilar 12,9 % ($n = 20$); supraclavicular 12,9 % ($n = 20$); intraabdominal 7,14 % ($n = 11$) y otras localizaciones menos frecuente fueron: tejido celular subcutáneo, retroauricular, mastoides y submaxilar. La anestesia usada fue local y sedación en el caso de lesiones supraclaviculares o cervicales, general en las intraabdominales por realizarse por vía laparoscópica y el resto, anestesia local. El diagnóstico de sospecha fue linfoma el 66,7 % de los casos entre otras enfermedades malignas (metástasis, carcinomas) y también enfermedades benignas (sarcoidosis, conectivopatías...).

Resultados: Todas las biopsias se realizaron antes de los 15 días desde la Consulta. Se confirmó el diagnóstico de sospecha en el 54,6 %. El diagnóstico más frecuente fue linfoma ($n = 63$) en el 40,9 % seguido de la hiperplasia folicular linfóide ($n = 16$)

10,38 %, enfermedad metastásica ($n = 13$) 8,44 %, linfadenitis reactiva ($n = 12$) 7,79 %, entre otras (adiponecrosis, sarcoidosis, leucemia).

Conclusiones: La localización más frecuente fue la cervical seguida de la inguinal. Se confirmó el diagnóstico de sospecha en más de la mitad de los casos y la patología neoplásica fue la más prevalente. Por lo tanto y en vistas de los resultados, ante el síndrome poliadenopático el diagnóstico debe ser rápido ya que en la mayoría de los casos se trata de patología tumoral.

P-120. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN RÉGIMEN CMA: COMPARACIÓN ENTRE INGRESO 24 H Y ALTA EN EL DÍA. NUESTRA EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

S. García Ruiz, D.A. Bernal Moreno, C. Méndez García, J.A. García Martínez, F. Docobo Durántez, J. Mena Robles, M.L. Cuaresma Soriano, A. Guzmán Piñero, J.L. Blanco Domínguez, J.M. Machuca Casanova y J.A. Pineda Sánchez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Diversos procedimientos laparoscópicos avanzados se realizan en cirugía digestiva ambulatoria, como técnicas antirreflujo, second-look, hernias inguinales y ventrales y otras. Por su prevalencia clínica e indicaciones quirúrgicas, la colecistitis crónica litiásica es la patología de referencia. El objeto de este estudio es valorar la implantación de la colecistectomía laparoscópica como tratamiento electivo de la colecistitis crónica litiásica no complicada en régimen de cirugía ambulatoria en el sistema sanitario público.

Material y métodos: Entre enero 1997 y diciembre 2008, se practicaron 1.092 colecistectomías por vía laparoscópica por colecistitis crónica litiásica. Los enfermos procedían de la lista de espera quirúrgica general. Criterios de inclusión: adultos de ambos sexos entre 20-75 años diagnosticados de Colecistitis crónica litiásica (clínica, ecográfica). Cumplimentación criterios ambulatorización (aceptación al programa, apoyo social y técnico). Criterios de exclusión: edad inferior a 20 años y mayores de 75 años. Presencia de patología asociada grave o colecistitis aguda, episodio de ictericia previa. Alteraciones en perfil hepático o alteraciones ecográficas. Se establece un estudio comparativo entre 2 periodos en relación con el momento del alta hospitalaria: 1997-2008: Total de colecistectomías 1.092: 1.077 pacientes (revisadas 94,5 %). Grupo A con escasa implantación de alta en el día, de 1997-2002: 306 pacientes (38,93 %) y Grupo B con plena implantación en CMA de 2003-08: 771 pacientes (61,06 %). Se analizan: Características generales. Riesgo y tipo de anestesia. Momento del alta. Complicaciones. Resultados a 3 meses. Criterios de satisfacción. Análisis de costes.

Resultados: 1.077 pacientes revisados a los 3 meses de la intervención (94,5 %). Periodo A: 306 pacientes (38,93 %). Periodo B: 771 pacientes (61,06 %). Tiempo medio intervención: Grupo A: 39 ± 10 minutos y Grupo B: 23 ± 7 . Alta postoperatoria. Grupo A alta en el día: 4 (1,30 %) alta en 23 horas 186 (60,78 %). Grupo B alta en el día 627 (81,32 %), alta en 23 horas 131 (16,99 %). Causa de No altas en C.M.A: Dolor abdominal: 104 (71,1 frente a 28,9 %). Náuseas-vómitos 94: (73,4 % frente a 26,6 %). Disconfort 90: (64,4 frente a 35,6 %). Otros 124 (63,6 % frente a 36,3 %). Total 446: 302 (67,71 %) frente a 144 (32,28 %), p NS. Seguimiento 3 meses asintomáticos 1.055: Grupo A 296 (96,73 %) y Grupo B 759 (98,44 %), p NS. Resto complicaciones leves: dolor, colecciones resueltas, etc. Costes hospitalarios: CMA Grupo A 2.308 €; Grupo B 216.941 €. Cirugía de 23 horas: Grupo A 163.116 €; Grupo B 82.391 €. Cirugía de corta estancia: Grupo A 97.855 €. Conversión: Grupo A 39.666 €; Grupo B 12.020 €. Total: Grupo A 302.945 €; Grupo B 311.352 €. Por paciente: Grupo A 990 €; Grupo B 648 €.

Discusión: Una selección de pacientes apropiada y controles adecuados, convierten a la colecistectomía laparoscópica ambulatoria en un procedimiento seguro y eficaz, con un elevado nivel de satisfacción y relación coste-efectivo. ¿Por qué no realizar colecistectomía laparoscópica en régimen de CMA? El riesgo de sangrado postoperatorio, sangrado secundario, se evita con control postoperatorio programado. La lesión biliar postoperatoria tiene menor incidencia con una cirugía meticulosa, no se evita con estancias mayores.

P-121. ¿QUÉ APORTA LA CIRUGÍA SIN INGRESO? NUESTRA CASUÍSTICA TRAS CIRUGÍA EN RÉGIMEN CMA

V. Gómez Cabeza de Vaca, M. Gutiérrez Moreno, J. Cañete Gómez, A. Muñoz Ortega, F. Docobo Durántez y J. Mena Robles

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Estudiar la aportación y los beneficios de la cirugía sin ingreso basándonos en nuestra Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria en el Hospital Virgen del Rocío y los resultados arrojados en el plazo de un año.

Material y métodos: Hemos revisado todos los pacientes intervenidos en la Unidad de CMA por el equipo de Cirugía General en el período de un año ($n = 2.236$) analizando también el tipo de anestesia y la necesidad de hospitalización.

Resultados: De todos los pacientes de nuestra unidad, la mayor parte fue intervenido a consecuencia de patología herniaria, proctología y patología de partes blandas siendo la necesidad de hospitalización menor del 1%.

Conclusiones: El desarrollo de programas de cirugía sin ingreso aporta ventajas como la utilización más eficiente de las camas, la protocolización de los procesos y el menos índice de complicaciones relacionadas con el ingreso entre otras aportaciones por lo que en todo servicio que lo permita sería una opción interesante el desarrollo de un programa quirúrgico sin ingreso.

P-122. HEMORROIDECTOMÍA. CONTROL DEL DOLOR Y LIGASURE

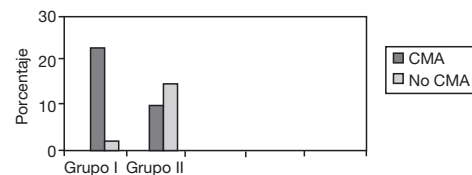
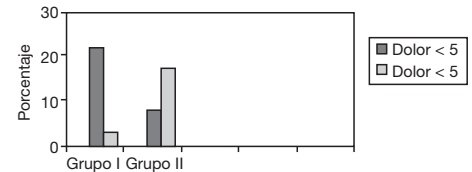
J. Díaz Oller¹, J.M. Moreno Montesinos¹, A.U. González Fenizi¹, G. Jurado Herrero¹, J.M. Vargas Ortiz¹, R. Reca Barea¹, A. Martínez Herrera¹, J.M. García Ortiz², F. López García¹, C. Arjonilla Ocaña¹ y V.J. Amaya Lozano²

¹Hospital San Agustín, Linares. ²Escuela de Animación Libre de Extremadura, Badajoz.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en la hemorroidectomía con Ligasure en comparación con la estándar Milligan-Morgan (M-M), y su influencia en la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en cuanto a la evaluación del dolor postoperatorio.

Material y métodos: Durante 2008 y 2009 hemos intervenido de hemorroides grado III y IV en nuestro Servicio/Unidad de Gestión Clínica (UGC), a 25 pacientes mediante el sistema de coagulación/sellado con corriente de alta frecuencia bipolar y control activo por retroalimentación de la potencia de salida (Ligasure) (Grupo I), y los hemos comparado con otros 25 mediante la técnica de M-M con diatermia (Grupo II), en estudio retrospectivo. Se determinó la intensidad del dolor postoperatorio a las 6 horas de la intervención mediante escala visual analógica de 0 a 10 (EVA), y si fueron dados de alta o no en régimen de CMA, por ese motivo (dolor controlable con analgesia oral si ≤ 5 , y mal controlable > 5 puntos).

Resultados: En cuanto al dolor, se obtuvo una media de 4,2 puntos en el grupo I (22 pacientes con 4 puntos, y 3 pacientes con 6 puntos de la EVA), y de 6, 4 en el grupo II (17 pacientes con 8 puntos, 5 de 4 puntos y 3 de 2 puntos) $\chi^2 = 16,333$; $p < 0,001$; OR = 15,58 (IC95 %: 33,71 %, 78,29 %) (significativo). En el Grupo I se realizó el procedimiento en régimen de CMA en 23 pacientes, y en el Grupo II en 10 pacientes. $\chi^2 = 15,062$; $p < 0,001$. OR = 17,25 (IC95 %: 30,05 %, 73,95 %) (significativo).



Conclusiones: 1. La hemorroidectomía con Ligasure produce menos dolor postoperatorio que la técnica convencional de M-M. 2. La hemorroidectomía con Ligasure es más eficiente que la de M-M estándar en cuanto a reducción de estancias, propiciando su realización en régimen de CMA.

P-123. APROVECHAMIENTO DE LA CMA EN LA INVESTIGACIÓN

P. Menéndez Sánchez, C. Manzanares Campillo, V. Muñoz Atienza, S. Sánchez García, D. Padilla Valverde, P. Villarejo Campos, I. Arjona Medina, M. López García, R. Vitón Herrero y J. Martín Fernández

Hospital General, Ciudad Real.

Introducción: El concepto de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) presenta fundamentalmente un enfoque terapéutico, existiendo la posibilidad en el contexto de este modelo asistencial de efectuar procesos de investigación. El objetivo que se pretende es analizar la utilización de la unidad de CMA como modelo referencial para la realización de estudios clínicos, por lo que se presenta una revisión descriptiva de las comunicaciones más recientes a los congresos de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Material y métodos: Estudio descriptivo de las comunicaciones a las Reuniones Nacionales e Internacionales durante los años 2007-2009, contabilizándose las comunicaciones orales y de tipo póster que indicaban la realización de un estudio prospectivo o retrospectivo.

Resultados: Se revisaron las comunicaciones pertenecientes al 7th International Congress of Ambulatory Surgery (IAAS), VII Congreso Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria, VII Simposio de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria, 8th International Congress of Ambulatory Surgery (IAAS), IX Congreso Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria. Se revisaron un total de 757 comunicaciones deslindadas en: 66 estudios prospectivos (8,72 %) y 91 estudios retrospectivos (12,02 %).

Conclusiones: Aun cuando la realización de procesos de investigación resulta perfectamente compatible con determinados modelos organizativos asistenciales como la CMA, se constata una marcada infrautilización de este tipo de organización sanitaria en relación con las actividades investigadoras.

P-124. CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO: NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 11 AÑOS SOBRE 5.300 PACIENTES

V. Borrego Estella, S. Saudí Moro, R. Delgado Alvira, E. Calleja Aguayo, P. Riverola Aso, J.A. Esteban Ibarz, J.L. Moya Andía, M.J. Ariño Serrano, M. Pérez Sánchez Cuadrado, M. Gracia Mateo y G. Pérez Navarro

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: La unidad de CMA dentro del Servicio de Cirugía Pediátrica fue creada en 1999 con una serie de objetivos entre los que está disminuir el trauma de la hospitalización para el niño, aumentar el confort individual y familiar, mejorar el control de la infección nosocomial, mejorar la gestión de recursos, agilizar lista de espera, etc.

Material y métodos: Se respetaron una serie de criterios de inclusión en base a las características de la patología y el procedimiento quirúrgico (intervención a realizar en quirófano, anestesia general, duración menor de 90 minutos, pérdidas hemáticas no significativas, etc.), las características del paciente (niño sano y colaborador, sin patologías intercurrentes, etc.) y las condiciones sociofamiliares (lugar de residencia a menos de 1 hora, adecuado nivel intelectual de los padres, condiciones socioeconómicas favorables, aceptación del consentimiento informado, etc.). La evolución del número de intervenciones en CMA ha sido creciente desde el año 1999 en que se intervinieron 394 pacientes hasta este último año 2008 en el que hemos conseguido llegar a las 600 intervenciones, representando una media de 485 intervenciones por CMA al año. De un total de 22400 intervenciones realizadas en nuestro servicio en este periodo de tiempo, las intervenciones por CMA fueron de 5118 (22.9%), rebasando hace unos meses la cifra de 5000 intervenciones.

Resultados: La distribución de CMA por especialidades fue en Cirugía General: 63 %, Traumatología: 21 %, ORL: 12 %, Urología: 6 %, Oftalmología: 2 %, Otras: 1 %. El porcentaje de CMA en cada especialidad quirúrgica fue en Cirugía General: 30,2 %, Urología: 22,9 %, Traumatología: 21,5 %, Oftalmología: 10,4 %, ORL: 9,2 %, Otras: 1,1 %. No obstante, se realizaron ingresos no programados en pacientes a los que no se pudo dar el alta, en base a causas como vómitos persistentes, dolor intenso, complicaciones respiratorias, petición paterna por angustia, etc. El porcentaje de ingresos no programados durante estos años fue del 2,1 %.

Conclusiones: La CMA representa una parte muy importante del total de la actividad de nuestro servicio. El número de pacientes que ha requerido prolongar su estancia hospitalaria representa tan sólo el 2 %, siendo este dato un indicador indirecto de la calidad asistencial y la adecuada selección de los pacientes. Sólo si otras especialidades se suman al interés por la CMA será posible realizar nuevos procedimientos. Nuestro servicio es un centro de referencia que abarca un área asistencial muy amplia, lo que implica que muchos niños que viven a más de una hora de distancia no puedan beneficiarse de la CMA.

P-125. EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE CHECKLIST EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

P. Villarejo Campos, P. Menéndez, D. Padilla Valverde, R. Pardo, T. Cubo Cintas, E. Buces, V. Muñoz, S. Sánchez, I. Arjona, R. Vitón y J. Martín

Hospital General, Ciudad Real.

Introducción: La cirugía es una parte importante de los cuidados sanitarios globales en el mundo con una estimación

aproximada de 234 millones de operaciones anuales. Una proporción significativa de los pacientes quirúrgicos han sufrido incidentes adversos, según algunas estimaciones hasta el 10 % del total de los pacientes intervenidos quirúrgicamente y hospitalizados, siendo casi la mitad de estos incidentes adversos evitables o prevenibles. La OMS ha diseñado un sistema de identificación y recogida de datos relacionados con la asistencia sanitaria prestada a los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente denominado *checklist* para intentar identificar, cuantificar y prevenir errores sanitarios asistenciales evitables.

Objetivos: Aplicación del *checklist* propuesto por la OMS en un grupo de pacientes que van a ser sometidos a cirugía mayor ambulatoria e identificación de complicaciones y efectos adversos ocurridos. Comparación de los resultados obtenidos con respecto a un grupo de pacientes de similar patología, edad y valoración económica de las diferencias encontradas entre ambos grupos.

Material y métodos: Durante el año 2009 se realiza estudio prospectivo en un grupo homogéneo de pacientes que van a ser sometidos a cirugía de forma programada, en una Unidad de Cirugía CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), El proceso quirúrgico objeto del estudio será la hernia inguinal no complicada. Se aplicará en la sala de quirófano el sistema de *checklist* propuesto por la OMS a 50 pacientes y los resultados obtenidos se comparan con otros 50 pacientes del mismo grupo.

Resultados: En los 100 pacientes sometidos a estudio no existieron complicaciones sistémicas, ni mortalidad asociada. En el grupo de pacientes sometidos a *checklist* el porcentaje de complicaciones locales fue del 14 %. En el grupo de paciente sin *checklist* aparecen complicaciones en un 16 % de los pacientes. En cuanto a la valoración económica de la aplicación del *checklist* en los pacientes quirúrgicos estableceremos comparación de costes ocasionados, mediante GRDs de nuestro modelo hospitalario.

Conclusiones: En nuestro estudio la aplicación del sistema *checklist* ha supuesto en el análisis de decisión realizado un ahorro de 6,547 € por hernioplastia/año. Teniendo en cuenta que en nuestro Hospital se realizan unas 400 hernias anualmente, la aplicación del *checklist* nos supondrá un ahorro de 2618,8 € al año aproximadamente. Si bien este ahorro no es muy significativo la aplicación de un sistema de seguridad del tipo *checklist* no tiene ningún coste asociado y puede aplicarse a todos los pacientes quirúrgicos independientemente del tipo de patología. En cuanto a otros efectos adversos ocurridos, en el grupo en el que no se realizó el *checklist* hubo dos pacientes a los que no se les administró profilaxis antibiótica. Este error no ocurre en los pacientes sometidos a *checklist* ya que la comprobación de la administración de la profilaxis antibiótica es otro de los ítems a cumplimentar, junto con la verificación de la existencia o ausencia de alergias medicamentosas.

P-126. LIPOMA GIGANTE EN LA ESPALDA

J. de Pedro Conal, F. Sánchez de Pedro, F.J. Cortina Oliva, M. Manzanera Díaz, A. Morandeira Rivas, C. Alhambra Rodríguez de Guzmán, M. Clerveus, J.S. Picazo Yeste y C. Moreno Sanz

Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Introducción: Los lipomas son neoplasias benignas con diferenciación adiposa madura, se localizan predominantemente en el tronco y en cuello, en el 6-7 % de los casos son multifocales, suelen crecer de forma lenta y progresiva hasta alcanzar un tamaño entre 2 y 10 cm de diámetro, en su mayoría son asintomático aunque pueden producir molestias locales.

Caso clínico: Varón de 83 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial, enfermedad de Parkinson y cirugía de hernia inguinoescrotal derecha incarcerada, motivo por el que fue tratado en nuestro Servicio. El paciente presentaba desde hacía 50 años una tumoración en la espalda con crecimiento progresivo, habiendo rechazado en numerosas ocasiones el tratamiento quirúrgico. A la exploración física, el paciente presentaba una tumoración en región dorsal superoexterna derecha de 25 cm de diámetro y 7,5 kg de peso, que le hacía deambular con una rectificación evidente del eje corporal. Dado el tamaño de la lesión y la imposibilidad de concretar su dependencia, se realizó una tomografía axial computarizada en la que se evidenció la citada masa sin infiltración de los planos musculares pero sin poder descartar transformación sarcomatosa central. Se indicó tratamiento quirúrgico de la lesión, aceptando el paciente la cirugía. Bajo anestesia general y en posición de decúbito lateral izquierdo se procedió a la exéresis de la lesión, con un curso postoperatorio sin complicaciones. El informe anatomopatológico informó de la presencia de tejido adiposo maduro sin características de malignidad.

Discusión: Los lipomas no suelen requerir tratamiento quirúrgico salvo por crecimiento progresivo, dolor (más frecuente en los angiomiolipomas), motivos estéticos y si se sospecha la posibilidad de liposarcoma. El desarrollo de un liposarcoma a partir de un lipoma benigno preexistente es raro, en la mayoría de los casos surgen de novo, apareciendo como una masa de crecimiento lento, indolora, en personas de mediana edad aunque en ocasiones crecen rápidamente y se pueden ulcerar. Histológicamente los lipomas se presentan como tumores bien delimitados y finamente encapsulados, formados por adipocitos maduros con ausencia de mitosis y de atipias nucleares.

Conclusiones: En nuestra opinión, los lipomas gigantes, como en el caso que describimos, deben ser extirpados en primer lugar para descartar malignidad, sin poder omitir el motivo estético y la confortabilidad del paciente por eliminar peso del mismo y facilitar la movilidad del paciente.

P-127. RESULTADOS DE 5 AÑOS EN PARED ABDOMINAL EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA AUTÓNOMA

D.A. Bernal Moreno, S. García Ruiz, C. Méndez García, J.A. García Martínez, J. Cañete, F. Docobo Duránte, J. Mena Robles, J.L. Blanco Domínguez, M.L. Cuaresma Soriano, A. Guzmán Piñero y J.M. Machuca Casanova

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El objetivo del estudio es valorar la eficacia y calidad percibida por los usuarios de una unidad de CMA en patología abdominal herniaria.

Material y métodos: Entre enero de 2005 y diciembre de 2009 fueron intervenidos en régimen de CMA un total de 10.500 pacientes. Se analizan todas las hernias de pared abdominal y su resolución tras cumplir criterios de ambulatorización (alta el mismo día de la intervención). Se contabilizaron 4.112 (39,30%) hernias de pared abdominal tratadas mediante hernioplastia, desglosadas en inguinales 2.685 (65,4%), umbilicales 929 (22,7%), epigástricas 256 (6,32%), eventraciones 155 (3,8%), crurales 35 (0,9%), de Spiegel 8 (0,2%) y rechazo de material protésico 14 (0,5%). La técnica anestésica usada en la mayoría de intervenciones fue local más sedación 3.943 (95,89%), aplicándose en otros casos anestesia regional 153 (3,72%) y anestesia general M-L 16 (0,38%). Se valora la tasa de resolución del proceso, la morbilidad, la tasa de rein-

greso y la satisfacción de los pacientes en relación al tratamiento mediante encuesta telefónica a los 30 días del alta definitiva.

Resultados: A 60 días: pacientes contabilizados con alta en el día: hernioplastias inguinales 2.675/2.685 (99,72%), umbilicales 929 (100%), epigástricas 256 (100%), eventraciones 150/155 (96,77%), crurales 35 (100%), de Spiegel 5/8 (62,5%) y rechazo material protésico 14 (100%). No hubo posibilidad de alta en 18 pacientes, de los cuales 12 fue por dolor (66,66%) y 6 por sangrado (33,33%). La tasa de reingreso fue 13/4112, de los cuales 4 por dolor (30,76%) y 9 por sangrado (69,23%). Mortalidad nula. Morbilidad: 62 pacientes presentaron algún tipo de complicación, tales como infección (4), sangrado de la herida quirúrgica (32) y dolor (26). La mayoría de pacientes refería un elevado índice de satisfacción (repetirían procedimiento): 3.380 (82,19%), medio (prefieren una noche estancia): 699 (16,99%) y bajo (no repetirían procedimiento) 33 (0,80%).

Conclusiones: Las intervenciones realizadas en CMA por patología herniaria de la pared abdominal con criterios de selección adecuados, técnicas meticulosas y controles postoperatorios estrictos presentan una tasa elevada de eficacia y satisfacción.

P-128. IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS CATÉTERES DE ACCESO VENOSO CENTRAL CON RESERVORIO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO (2000-2010)

L. Arriero Ollero, S. Martínez Cortijo, T. Calderón Duque, R. Rodríguez Fernández, M. García Aparicio, J. Díez Izquierdo, T. Balsa Marín, B. Alcaide Pardo y J. Timón Peralta

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Introducción: A finales de 1999 se instauró en nuestro hospital un seguimiento estricto pre y postoperatorio de todos los accesos venosos centrales con reservorio, con motivo de la inauguración de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI), recogiendo en una base de datos toda la información sobre el tipo de catéter implantado, la fecha de implantación, de retirada y las causas de las mismas. Al mismo tiempo se iniciaron cuidados postoperatorios más específicos para estos enfermos. Todo ello se ha logrado gracias a la participación y al seguimiento estricto de los protocolos del equipo de profesionales que la componen. El objetivo de esta comunicación es aportar los resultados obtenidos durante los últimos 10 años.

Pacientes y métodos: Desde finales de 1999 hasta mediados de 2010 se han implantado 740 accesos venosos centrales en pacientes con edades comprendidas entre los 16 y los 86 años. De ellos 382 son mujeres y 358 varones. La patología más frecuente es el cáncer colorrectal recogiendo 212 casos, seguido por el cáncer de mama (155 casos), y siendo los 3.º y 4.º en frecuencia los linfomas (74) y las neoplasias de pulmón (64). Sólo 27 de los 740 pacientes estaban ingresados en planta, el resto ingresó el mismo día de la implantación en la UCMA, siguiendo el protocolo establecido (analítica con coagulación antes de la intervención, y radiografía de tórax posterior). La colocación del catéter se realizaba en quirófano por el cirujano, bajo control radiológico intraoperatorio, heparinizando la vía, y administrando profilaxis antibiótica. Una vez en la UCSI, el paciente es dado de alta el mismo día, aportándole instrucciones precisas sobre el cuidado del implante, y manteniendo control telefónico domiciliario de cada uno de los pacientes por parte del equipo de enfermería de nuestra Unidad. Los pacientes ingresados en planta fueron sometidos al mismo seguimiento una vez dados de alta.

Resultados: De los 740 catéteres implantados, 75 fueron retirados, y 6 en más de una ocasión. 27 de ellos fueron retirados por infección/sepsis, 14 por finalización de tratamiento, 7 por mal funcionamiento, 6 por causa accidental, 6 por exitus, 3 por trombosis y 3 por escara en punto de punción. En 2 de los pacientes que fueron sometidos a una segunda retirada fue por infección, y uno de ellos por necesidad de iniciar tratamiento radioterápico. Por lo tanto un 10% de los catéteres implantados fueron retirados, y de ellos en mayor proporción (36%) por infección/sepsis, seguido por la finalización del tratamiento (19%).

Conclusiones: Los resultados que estamos obteniendo hasta el momento nos demuestran la importancia del seguimiento estricto de este tipo de procedimientos. La UCSI es un lugar ideal para el cumplimiento preciso del protocolo, lo que facilita el diagnóstico precoz de las complicaciones y el tratamiento adecuado de las mismas evitando un agravamiento de la situación. Todo ello se ha alcanzado gracias a la perfecta colaboración entre UCSI y el Hospital de día, logrando ejercer una buena praxis sobre estos pacientes, que en muchas ocasiones ya presentan un gran deterioro funcional importante como consecuencia de su patología de base.

P-129. RESULTADOS DE 5 AÑOS EN CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA AUTÓNOMA

S. García Ruiz, D.A. Bernal Moreno, J.A. García Martínez, C. Méndez García, J. Cañete, F. Docobo Durántez, J. Mena Robles, J.L. Blanco Domínguez, M.L. Cuaresma Soriano, A. Guzmán Piñero y J.A. Pineda Sánchez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El objetivo del estudio es valorar la eficacia y calidad percibida por los usuarios de una unidad de CMA en cirugía general y digestiva.

Material y métodos: Entre enero de 2005 y diciembre de 2009 fueron intervenidos en régimen de CMA un total de 10.500 pacientes. Se analizan las indicaciones quirúrgicas y su resolución en relación a la patología indicada tras cumplir criterios de ambulatorización (alta el mismo día de la intervención): coleditiasis 485 (4,61%) (colecistectomía laparoscópica), hernias de pared abdominal 4.112 (39,30%) (hernioplastias bajo anestesia local y sedación), proctología 2.324 (22,1%) (hemorroidectomía, fistulectomía, esfinterotomía lateral interna y exéresis de sinus pilonidal), exéresis de tumores de partes blandas 2.875 (27,4%), tumoraciones benignas de mama 324 (3,1%) y una miscelánea de 369 (3,48%) casos. Se valora la tasa de resolución del proceso, el índice de resolución en hospital de día, la morbilidad, la tasa de reingreso, la tasa de reintervención, el índice de suspensión quirúrgica y la satisfacción de los pacientes en relación al tratamiento mediante encuesta telefónica a los 30 días del alta definitiva.

Resultados: Índice de suspensión quirúrgica: 505 enfermos (4,8%) (patología asociada, incumplimiento normas, curación). Pacientes operados: 9.995. Índice de resolución en Hospital de día: 9.948 pacientes (99,53%). Curación sin secuelas 9.893 (98,97%). Mortalidad nula. Morbilidad: 62 (0,62%), desglosados en infección 4, sangrado herida 32 y dolor 26. Índice de satisfacción: Elevado (repetirían procedimiento): 8.195 (81,99%). Medio (prefieren una noche de estancia): 1.690 (16,9%). Bajo (no repetirían procedimiento): 110 (1,1%).

Conclusiones: Las intervenciones realizadas en CMA con criterios de selección adecuados, técnicas meticulosas y controles postoperatorios estrictos presentan una tasa elevada de eficacia y satisfacción.

INFECCIONES QUIRÚRGICAS

COMUNICACIONES ORALES

O-330. DIEZ AÑOS DE CONTROL DE LA INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA GENERAL

B. Arín Palacios, J.J. Íñigo Noáin, E. Layana Echezuri, L. Ibricú Oroz, F.J. Herrera Cabezon y J.M. Lera Tricas

Hospital de Navarra, Pamplona.

Introducción y objetivos: Exponemos la tasa de infecciones de sitio quirúrgico (ISQ) durante 10 años, analizando la validez del índice National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS) así como el impacto de diferentes factores de riesgo sobre la ISQ. Se presenta la evolución de dicha tasa comparando el primer y segundo quinquenios.

Material y métodos: Registro prospectivo de la incidencia de ISQ (1998-2007), determinando la categoría e índice NNIS y gérmenes aislados. Se ha evaluado la influencia del nivel ASA, contaminación y duración quirúrgicas, edad, sexo, grado de urgencia y abordaje abierto vs laparoscópico sobre la ISQ y la repercusión de ésta sobre la estancia hospitalaria y la mortalidad. Se realizaron χ^2 , t de Student y regresión logística.

Resultados: 12.796 pacientes. Edad media: 59,9 años (59,14 sin y 63,50 con ISQ; $p < 0,001$). 51,6% varones. Cirugía programada: 69,7%. 65% cirugías de bajo nivel de contaminación; 86,1% con NNIS ≤ 1 . La tasa global de ISQ es del 7,8%, 1,7% en cirugía limpia, 8,9% en limpia-contaminada, 10,4% en contaminada y 21% en sucia. La tasa global ha bajado del 8,4% al 7,2% del primero al segundo quinquenio ($p = 0,01$), principalmente en cirugía programada. La tasa de ISQ aumenta correlativamente al ASA (ASA-I: 4%; ASA-V: 18,4% ($p < 0,01$)). Un tiempo quirúrgico \leq al percentil 75 se asocia a una menor tasa de ISQ respecto a un tiempo mayor (6,5% vs 19,5%, $p < 0,01$). El índice NNIS se correlaciona con la tasa de infecciones, con 2,5% en índice -1 y 38,3% en índice 3. El factor tiempo quirúrgico es el más importante de los que componen el índice NNIS (odds ratio [OR] = 2,55, frente a 1,69 de la contaminación y 1,57 del ASA). Por categoría NNIS, la tasa de ISQ aumenta conforme aumenta el índice NNIS. El análisis multivariable, con categoría HER de referente, muestra estas OR ($p < 0,05$) en cirugía programada: BILI-25,5, SB-20,9, COLO-7,1, GAST-3,9, descendiendo hasta CHOL-2,8. Estas diferencias se amortiguan en cirugía urgente. Tasa de ISQ en cirugía urgente 11,75% vs 6,05% en programada, con OR: 2,66. Tasa de 6,1% en < 65 años frente al 9,8% en ≥ 65 años ($p < 0,001$), OR: 1,18 ($p < 0,05$). La laparoscopia disminuye el riesgo de ISQ en categoría CHOL ($p < 0,01$, OR: 0,34), sin modificarlo en APPY y COLO. La ISQ aumenta la estancia hospitalaria (6,9 días sin ISQ vs 14,9 con ISQ superficial y 42,4 en ISQ asociada a infección de órgano-espacio). La mortalidad sin ISQ es 2,2% frente a 3,9% con ISQ superficial ($p < 0,05$) y 13,3% en infección de órgano-espacio. Relación de cultivos: *Enterococcus* (39,5%), *E. coli* (32,5%), *Candidas* (20,9%) y *Pseudomonas* (16,1%).

Conclusiones: El índice NNIS es un adecuado predictor de riesgo de ISQ siendo el factor tiempo quirúrgico el más importante de los que lo componen. La categoría NNIS discrimina diferentes grados de riesgo independientemente del índice NNIS. La edad, vía de abordaje y el grado de urgencia son factores asociados de forma independiente a la aparición de una ISQ. La ISQ se relaciona significativamente con una mayor estancia hospitalaria y mortalidad postoperatorias.