

RESÚMENES DE COMUNICACIONES ORALES

ANESTESIA

O-01 PROTOCOLO ANALGÉSICO POSTOPERATORIO TRAS HEMORROIDECTOMÍA EN RÉGIMEN AMBULATORIO. EXPERIENCIA EN NUESTRO MEDIO

A. Lozano Reina; J. Sánchez Mora; M. D. Moreno Rey; I. García Marín; M. Echevarría Moreno

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: *Primario:* Valorar el control de dolor tras hemorroidectomía en régimen CMA según el protocolo analgésico de nuestro medio.

Secundario: Valorar la satisfacción de la paciente con respecto al control analgésico.

Métodos: Estudio descriptivo, 182 pacientes sometidos a hemorroidectomía en régimen de CMA entre los años 2023 y 2024 en el Hospital El Tomillar.

Se analizan variables demográficas; edad y sexo, así como la valoración de riesgo anestésico según la escala ASA. El protocolo analgésico utilizado en nuestro medio se trata de una bomba de perfusión continua “2NE” (Metamizol + Dexketoprofeno + Ondansentron) y en caso de alergias; “2NA” (Metamizol + Tramadol + Ondansentron) o “2EA” (Dexketoprofeno + Tramadol + Ondansentron).

Valoramos el dolor postoperatorio según la escala visual analógica (EVA) durante las primeras 24h (en dos momentos; pico de dolor máximo y momento de menos dolor). Recogemos la necesidad de rescate con morfina, la aparición de depresión respiratoria, prurito, somnolencia, íleo paralítico, retención urinaria y náuseas/vómitos postoperatorios (NVPO). Por último, medimos la satisfacción de nuestros pacientes preguntándoles si repetirían la experiencia.

Resultados: Nuestra muestra la conforman 182 pacientes (55,5 % mujeres y 44,5 % hombres) de los cuales ASA I (14,5 %), ASA II (67 %) y ASA III (18,5 %) debido a que

los pacientes ASA IV no se intervienen en régimen de CMA en nuestro medio. Edad media de 52,2 años.

En la mayoría de los casos (95 %) se ha utilizado la pauta 2NE, salvo alergias (2NA 2,74 %, 2EA 2,19 %). La mediana del pico de dolor durante las primeras 24h es de 4/10, mientras que la de mejor control analgésico ha sido de 1/10. Un 16 % ha precisado de rescate con morfina.

Dentro de los pacientes que han precisado rescate con morfina han presentado NVPO un 54,4 % de los pacientes, prurito un 55,9 % y en ningún caso hemos observado depresión respiratoria, íleo paralítico o retención urinaria. Por otro lado, el 67 % de nuestras pacientes aseguran que repetirían la experiencia.

Conclusión: El protocolo 2NE produce un control analgésico con una mediana de 1-4/10 (EVA) durante las primeras 24h tras la cirugía. La necesidad de rescate con morfina es baja (16 %).

El grado de satisfacción es alto, más de la mitad de las pacientes repetirían la experiencia.

Palabras clave: CMA, anestesia, hemorroidectomía, analgesia, dolor.

O-02 CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES NO COLABORADORES: UNA SOLUCIÓN SEGURA, EFICIENTE Y HUMANIZADA

A. Villarejo Alcántara; H. Berges Gutiérrez; F. Quesada Quesada; C. Redondo Claro; F. Piñero Martínez; N. Behobide Parro; J. García-Rosales Delgado; M. P. Heredia Pérez

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Objetivos: El presente estudio se centra en el análisis del perfil clínico y quirúrgico de los pacientes con necesidades especiales intervenidos en un quirófano ambulatorio

especializado del Hospital Universitario Virgen Macarena entre los años 2022 y 2025. Se incluyen datos de 529 pacientes sometidos a anestesia general, con el objetivo de describir en profundidad las patologías más prevalentes, la duración de los procedimientos, la frecuencia de reintervención y, en definitiva, poner en valor el papel de la CMA como herramienta fundamental en la atención integral de esta población vulnerable.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo para analizar el perfil clínico y anestésico de pacientes no colaboradores sometidos a procedimientos odontológicos bajo anestesia general en régimen de CMA, en el Hospital Universitario Virgen Macarena entre enero de 2022 y marzo de 2025. Se incluyeron 529 pacientes que requerían anestesia general con intubación, excluyendo aquellos con comorbilidades que exigieran ingreso postoperatorio. Se analizaron variables como edad, sexo, clasificación ASA, diagnóstico principal y asociados, número de procedimientos por paciente, duración anestésica y número de reintervenciones.

Se definió como población frágil aquella con retraso mental, epilepsia, síndromes genéticos (Rett, Down, etc.), TEA, enfermedades neurodegenerativas o alteraciones neurológicas con alta repercusión funcional. Las intervenciones se realizaron con protocolos adaptados y alta el mismo día tras recuperación y estabilidad clínica.

Resultados: Los 529 pacientes presentaban graves limitaciones para colaborar en procedimientos sencillos, con un 68 % menor de 30 años y predominio de ASA II. Las patologías más comunes incluían trastornos del neurodesarrollo, parálisis cerebral, epilepsias refractarias y síndromes genéticos con alta repercusión funcional. La duración media de la anestesia fue de 81 minutos, sin eventos adversos mayores reportados.

Lo más destacado es la clara mejoría en la eficiencia clínica: un 45 % de los pacientes requirió más de una intervención, pero esa tasa fue descendiendo con los años, reflejando un mayor acierto en la planificación y coordinación del equipo asistencial. La CMA permitió tratar a pacientes que, de otro modo, no habrían podido recibir atención odontológica adecuada sin ingreso hospitalario, evitando descompensaciones clínicas, estrés familiar y sobrecarga en unidades de hospitalización convencional.

Conclusiones: El estudio demuestra con contundencia que la Cirugía Mayor Ambulatoria bajo anestesia general no solo es viable, sino altamente beneficiosa para pacientes con escasa o nula colaboración. Este grupo, históricamente excluido de modelos ambulatorios, encuentra en la CMA

una solución segura, eficaz y profundamente humanizada. Gracias a este enfoque, pacientes con trastornos del espectro autista, discapacidades cognitivas profundas o síndromes neurológicos complejos han podido ser atendidos en condiciones óptimas, sin hospitalización, con mínimas complicaciones y con gran impacto positivo en sus entornos familiares.

En estos casos, la CMA no es una alternativa: es la única vía posible para una atención digna, segura y equitativa. La experiencia analizada reafirma la importancia de diseñar circuitos específicos, con equipos entrenados, para garantizar el acceso a una atención especializada que, de otro modo, sería inaccesible para estos pacientes.

Palabras clave: Cirugía Mayor Ambulatoria, anestesia general, pacientes no colaboradores, discapacidad, odontología hospitalaria.

O-03 INCIDENCIA DE BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL TRAS ANESTESIA GENERAL PARA TRATAMIENTOS BUCODENTALES: ESTUDIO DESCRIPTIVO Y ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS

A. Rodríguez Catalán; M. Hernández Holgado; A. Galán Alcalá; C. Ibáñez Jordá; S. García Hernández; E. Novoa Lago; F. de la Gala García; A. Reyes Fierro
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Determinar la incidencia de bloqueo neuromuscular residual (BNMR) (definido como TOFr < 0,9) de pacientes con discapacidad sometidos a anestesia general para tratamientos bucodentales, junto con el estudio de variables relacionadas.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, prospectivo, no intervencionista, basado en la recogida de datos incluidos en la historia clínica y monitorización en la Unidad de Recuperación Postanestésica de Cirugía Mayor Ambulatoria (URPA-CMA) de la población referida. Para ello, solicitamos la aprobación al Comité Ético de la Investigación con Medicamentos (CEIm) del HGUGM y se facilitó a todos los participantes y Padre/Madre/tutor/representante legal un consentimiento informado en el que se les comunica la posible utilización de los datos personales, garantizándoles la privacidad de la información ahí contenida.

Se incluyeron a pacientes mayores de 18 años con discapacidad intervenidos de tratamientos bucodentales bajo anestesia general en nuestro servicio en régimen CMA.

Como criterios de exclusión: los que rechacen la participación en el estudio y pacientes con enfermedades neuromusculares que puedan interferir con la evaluación del objetivo principal.

Recogimos datos demográficos, premedicación, tipo de técnica anestésica y dosis de fármacos utilizados y de monitorización intraoperatoria (todo ello a elección del médico anestesiólogo responsable en cada caso y desconocedor del estudio). Para la evaluación del BNMR, se midió el TOF con el monitor VISION DUO. Se escogió este dispositivo por tratarse de un método no invasivo, indoloro, sencillo de utilizar y validado.

Resultados: Partimos de una n de 180 pacientes, de los cuales uno rechazó la colaboración en el estudio y dos fueron excluidos (uno por presentar displasia fibromuscular y otro por realizarse bajo sedación). Tuvimos 4 pérdidas de seguimiento por no disponer de sus datos en URPA, quedando excluidos del análisis principal, y por tanto una n final de 173.

La mediana de edad fue de 31 años (RIC: 25-44), de los cuales 103 (59,5 %) eran hombres y 70 mujeres (40,5 %). El 82,1 % presentaban un grado de discapacidad (GD) grave, definido como un GD del 50-95 %, y un 6,9 % una discapacidad total (96-100 %). Solo un 5,2 % tenía una discapacidad moderada, y ningún caso de discapacidad nula o leve. Se desconocía el GD en 10 pacientes. El 53,3 % (94) de los pacientes era ASA III, el 43,9 % (76) ASA II, el 1,2 % (2) ASA IV, y solo un caso de ASA I. El 28,3 % de los pacientes presentaba alguna comorbilidad, siendo las más frecuentes: obesidad (IMC > 30), 32 pacientes y apnea obstructiva del sueño, 7 pacientes. El 48,6 % tomaban antipsicóticos, el 37 % antiepilépticos, el 19,1 % benzodiazepinas, y el 31,2 % una combinación de ellos.

Fue preciso premedicar a 34 pacientes, siendo el fármaco más utilizado midazolam (94,12 %, 31 pacientes). Las vías de administración más frecuentes fueron i.v. (54,5 %) y oral (42,4 %). La alternativa para premedicación en URPA-CMA fue la ketamina i.m.

Se optó por anestesia inhalatoria en el 56,1 %. En todos los pacientes se utilizó rocuronio como relajante neuromuscular. La dosis ajustada al peso fue de una mediana de 0,57 mg/kg (RIC: 0,44-0,69). Durante la intervención, 9 pacientes precisaron de repetición de dosis. Se realizó monitorización muscular intraoperatoria en únicamente 43 pacientes (24,9 %). Pese a ello, se empleó sugammadex como reversor en 107 pacientes.

La incidencia global de BNMR (TOF < 0,9) fue de 13,87 % (24). Aquellos que sufrieron bloqueo residual en URPA, fueron revertidos con una dosis adicional de sugammadex a 2 mg/kg. Ni el sexo, edad, GD, el tratamiento habitual, el tipo de anestesia administrada, la administración de sugammadex ni la temperatura se asociaron significativamente con la aparición de BNMR. Existió una tendencia a la asociación entre la premedicación con midazolam y el BNMR, no significativa aunque podría resultar clínicamente relevante (riesgo relativo [RR] 2,29, IC 95 %: 1,08-4,87, $p = 0,067$). Además, los pacientes monitorizados intraoperatoriamente tuvieron un 57 % menos riesgo de presentar BNMR en comparación con los no monitorizados (RR 0,43, IC 95 %: 0,14-1,38). Sin embargo, la diferencia no alcanzó significación estadística ($p = 0,20$). Si se observó que los pacientes que habían recibido una repetición de dosis de relajante tuvieron un riesgo 3,6 veces mayor de presentar BNMR (RR 3,64, IC 95 % 1,58-8,42, $p = 0,026$, $\text{Chi}^2 = 4,97$).

Conclusiones: La falta de mejoría aparente con la monitorización y reversión ya se ha descrito en la literatura. Como en otros estudios, la ausencia de acuerdos de práctica clínica concretos, puede haber llevado a un uso inadecuado que puede ser responsable del limitado efecto beneficioso sobre el resultado. Ello refuerza la necesidad de una metodología sistemática y adecuada. La recurarización podría explicar algunos casos de reversión efectiva en quirófano con BNMR posterior.

Palabras clave: Discapacidad, bloqueo neuromuscular residual, anestesia general, monitorización.

O-04 SIMPATECTOMÍA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA COMO TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Rodríguez Catalán; P. Serrano Hernando; A. Palacios Berueco; A. López Álvaro; I. Garutti Martínez; F. de la Gala García; C. Simón Adiego; A. Reyes Fierro
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Describir la experiencia en la simpatectomía torácica en un hospital de tercer nivel tras la implementación de un protocolo anestésico en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Métodos: Estudiamos a pacientes sometidos a simpatectomía torácica en nuestro centro durante dos años (2023-2025). Se elaboró un protocolo asistencial de CMA por parte del servicio de Anestesiología y Reanimación junto con Cirugía Torácica. Los pacientes debían ser ASA I o II y disponer de un adulto responsable para el cuidado postoperatorio inmediato. Debían contar con analítica (que incluya hemograma y coagulación), ECG y radiografía de tórax realizada en los 6 meses previos.

Se realizó monitorización intraoperatoria con: frecuencia cardíaca, presión arterial no invasiva, SpO₂, EtCO₂, BIS, bloqueo neuromuscular y T (°C). Como profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO), se administraron dexametasona 8 mg y/o droperidol 0,625 mg según escala de APFEL, dejando ondansetrón 4 mg como tratamiento de rescate en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA)-CMA. Sin profilaxis antibiótica. El hipnótico de mantenimiento quedó a elección del médico responsable. La analgesia se realizó con fentanilo/remifentanilo a demanda y paracetamol 1 g i.v. Se infiltró con anestésico local (mepivacaína 2 % previo a la incisión + bupivacaína 0,5 % con vasoconstrictor (1:200.000) 5 ml/incisión al finalizar el procedimiento).

Se provocó un neumotórax mediante la insuflación CO₂ a presión 8 mmHg y flujo 8 L/min. Al concluir, se retiran los trócares bajo presión positiva mantenida a 30 cmH₂O durante 5 s, con el objetivo de disminuir la cantidad de aire interpleural.

En el postoperatorio se pautó dexketoprofeno 50 mg i.v. y metamizol 2 g i.v., dejando dosis bajas de fentanilo como rescate (evitando morfina y dolantina). Con el paciente recuperado según escala de CHUNG y previo al alta (al menos tras 6 h de estancia en URPA-CMA), se realizó una radiografía de tórax de control para evaluar posibles complicaciones inmediatas, principalmente descartar neumotórax. Como métodos estadísticos, se comprobó la normalidad de los datos con el Test de Shapiro-Wilk y se realizó una prueba t de Student para muestras independientes (ajustada con la corrección de Welch) para la comparación entre grupos CMA y con ingreso hospitalario.

Resultados: De 2023 a 2025 se realizaron 19 simpatectomías toracoscópicas, 15 en régimen de CMA. Todas ellas fueron simpatectomías bilaterales R4 con diagnóstico de hiperhidrosis focal primaria. De los 15 pacientes, 10 (66,67 %) eran mujeres y 5 (33,33 %) hombres, con una edad media de 29,47 ± DE 9,1 años. El 53,33 % de los pacientes eran ASA I. Según la escala de Severidad de la Enfermedad de Hiperhidrosis (HDSS), todos presentaban afectación palmar HDSS > 3. El 93,3 % (14) había seguido algún tratamiento previo. Se cumplió el protocolo anestésico en todos los casos. La duración media de la intervención fue de 56,20 min (DE 20,23 minutos), con una estancia media

en URPA-CMA de 12,10 h (DE 8,05 h). Se excluyó del análisis principal un caso de CMA por presentar un neumotórax derecho con necesidad de colocación de tubo de drenaje que motivó un ingreso de 4 días, distorsionando significativamente la media. En el grupo no CMA (4 casos), se observó una estancia hospitalaria de 20,10 h (DE 3,27 h). Se comparó la estancia hospitalaria entre ambos, obteniéndose una estancia significativamente más larga en el grupo de hospitalización ($t = -2,87$ h, $p = 0,013$). Cinco pacientes presentaron complicaciones postoperatorias inmediatas: 1 paciente con NVPO y 4 pacientes neumotórax detectados en la radiografía de control. De los casos de neumotórax, dos se resolvieron en un control radiológico posterior, requiriendo tan solo pernoctar en la Unidad. Existieron dos fracasos de ambulatorización con necesidad de ingreso hasta la resolución del cuadro (uno ya descrito con ingreso de 4 días y otro con alta al día siguiente). En revisiones posteriores, el 53,3% refirieron hiperhidrosis compensatoria, en ningún caso invalidante. Se detectaron dos casos de hiperhidrosis recidivante pendientes de nueva intervención.

Conclusiones: La simpatectomía toracoscópica realizada en régimen ambulatorio es una práctica válida y eficaz si se establecen protocolos asistenciales, beneficiándose de un alta precoz y garantizando la seguridad del paciente. De esta forma, reducimos la estancia hospitalaria de manera significativa, especialmente favorable para el perfil de pacientes que se someten a esta intervención (jóvenes, ASA I-II). Con la implementación del protocolo anestésico, se detectaron complicaciones inmediatas en URPA (neumotórax y NVPO), todas manejables dentro del entorno ambulatorio o con estancia hospitalaria breve. Sólo existió un caso de ingreso prolongado, sin complicaciones graves a largo plazo. La satisfacción global fue buena, con sólo dos casos recidiva.

Palabras clave: Simpatectomía torácica, cirugía mayor ambulatoria, anestesia ambulatoria, hiperhidrosis.

O-05 EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE FAMILIARES DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL TRATADOS EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

P. Serrano Hernando; M. Hernández Holgado; C. Sangil Frigoli; C. García López; E. Novoa Lago; M. Zaballós García; A. Gallo Carrasco; A. Reyes Fierro
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Las personas con discapacidad intelectual, pueden tener una pobre salud dental debido a una escasa higiene dental, así como una alta predisposición para las enfermedades orales, además asocian en muchas ocasiones polimedicación que puede agravar la patología bucodental. En nuestra unidad, se lleva a cabo el tratamiento bajo anestesia general de estos pacientes por parte del Servicio de Estomatología y Odontología. Estas intervenciones someten a los pacientes y acompañantes a una situación difícil porque fuera de su medio habitual, sufren y están angustiados. El ambiente hostil, repleto de estímulos y de gente extraña, les genera temor y ansiedad. Concienciarnos de la repercusión psicológica que supone esto, nos obliga a plantearnos un enfoque integral de los cuidados. Una herramienta efectiva para la mejora son las encuestas de satisfacción, pero este tipo de encuestas en papel, son difíciles de rellenar para los acompañantes el día de la intervención. Por este motivo, la realización de una encuesta por vía SMS al día siguiente, puede ser una solución ideal. La familia más relajada en su domicilio, puede rellenar la encuesta. Con los resultados obtenidos se debe realizar una reflexión crítica sobre la atención ofrecida, desarrollando áreas de mejora.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en un periodo de 1 año.

Participantes: familiares o acompañantes de los pacientes con discapacidad intelectual a los que se les envió por vía SMS una encuesta de satisfacción, al móvil de contacto que figuraba en la historia clínica de los pacientes. La encuesta se basa en la metodología RateNow Health-Track®.

Las variables estudiadas y medidas por escalas de Likert son las siguientes son: edad y sexo del encuestado, grado de satisfacción, probabilidad de recomendación a otros familiares y amigos, satisfacción con el tiempo entre que le indicaron la intervención y la fecha de realización, satisfacción con el tiempo en la sala de espera antes de la intervención, satisfacción con la información previa y posterior a la intervención, satisfacción con el manejo y tratamiento del dolor, trato y amabilidad del personal y aspectos del entorno que deberíamos mejorar.

Existe parte de texto libre para quejas o sugerencias. Las variables cualitativas se expresan en porcentajes mediante tablas. Podemos tener un sesgo de no respuesta, al no rellenar la encuesta el 100 % de los encuestados.

Resultados: Se realizó la encuesta a 112 personas. El 41,63 % de los familiares respondieron a la encuesta.

El perfil demográfico de los acompañantes, familiares o tutores de los pacientes que contestaron la encuesta SMS fue mayoritariamente mujeres de 50 a 69 años.

El grado de satisfacción fue del 98,3 % y el net promoter score (NPS), índice que muestra el grado de recomendación de nuestra unidad a otras personas es de 92,9. Además, se

realizó otra pregunta: ¿cuál de los siguientes aspectos del entorno cree que deberíamos mejorar? El 63,2 % no cambiaría nada. Un 12 % mejoraría la señalización y un 9,4 % el acceso. Un 6,8 % solicitan mayor intimidad y un 2,5 % un menor nivel de ruido.

La medida de la satisfacción de los pacientes y de sus familiares es un instrumento cuyo valor va en aumento hasta constituirse en la actualidad en pieza angular de la medida de la calidad asistencial. La metodología health-track nos posibilita llevar a cabo una encuesta personalizada, entender el motivo de insatisfacción, medir el Net Promoter Score y contactar con los detractores para invertir su experiencia.

Analizando las respuestas de los cuestionarios, casi todas las variables obtienen puntuaciones por encima del 90 %. En cuanto a la valoración del tratamiento del dolor esta pregunta la contestan solo 65 de los 112 encuestados, probablemente por ser los familiares o acompañantes los que responden y no los pacientes. El 100 % de los familiares o acompañantes valoran positivamente el trato y la amabilidad del personal que le ha atendido. Asimismo, el número de quejas/reclamaciones (3 %) no ha sido elevado, dado el número de pacientes atendidos. En relación con la confortabilidad, las valoraciones fueron positivas mayoritariamente y las negativas hacen referencia a la señalización o la accesibilidad. Las sugerencias de mejora van en la línea de reducir los tiempos hasta ser intervenidos y en sala de espera, mejorar los vestuarios y mejorar la accesibilidad a un taxi cuando se sale de la unidad.

Conclusiones: Tendremos en cuenta las quejas y sugerencias de mejora para establecer acciones de mejora y veremos si el análisis de las encuestas a través del health-tracking aportan un valor real en nuestra mejora de la calidad asistencial monitorizando el impacto de las medidas implantadas.

Palabras clave: Encuesta, satisfacción, discapacidad, intelectual.

O-06 DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL QUE RECIBIERON TRATAMIENTO BUCODENTAL BAJO ANESTESIA GENERAL EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA, INCLUYENDO EL ESTUDIO DE SUS COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS

D. Cervera García; A. Rodríguez Catalán; C. Ibáñez Jordá; E. Arroyo Iglesias; E. Novoa Lago; S. García Hernández; M. Zaballos García; A. Reyes Fierro
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos:

- Analizar las características de los pacientes con discapacidad sometidos a cirugía bucodental por estomatólogos en el circuito de cirugía mayor ambulatoria (CMA) de nuestro centro.
- Identificar las complicaciones postoperatorias inmediatas más comunes y la tasa de fracaso de la ambulatorización como indicadores de calidad del servicio de Anestesiología y Reanimación.
- Determinar la duración media de la cirugía y la estancia hospitalaria en este tipo de intervenciones.

Métodos: Estudio unicéntrico, prospectivo y observacional realizado en nuestro Hospital, centro de referencia para pacientes adultos no colaboradores con discapacidad intelectual que requieren tratamiento bucodental bajo anestesia general debido a la alta prevalencia de problemas dentales (caries, infecciones, odontalgias, pérdidas dentales, enfermedad periodontal) y la falta de cooperación en este tipo de pacientes.

Se recopilaron datos demográficos e información de la historia clínica de estos pacientes durante su estancia en la Unidad de Recuperación Postanestésica de Cirugía Mayor Ambulatoria (URPA-CMA). El estudio contó con la aprobación del Comité Ético de Investigación con Medicamentos (CEIm) y se obtuvo el consentimiento informado de familiares/tutores/representantes legales. Adicionalmente, se realizó un seguimiento telefónico a las 24 horas para detectar complicaciones a corto plazo.

La muestra incluyó a pacientes mayores de 18 años con algún grado de discapacidad intelectual intervenidos de tratamiento bucodental bajo anestesia general en nuestro centro, en régimen de CMA. Los criterios de exclusión fueron el rechazo a la participación en el estudio y la presencia de enfermedades neuromusculares, al formar parte esta cohorte de pacientes de otro estudio relacionado sobre bloqueo neuromuscular residual en anestesia general.

Conclusiones: Se recogieron datos de un total de 178 pacientes, con una edad media de 31 años (IQR 25-44 años) y de los cuales un 40 % eran mujeres. El 55,4 % de los pacientes fueron clasificados como ASA III, y el 42,9 % como ASA II. Únicamente 1 y 2 pacientes obtuvieron las clasificaciones ASA I y ASA IV, respectivamente. De los pacientes estudiados, el 82,6 % (147) presentaba un grado de discapacidad intelectual (DI) grave (50-95 %), seguido por un 6,7 % (12) con DI total (96-100 %). Un 5 % (9) de los pacientes mostraba un grado moderado de DI (25-45 %). La etiología de la discapacidad intelectual (DI) se distribuyó de la siguiente manera: autismo (30 casos), hipoxia perinatal y síndrome de Down (15 casos cada uno), epilepsia (7 casos) y otras causas menos frecuentes. En

38 pacientes no se identificó la causa de la discapacidad. El 69 % de los pacientes no presentaba comorbilidades adicionales. Entre el resto, las más comunes fueron obesidad (IMC > 30) en un 16,5 %, apnea obstructiva del sueño (3,7 %), enfermedad renal crónica (2,6 %) y diabetes mellitus (1,6 %), junto con otras menos frecuentes.

Durante su estancia en URPA-CMA, un total de 7 pacientes (3,9 % de la cohorte) experimentaron al menos una complicación:

- Tres casos de hipoxemia (definida como $SpO_2 \leq 90\%$ durante más de 15 segundos), de los cuales uno de ellos requirió reversión de opioides con naloxona.
- Un caso de coma hipericápnic con necesidad de inicio de soporte ventilatorio a través de cánulas nasales de alto flujo (Optiflow™).
- Un caso de edema pulmonar “ex-vacuo” por presión intratorácica negativa mantenida.
- Una crisis epiléptica autolimitada.
- Un caso de epistaxis, probablemente relacionada con la intubación nasotraqueal, que se resolvió mediante la aplicación tópica de ácido tranexámico.

Solo hubo un único caso de fracaso de la ambulatorización, del paciente con el edema pulmonar exvacuo. El resto de las complicaciones descritas no condicionaron una mayor estancia hospitalaria u otras complicaciones más allá del periodo perioperatorio.

El tiempo quirúrgico medio fue de 55 minutos (IQR 45-75), mientras que la estancia media en URPA-CMA se situó en 113,55 minutos (IQR 86,5-165).

El 43,8 % de los pacientes (78) atendieron a la llamada de control a las 24 horas. No se registraron visitas a urgencias ni reingresos. El dolor fue leve (62,8 %) o inexistente (37,2 %), siendo la analgesia prescrita efectiva en todos los casos. Se observaron 3 casos de sangrado leve y autolimitado, y no se registraron infecciones asociadas a la intervención bucodental (hubo un caso de fiebre secundaria a proceso viral intercurrente). La dieta fue tolerada completamente por todos los pacientes.

Este estudio se centra en un grupo específico de pacientes con discapacidad grave (principalmente ASA III y relativamente jóvenes, con una edad media de 31 años) que fueron sometidos a tratamientos bucodentales bajo anestesia general. A pesar de su discapacidad, la mayoría no presentaba otras comorbilidades relevantes, siendo la obesidad la más frecuente. Las complicaciones perioperatorias fueron poco comunes (3,9 %), y la evolución postoperatoria inmediata (primeras 24 horas) se consideró favorable. Los resultados de este análisis profundizan en el conocimiento de las características y la evolución perioperatoria de estos pacientes, demostrando la seguridad de su manejo en un

centro especializado con personal cualificado. El elevado éxito de la ambulatorización, con una tasa mínima de fracaso, respalda la eficacia del circuito de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) para esta población.

Palabras clave: Discapacidad intelectual, tratamiento bucodental, anestesia general, complicaciones perioperatorias, comorbilidades.

O-07 LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON BLOQUEO EN EL DOMICILIO SE REFUERZA CON INFORMACIÓN ADAPTADA AL NIVEL CULTURAL

A. García López; K. Renate Peláez Melo; A. Moya Sánchez; L. Muñoz Corsini; A. Martínez Serrano; M. J. Puerta Ordóñez; L. Barajas Cava; M. Pérez Ochando
Hospital de Guadalajara

Objetivos:

- Confirmar la seguridad del paciente intervenido en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) y dado de alta a domicilio con un bloqueo nervioso analgésico residual.
- Evaluar la duración y eficacia del bloqueo nervioso.
- Evaluar la presencia de dolor irruptivo y otros probables eventos no deseados.

Métodos: Diseñamos un estudio prospectivo, observacional y descriptivo en 44 pacientes intervenidos de cirugías traumatológicas en régimen CMA bajo bloqueo analgésico locorreional, en los meses de marzo y abril de 2025, realizados en el Hospital Universitario de Guadalajara. Se excluyeron aquellos pacientes en los que se aplicó otra técnica anestésica y/o requirieron hospitalización. Tras revisión bibliográfica, diseñamos una hoja de recomendaciones sobre precauciones al alta a domicilio con bloqueo analgésico residual. Antes de ponerla en marcha, el documento fue difundido entre personas no sanitarias de nuestro entorno de diferentes rangos de edad y nivel cultural siguiendo el método de diseño “design thinking”. Con las modificaciones sugeridas más populares, diseñamos el documento final.

El anestesiólogo del quirófano aplicó la técnica anestésica sin conocer el estudio. A la llegada del paciente a la CMA, la enfermería anotaba la aplicación o no de bloqueo y en caso afirmativo le explicaba la hoja de recomendaciones postoperatorias sobre el bloqueo junto al protocolo habitual de analgesia vía oral domiciliaria de la unidad.

Los datos recogidos vía telefónica a las 24 horas y al 7.º día al alta de CMA fueron los siguientes: intervención quirúrgica realizada, tipo y duración de bloqueo locorreional

realizado, analgesia subjetiva mediante la escala unidimensional verbal simple considerando adecuado “leve” o “no dolor”, interrupción de descanso nocturno por dolor, seguimiento de analgesia oral recomendada y/o necesidad de medicación complementaria, complicaciones derivadas de nuestra técnica así como el grado de satisfacción del paciente con la información recibida sobre la técnica anestésica, informe de alta en CMA y trato recibido en su estancia en la unidad. El análisis estadístico se realizó con Stata SE v.12.

Resultados: Conformamos un documento informativo definiendo que era un bloqueo y quien lo había realizado, qué sensaciones son normales, tipo de actividades permitidas y prohibidas, tratamiento del dolor coadyuvante y signos de alarma para acudir a urgencias.

El bloqueo anestésico más utilizado fue el mediano y cubital (34,1 %), seguido de axilar (27,3 %), bloqueo periférico digital (25 %) y poplíteo (13,6 %). La duración media (horas) de la analgesia postoperatoria fue de 6,6 con bloqueo mediano y cubital; 16,5 con bloqueo axilar; 14,5 con bloqueo digital y 19,7 con bloqueo poplíteo. El control del dolor adecuado con bloqueo mediano y cubital se produjo en un 93,3 %, en 83,3 % del bloqueo poplíteo, un 81,8% en bloqueo digital y 58,3% con el axilar quizá por la naturaleza de las cirugías en este bloqueo.

El resto de los pacientes sufrieron “dolor moderado” (41,7 % de los bloqueos axilares) pero ningún paciente refirió “dolor severo”.

Todos los pacientes entendieron y siguieron la analgesia oral incluso durante el bloqueo. A pesar de ello, 5 pacientes presentaron dolor disruptivo. Las cirugías con más dolor manifiesto a pesar del bloqueo y la analgesia oral fueron liberación cubital, rizartrosis y EMO fx de tobillo. No se observó ninguna complicación derivada de los procedimientos anestésicos realizados, así como ninguna visita a servicios de urgencias derivados del mal control del dolor. La información aportada sobre las recomendaciones domiciliarias fue catalogada como “excelente” en un 25% y “correcta” el 75 % restante. Nadie la consideró “confusa” o “muy confusa”. Asimismo, la satisfacción global de la estancia en CMA fue de “muy satisfecho” en un 19 % y “satisfecho” el 81 % restante.

Conclusiones:

1. La técnica utilizada para adaptar la información a todos los pacientes fue exitosa con un nivel muy alto de satisfacción global con la CMA.
2. Es seguro el alta domiciliaria en pacientes con bloqueo nervioso residual si acompañamos de una adecuada información ajustada a un lenguaje y nivel cultural medio.

3. No se observó ninguna complicación derivada de los procedimientos anestésicos realizados, y ninguno de los pacientes tuvo que acudir a servicios de urgencias debido a un mal control del dolor. Esto apoya el objetivo de confirmar la seguridad del paciente en esta situación.

Palabras clave: Bloqueo periférico, CMA, analgesia domiciliaria, información médica, seguridad del paciente.

CIRUGÍA

O-08 P-29 IMPORTANCIA DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN LA GESTIÓN DE UNA UNIDAD DE CMA

A. García Monferrer; E. García Torralbo; E. Bombuy Giménez; D. Neira Cedrón; M. Serra Prat; E. Palomera Fanegas; J. Valls Soler; L. Hidalgo Grau
CSDM

Objetivos: En España, desde mediados de los años 90 del pasado siglo, la CMA se ha extendido de forma progresiva. Se ha incrementado la cartera de servicios de las unidades y el porcentaje de procedimientos que se efectúan a través de las mismas (47 %). Sin embargo, este desarrollo no ha alcanzado las cifras de otros países de nuestro entorno. Evidentemente, con el devenir de los años hemos incrementado nuestra Cartera de Servicios y la complejidad de los procedimientos que incluye.

El objetivo del presente estudio es valorar la evolución de nuestra capacidad de ambulatorización conjuntamente con el incremento de complejidad y el grado de satisfacción de los pacientes.

Métodos: Hemos realizado un estudio de monitorización de tasas de ambulatorización y de indicadores de calidad asistencial, con evaluaciones anuales (estudio observacional retrospectivo), del año 1994 al 2022. El Hospital de Mataró (HM) es un Hospital General de Referencia del Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Catalunya (SISCAT). Su área de influencia asistencial ha evolucionado desde estar por debajo de los 200.000 habitantes en 1994, a 217.934 en 2004 hasta alcanzar 276.729 habitantes en la actualidad. Nuestra Unidad de CMA es de tipo integrado.

Para la adecuación a las Normas UNE EN ISO, que es nuestro Sistema de Gestión de la Calidad, dividimos el Proceso General de nuestra UCMA en 5 Subprocesos. Cada Subproceso tiene una Ficha y un Mapa de Proceso.

Cada Subproceso, y también el proceso General, tienen adjuntados algunos de los mencionados indicadores de forma específica, con un objetivo anual. Se realiza un seguimiento mensual de los indicadores, aplicando las acciones correctivas necesarias si se pone de manifiesto algún tipo de desviación en la evolución de los mismos. La Tabla I muestra los subprocesos, los indicadores y los objetivos. Consideramos para estudio los siguientes indicadores: Número de intervenciones por año llevadas a cabo en la UCMA por año y los porcentajes de ambulatorización, desprogramaciones, suspensiones, tiempo de espera preoperatorio mayor de 120 minutos en la UCMA antes de entrar en el bloque quirúrgico, tiempo de espera postoperatorio mayor de 120 minutos tras el alta de la Unidad de Reanimación Postquirúrgica hasta llegar de nuevo a la Unidad de Readaptación al Medio de la UCMA, ingresos, dolor postoperatorio medido mediante Escala Analógica Visual > 3, visitas no programadas, reingresos y satisfacción de los pacientes (encuesta de satisfacción de los pacientes). Los indicadores se fueron introduciendo progresivamente desde 1994 hasta 2022.

Por ser el Servicio con mayor número de intervenciones en la UCMA, hemos considerado también el porcentaje de pacientes intervenidos por el servicio de oftalmología con respecto al total. También hemos considerado las cifras de ambulatorización de los 3 servicios clínicos con mayor actividad en la UCMA, Oftalmología, Cirugía General y del Aparato Digestivo, y Cirugía Ortopédica y Traumatología. Para valorar la complejidad de los procedimientos del HM según los criterios APR (All Patient Refined) y los GDR (Grupos de diagnóstico relacionados).

Resultados: En 2022 se realizaron 6856 intervenciones en la UCMA. Ambulatorización global: 21,69% (1994) a 72,81% (2022). Desprogramaciones 3,89% (2004) a 15,03% (2022). Suspensiones 0,51% (2004) a 5,32% (2022). Tiempo de espera en la UCMA 4,52% (2012) a 2,2% (2022). Tiempo de espera en reanimación 3,07% (2010) a 7,94% (2022). Reintervenciones 0,25% (2003) a 0,22% (2022). Ingresos 2,31% (1994) a 3,89% (2022). Dolor 5,15% (2003) a 8,79% (2022). Visitas no programadas 2,77% (2003) a 2% (2022). Reingresos 0,26% (1994) a 3,89% (2022). Satisfacción de los pacientes 89,83% (2002) a 82% (2022).

Porcentaje de procedimientos de Oftalmología 15,4% (1994) a 39,36% (2022). Ambulatorización de Oftalmología 21,22% (1994) a 99,85% (2022). Ambulatorización de Cirugía General 24,28% (1994) a 69,23% (2022). Ambulatorización de Cirugía Ortopédica 18,86% (1994) a 69,82% (2022).

El peso medio de la complejidad del HM aumenta de 0,66 a 0,99 de 2013 a 2022, con progresivo aumento de la tasa de ambulatorización global.

Como conclusiones, hemos conseguido una alta ambulatorización progresiva incrementando al mismo tiempo la complejidad, más teniendo en cuenta que los procedimientos oftalmológicos representan un tercio de la actividad. El incremento de las suspensiones y, sobre todo, las desprogramaciones se relacionan con el tipo de unidad. Hemos tenido un incremento del porcentaje de dolor, que probablemente se relaciona con el incremento de la complejidad de los procedimientos, tal como sucede con los ingresos y los reingresos. Intentamos mejorar los indicadores con mecanismos correctivos. La satisfacción de los pacientes es alta.

Palabras clave: UCIS, gestión, indicadores, calidad, evolución.

O-09 CIRUGÍA COLORRECTAL EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO CCR-HOME

A. García Monferrer; E. García Torralbo; M. del Bas Rubia; P. Clos Ferrero; E. Bombuy Giménez; L. Hidalgo Grau; O. Estrada Ferrer
CSDM

Objetivos: La cirugía colorrectal ha experimentado una notable evolución en las últimas décadas, gracias al desarrollo de la laparoscopia y la implementación de protocolos multimodales como el ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), que han permitido reducir las complicaciones postoperatorias y acortar la estancia hospitalaria. Sin embargo, la cirugía colorrectal ambulatoria aún es una práctica poco extendida, debido a la complejidad inherente a este tipo de procedimientos. En este contexto, el protocolo CCR-HOME nace como una iniciativa innovadora que permite realizar cirugía colorrectal laparoscópica electiva con seguimiento postoperatorio en régimen de hospitalización a domicilio (HAD), manteniendo elevados estándares de seguridad y calidad asistencial.

El objetivo es diseñar e implementar un itinerario clínico estructurado para pacientes intervenidos de cirugía colorrectal laparoscópica, que permita una alta precoz y seguimiento en régimen de hospitalización a domicilio, garantizando seguridad, eficiencia y satisfacción del paciente.

Métodos: Se trata de un protocolo institucional dirigido a pacientes seleccionados con criterios de bajo riesgo (edad ≤ 80 años, CR-POSSUM bajo, ASA I-II, autonomía funcional, soporte domiciliario adecuado, comprensión del proceso). Se excluyen pacientes con cirugía urgente, comorbilidad grave, inmunosupresión o carencia de red de apoyo.

La intervención se realiza por laparoscopia y la anestesia se adapta según el paciente. Tras una recuperación inicial de 6-8 horas en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI), se efectúa el alta a domicilio con inclusión en el programa de HAD. Durante las primeras 72 horas se realiza seguimiento clínico y analítico protocolizado (control del dolor, tolerancia oral, tránsito intestinal, constantes vitales y PCR). Se establece como criterio de alta definitiva una PCR < 14 mg/L. Se definen indicadores de calidad como: tasa de complicaciones (según clasificación Clavien-Dindo), reingresos hospitalarios, prolongación del HAD y satisfacción del paciente.

Conclusiones: Aunque en fase inicial de implementación, se espera que el protocolo permita reducir significativamente la estancia hospitalaria, sin incremento de complicaciones mayores ni reingresos. Los objetivos son mantener una tasa de complicaciones mayores (Clavien-Dindo \geq III) inferior al 5 % y una tasa de reingresos inferior al 15 %. Asimismo, se prevé un menor uso de opioides, mayor satisfacción del paciente y optimización del uso de camas hospitalarias. La monitorización domiciliaria activa permitirá una detección precoz de complicaciones y una respuesta ágil ante cualquier incidencia.

CCR-HOME es una propuesta innovadora, segura y centrada en el paciente, que permite realizar cirugía colorrectal en régimen ambulatorio con soporte domiciliario estructurado. La selección adecuada de pacientes, la estandarización de procesos y el uso de biomarcadores como la PCR, permiten garantizar resultados clínicos comparables a la hospitalización convencional. Este modelo representa un paso adelante hacia una atención quirúrgica más eficiente, humanizada y sostenible.

Palabras clave: UCIS, CCR, HAD, protocolo, innovador.

O-10 P-44 CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN URGENCIAS EN PATOLOGÍA PROCTOLÓGICA: FACTIBILIDAD, AHORRO ECONÓMICO Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

M. Suárez-Alonso; M. A. Nieves Vázquez; M. E. Bernal Sánchez; G. Castillo Ruiz; C. G. Ferreira Pontes; D. A. Romero Triana; E. Rojo Villardón; J. A. Carrillo Peña

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Objetivos: Evaluar la factibilidad y los resultados del manejo quirúrgico urgente sin ingreso hospitalario (CMA) en pacientes con patología anal aguda, analizando la proporción

de altas precoces, características de los pacientes, factores limitantes para su implementación y el impacto económico asociado.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel, incluyendo a todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma urgente por patología anal durante un periodo de 486 días, predominando los abscesos perianales. Se seleccionaron 192 pacientes tras excluir aquellos con ingreso por diagnósticos previos de otra patología, ingresos en otros servicios y casos de patología anal compleja que requirieron múltiples intervenciones durante el mismo ingreso; a su vez se seleccionaron aquellos pacientes con patología anal con indicación de intervención quirúrgica urgente que acuden desde el Servicio de Urgencias. Se analizaron tipo de intervención, régimen de ingreso, duración de la hospitalización, motivos de ingreso prolongado.

Resultados: De los 192 pacientes incluidos, 110 (57,9 %) fueron dados de alta el mismo día de la intervención, cumpliendo criterios de CMA; 59 pacientes (30,7 %) requirieron un día de hospitalización y 23 (12 %) permanecieron ingresados más de un día. La edad media de los pacientes que siguieron un régimen de CMA fue de 43,1 años. Entre los pacientes con ingreso de un día, se identificó que muchos no presentaron complicaciones postquirúrgicas y podrían haber sido dados de alta precozmente. Las razones más frecuentes para prolongar la estancia incluyeron el temor de los pacientes al dolor postoperatorio o a complicaciones, abscesos de gran tamaño, pacientes de > 65 años y pluripatológicos. En los casos con estancia superior a 24 horas, predominaron pacientes con sepsis o sangrado anal postquirúrgico. En términos económicos, se estima que la CMA podría representar un ahorro medio de entre el 25% y el 68% respecto a la cirugía convencional con ingreso hospitalario.

Conclusiones: El presente estudio muestra que más de la mitad de las cirugías urgentes por patología anal podrían ser abordadas mediante un modelo de CMA, sin comprometer la seguridad del paciente. Consideramos que existe margen de mejora para aumentar la proporción de altas precoces, mediante una adecuada selección de casos y reforzando la información al paciente respecto a los beneficios y seguridad del alta temprana. La implementación sistemática de un protocolo de CMA en el contexto de urgencias podría conllevar una mejora en la eficiencia asistencial, reducción de costes hospitalarios y mayor satisfacción del paciente. Se destaca la necesidad de estudios prospectivos y guías clínicas específicas para protocolizar esta práctica.

Palabras clave: CMA, proctología, alta, precoz.

O-11 FACTORES CONDICIONANTES EN LA AMBULATORIZACIÓN DE PACIENTES ASA III. ¿DÓNDE ESTÁ EL PROBLEMA?

J. Turiño Luque; P. Vilchez Fernández; A. Ron García; J. H. Valdivia Risco; A. Mansilla Roselló; A. Vilchez Rabelo

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Conocer que factores pueden afectar a la ambulatorización de pacientes ASA III en nuestro centro y cuál fue el motivo para no poder ser intervenido en régimen de CMA.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de pacientes intervenidos de pared abdominal desde 2022 a enero 2025 con valoración ASA III en el estudio preoperatorio. Variables registradas en sistema EVEREG y posteriormente analizadas con el programa PSPP estableciéndose la significación estadística para valores de $p < 0,05$.

Resultados: Se intervinieron un total de 454 pacientes. La edad media fue de 68,5 años (DS \pm 12,335). El índice de masa corporal medio fue de 28,39 kg/m² (DS \pm 4,746). Tipo de patología: hernia inguinal 51,5 % (n = 234), hernia primaria línea media 9,6 % (n = 44) y eventración 38,7 % (n = 176). El 35,5 % de los pacientes (n = 161) fueron programados para intervención en régimen ambulatorio:

- Línea media primaria: Ingreso 50 % (n = 22); CMA 50 % (n = 22).
- Eventración: Ingreso 92 % (n = 162); CMA 8 % (n = 14).
- Inguinal: Ingreso 46,6 % (n = 109); CMA 53,4 % (n = 125).

El grado de cumplimiento de la ambulatorización por patología fue: hernias de línea media primaria el 72,7 % de los pacientes no fueron pernocta en el centro hospitalario (n = 12), mientras que en los intervenidos de eventración tan sólo el 21,4 % (n = 3) cumplieron el régimen ambulatorio; finalmente en caso de la hernia inguinal el grado de cumplimiento fue del 58,4 % (n = 73), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,008$).

El índice de sustitución de la hernia de línea media fue del 50 %, mientras que para la eventración fue del 6,2 % y en la hernia inguinal del 35,5 %.

Por patología los factores que afectaron significativamente a la ambulatorización de los pacientes fueron:

1. Línea media primaria:
 - Fumador (n = 22): NO 88,2 % (n = 15) vs. SI 20 % (n = 1) $p = 0,009$.

- Clasificación EHS (n = 44): W1 88,9 % (n = 8); W2 37,5 % (n = 12); W3 66,7 % (n = 2) $p = 0,02$.
2. Eventración:
 - Clasificación EHS (n = 176): W1 7,9 % (n = 7); W2 1 % (n = 12); W3 4,5 % (n = 1) $p < 0,001$.
 - Duración de la cirugía paciente ambulatorizado: SI 48,3 min vs. NO 140,1 min $p < 0,001$.
 3. Hernia inguinal:
 - Tipo de hernia (n = 234): unilateral 40,2 % (n = 66) vs. bilateral 24,3 % (n = 17) $p = 0,019$.
 - Abordaje (solo programados CMA n = 125): Cirugía abierta 63,2 % (n = 67); vs. laparoscopia 31,6 % (n = 6) $p = 0,01$.
 - Otro procedimiento asociado: no 38,4 % (n = 76) sí 19,4 % (n = 7) $p = 0,029$.
 - Duración de la cirugía paciente ambulatorizado: SI 45,5 min vs. NO 60 min $p = 0,001$.

Los resultados de comparar los pacientes que no pernoctaron en el centro por grupos de patología, independientemente del régimen programado:

1. Línea media primaria: no diferencias entre ambos grupos.
2. Eventración:
 - Duración de la cirugía según: CMA 25 min vs. Ingreso 60 min $p = 0,038$.
3. Hernia inguinal:
 - Tipo de hernia: Unilateral 92,4 % (6 %1) vs. Bilateral 70,6 % (n = 12) $p = 0,014$.
 - Duración de la cirugía según: CMA 43,59 min vs. Ingreso 59,5 min $p = 0,049$.

Conclusiones: Los principales condicionantes de la ambulatorización en nuestra serie son el tamaño de la hernia en patología de línea media y la bilateralidad en la inguinal. La duración de la cirugía es un factor limitante en la eventración y en la hernia inguinal.

Palabras clave: ASA III, ambulatorización, factores limitantes.

O-12 COLOCACIÓN DE RESERVORIOS VENOSOS SUBCUTÁNEOS: EXPERIENCIA EN 344 PACIENTES

J. Azaola Verón; E. Tkacikova; G. Martínez de Aragón; L. Reza; M. Elorriaga; M. Gómez; V. Sierra; J. M. Vitores

Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

Objetivos: Desde 1952, cuando se publicó el primer trabajo científico sobre catéteres venosos de acceso central, esta tecnología ha experimentado una notable evolución. En 1982 se describió por primera vez el sistema de acceso venoso permanente con reservorio subcutáneo (SAVP o RVS), marcando un hito en el manejo a largo plazo de pacientes con necesidad de tratamiento intravenoso. El objetivo principal del presente trabajo es presentar la experiencia de nuestro servicio en la colocación de este tipo de dispositivos.

Métodos: Se realiza una revisión de todos los pacientes con colocación de RVS en nuestro centro entre 2017 y 2024, además de la revisión bibliográfica de la literatura publicada al respecto.

Resultados: Se han intervenido un total de 344 pacientes, de los cuales el 72,7 % fueron mujeres y el 27,3 % hombres, con una mediana de edad de 59 años (rango: 19-90). El 99,3 % de los reservorios venosos subcutáneos (RVS) fueron colocados en régimen ambulatorio, y el 99 % de los procedimientos se realizaron bajo anestesia local.

En todos los casos se efectuó control radiológico intraoperatorio para confirmar la correcta colocación del dispositivo, tras profilaxis antibiótica previa. Al finalizar el procedimiento, se realizó una radiografía de tórax para descartar complicaciones precoces.

La vía de acceso principal fue la vena subclavia (97,6 %); en los casos donde esta no fue viable por dificultades técnicas, se optó por la vía yugular. El tiempo medio de colocación fue de 58 minutos (rango: 20-150). El motivo principal de implantación fue la necesidad de tratamiento quimioterápico (92,15 %), siendo la patología mamaria la más prevalente (39,82 %).

Se detectaron complicaciones precoces (< 30 días) en 7 pacientes (2 %), incluyendo neumotórax, punción arterial con formación de hematoma e infección. En 4 casos no fue posible completar la colocación del dispositivo.

Asimismo, se identificaron complicaciones tardías (> 30 días) en 8 pacientes (2,32 %), como rotación del reservorio, extravasación de quimioterapia o necesidad de retirada por infección. La tasa global de retirada del dispositivo durante el seguimiento fue del 3,77 %, siendo la infección tardía la causa más frecuente.

Conclusiones: La colocación de reservorios venosos subcutáneos (RVS) mediante la técnica de Seldinger ha demostrado ser un procedimiento seguro, con una baja tasa de complicaciones, lo que permite su realización en régimen ambulatorio. En nuestro centro, la tasa global de

complicaciones es del 4,3 %, siendo comparable con la reportada en la literatura especializada.

Palabras clave: Reservorio, venoso, subcutáneo.

O-13 LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA CON CITOLOGÍA DEL LAVADO PERITONEAL EN EL ESTADIAJE DEL CÁNCER GÁSTRICO

E. Tkacikova Retkovska; M. Camuera González; D. García López de Goicoechea; G. Martínez de Aragón Remírez de Esparza; L. Reka Mediavilla; J. M. Vítóres López; L. Unibaso Zarragoitia; V. Sierra Esteban
Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

Objetivos: Aproximadamente un 20-30 % de los pacientes con cáncer gástrico en estadio > T1, pueden presentar metástasis peritoneales no objetivadas en el TC abdominal. La laparoscopia diagnóstica con citología del lavado peritoneal forma parte del algoritmo de estadificación de estos pacientes, pudiendo modificar su manejo. Se considera un procedimiento de cirugía mayor, y en nuestro entorno está indicada en lesiones >T2 o con afectación ganglionar (N+), en ausencia de confirmación histológica de metástasis a distancia. Presentamos los datos de las laparoscopias diagnósticas efectuadas en nuestro centro, así como la evolución en el circuito de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Métodos: Estudio retrospectivo que analiza los datos de pacientes sometidos a laparoscopia exploradora y citología del lavado peritoneal entre los años 2019 y 2024 (ambos inclusive). Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, indicación, ingreso el día previo, alta bajo régimen de CMA, hallazgos intraoperatorios, resultado de anatomía patológica, complicaciones y control postoperatorio con Atención Primaria a las 24-48 horas.

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes en el estudio, con una edad media de 65 años (desviación estándar $\pm 7,8$), la mayoría siendo varones (78,8 %). Las indicaciones fueron las siguientes: T3/T4N0 (25,8 %), TxN+ (32,3 %), y T3/T4N+ (41,9 %). Dos pacientes (6,1 %) ingresaron el día anterior a la cirugía. En total, se intervinieron 28 pacientes bajo régimen de CMA, alcanzando un índice de sustitución del 84,8 %. El primer procedimiento en este régimen se realizó en enero de 2020. La estancia media de los pacientes hospitalizados fue de 1,2 días. En cuanto a los hallazgos intraoperatorios: 6 pacientes presentaban adenopatías que fueron biopsiadas (una de ellas positiva para adenocarcinoma), 6 pacientes implantes macroscópicos (en 2 de ellos se

confirmó carcinomatosis) y 2 pacientes mostraban líquido libre. La citología fue negativa en el 100 % de los casos. Los casos de carcinomatosis fueron tratados con quimioterapia paliativa al no cumplir criterios para quimioterapia intraperitoneal hipertérmica.

Se registró una complicación postoperatoria (3 %): evisceración de grasa intraabdominal a través de herida de un trócar que se trató satisfactoriamente con reducción y rafia. En el resto de pacientes no se objetivaron incidencias durante el seguimiento, realizado telefónicamente por el personal de enfermería.

Nuestra experiencia respalda la realización de laparoscopia diagnóstica en régimen de CMA, siendo una técnica segura, con una baja tasa de complicaciones. Una de las claves es la adecuada selección de los pacientes, así como disponer de un protocolo bien definido y conocido por todos los servicios implicados en el proceso.

Palabras clave: Laparoscopia diagnóstica, citología, cáncer gástrico.

ENFERMERÍA

O-14 NEUROMODULADOR DE RAÍCES SACRAS: UNA OPCIÓN TERAPÉUTICA INNOVADORA PARA EL MANEJO DE LA INCONTINENCIA FECAL

Y. Holgado Rincón; M. T. Ferrero Mozo; C. García Sánchez; M. Revilla Cámara
Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

Objetivos: Actualizar los conocimientos de la enfermería de quirófano en el mecanismo de acción y técnica de implantación del NMRS

Métodos: La incontinencia fecal es una patología compleja y multifactorial que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes. Diversos estudios han demostrado que la neuromodulación sacra, mediante la estimulación eléctrica de las raíces nerviosas sacras (usualmente S2-S4), es una opción terapéutica eficaz en aquellos pacientes refractarios a tratamientos convencionales.

Revisión bibliográfica de artículos en inglés y castellano en bases de datos como PubMed, SciELO y Google Académico, desde el año 1993 hasta la actualidad. Revisión de protocolos internos del hospital.

Resultados: Concepto y mecanismo de acción: El neuromodulador de raíces sacras es un dispositivo implantable que

funciona mediante la aplicación de un estímulo eléctrico dirigido al plexo sacro, donde confluyen nervios motores y del sistema nervioso autónomo (simpático y parasimpático). Esta estimulación modula los reflejos defecatorios que controlan la actividad del esfínter anal y del recto, favoreciendo la restauración de la continencia.

Es un tratamiento mínimamente invasivo que se puede realizar bajo anestesia local y sedación y en régimen de cirugía mayor ambulatoria. El tratamiento consta de dos fases: una Fase de Estimulación de Prueba o test en la que el paciente es portador del electrodo de estimulación conectado a un generador externo, durante un periodo aproximado de 3 semanas, para evaluar la eficacia clínica. En caso de que el paciente responda al tratamiento, se pasa a la fase de Estimulación Crónica o definitiva con el implante del generador de impulsos subcutáneo.

Técnica de implantación: Fase de Prueba: Se implanta de forma percutánea un electrodo en el foramen sacro (comúnmente en S3) y se utiliza un generador externo para evaluar la respuesta clínica. Se considera que la prueba es positiva si el paciente experimenta una mejora de al menos el 50 % en los episodios de incontinencia.

1. Posición: Decúbito prono, con las rodillas semiflexionadas y los pies descubiertos y sin apoyarse en la camilla para poder observar la flexión plantar. Nalgas separadas para poder observar el ano.
2. Marcaje: Identificación de la proyección cutánea de los forámenes sacros S3 y S4.
3. Agujas: Introducción de las agujas de estimulación realizando escopia en proyección antero-posterior para identificar que la aguja entra en la parte más medial del foramen sacro.
4. Introducción del electrodo a través de la aguja mediante una guía metálica radiopaca.
5. Tunelización en el subcutáneo y unión al cable de extensión percutánea.

Implantación Definitiva: Con una respuesta positiva, se procede a la colocación definitiva del dispositivo. En este proceso se implanta un generador de impulsos programable a nivel subcutáneo, permitiendo ajustar los parámetros de estimulación para obtener el efecto terapéutico deseado.

Conclusiones: La neuromodulación sacra se consolida como una alternativa terapéutica eficaz en el manejo de la incontinencia fecal, especialmente en pacientes que no responden a tratamientos convencionales. La evidencia disponible respalda que este tratamiento mejora la continencia y, por ende, la calidad de vida de los pacientes. Además, estudios enfocados en poblaciones con defectos del esfínter y en evaluaciones a largo plazo confirman la efectividad y la durabilidad del método.

Palabras clave: Incontinencia fecal, neuroestimulación de raíces sacras, técnica quirúrgica, enfermería, cirugía mayor ambulatoria.

O-15 BARRERAS SOCIALES DE LA CMA, RELACIONADAS CON LA FALTA DE ACOMPAÑANTE, EN LA COMARCA DE BAIX EMPORDÀ

I. C. Cambronero; G. Arnau Bataller; M. P. Hernández Hernando; F. Soler Pérez
Hospital de Palamós, Girona

Objetivos: *Objetivo principal:* estimar la falta de acompañante/cuidador adecuado tras el alta de la CMA.

Objetivos secundarios: 1. Describir los pacientes de la CMA y sus acompañantes adecuados. 2. Analizar los factores asociados a la falta de acompañante adecuado tras el alta de la CMA.

Métodos: Se trata de un estudio prospectivo desde el 23 de septiembre de 2024 hasta el 7 de febrero de 2025. El ámbito de estudio ha sido la Unidad de CMA del Hospital de Palamós y la población estudiada los pacientes intervenidos en régimen ambulatorio de 18 años o más.

Se trata de una muestra de conveniencia, los datos se han recogido a través de encuestas anónimas hetero-administradas y se han registrado en papel y en bases de datos pseudonimizadas en REDcap.

Se ha entregado la hoja de información a los participantes, obteniendo así el consentimiento informado.

Solo se han registrado datos relacionados con el estudio. Se ha realizado con SPSS 26 y el nivel de confianza del 95 %, incluirá frecuencias p-valor asociado al test exacto de Fisher, OR y razón de probabilidades, con intervalo de confianza del 95 %.

El estudio se ha realizado en cumplimiento de la declaración de Helsinki y de acuerdo a la Ley 14/2007 de 3 de julio de investigación biomédica.

El estudio ha sido aprobado por el comité de Ética e Investigación del Hospital de Palamós y por el comité de Ética de Investigación con medicamentos (CEIM) de Girona.

Conclusiones: Los resultados y conclusiones están pendientes de evaluar.

Palabras clave: CMA, requisitos, acompañante adecuado, alta.

O-16 PERSPECTIVA CIUDADANA SOBRE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO

Y. Sánchez Herrera; M. Martín Fernández
Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

Objetivos: Evaluar la percepción y conocimientos de la población general sobre la CMA y analizar sus miedos y preocupaciones.

Métodos: Se realizó un búsqueda bibliográfica de los últimos 5 años con fecha de cierre el 15 de Febrero de 2025 en las bases de datos Pubmed, Cochrane y CINAHL. Los términos de búsqueda fueron “surgery”, “ambulatory surgical procedures”, “surgical procedures, operative”, “major outpatient surgery”, “ambulatory surgery”, “public opinion”, “social perception”, “attitude”, “social belief”, “social consciousness”, “myth”, combinados con los operadores booleanos “OR” y “AND”. Se seleccionaron como criterios de inclusión todos aquellos artículos desarrollados en la Unión Europea que valorase la opinión y experiencia de la población general acerca de la CMA; descartando aquellos que únicamente tuvieran en cuenta la perspectiva de los profesionales sanitarios. La selección de artículos fue realizada siguiendo la metodología PRISMA, obteniendo un total de 592 artículos, de los cuales, 4 eran duplicados, obteniendo una muestra de 588 artículos. Se descartaron 554 artículos por no cumplir los criterios de elegibilidad en un primer cribado (título y resumen), obteniendo una muestra final de 6 artículos que cumplían con los criterios establecidos en el texto completo. A continuación, se realizó un estudio cualitativo mediante una encuesta pública, para explorar el conocimiento y las percepciones de la población general sobre la CMA.

Resultados: La literatura analizada demuestra la necesidad de información fidedigna acerca de la CMA por parte de los sanitarios y una toma de decisiones compartida médico-paciente. La satisfacción de los pacientes se relaciona en gran parte con su experiencia, expectativas, dolor, ansiedad, confianza con el facultativo y seguridad tanto del procedimiento como de la anestesia. Se destaca que este modelo de atención sanitaria reduce tiempos de espera y mejora el acceso de la CMA en determinadas regiones sin aumentar costos.

Respecto al estudio cualitativo, la muestra final fue de 122 personas, el 65,6 % mujeres (n = 80) y el 34,4 % hombres (n = 42). El rango de edades fue dividido en 5 grupos: 18-30 años (38,5 %), 31-40 años (16,4 %), 41-54 años (23,8 %), 55-65 años (13,1 %) y mayores

de 65 años (8,2 %). El 26,2 % de los participantes afirmaron ser sanitarios (n = 32), de estos, el 90,6 % tenía conocimiento sobre la CMA (n = 29), uno de ellos definió incorrectamente el concepto de CMA. El resto no tenía conocimiento alguno al respecto (n = 3). Del 73,8 % restante de la muestra no sanitarios (n = 90), el 62,2 % no conocía este tipo de cirugía (n = 56) y el 37,8 % había oído hablar sobre la CMA (n = 34), sin embargo, la definición de 6 de ellos fue errónea. La encuesta también evaluó, entre otros, la predisposición de los participantes para someterse a una CMA, miedos, preocupaciones y opinión acerca de las ventajas y desventajas de la misma. Respecto a la disposición para someterse a una CMA, el 39,3 % lo haría sin dudarlo (n = 48), el 47,6 % (n = 58) dependiendo del tipo de cirugía, información recibida y control postoperatorio, puesto que creen que quedan desatendidos tras la intervención quirúrgica. Mientras que el 13,1 % (n = 16) no estaría dispuesto a someterse. Por un lado, el estudio destaca que la CMA tiene ventajas como menor tiempo de hospitalización (82 %), recuperación en casa (68,9 %), reducción de costos (59,8 %) y menor riesgo de infección (32 %). Por otro lado, las preocupaciones más mencionadas por los encuestados revelan un menor control médico (63,1 %), riesgo de complicaciones (54,1 %), riesgo de dolor postoperatorio (53,3 %), aumento de estrés en casa (42,6 %) y mayor riesgo de infección (32 %).

Conclusión: La información preoperatoria y la toma de decisiones compartida reduce los miedos y la ansiedad. Los pacientes valoran positivamente un correcto manejo del dolor y una recuperación tranquila en casa. El menor control médico, riesgo de dolor, estrés y complicaciones aún son causas de insatisfacción entre los pacientes. Debido a la demanda de los usuarios de información completa y de calidad por parte de los profesionales sanitarios, resulta imprescindible promover, en un futuro cercano, una educación para la salud integral.

Palabras clave: CMA, opinión, perspectiva, experiencia, Cirugía Mayor Ambulatoria.

O-17 LLAMADA PREQUIRÚRGICA COMO HERRAMIENTA DE SEGURIDAD Y HUMANIZACIÓN EN EL PACIENTE DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

L. Martín Mora; L. Asenjo Calasanz; M. Cortés Fernández; B. Pla Candela; L. Zamora Comino
Hospital Lleuger de Llevant. Tarragona

Objetivos: *Objetivo general:* evaluar la utilidad de la llamada prequirúrgica de enfermería en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (C.M.A) como estrategia para mejorar la seguridad del paciente.

Objetivos específicos:

- Evaluar si la implementación de la llamada prequirúrgica 48 horas antes del ingreso, es efectiva como recurso para reforzar la seguridad en el proceso quirúrgico y proporcionar una atención más humanizada.
- Identificar los beneficios de la llamada prequirúrgica.
- Valorar la importancia de esta práctica en el contexto dinámico de la C.M.A y su impacto en el bienestar del paciente quirúrgico.

Métodos: La llamada prequirúrgica de enfermería es fundamental en el contexto de preparación del paciente para su paso por la unidad de C.M.A. Se ha demostrado que es un recurso clave que no solo mejora la coordinación asistencial, sino que también humaniza el proceso quirúrgico. Ante la necesidad detectada en nuestro servicio de incluir la llamada previa al proceso quirúrgico, decidimos consultar varios protocolos utilizados en otros centros, además de una revisión bibliográfica.

Una vez reunida toda la información, el equipo de enfermería creó un formulario telefónico sencillo que incluyó los puntos clave para recopilar y proporcionar información relevante, identificar riesgos y aclarar dudas sobre el procedimiento quirúrgico al que se enfrentará el paciente.

Para la obtención de resultados se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo de las incidencias detectadas en las llamadas prequirúrgicas registradas entre enero y diciembre de 2024.

De los 405 pacientes que se llamaron, se pudo contactar con 312, a 105 usuarios (33,6 %) se les preguntó su opinión sobre la llamada prequirúrgica mediante un cuestionario Ad hoc durante el ingreso.

Resultados: Los resultados obtenidos en este estudio mostraron que el 100 % de los pacientes afirmaron que se resolvieron sus dudas en la llamada, el 97 % expresó una mayor tranquilidad para afrontar el proceso y al 100 % le gustaría volver a recibir la llamada en intervenciones quirúrgicas futuras.

En relación a las incidencias registradas durante las llamadas preoperatorias, estas se clasificaron en problemáticas sociales y aspectos estrictamente médicos.

Como problemáticas sociales, nos encontramos con: imposibilidad de estar acompañado durante el ingreso en la Unidad de C.M.A y durante las 24 h posteriores a la intervención en el domicilio, dificultad idiomática importante, necesidad de acudir en ambulancia a la unidad, o no

aceptación de la cirugía o de las condiciones de la CMA. En cuanto a los problemas médicos, lo que hemos detectado es: falta de pruebas preoperatorias, procesos infecciosos agudos o pacientes colonizados con microorganismos multirresistentes, pacientes que presentan una alergia al látex no detectada o diabéticos que no están programados los primeros del parte.

También hemos detectado usuarios que toman medicación antiagregante o anticoagulante que no ha sido retirada o que precisan de alguna premedicación preoperatoria que no ha sido administrada.

Conclusiones: Una vez analizados los datos, puede concluirse que la llamada prequirúrgica realizada por el personal de enfermería durante la etapa preoperatoria, mejora la experiencia del paciente en este contexto de vulnerabilidad e incertidumbre; estableciendo una relación paciente-enfermera que permite resolver dudas, mejorar la preparación y aumentar el grado de satisfacción.

El entorno de la CMA, caracterizado por su rapidez, requiere una atención especial a la vulnerabilidad del paciente, que puede sentirse abrumado por el proceso.

La información anticipada no solo ayuda a reducir la ansiedad y a aclarar dudas, sino que también permite identificar y abordar necesidades específicas de cada paciente, permitiendo brindar una atención integral.

Palabras clave: Enfermería, llamada prequirúrgica, seguridad del paciente, humanización.

O-18 OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO PREOPERATORIO EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: IMPACTO DE LA CONSULTA PREANESTÉSICA LIDERADA POR ENFERMERAS DE ANESTESIA

M. Colmenero Hidalgo; M. Reverter Matamoros; J. C. Segurana Mompel; M. M. Eserverri Rovira; I. Pueyo Llena; C. Gómez Mohen; I. Salgado Algaba; C. M. Sanchez Giavay

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos: Describir la actividad de la consulta preanestésica y destacar la importancia de la figura de las Enfermeras de Anestesia en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Desde 2016 nuestro centro cuenta con un equipo de Enfermeras de Anestesia, 22 en la actualidad, con formación de Máster en Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor y capacitación por parte del Instituto Catalán de la Salud.

Diariamente, dos o tres (dependiendo del volumen de trabajo y listas de espera) profesionales desarrollan su actividad en la consulta preanestésica. Se trabaja con protocolos realizados y aprobados por el Servicio de Anestesiología y consensuado con los diferentes equipos quirúrgicos. En cada protocolo se define la necesidad de pruebas complementarias y la retirada de medicación si es requerida. La unidad cuenta con un anestesiólogo de referencia con quién se consultan casos complejos.

Se gestiona un total de cuatro agendas diferentes:

1. Pacientes de Oftalmología: el preoperatorio se realiza de manera telemática revisando antecedentes a partir de la historia clínica. La mayoría de las intervenciones se realizan con anestesia tópica y sedación. En casos de modificación del tratamiento o pacientes ASA III-IV, se realiza una llamada telefónica para valorar su situación. (Algunos de ellos son los que posteriormente se realiza consulta presencial con el anestesiólogo).
2. Resto de especialidades quirúrgicas: incluye cirugías que requieren anestesia general, intradural o sedación. Se contacta a todos los pacientes y se solicitan las pruebas complementarias necesarias.
3. Revisión de pruebas: se revisan las analíticas solicitadas. Los electrocardiogramas (ECG) y otras pruebas complementarias son revisadas por el anestesiólogo de referencia.
4. Preoperatorios presenciales: se citan de manera presencial pacientes complejos, ASA III inestables o ASA IV para una valoración detallada. Dado que las cirugías son sin ingreso, también se evalúa la comprensión del procedimiento, la necesidad de apoyo familiar o cualquier otro requisito para asegurarnos el cumplimiento de los criterios de CMA. La enfermera valora cuales del global de pacientes deben ser evaluados presencialmente por un anestesiólogo programándose un total de 13 pacientes dos veces al mes de forma presencial con este propósito. Los pacientes valorados de manera telemática o telefónica, la evaluación de la vía aérea se realiza el mismo día de la intervención en la sala de pre anestesia, Se cuenta con dispositivos para manejo de vía aérea difícil en la unidad. El consentimiento informado se solicita en las vistas presenciales, verbalmente en las consultas telefónicas y, en los preoperatorios telemáticos, de forma verbal en la llamada 24-48 horas antes de la cirugía que realiza la enfermera de atención al usuario desde la unidad de CMA. El documento para su firma, se entrega el día de la cirugía durante la admisión, permitiendo que los pacientes lo revisen y resuelvan dudas con el anestesiólogo responsable si es necesario.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en que se analizó la actividad de la consulta de preanestesia de la

cirugía mayor ambulatoria liderada por enfermeras, durante el periodo de enero a diciembre de 2024.

La valoración preanestésica constó en un primer momento de una revisión telemática/ llamada telefónica en la que la enfermera revisó la historia clínica del paciente y el tipo de cirugía a la que se sometió para decidir el plan de acción, bajo su criterio y siguiendo los protocolos establecidos la enfermera solicitó las pruebas complementarias necesarias y citó a los pacientes que lo precisan a una consulta presencial previa a la cirugía.

Las variables recogidas de los sistemas informáticos fueron: N.º total de intervenciones, n.º total de preoperatorios y n.º de preoperatorios que correspondían a oftalmología y otras especialidades, n.º de pruebas revisadas, n.º de consultas presenciales y profesional que las realizó. También se hizo un análisis de los datos del número de cirugías anuladas, así como el motivo de dicha cancelación.

Conclusiones: En 2024, la actividad quirúrgica fue de 11.590 intervenciones. Se realizaron 12.228 preoperatorios, en una primera valoración telemática y posteriormente en función de la valoración de la enfermera, algunos pacientes requirieron más de una valoración preoperatoria presencial. De estos:

- 7263 preoperatorios (59,4 %) correspondieron a Oftalmología.
- 4965 preoperatorios (40,6%) a otras especialidades de CMA.
- Se revisaron 1850 analíticas y 180 ECG por parte del anestesiólogo.
- 529 pacientes (4,3%) fueron citados a consulta presencial:
 - 184 valorados por la enfermera de anestesia.
 - 345 valorados por el médico anestesiólogo.

El mismo día de la cirugía se cancelaron 113 intervenciones (0,97 %), debido a causas como:

- INR fuera de rango.
- Indisposición del paciente (fiebre, síntomas respiratorios, malestar general, etc.).
- Falta de material.
- Crisis hipertensivas.
- Alteraciones del ECG no descritas previamente.

El papel de la Enfermera de Anestesia en la realización de preoperatorios en CMA tiene un impacto significativo en la eficiencia del proceso. La implementación de los protocolos asistenciales por parte del equipo de Enfermeras de Anestesia ha conseguido aumentar la eficiencia, reducir las pruebas complementarias solicitadas, individualizándolas a las necesidades reales sin menoscabo en la morbilidad peroperatoria.

La realización de preoperatorios telemáticos y telefónicos ha evitado desplazamientos innecesarios para los pacientes, mejorando su comodidad y optimizando recursos.

La Enfermera de Anestesia ha demostrado la capacidad de detectar pacientes complejos que requieren valoración presencial por parte del médico anesthesiólogo, asegurando una correcta estratificación del riesgo.

Las enfermeras que realizan los preoperatorios son profesionales accesibles y colaboradoras, a quienes consultan médicos, administrativos y otras enfermeras. Su visión enfermera les permite ser cercanas con los pacientes, facilitando la comunicación y generando un ambiente de confianza en la consulta pre anestésica.

Los resultados obtenidos muestran que la realización del preoperatorio por parte de la enfermera de anestesia no modifica negativamente los desenlaces clínicos y contribuye a mejorar la organización y eficiencia del proceso quirúrgico en CMA.

Palabras clave: Enfermera de anestesia, consulta preanestésica, cirugía mayor ambulatoria CMA, preoperatorio telemático.

O-19 LA GLUCEMIA Y EL PACIENTE DIABÉTICO EN CMA

M. Martín Ayuso; P. Monreal Bello; L. Requena Portilla; L. Muñoz Corssini

Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos:

- Objetivo principal: Estandarizar el manejo y mejorar la seguridad del paciente diabético en nuestra unidad de CMA con un objetivo de normogluemia perioperatoria entre 140-180 mg/dl.
- Mejorar la seguridad del paciente evitando durante su estancia en la unidad y al alta a domicilio, la hipo o hipergluemia, evitar la cetoacidosis y el estado hiperosmolar.
- Como consecuencia de la normogluemia, contribuir al proyecto Infección Quirúrgica Zero en el control de las infecciones perioperatorias.

Métodos: Se ha realizado un estudio prospectivo observacional en la unidad de CMA del Hospital Universitario de Guadalajara durante 7 meses. Se incluyeron pacientes diagnosticados de DMI y DMII programados para procedimientos de CMA bajo anestesia general, local o sedación durante el periodo desde el 1 de octubre de 2024 hasta el 30 de abril de 2025.

- En la evaluación Preoperatoria en consulta de Preanestesia: ajustando el tratamiento habitual de acuerdo con

un protocolo consensuado con Servicio de Endocrino y que consiste en modificar la medicación antidiabética oral el día de la intervención y ajustar la insulino terapia disminuyendo su dosis de insulina en un 70 %.

- Al ingreso en la CMA el día de la cirugía, tras verificar ayuno y correcto cumplimiento de las recomendaciones preoperatorias sobre su medicación diabética, y suspensión de los fármacos según las recomendaciones de anestesia, realizamos gluemia y administramos INSUL SBC si dicha gluemia es superior a 180 mg/dl.
- Llegada a CMA de quirófano: control de gluemia. Ajustar INSUL o gluosa según cifras.
- Al alta: nuevo control de gluemia para considerar alta si observamos un descenso paulatino de la gluemia y ausencia de signos y síntomas de hipogluemia.
- A las 24 horas: llamada al domicilio habitual. Incluye el análisis de signos o síntomas de hipogluemia y la cifra de gluemia de esa mañana.

Resultados: Del total de 3655 pacientes atendidos en CMA, solo 22 pacientes acudieron con cifras superiores a 180 mg/dl a pesar de haber cumplido las recomendaciones preanestésicas. Diferenciamos para el análisis entre pacientes con insulina y paciente con ADO o ambas.

En este estudio se incluyeron 22 pacientes diabéticos de CMA con cifras superiores a 180 mg/dl, diferenciando para el análisis entre pacientes con insulina y paciente con ADO o ambas. Todos siguieron el protocolo recomendado desde la consulta de preanestesia. De acuerdo con nuestro objetivo de normogluemia perioperatoria (140-180), 22 pacientes requirieron intervención terapéutica preoperatoria con el nuevo protocolo de INSUL SBC, un 63,33 % con 3 o 4 UI y un 37,77 % con 8 o más. De estos 22, el 68,18 % (n = 15) estaban bajo tratamiento con ADO, 13,63 % (n = 3) bajo tratamiento con insulina y 18,8 % (n = 4) con ambos. No consideramos por tanto un número suficiente para realizar análisis comparativo entre estos grupos.

Las cirugías a las que fueron sometidos son de corta duración (< 60 minutos), el 50 % de estos en oftalmología, con un alta precoz por la escasa necesidad de cuidados postoperatorios. Era fundamental asegurar el alta sin riesgo de hipogluemia en domicilio por lo que en 10 pacientes (45,45 %) realizamos nueva medición de gluemia tras la inmediata postoperatoria por cifras elevadas en ese momento.

El alta, por tanto, se demoró en estos 10 pacientes (45,45 % del total).

A las 24 horas, ninguno de los 22 pacientes manifestaron haber tenido síntomas de hipogluemia ni haber tenido que acudir a urgencias por este motivo.

Las cifras de gluemia se ajustaban al objetivo (140-180 mg/dl) en el 45,45 % de los pacientes, 4 pacientes

(18,18 %) tenían glucemias < 200, 27,27 % (n = 6) entre 201 y 250, 2 pacientes 251-280 y ninguna hipoglucemia.

Conclusiones:

- El protocolo de ajuste preoperatorio de medicación diabética es seguido por el 100 % de los pacientes programados en el circuito de CMA.
- La eficacia es muy elevada, sólo un 0,6 % del total de pacientes en los 7 meses tuvieron cifras superiores a 180 mg/dl.
- La aplicación de INS SUBC frente al protocolo anterior de INS en perfusión continua, acorta la estancia en la unidad.
- Los pacientes con este tratamiento no presentaron hipoglucemias al alta ni a las 24 horas.
- Ninguno manifestó signos de infección de la herida quirúrgica a los 7 días.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria, subcutánea, diabetes mellitus, insulina, antidiabéticos orales.

O-20 P-82 DEL QUIRÓFANO A CASA: HEMICOLECTOMÍA DERECHA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

L. Ramírez Hallas; E. Escobar Cuesta; Ó. Estrada Ferrer; R. Torruella Turro; P. Clos Ferrero; M. del Bas Rubia; M. I. Fàbregas Blanco; R. Pujol Alcántara
Hospital de Mataró, Barcelona

Objetivos: Describir, desde un equipo multidisciplinar compuesto por profesionales de Cirugía, Anestesia y Enfermería de practica avanzada de anestesia/CMA, un caso clínico de Hemicolectomía derecha, incluyendo prehabilitación multimodal y un protocolo ERAS, realizada con éxito en régimen de CMA.

Métodos: Se seleccionó una paciente que cumplía estrictamente con los criterios establecidos en el Protocolo de Cirugía Colorrectal en régimen de hospitalización a domicilio (CCR-HOME) creado en nuestro hospital.

Desde la unidad de prehabilitación (PHB), se inició un programa multimodal de 3 semanas incluyendo una valoración nutricional, ejercicio físico supervisado, apoyo psicológico, así como optimización de la anemia previa a la cirugía.

La hemicolectomía derecha se realizó por laparoscopia sin incidencias intraoperatorias, aplicando un protocolo ERAS con anestesia multimodal, movilización precoz y dieta oral temprana.

Tras la correcta adaptación al medio en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) se planificó el alta con soporte de Hospital a domicilio (HaD).

Resultados: La paciente de 75 años, completó la prehabilitación, mejorando su capacidad funcional, nutricional y optimización de la anemia.

Todo el proceso quirúrgico se desarrolló sin complicaciones y el alta se produjo a las 12 horas del ingreso en UCSI, con dolor bien controlado (EVA ≤ 3).

Las 72 horas posteriores a la cirugía se realizó un seguimiento clínico con la colaboración de HaD.

No se registraron complicaciones mayores y tanto la paciente como la familia reportaron una alta satisfacción con todo el proceso.

Conclusión: Este caso evidencia que la hemicolectomía derecha en CMA, apoyada por prehabilitación multimodal y protocolos ERAS, es una opción viable y factible en pacientes cuidadosamente seleccionados.

Los resultados sugieren un potencial transformador para la cirugía colorrectal ambulatoria, promoviendo la innovación y mejorando la calidad, justificando estudios más amplios para consolidar esta práctica.

Palabras clave: Hemicolectomía derecha, cirugía mayor ambulatoria, ERAS, prehabilitación multimodal, enfermera de práctica avanzada.

GESTIÓN Y CALIDAD

O-21 LA EVOLUCIÓN DEL NPS NO SOLO COMO SIMPLE INDICADOR SINO COMO ESTRATEGIA PARA LA MEJORA

M. Hernández Holgado; D. Cervera García; L. Gómez Rodríguez; A. Palacios Berrueco; A. López Ávaro; E. Novoa Lago; M. Zaballos García; A. Reyes Fierro
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: El Net Promoter Score (NPS) ha sido durante mucho tiempo un indicador clave para medir la lealtad de los clientes, en nuestro caso pacientes. Originalmente, el NPS se introdujo como una manera sencilla de medir la probabilidad de que los clientes recomienden un determinado producto o servicio. A través de una única pregunta – “¿Con qué probabilidad nos recomendaría a un familiar o amigo?” - el NPS ofrece una visión rápida y directa de la satisfacción y lealtad del cliente.

Sin embargo, esta métrica inicialmente se veía como un simple termómetro, capaz de indicar la salud general de la relación con los clientes, pero no como una herramienta integral para el crecimiento. En los últimos años, el NPS ha evolucionado más allá de ser una simple métrica, convirtiéndose en una estrategia central para impulsar el crecimiento y la competitividad de las empresas.

Nuestro objetivo ha sido usar el NPS no solo para medir, sino para mejorar la experiencia del paciente y transformar su enfoque hacia la lealtad y satisfacción. A través de la recopilación continua de datos y la implementación de mejoras basadas en el *feedback*, el NPS deja de ser un indicador estático y se convierte en un componente dinámico de nuestra estrategia de mejora continua.

Métodos: A través de nuestra herramienta Ratenow, hemos analizado los resultados de la evolución del NPS en nuestra unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria en el año 2024.

Hemos podido además segmentar los valores por especialidades y también por pacientes o acompañantes. Además, el análisis de los comentarios en texto libre nos ha dado mucha información, puesto que está demostrado en otros sectores de actividad que las reseñas online juegan un papel crucial en complementar y potenciar el NPS, ya que proporcionan un contexto valioso que ayuda a comprender las razones detrás de las puntuaciones del NPS, ya sean positivas o negativas.

Resultados: Se ha realizado el cálculo del NPS restando a los pacientes promotores (los que te puntúan con 9 y 10) los pacientes detractores (los que te puntúan de 0 a 6) obviando los pasivos (aquellos que te puntúan con 7 y 8).

Nuestro NPS global para el año 2024 ha sido de 82. Si se realiza segmentación por pacientes y acompañantes existe una ligera diferencia, siendo el NPS global por pacientes de 84 y por acompañantes de 82.

El NPS global segmentando por especialidades ha sido el siguiente:

- Cirugía general: 81.
- Traumatología: 86.
- Cirugía maxilofacial: 81.
- Cirugía plástica: 63.
- Cirugía vascular: 85.
- Dermatología: 78.
- Estomatología y odontología: 89.
- Otorrinolaringología: 81.

Por tanto, la especialidad mejor valorada ha sido estomatología y odontología y la peor valorada cirugía plástica. Del análisis cualitativo del texto libre agrupamos los resultados en las siguientes categorías de quejas/sugerencias de mejora:

- Limpieza de las instalaciones: 1,2 % de los pacientes las mejorarían.
- Ruido: un 5,4 % de los pacientes se quejan de ruido excesivo tanto en sala de espera como en unidad.
- Acceso a las instalaciones: un 5,5 % de los pacientes se quejan de mal acceso.

- Comodidad: un 5,9 % se quejan de la incomodidad de sillas en sala de espera.
- Señalización: un 7,3 % de los pacientes reflejan en sus comentarios que podría estar mejor señalizada la entrada desde la calle.
- Intimidad: un 11,7 % se quejan de falta de intimidad, algunos por falta de intimidad con el kit de vestimenta, otros por falta de intimidad por estar cerca de otros pacientes en la recuperación y otros por realizarles preguntas acerca de antecedentes personales con más pacientes alrededor.

Medidas de mejora propuestas a raíz del análisis:

- Se habla con el servicio de cirugía plástica para intentar protocolizar algunas actuaciones.
- Se ha realizado un cambio de kit de vestuario por otra casa comercial con un material más tupido.
- Se ha pegado cartelera indicativa para mejorar el acceso a las instalaciones.
- Al mismo tiempo se ha puesto en marcha un circuito de entrada diferente para personas con movilidad reducida.
- Se ha solicitado un indicador de nivel de ruido (sound-dear), que aún no ha sido aprobado.
- Se ha reconfigurado la disposición de las bancadas de la sala de espera para facilitar la entrada y salida de los pacientes y familiares.

Conclusiones: Del análisis de los datos extraídos, se han puesto en marcha diferentes acciones de mejora que con el paso del tiempo veremos y comprobaremos si han resultado eficaces o por el contrario no y hay que tomar otras medidas en consideración.

Por lo que podemos concluir que el NPS funciona bien como herramienta de mejora continua.

Palabras clave: NPS, Ratenow, CMA, calidad asistencial.

O-22 ANÁLISIS DE DATOS DE UN GRUPO FOCAL COMO MÉTODO DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

D. Cervera García; P. Serrano Hernando; C. García López; L. Gómez Rodríguez; A. Díaz Redondo; E. Novoa Lago; N. Dueñas López; A. Reyes Fierro
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: La incorporación de la técnica del grupo focal a la investigación y evaluación en salud es relativamente reciente. El supuesto teórico que justifica su utilización es que todas las organizaciones han de estar interesadas en escuchar al “cliente”, siendo este uno de las principales líneas estratégicas del Hospital Gregorio Marañón, “dar voz y escuchar al paciente”. El grupo focal constituye una técnica especial, dentro de la categoría de entrevista grupal, cuyo sello característico es el uso explícito de la interacción y en contraste con la entrevista en grupo predomina el punto de vista personal, de tal manera que se escucha en grupo, pero se habla como entrevistado singular.

El grupo focal comparte las ventajas y limitaciones de cualquier método cualitativo, mientras que otras le son específicas.

Frente a la entrevista individual, su principal ventaja es la interacción entre los participantes. La presencia de otras personas, consideradas como semejantes, puede provocar más fácilmente la “autoconfesión”, pero puede convertirse en limitación si los participantes se sienten coartados por la presencia del grupo o por la dominancia de algunos miembros. El carácter abierto y no directivo de la conversación ofrece flexibilidad al investigador para explorar nuevos temas no contemplados previamente y libertad a los participantes para responder o no a las cuestiones planteadas. Pero son múltiples los peligros potenciales de esta “falta de control”: invertir tiempo en temas irrelevantes, perder el rumbo de los objetivos de investigación... La experiencia del moderador en la conducción de grupos focales y su familiaridad con los procesos grupales pueden sortear con éxito estos peligros. Una de las ventajas que el grupo focal comparte con otros métodos cualitativos es la de ofrecer información respetando los términos utilizados por los participantes mismos y es de utilidad cuando se pretende investigar qué piensan los participantes, pero resulta especialmente valioso para averiguar por qué piensan de la manera que lo hacen. De esta manera, el grupo focal “llega allí donde otros métodos no pueden alcanzar”. Esta característica confiere a la información un alto grado de validez subjetiva, sobre todo en comparación con los datos obtenidos a través de instrumentos cerrados como un cuestionario. Sin embargo, el análisis de los datos es más complejo y es más difícil la transferibilidad de los resultados.

Por tanto, los objetivos de nuestro estudio son:

1. Explorar la vivencia de los pacientes intervenidos en nuestra unidad.
2. Identificar áreas de mejora en el proceso asistencial de los pacientes de CMA.
3. Establecer planes de acción en relación con las áreas detectadas.

Métodos:

- Diseño del estudio: investigación cualitativa mediante grupo focal.
- Criterios de inclusión: pacientes intervenidos en régimen de cirugía mayor ambulatoria de los servicios de cirugía general y traumatología, mayores de 18 años.
- Guión temático:
 - Experiencia previa a la cirugía.
 - Proceso quirúrgico.
 - Evaluación del dolor.
 - Experiencia posterior a la intervención.
- Fecha de la reunión: 12 de diciembre de 2024 con 6 asistentes.
- Análisis de datos: transcripción literal anonimizada, análisis descriptivo cualitativo y temático, triangulación de datos.

Resultados:

- Experiencia previa la cirugía:
 - Buen trato.
 - Atención individualizada.
 - Efectividad.
 - Tiempos excesivos de espera en la sala de extracciones de analíticas preoperatoria.
 - Problemas de tiempo excesivo de lista de espera y de comunicación de la fecha.
 - Información insuficiente en algunas ocasiones sobre el proceso quirúrgico.
 - Falta de participación/información sobre tipo de anestesia.
- Proceso quirúrgico:
 - Rapidez.
 - Información adecuada a pacientes y familiares.
 - Cierta incomodidad en intervenciones solo con anestesia local sin sedación.
- Evaluación del dolor:
 - Adecuado control del dolor durante la cirugía.
 - Medicación pautada al alta en los informes suficiente.
 - Percepción general de que “algo de dolor” en el postoperatorio es inevitable.
- Experiencia posterior a la intervención:
 - Información insuficiente por parte del servicio de cirugía general.
 - Dudas sobre las curas de las heridas.
 - Apreciación de diferencias de seguimiento entre los dos servicios, a favor del servicio de traumatología, aunque consideran que existe falta de seguimiento del servicio de rehabilitación.
 - Valoración positiva de la llamada telefónica al día siguiente porque resuelve dudas.

Conclusiones: Tras el análisis de los datos conocemos mejor lo que les importa y les preocupa a nuestros pacientes,

identificamos áreas de posible mejora y abrimos determinadas líneas de acción como:

1. Mejora de la información previa a la información:
 - Planteamos la redifusión entre el personal implicado del video “por teléfono también somos Marañón” para intentar mejorar la transmisión de la información y se grabó un video informativo de la unidad con un código QR de acceso para los pacientes.
 - Se recuerda al personal de enfermería la necesidad de entregar hoja de recomendaciones al alta que incluye información sobre cuidados de la herida.
 - Difundimos entre el personal de anestesia que realiza la consulta la necesidad de informar al paciente sobre el tipo de anestesia, resolviendo cualquier duda y dejando reflejado esto en la historia.
2. Trasmisión a otros estamentos de las quejas/sugerencias:
 - Elevamos a dirección de enfermería las quejas sobre el tiempo elevado en sala de extracciones.
 - Reunión con cirugía general para mejorar la entrega de información relativa al alta y citas de revisiones.
 - Reunión con atención primaria para detectar mejoras en la continuidad asistencial.

Podemos concluir que el análisis de datos de grupos focales no se trata de hacer números sino de comprender la experiencia humana, descubrir joyas ocultas e impulsar la innovación.

Palabras clave: Grupo focal, proceso asistencial, experiencia, necesidades, expectativas.

O-23 LA REVOLUCIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO EXPLORATORIO

M. Martín Fernández; Y. Sánchez Herrera

Hospital Universitario de Álava-Santiago/Txagorritxu

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es analizar el impacto de la IA en la gestión quirúrgica de la CMA. De manera secundaria, se busca explorar la percepción de los gestores del área quirúrgica sobre el uso de la IA, evaluando cómo esta tecnología puede contribuir a la optimización de procesos y a la toma de decisiones.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica de los últimos 10 años, con fecha de cierre el 26 de enero del 2025, en las bases de datos PubMed, Cochrane y CINAHL. Los términos de búsqueda empleados fueron: “surgery”,

“ambulatory surgical procedures”, “surgical procedures, operative”, “mayor outpatient surgery”, “ambulatory surgery”, “artificial intelligence”, “machine learning”, “generative artificial intelligence”, “a.i.”, “chatbots”, “chatGPT”, “clinical management”, “clinical management algorithm”, “clinical management advice” y “human resource”, combinados con los operadores booleanos “OR” y “AND”. Se obtuvieron un total de 96 artículos, aunque ninguno de ellos reveló evidencia directa sobre la implementación de IA en este contexto. Ante la falta de información, se diseñó un estudio con metodología mixta. En primer lugar, se envió un cuestionario a los 15 gestores del área quirúrgica del Hospital Universitario de Álava (sedes de Txagorritxu y Santiago); este incluía preguntas y casos clínicos para evaluar su experiencia en gestión y conocimiento sobre la IA y sus posibles aplicaciones. De los resultados obtenidos (n = 7), 4 eran de enfermeras gestoras y, los 3 restantes, médicos.

Posteriormente, se les presentaron los mismos tres escenarios a tres herramientas de IA (ChatGPT, DeepSeek y Cirugía Mayor AmbulatorIA) mencionadas por los gestores. Esto permitió realizar una comparación directa entre las herramientas propuestas y las percepciones de los encuestados.

Resultados: Los hallazgos de este estudio evidencian la brecha en el conocimiento y aplicación de la IA en la gestión quirúrgica de la CMA. Aunque los gestores reconocen su potencial para mejorar la planificación y optimizar recursos, la falta de formación práctica dificulta su implementación. A pesar del interés, persisten preocupaciones sobre riesgos de seguridad, ética y comunicación en los equipos. Las principales limitaciones identificadas destacan los costos, la integración de los sistemas de información hospitalarios y la resistencia al cambio. También se mencionan inquietudes sobre la despersonalización de la atención y la reducción de la comunicación en el equipo quirúrgico. Los indicadores clave para evaluar el impacto de la IA incluyen la reducción de listas de espera, cancelaciones, mejora en la eficiencia operativa y satisfacción de pacientes y profesionales de la salud.

En cuanto a la aplicación de la IA en la gestión quirúrgica, el estudio analizó tres áreas clave de acción: optimización de recursos, mejora en la coordinación interdisciplinar y reducción de la sobrecarga laboral del personal. Las soluciones propuestas por los gestores, como la implementación de sistemas inteligentes, monitoreo inteligente y la automatización de tareas, coinciden mayormente con las recomendaciones de la IA. Las respuestas de las herramientas concluyen que estas medidas podrían mejorar tanto la eficiencia operativa como la satisfacción del personal y los pacientes. Además, se observa que la mayoría de los gestores prioriza la actuación profesional frente a la probabilidad de que la IA sustituya funciones humanas.

Conclusión: La IA puede ser una herramienta para optimizar la gestión quirúrgica en la CMA, pero no debe sustituir el criterio clínico ni la intervención profesional. Hasta la fecha, no existe evidencia suficiente sobre su impacto, por lo que es necesario realizar más estudios para evaluar su efectividad en distintos entornos hospitalarios. Además, es crucial desarrollar estrategias de adopción adaptadas a cada contexto hospitalario, y capacitar a los profesionales en el uso de esta tecnología, asegurando que se comprendan sus capacidades y limitaciones. La IA solo mejorará la eficiencia, seguridad y calidad asistencial si se aplica de manera basada en evidencia y respetando el juicio clínico y la toma de decisiones humana.

Palabras clave: Inteligencia Artificial, Cirugía Mayor Ambulatoria, IA, CMA, gestión.

O-24 ¿MEJORA LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA HERNIA INGUINAL LA CALIDAD DE TRATAMIENTO A NUESTROS PACIENTES DE LA TERCERA EDAD?

J. Turiño Luque; P. J. Navarro García; A. Vilchez Rabelo; A. Astruc Hoffman; M. Domínguez Bastante; A. Mansilla Roselló

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Conocer si la hernioplastia inguinal laparoscópica mejora la calidad de la asistencia en pacientes de la tercera edad, respecto a la técnica por vía anterior.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos de hernia inguinal por vía anterior o laparoscópica en nuestro centro desde enero de 2022. Los datos fueron introducidos en el registro EVEREG y posteriormente analizadas las variables epidemiológicas (edad, sexo, ASA, comorbilidades), datos de la hernia (clasificación EHS, vía de abordaje abierta o laparoscópica, régimen de intervención, centro (UCAR vs Hospital), fecha de ingreso y alta), revisión postoperatoria (complicaciones, reingreso, asistencia a urgencias). Para el análisis de datos se empleó el programa PSPP y EPIDAT Versión 3.1, considerándose valores significativos para $p < 0,05$.

Resultados: Durante el periodo de estudio se intervinieron un total de 1167 pacientes. De ellos, el 37,4 % (n = 437) eran mayores de 64 años en el momento de la cirugía, excluyéndose un paciente. Edad media 74,34 años (DS \pm 6,556; rango 65-92). Predominó el sexo masculino (88,6 %;

n = 387). El 70,5 % (n = 308) fueron programados desde consulta para régimen de CMA. Sin embargo, fueron intervenidos en nuestra Unidad de Cirugía de Alta Resolución (UCAR) el 28,1 % (n = 123). Las cirugías se realizaron principalmente en régimen de mañana (71,4 %; n = 312). Las hernias fueron mayoritariamente de localización derecha 42,6% (n = 186), seguidas de las bilaterales 29,1 % (n = 127) e izquierdas 28,4 % (n = 124). El 93,8 % (n = 410) de las hernias eran completamente reducibles, el 4,6 % (n = 20) de forma parcial y tan sólo el 1,6 % (n = 7) no lo eran.

Se establecieron dos grupos para comparar los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica (CL) vs cirugía abierta (CA) encontrando:

- Edad media años: CL 70,86 (DS \pm 4,87) vs. CA 75,98 (DS \pm 6,616) $p < 0,001$.
- IMC kg/m²: CL 25,2 (2,637) vs. CA 26,7 (3,823) $p < 0,001$.
- ASA (%): $p < 0,001$.
 - I \rightarrow CL 17 (12,1) vs. CA 13 (4,4).
 - II \rightarrow CL 113 (80,7) vs. CA 120 (40,4).
 - III \rightarrow CL 10 (7,1) vs. CA 156 (52,5).
 - IV \rightarrow CL 0 (0) vs. CA 8 (2,7).
- Tiempo de evolución de la hernia no hubo diferencias significativas por grupos $p = 0,722$.
- Régimen de intervención CMA (%): CL 128 (91,4) vs. CA 180 (60,6) $p < 0,001$.
- Centro de intervención UCAR (%): CL 68 (48,6) vs. CA 55 (18,5) $p < 0,001$.
- Turno de mañana (%): CL 103 (73,6) vs. CA 209 (71,6) $p = 0,665$.
- Localización hernia (%): $p < 0,001$.
 - Izquierda \rightarrow CL 33 (23,6) vs. CA 91 (30,6).
 - Derecha \rightarrow CL 54 (38,6) vs. CA 132 (44,4).
 - Bilateral \rightarrow CL 53 (37,9) vs. CA 74 (24,9).
- Clasificación EHS (%): $p < 0,001$.
 - L \rightarrow CL 101 (52,3) vs. CA 213 (57,4).
 - M \rightarrow CL 54 (38,6) vs. CA 132 (44,4).
 - F \rightarrow CL 4 (2,1) vs. CA 14 (3,8).
 - Mixtas \rightarrow CL 44 (22,8) vs. CA 49 (13,2).
- Hernias primarias (%): CL 171 (88,6) vs. CA 318 (85,9) $p = 0,37$.
- Estancia media días: CL 0,36 (DS \pm 0,857) vs. CA 0,83 (DS \pm 1,778) $p < 0,003$.
- Cumple CMA (%): CL 106 (75,7) vs. CA 139 (46,8) $p < 0,001$.
- Hernia bilateral & CMA (%): CL 37 (69,8) vs. CA 26 (35,1) $p < 0,001$.
- Hernia unilateral & CMA (%): CL 69 (79,3) vs. CA 113 (50,7) $p < 0,001$.
- Consulta urgencias SI (%): CL 18 (13,5) vs. CA 60 (21,6) $p = 0,052$.

- Al excluir las causas no relacionadas con la cirugía y comparar ambas técnicas CL acudió a urgencias en 12 casos (9,4 %) frente a los 45 de la CA (17,1 %) $p = 0,045$.
- Revisión consulta SI (%): CL 33 (23,6) vs. CA 50 (16,8) $p = 0,065$.
- Complicaciones en revisión SI (%): CL 33 (23,6) vs. CA 50 (16,8) $p = 0,093$.
- Hematoma fue la complicación más frecuente en ambos grupos, seguido del seroma.

Conclusión: La cirugía laparoscópica de la hernia inguinal en los pacientes mayores mejora significativamente la tasa de ambulatorización, independientemente sean hernias unilaterales o bilaterales. También disminuye la asistencia a urgencias en el postoperatorio, pero presenta un mayor riesgo de recidiva, si bien estas no son significativas.

Palabras clave: Hernia inguinal, calidad, tercera edad, laparoscopia.

O-25 IMPORTANCIA DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN EL PREGRADO

F. Docobo¹; J. M. Capitán²; E. Campos³; S. González⁴; L. A. Hidalgo⁵; Z. Valera⁶; V. Vega⁷; D. Morales García⁸

¹Hospita Universitario Virgen del Rocío. Sevilla; ²Hospital Universitario de Jaén; ³Hospital Universitario de Álava-Txagorritxu; ⁴Hospital Universitario de Santiago; ⁵Hospital Universitario de Mataró, Barcelona; ⁶Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla; ⁷Hospital Universitario de Puer-toreal; ⁸hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Objetivos: Con la experiencia obtenida en las últimas décadas con la aplicación y desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en nuestro medio ,pensamos que la formación en CMA debería de ser la base para desarrollar, de forma estratégica la aplicación de tratamientos ya conocidos, previa selección de los pacientes para la realización de los procedimientos planteados.

Métodos: En nuestro Hospital Universitario se admiten anualmente para las asignaturas clínicas a 180 alumnos que cursan 3.º, 4.º, 5.º y 6.º rotatorio en años sucesivos.

En el plano teórico los alumnos reciben, 2 clases, una en 3.º curso en Fundamentos de Cirugía, en relación a objetivos, fundamentos y circuitos asistenciales de la cirugía sin ingreso y otra en Cirugía de 4º Patología Quirúrgica de órganos y sistemas I, con aplicación en las diversas patologías quirúrgicas tributarias de ser intervenidas sin ingreso hospitalario. En los exámenes correspondientes hay varias preguntas sobre CMA.

En la práctica los alumnos rotan por la UCMA del Centro que funciona como centro independiente con consultas externas propias, bloque quirúrgico con 4 quirófanos con actividad en jornadas de mañana y tarde 5 días a la semana. Entre las tareas a desarrollar por el alumno de pregrado durante la rotación por la unidad de CMA se contemplan -Recepción del paciente-Control evolutivo de los pacientes durante su estancia en la unidad-Asistencia a la consulta de acto único en CMA-Participación como ayudante en las intervenciones quirúrgicas de la unidad-Control posoperatorio y seguimiento posoperatorio de los pacientes-Participación del alumno en las actividades de la unidad: sesiones clínicas y sesiones de programación-Anotación de todos los registros de su actividad en un cuaderno de prácticas.

Se evalúan las competencias adquiridas en la serie de 706 alumnos de Medicina, en el periodo 2012-16 en los que se revisa su actividad y a las competencias adquiridas en CMA:

- Valoración de conocimientos.4 preguntas de CMA en los exámenes teóricos (escala de 10-0).
- Valoración de las habilidades desarrolladas (escala de 10-0).
- Valoración de las actitudes presentadas (escala de 10-0).

Resultados: Adquisición de conocimientos (4 Preguntas en examen teórico): 548 alumnos (77,62 %) contestaron afirmativamente a las preguntas realizadas en el examen teórico. 148 (20,96 %) contestaron 3 de las 4 preguntas realizadas- 10 alumnos (1,40 %) contestaron menos de las 3 preguntas planteadas.

Habilidades desarrolladas reflejadas en el cuaderno de prácticas: Alto (8-10/10): 253 alumnos (35,83 %), Medio (7-5/10): 398 alumnos (56,37 %), Bajo (4-1/10): 55 alumnos (7,79 %).

Actitudes (Grado de implicación): Alto (8,9/10) 371 alumnos; (52,54 %) Medio (7,6,5 /10).

262 alumnos, Bajo (4,1/10) 73 alumnos (10, 33 %).

Conclusiones: El nivel de competencias alcanzados por los alumnos se consideró alto. Por ello se proponen como mejoras sugeridas en la formación de pregrado en CMA:

- Introducir a los estudiantes desde el tercer año del grado en las bases y fundamentos de la Cirugía.
- Adquirir los conceptos básicos de gestión y calidad y especialmente los vinculados con la CMA: índice de sustitución, índice de ambulatorización, tasa de ingresos, tasa de cancelaciones, entre otros.
- El propio concepto de CMA introduce a los alumnos a los conceptos de multidisciplinariedad, trabajo en equipo, benchmarking e interrelación profesional, especialmente con la Atención Primaria.
- Rotación de los estudiantes en la Unidad de CMA.

Palabras clave: CMA; Formación, Pregrado.

O-26 HACIA UN PROGRAMA DE FORMACIÓN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

F. Docobo¹; S. Z.²; J. M. Capitán³; E. Campos⁴; J. M. Puigcercos⁵; Z. Valera⁶; L. A. Hidalgo⁷; D. Morales García⁸

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ²Hospital Universitario de Santiago; ³Hospital Universitario de Jaén; ⁴Hospital Universitario de Álava-Txagorritxu; ⁵Hospital Dos de Mayo. Barcelona; ⁶Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla; ⁷Hospital Universitario de Mataró, Barcelona; ⁸Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Objetivos: La formación en CMA constituye un pilar básico de la asistencia quirúrgica. Esta debe establecerse como una línea estratégica de primer orden, determinada tanto a nivel nacional como autonómico para que los gestores clínicos, verdaderos responsables de la implantación y funcionamiento de las unidades de CMA en los centros hospitalarios en sus diferentes tipos, puedan impulsar su desarrollo.

Métodos: En el periodo posgrado, desde el año 2000 se introdujo en el segundo año de residencia un modelo de rotación de 6 meses en CMA de la unidad satélite, incluyendo periodo vacacional y prolongaciones asistenciales realizadas en urgencias. Nuestro centro contaba con 20 residentes, 4 por año. 2 cada periodo de 6 meses. Se evaluaron los conocimientos adquiridos (participación discente y asistente a sesiones clínicas, cursos generales y específicos de CMA). Habilidades clínicas desarrolladas y actitudes mantenidas.

Resultados: Grado de competencias alcanzado por un grupo de 15 residentes en el periodo 2001-2005.

Conocimientos: (5 % + 23,6 % = 28,6 %).

- Discente: (5 %): Asistencia a las Sesiones Clínicas del Servicio → Unidad (10): 15 Residentes asistieron.
 - Sesiones 6 (10 %); 15 Residentes realizaron 6 sesiones
 - Sesiones clínicas Unidad: 2.
 - Sesiones temáticas de la Unidad: 2.
 - Sesiones Video-Bibliográficas: 2.
- Cursos: 2 (5 %); 15 Residentes participaron en 2 cursos.
 - Curso Anual CMA: 1.
 - Curso Urgencias Quirúrgicas: 1.
- Comunicaciones: (5 %); Reuniones:
 - Congresos Nacionales: 15 Residentes presentaron 2 comunicaciones.

- Publicaciones Científicas: 1/0: Publicaron un artículo 11 residentes (3,6 %).

Actitudes: (4 % + 5 % + 10 % = 19 %).

- Asistencia (5 %): 4 % todos los días posibles (100 días). Asistencia media 99 días. 3 Residentes faltaron 2 días. 9 faltaron 1 día y otros 3 no faltaron ningún día.
- Disponibilidad (5 %): di en los 15 residentes (5 %).
- Relaciones (10 %): adecuadas en los 15 residentes Media 10 %.
- Equipo trabajo – Usuarios: adecuada.
- Reclamaciones con implicación propia (No).

Habilidades: (5 % + 45 % = 50 %):

- Consultas externas. 5 %. Asistencia a 10 consultas externas los 15 Residentes.
- Actividad quirúrgica: 45 % (327 Intervenciones quirúrgicas media).
- Hernias inguinales (hernioplastias): 104 (60 % como cirujano con bloqueo anestésico).
- Hernias umbilicales (hernioplastias): 45 (80 % como cirujano con bloqueo anestésico).
- Hernias ventrales (hernioplastias): 16 (50 % como cirujano).
- Otras hernias (epigástrica. Spiegel. Femoral): 8 (50 % como cirujano).
- Tumores de partes blandas: 26 (50 % como cirujano).
- Colelitiasis (colecistomía laparoscópicas): 14 (como ayudante con la cámara).
- Quistes pilonidales (exéresis, puesta a plano): 42 (95 % como cirujano).
- Fisuras de ano (ELI): 10 (80 % como cirujano).
- Fístulas de ano (fistulectomías): 25 (60 % como cirujano).
- Hemorroides (hemorroidectomías): 25 (60 % como cirujano).
- Tumores benignos mama: 12 (50 % como cirujano).

Grado de cumplimentación:

- Conocimientos: Grado de cumplimentación 28,6 %/30 % (98,3 %).
- Actitudes: Grado de cumplimentación 19 % / 20 % (95 %).
- Habilidades: Grado de cumplimentación 50 % / 50 % (100 %).

Conclusiones: El grado de cumplimentación de las competencias planteadas a los residentes en la rotación en la Unidad de CMA ha sido muy elevada.

La rotación de los residentes de cirugía general en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria ha sido muy satisfactoria.

Palabras clave: CMA, formación, posgrado, pregrado.