

## RESÚMENES DE COMUNICACIONES ORALES

## ANESTESIA

**O-01 P-02 ESTUDIO COMPARATIVO PROSPECTIVO RECUPERACIÓN ANESTESIA RAQUÍDEA EN CIRUGÍA AMBULATORIA**
**A. Martínez***Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

**Objetivos:** La cirugía ambulatoria de hernia inguinal requiere técnicas anestésicas que permitan recuperación rápida, movilización precoz y alta segura. La anestesia intradural continúa siendo una opción ampliamente utilizada, aunque los anestésicos de larga duración pueden retrasar el alta hospitalaria. La 2-cloroprocaína ha surgido como alternativa de acción corta con potencial beneficio en la recuperación funcional. El objetivo es comparar el perfil de recuperación y la eficacia anestésica de 2-cloroprocaína intratecal frente a prilocaína y bupivacaína en cirugía ambulatoria de hernia inguinal unilateral abierta.

**Métodos:** Estudio prospectivo comparativo realizado en un hospital universitario. Se incluyeron 72 pacientes ASA I–III sometidos a hernioplastia inguinal unilateral ambulatoria.

Los pacientes recibieron:

- 2-cloroprocaína 1 % 40 mg (n = 24).
- Prilocaína hiperbárica 2 % 40 mg (n = 26).
- Bupivacaína 0,5 % 8 mg (n = 22).

Variable principal:

- Tiempo hasta la recuperación completa del bloqueo motor (Bromage 0).

Variables secundarias:

- Regresión del bloqueo sensitivo.
- Tiempo hasta alta hospitalaria.
- Dolor postoperatorio (EVA).
- Satisfacción del paciente.

**Resultados:** La recuperación del bloqueo motor fue significativamente más rápida con 2-cloroprocaína:

- $55 \pm 32$  min vs.  $92 \pm 44$  min con prilocaína.
- $210 \pm 64$  min con bupivacaína ( $p < 0,05$ ).

La regresión sensitiva también fue más rápida con 2-cloroprocaína.

El tiempo hasta el alta fue menor con 2-cloroprocaína respecto a bupivacaína.

No se observaron diferencias significativas en:

- Dolor postoperatorio.
- Calidad analgésica.
- Satisfacción del paciente.

**Conclusiones:** La 2-cloroprocaína intratecal proporciona una recuperación motora y sensitiva significativamente más rápida que prilocaína y bupivacaína, manteniendo una adecuada eficacia anestésica y satisfacción del paciente. Estos resultados apoyan su uso en cirugía ambulatoria de hernia inguinal.

*Palabras clave:* Anestesia raquídea, 2-cloroprocaína, cirugía ambulatoria, recuperación postoperatoria.

**O-02 P-03 RECUPERACIÓN FUNCIONAL TRAS CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DE TRAUMATOLOGÍA: EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL MEDIANTE FRI Y GSR**

**C. Quemada Renedo, A. Carrascoso López, A. García López, K. Renate Pelaez, A. Martínez, M. J. Puerta Ordoñez, L. Barajas Cava, L. Muñoz Corsini**  
*Hospital Universitario de Guadalajara*

**Objetivos:** El objetivo principal es evaluar la recuperación funcional postoperatoria a 1 mes en pacientes sometidos a

cirugía mayor ambulatoria mediante el Functional Recovery Index (FRI). Los objetivos secundarios son:

- Describir la recuperación global percibida a 1 mes de la cirugía mediante la escala Global Surgical Recovery (GSR).
- Analizar la intensidad del dolor postoperatorio en el periodo precoz (A las 24 horas y 3 días) tras la intervención.
- Determinar la incidencia de complicaciones postoperatorias en el seguimiento ambulatorio, incluyendo náuseas/vómitos, complicaciones clínicas y reingresos hospitalarios.
- Describir el perfil clínico y anestésico de los pacientes sometidos a CMA (edad, sexo, ASA y tipo de anestesia).

**Métodos:** *Diseño del estudio:* estudio observacional retrospectivo realizado en el Hospital Universitario de Guadalajara, enfocado en pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria (CMA) en la especialidad de traumatología. *Población y muestra:* se incluyeron de forma consecutiva 29 pacientes (tanto pediátricos como adultos) intervenidos bajo el régimen de CMA por el servicio de traumatología entre el 25 y el 30 de marzo de 2026, seleccionados a partir de los registros quirúrgicos.

*Recogida de datos:* historia clínica electrónica: se extrajeron variables demográficas y clínicas perioperatorias (edad, sexo, clasificación ASA, tipo de anestesia y tipo de procedimiento quirúrgico); encuesta telefónica: realizada al mes de la intervención de forma estructurada, voluntaria y anonimizada por un entrevistador entrenado. En caso de imposibilidad de contacto directo, se entrevistó a familiares o cuidadores principales.

*Variables analizadas:* perioperatorias: edad, sexo, ASA, tipo de anestesia y de cirugía; postoperatorias (vía telefónica): dolor postoperatorio inmediato y al tercer día (evaluado mediante escala numérica verbal de 0 a 10), recuperación funcional a través del Functional Recovery Index (FRI) modificado (donde 10 significa normalidad completa), recuperación global percibida (Global Surgical Recovery, GSR), consumo analgésico, presencia de náuseas o vómitos, complicaciones con atención médica no programada y tiempos de recuperación funcional.

*Análisis estadístico:* análisis descriptivo procesado con el software JASP. Las variables cuantitativas se expresan como media  $\pm$  desviación estándar o mediana  $\pm$  rango intercuartílico (según su distribución), mientras que las cualitativas se presentan en frecuencias absolutas y porcentajes.

**Resultados:** *Muestra:* 29 pacientes analizados en el ámbito de Traumatología (sin pérdida de datos). El 65,5 % fueron mujeres (n = 19) y el 34,5 % hombres (n = 10).

*Perfil clínico y anestésico:* la mayoría se clasificó como ASA II (62,1 %, n = 18), seguido de ASA I (20,7 %) y ASA III (17,2 %). Se registraron 13 tipos de cirugías, las más comunes fueron el síndrome del túnel carpiano (27,6 %, n = 8) y la exéresis de tumoraciones (17,2 %, n = 5). El tipo

de anestesia predominante fue la local (41,4 %, n = 12), seguida del bloqueo regional (24,1 %, n = 7).

*Dolor y recuperación:* dolor: se observó persistencia del dolor moderado en el seguimiento precoz, con una intensidad media de  $4,66 \pm 3,20$  puntos a las 24 horas y de  $4,59 \pm 3,13$  al tercer día.

*Recuperación Funcional (FRI):* la puntuación media total fue de  $93,93 \pm 32,39$  puntos (mediana: 97). El FRI medio por ítem se situó en  $7,47 \pm 2,48$ .

*Recuperación Global Percibida (GSR):* presentó una media moderada de  $64,48 \pm 24,62$  % (mediana: 70 %), reflejando una amplísima variabilidad interindividual (0-100 %).

*Seguridad y complicaciones:* La incidencia de efectos adversos fue baja. Las náuseas/vómitos postoperatorios afectaron solo a 1 paciente (3,4 %) y la tasa global de complicaciones postoperatorias fue del 6,9 % (n = 2).

**Conclusiones principales:** *Perfil de seguridad:* se confirma el excelente perfil de seguridad de la cirugía traumatológica ambulatoria, respaldado por una baja tasa de complicaciones, favorecido por el uso mayoritario de técnicas anestésicas locorregionales.

*Discrepancia en la recuperación:* a un mes de la intervención, la recuperación funcional global es moderada. Sin embargo, la percepción subjetiva del paciente (GSR: 64,48 %) es inferior a la recuperación funcional objetiva, mostrando una alta heterogeneidad entre individuos.

*Impacto del dolor:* el dolor moderado y persistente detectado en los primeros tres días actúa como un factor limitante clave en el proceso de recuperación temprana.

*Implicación clínica:* los resultados refuerzan la necesidad de incluir herramientas centradas en el paciente (como FRI y GSR) para evaluar los resultados quirúrgicos reales e identificar, en futuros estudios de mayor tamaño, los factores predictivos de una peor recuperación.

*Palabras clave:* Cirugía ambulatoria, recuperación funcional, Global Surgical Recovery (GSR), Functional Recovery Index (FRI), dolor postoperatorio.

### O-03 P-05 EFICIENCIA Y SEGURIDAD DE LA OXIGENOTERAPIA NASAL DE ALTO FLUJO (OPTIFLOW®) FRENTE A MASCARILLA LARÍNGEA EN PROCEDIMIENTOS DE NEUMOLOGÍA INTERVENCIONISTA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

**E. Arroyo Iglesias, L. Gómez Rodríguez, P. A. Benedetti, E. de la Fuente Tornero, A. Reyes Fierro, M. Zaballos García, M. Portas González**

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

**Objetivos:** La broncoscopia diagnóstica y terapéutica constituye un procedimiento frecuente en las unidades de cirugía mayor ambulatoria (CMA). La elección del dispositivo de oxigenación puede afectar a la eficiencia del circuito ambulatorio y la estancia en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA).

El objetivo de este estudio fue comparar la eficacia en la oxigenación, adecuación de la sedación, realización del procedimiento, tiempos de recuperación postoperatoria e ingresos no previstos con el uso de oxigenoterapia nasal de alto flujo (ONAF, Optiflow®) frente a la utilización de anestesia general y mascarilla laríngea (ML) en pacientes sometidos a procedimientos de Neumología intervencionista en régimen de CMA.

**Métodos:** Tras la aprobación por el comité de ética se realizó un estudio observacional, prospectivo y unicéntrico en pacientes sometidos a procedimientos de Neumología intervencionista en los que el aporte de oxigenación se realizó con ONAF o con ML. Se analizaron variables demográficas y antropométricas (edad, sexo, peso, talla, IMC), clasificación ASA, predictores de vía aérea difícil, comorbilidades, tiempos anestésicos y del procedimiento. Se registraron los parámetros de oxigenación a lo largo del procedimiento, se registró la SpO<sub>2</sub> mínima y los episodios de desaturación < 90 % y su duración, complicaciones, estancia en URPA y satisfacción del neumólogo, anestesiólogo y paciente (escala 0-10).

El análisis estadístico se realizó con el software IBM SPSS Statistics. Para la comparación de medias entre el grupo Optiflow y el grupo Mascarilla laríngea, se empleó la *t* de Student, y la prueba *U* de Mann-Whitney si no seguían una distribución normal. Las variables categóricas se compararon mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher. Se estableció un nivel de significación estadística de  $p < 0,05$ .

**Conclusiones:** Se incluyeron un total de 90 pacientes, 39 en el grupo Optiflow® y 51 en el grupo de ML. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la edad ( $65,7 \pm 9,6$  vs.  $66,5 \pm 12,2$  años,  $p = 0,747$ ), sexo, peso, talla, IMC, clasificación ASA, predictores de vía aérea difícil ni en la presencia de comorbilidades cardiovasculares, metabólicas, hepáticas o renales ( $p > 0,05$  en todos los casos). Únicamente se detectó una mayor proporción de pacientes con EPOC/asma en el grupo ML con respecto al grupo Optiflow® ( $p = 0,045$ ). Los tiempos anestésicos y de los procedimientos fueron inferiores en el grupo Optiflow®:  $31,8 \pm 20,5$ ,  $26,8 \pm 19,5$ , min en comparación con el grupo ML:  $52,0 \pm 20,0$ ,  $43,2 \pm 19,1$  respectivamente,  $p < 0,001$ .

No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en la SpO<sub>2</sub> basal ( $96,2 \pm 2,1$  vs.  $96,0 \pm 2,7$  %,  $p = 0,8$ ) ni

en la SpO<sub>2</sub> mínima durante el procedimiento ( $95,2 \pm 6,8$  vs.  $94,4 \pm 5,6$  %,  $p = 0,520$ ).

Los episodios de desaturación < 90 % mantenidos durante más de 1 min fueron escasos y similares en ambos grupos ( $5,1$  % vs.  $2,0$  %,  $p = 0,577$ ). La incidencia de complicaciones como broncoespasmo ( $7,7$  % vs.  $3,9$  %,  $p = 0,649$ ), hemoptisis ( $2,6$  % vs.  $5,9$  %,  $p = 0,630$ ) y otros eventos adversos fue similar.

El tiempo de estancia en URPA difirió significativamente entre grupos. El grupo Optiflow® mostró una recuperación más rápida, con mayor porcentaje de pacientes dados de alta de URPA en la primera hora y menor proporción de estancias prolongadas (2-4 h) ( $p = 0,008$ ). Solamente se produjeron 2 ingresos no previstos, uno por neumotórax y otro por hemoptisis, ambos del grupo de mascarilla laríngea. No hubo ingresos no previstos en el grupo Optiflow®. En cuanto a la satisfacción con los dispositivos, el neumólogo otorgó puntuaciones ligeramente superiores al grupo ML ( $9,8 \pm 0,6$  vs.  $9,5 \pm 1,1$ ,  $p = 0,062$ ) y el paciente al grupo Optiflow® ( $9,8 \pm 0,5$  vs.  $9,6 \pm 0,7$ ,  $p = 0,106$ ), aunque ninguna de estas diferencias alcanzó significación estadística. La satisfacción del anestesiólogo fue similar en ambos grupos ( $9,3 \pm 1,9$  vs.  $9,1 \pm 1,4$ ,  $p = 0,747$ ).

*Palabras clave:* Oxigenoterapia de alto flujo, mascarilla laríngea, neumología intervencionista, cirugía mayor ambulatoria, unidad de recuperación postanestésica.

#### O-04 P-08 EFICACIA DE LA MASCARILLA DE PRESIÓN POSITIVA NASAL SUPERNO<sub>2</sub> VA™ FRENTE A OXIGENOTERAPIA CONVENCIONAL EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA AMBULATORIA: ESTUDIO OBSERVACIONAL

**E. Arroyo Iglesias, L. Gómez Rodríguez, E. Fernández López, R. Vela Pascual, A. Reyes Fierro, M. Portas González, M. Zaballos García**

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

**Objetivos:** La endoscopia digestiva alta (EDA) es uno de los procedimientos fuera de quirófano más frecuentes en régimen ambulatorio. Su realización debe seguir de forma estricta las recomendaciones y estándares de calidad que se aplican en los procedimientos realizados en el área quirúrgica.

La sedación permite aportar confort y disminuir el dolor y la ansiedad asociada a estos procedimientos, sin embargo, la hipoxemia es la complicación más frecuente asociada a la

EDA bajo sedación anestésica. Para su control, se han descrito diferentes estrategias, siendo una de ellas el uso de la mascarilla SuperNO<sub>2</sub>VA™, que aporta oxigenación nasal con presión positiva intermitente/continua, lo que podría reducir su incidencia sobre todo en pacientes con comorbilidades. El objetivo de este estudio fue analizar la eficacia de la mascarilla SuperNO<sub>2</sub>VA™ en pacientes sedados evaluando parámetros de oxigenación, incidencia de complicaciones respiratorias y realización de la EDA sin interrupciones en comparación con la técnica de oxigenación convencional.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional en el que se incluyeron pacientes consecutivos sometidos a endoscopia digestiva alta. Se registraron variables sociodemográficas, antecedentes clínicos, parámetros de oxigenación intraprocedimiento y maniobras de rescate de la vía aérea. Para el análisis estadístico, se empleó la prueba U de Mann-Whitney y Chi cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher para variables categóricas. Asimismo, se realizó un análisis de regresión logística para identificar factores asociados a la desaturación clínica.

**Resultados:** Se estudiaron 140 pacientes que según la práctica clínica habitual y el criterio del facultativo se distribuyeron en dos grupos: grupo de oxigenoterapia convencional (n = 66) y grupo con mascarilla de presión positiva nasal SuperNO<sub>2</sub>VA™ (n = 74). A pesar de partir de una saturación basal inferior (95 % vs. 97 %,  $p < 0,001$ ), el grupo SuperNO<sub>2</sub>VA™ alcanzó una saturación mínima superior (98 % vs. 95 %,  $p < 0,001$ ), lo que supuso una mejoría respecto a la SpO<sub>2</sub> basal (mediana de cambio -2,0 vs. +1,5,  $p < 0,001$ ). Tras el ajuste multivariable, el uso de técnica convencional asoció un riesgo de desaturación tres veces mayor (OR 3,26, IC 95 % 1,13-9,43,  $p = 0,029$ ). Asimismo, la necesidad de maniobras de rescate (subluxación mandibular) fue significativamente menor en el grupo SuperNO<sub>2</sub>VA™ (5,4 % vs. 24,2 %,  $p = 0,001$ ), beneficio que fue más evidente en pacientes con obesidad y mayores de 65 años.

**Conclusiones:** La mascarilla SuperNO<sub>2</sub>VA™ optimiza la oxigenación durante la endoscopia digestiva alta bajo sedación y reduce significativamente el requerimiento de maniobras de rescate de la vía aérea. Este beneficio es particularmente relevante en pacientes de riesgo como los pacientes con obesidad y edad avanzada lo que avala su implementación como una estrategia de seguridad en pacientes con comorbilidades facilitando el proceso de ambulatorización.

*Palabras clave:* Mascarilla de presión positiva nasal, endoscopia digestiva alta, oxigenoterapia.

## O-05 P-09 RECUPERACIÓN FUNCIONAL TRAS CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DE CIRUGÍA GENERAL: EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL MEDIANTE FRI Y GSR

**A. Carrascoso López, C. Quemada Renedo, A. García López, K. R. Peláez Melo, A. Martínez Serrano, M. J. Puerta Ordóñez, L. Barajas Cava, L. Muñoz Corsini**  
*Hospital Universitario de Guadalajara*

**Objetivos:** El objetivo principal es evaluar la recuperación funcional postoperatoria a 1 mes en pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria mediante el Functional Recovery Index (FRI).

Los objetivos secundarios son:

- Describir la recuperación global percibida a 1 mes de la cirugía mediante la escala Global Surgical Recovery (GSR).
- Analizar la intensidad del dolor postoperatorio en el periodo precoz (24 horas y 3 días) tras la intervención.
- Determinar la incidencia de complicaciones postoperatorias en el seguimiento ambulatorio, incluyendo náuseas/vómitos, complicaciones clínicas y reingresos hospitalarios.
- Describir el perfil clínico y anestésico de los pacientes sometidos a CMA (Edad, sexo, ASA y tipo de anestesia).

**Métodos:** *Diseño del estudio:* estudio observacional retrospectivo en pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria (CMA) de Cirugía General en el Hospital Universitario de Guadalajara.

*Población de estudio:* se incluyeron consecutivamente todos los pacientes intervenidos en régimen de CMA entre el 25 y el 30 de marzo de 2026. La muestra final fue de 29 pacientes, incluyendo adultos y pediátricos.

*Recogida de datos:* las variables demográficas y clínicas perioperatorias (edad, sexo, ASA, tipo de anestesia y procedimiento quirúrgico) se obtuvieron de la historia clínica electrónica. Se realizó seguimiento mediante encuesta telefónica estructurada al mes de la intervención, con respuestas registradas de forma anonimizada.

*Variables analizadas:* se recogieron variables demográficas y clínicas, así como dolor postoperatorio inmediato y al tercer día, recuperación funcional mediante el Functional Recovery Index (FRI), recuperación global percibida mediante la escala Global Surgical Recovery (GSR), consumo analgésico, náuseas/vómitos, complicaciones y reingresos. El dolor se evaluó mediante escala numérica verbal de 0 a 10.

*Análisis estadístico:* se realizó un análisis descriptivo. Las variables cuantitativas se expresaron mediante media ± desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, y las

cualitativas mediante frecuencias y porcentajes. El análisis se realizó con JASP.

**Resultados:** Se incluyeron 29 pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria (CMA) por Cirugía General entre el 25 y el 30 de marzo de 2026. La edad media fue de  $52,86 \pm 15,87$  años y el 69 % fueron hombres. La mayoría correspondían a ASA II (65,5 %). Las intervenciones más frecuentes fueron exéresis de tumoraciones (27,6 %), fístula anal (17,2 %) y hernia inguinal unilateral (17,2 %). La anestesia más empleada fue la general (34,5 %).

La puntuación media del Functional Recovery Index (FRI) fue de  $108,4 \pm 31,83$  puntos, con mediana de 110. La recuperación global percibida mediante la escala Global Surgical Recovery (GSR) presentó una media de  $80,45 \pm 21,58$  %, con mediana del 80 %.

La intensidad media del dolor fue de  $4,48 \pm 3,34$  puntos a las 24 horas y de  $4,14 \pm 3,12$  al tercer día postoperatorio. Tres pacientes (10,3 %) presentaron náuseas y/o vómitos postoperatorios. Se registraron complicaciones en 4 pacientes (13,8 %) y 2 pacientes (6,9 %) precisaron reingreso hospitalario.

**Conclusiones:** La recuperación funcional al mes de la intervención, evaluada mediante el FRI, fue globalmente adecuada en la mayoría de los pacientes. La recuperación global percibida mediante la escala GSR mostró resultados similares, aunque con variabilidad interindividual. La incidencia de complicaciones y reingresos fue baja, en consonancia con los resultados esperables en CMA. Estos hallazgos apoyan la utilidad de herramientas centradas en el paciente, como el FRI y el GSR, para evaluar la recuperación postoperatoria de forma más completa que los indicadores tradicionales. Asimismo, la variabilidad observada sugiere la influencia de factores clínicos y perioperatorios, siendo necesarios estudios con mayor tamaño muestral para identificar predictores de peor recuperación.

*Palabras clave: FRI, GSR, CMA, recuperación postoperatoria, cirugía general.*

## O-06 P-10 DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DIGITAL DOCENTE PARA MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

**A. García López, C. Quemada Renedo, A. Carrasco López, K. R. Peláez Melo, A. Serrano Martínez, M. J. Puerta Ordóñez, L. Barajas Cava, L. Muñoz Corsini**  
*Hospital Universitario de Guadalajara*

**Objetivos:** El objetivo principal fue asegurar la adquisición de competencias técnicas y transversales fomentando la autorreflexión y, de esta forma, optimizar la formación de médicos internos residentes (MIR) en cirugía mayor ambulatoria (CMA).

Los objetivos secundarios son: 1) conseguir contrarrestar la distorsión asistencial habitual en unidades integradas donde coexiste la programación de pacientes ingresados y ambulatorios mediante la autorreflexión. 2) garantizar la eficiencia del circuito de CMA (alta hospitalaria idealmente inferior a 6 horas) dentro de un marco de seguridad y calidad.

**Métodos:** Se desarrolló un *checklist* digital para cumplimiento diario y accesible a través del dispositivo móvil para realización por parte de los MIR de Anestesiología y Reanimación. La herramienta actúa como guía de práctica y autoevaluación, estructurada en 27 ítems con respuesta dicotómica Sí/No divididas en 7 áreas competenciales: Profesionalismo, Comunicación, Cuidados del paciente, Conocimientos, Práctica basada en sistemas de salud, Práctica basada en el aprendizaje y Manejo de la información. Distinguimos preguntas específicas dirigidas a pacientes del circuito ambulatorio en las áreas competenciales de Cuidados del Paciente, Práctica basada en los sistemas de salud y Práctica basada en el aprendizaje.

Tras la redacción del mismo, se perfiló enviándolo en dos rondas a expertos en Anestesiología y Seguridad del paciente de toda España.

Con este aval, fue presentado a los tutores de residentes del servicio del Hospital Universitario de Guadalajara, para su aprobación.

El *checklist*, conocido como “*Checklist* de competencias en quirófano”, se distribuyó digitalmente a los residentes para que, de forma voluntaria, fuese aplicado diariamente, antes de empezar la jornada laboral.

**Resultados:** Participaron los 7 MIR de Anestesiología y Reanimación de nuestro servicio, completando el formulario durante 90 días.

El tiempo diario para cumplimentar el *checklist* fue contabilizado en 2 minutos 12 segundos de media.

Más que la tasa de cumplimiento global o parcial de las competencias, lo que interesaba era el cumplimiento en sí mismo.

Al ser una acción voluntaria, no evaluable, los resultados fueron recogidos mediante preguntas abiertas en entrevistas personales. La opinión general fue que la implementación del *checklist* móvil facilitó una revisión sistemática y protocolizada de las tareas críticas antes, durante y después del acto anestésico.

En nuestra experiencia, la herramienta demostró concienciar al residente sobre la necesidad de individualizar una anestesia específica de recuperación rápida, minimizando

efectos secundarios y optimizando la analgesia postoperatoria para evitar prolongaciones de la estancia. Se observó una mejora subjetiva en la comunicación interprofesional y con el paciente/familia al alta.

**Conclusiones:** El *checklist* digital portable constituye una herramienta pedagógica excelente que promueve la autorreflexión diaria del residente en el quirófano de CMA. Permite estandarizar y aplicar el manejo anestésico específico que requiere el paciente ambulatorio a pesar de las interferencias de las unidades integradas, asegurando los estándares de seguridad y agilizando el flujo de alta domiciliaria precoz.

*Palabras clave: Checklist, docencia, seguridad, autorreflexión.*

## CIRUGÍA

### 0-07 P-14 EFICACIA DE LA TÉCNICA LAST EN EL MANEJO DEL SINUS PILONIDAL: EVIDENCIA Y PERSPECTIVAS

**M. Rodríguez Sanz, A. González de Godos, C. Tinoco Carrasco, J. López Herreros, M. C. de la Cuesta de la Llave, G. Nieto Romero de Ávila, R. Otero Roussel**  
*Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid*

**Introducción:** La técnica LAST (Laser Ablation of Sinus Tract) se ha consolidado como una alternativa mínimamente invasiva para el tratamiento del sinus pilonidal, basada en la aplicación de energía láser para la ablación controlada del tracto. Su mecanismo de acción, fundamentado en la fototermólisis selectiva del epitelio fistuloso, permite un cierre progresivo del conducto con mínimo daño tisular. La técnica LAST se ha posicionado como una alternativa ambulatoria, reproducible y con un perfil de morbilidad reducido, permitiendo una reincorporación temprana a las actividades habituales. Además, su ejecución mediante una fibra láser radial facilita una distribución uniforme de la energía, optimizando la ablación y minimizando el riesgo de daño colateral.

**Objetivos:** El objetivo principal es evaluar la eficacia clínica de la técnica LAST en el tratamiento del sinus pilonidal, analizando su capacidad para lograr resolución del tracto y reducir la recurrencia. Los objetivos secundarios serían determinar el perfil de seguridad de la técnica LAST, identificando la incidencia y tipo de complicaciones postoperatorias, cuantificar el dolor postoperatorio, analizar el tiempo de recuperación funcional, incluyendo

reincorporación laboral y retorno a actividades habituales y valorar la satisfacción del paciente respecto al procedimiento, la recuperación y el resultado estético.

**Métodos:** Se realiza un estudio observacional de 229 pacientes diagnosticados de sinus pilonidal durante el periodo del 1 de junio de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2025, los cuales fueron tratados con la técnica LAST en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) cuyo objetivo principal es valorar la tasa de curación y recidiva con la terapia láser. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes diagnosticados de sinus pilonidal, de ambos sexos y edades igual o superiores a 14 años, tanto primarios como recurrentes y complejos, sin aplicar criterios de selección de pacientes, ni criterios de exclusión.

**Resultados:** Se incluyeron 229 pacientes con diagnóstico de sinus pilonidal crónico sometidos a tratamiento mediante técnica LAST. La media de edad fue de 29,3 años (rango 14-72 años), con un predominio masculino del 84,3 %. El procedimiento se realizó en régimen ambulatorio en el 100 % de los casos, el tiempo quirúrgico con una mediana de 20 minutos. La longitud media del trayecto es de 4,85 cm (Rango 0,5-17 cm). La energía media aplicada es de 810,25 julios (rango 88-6953 julios). La tasa de curación ha sido de 90,4 %, definida como cierre completo del tracto sin signos de infección ni drenaje persistente, la tasa de recidiva es 5,67 % y la tasa de persistencia del 4,8 %, observándose mejor evolución en pacientes con tractos simples frente a tractos complejos. El dolor postoperatorio fue bajo, con una puntuación EVA media de 0,24 a las 24 horas. La reincorporación a actividades habituales se produjo a los 2 días, y el retorno laboral a los 14 días. Las complicaciones fueron un 17 %, consistiendo principalmente en seroma autolimitado o inflamación leve del área tratada. No se registraron infecciones profundas, quemaduras cutáneas ni eventos adversos graves relacionados con el láser. La satisfacción del paciente fue elevada, con un índice global de 4,4/5.

**Conclusiones:** La técnica LAST demostró ser un procedimiento eficaz, seguro y mínimamente invasivo para el tratamiento del sinus pilonidal, con altas tasas de resolución clínica y un perfil de morbilidad reducido. Los pacientes presentaron bajo dolor postoperatorio, rápida recuperación funcional y escasas complicaciones, lo que refuerza su utilidad en el manejo ambulatorio de esta patología. La baja tasa de recurrencia observada durante el seguimiento sugiere que la ablación láser del tracto ofrece un control adecuado de la enfermedad. Además, la elevada satisfacción del paciente respalda su aceptación como alternativa terapéutica.

*Palabras clave: Sinus pilonidal, láser, técnica LAST.*

## O-08 P-21 CIRUGÍA TIROIDEA ONCOLÓGICA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: SEGURIDAD, TASA DE SUSTITUCIÓN Y RESULTADOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

**I. E. Turello Phillips, F. Martínez Burgos, E. Pizarro Lozano, A. Coves Luque, E. Bombuy Giménez, J. de la Cruz Verdún**

*Hospital Universitari de Mataró, Madrid*

**Introducción:** La cirugía mayor ambulatoria (CMA) se ha consolidado como un modelo asistencial seguro, eficiente y coste-efectivo, con altas tasas de satisfacción y baja morbilidad en pacientes seleccionados. En cirugía tiroidea, su implementación ha sido progresiva debido al riesgo de complicaciones precoces como el hematoma cervical o la hipocalcemia. Sin embargo, la evidencia reciente muestra tasas de sustitución superiores al 70-80 % y bajos ingresos no planificados, respaldando su uso incluso en patología oncológica.

**Objetivos:** Evaluar la seguridad y eficacia de la CMA en cirugía tiroidea oncológica, analizando tasas de sustitución, complicaciones, ingresos no planificados y reconsultas.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes con cáncer de tiroides (Bethesda V-VI) intervenidos entre enero del 2024 y diciembre del 2025 en un hospital de segundo nivel.

La mayoría de los pacientes fueron seleccionados inicialmente para CMA según criterios clínicos establecidos, constituyendo la tasa de sustitución, mientras que un bajo porcentaje requirió ingreso programado o no planificado. Se analizaron tipo de cirugía (hemitiroidectomía, tiroidectomía total ± vaciamiento ganglionar), régimen de alta, ingresos no planificados y complicaciones postoperatorias. Se evaluaron complicaciones inmediatas y tardías detectadas en urgencias o consultas externas, realizándose un análisis descriptivo de resultados.

**Resultados:** Se incluyeron 36 pacientes, de los cuales el 94,4 % fueron programados en CMA (tasa de sustitución). La tasa de éxito del manejo ambulatorio fue del 78 %, con un 16,6 % de ingresos no planificados y un 5,5 % de ingresos programados.

La tasa global de complicaciones fue del 16,6 %, predominando los eventos leves (Clavien-Dindo I-II). Un 5,4 % de los pacientes en CMA requirió reconsulta en urgencias. Solo un paciente precisó ingreso hospitalario, resolviéndose el resto en urgencias, las demás complicaciones fueron detectadas en la primera consulta posterior a la intervención quirúrgica.

Las complicaciones fueron locales leves (5,1 %), disfagia (5,5 %) y parestesias o espasmos musculares (5,4 %).

**Conclusiones:** La CMA en cirugía tiroidea oncológica es una estrategia segura, con tasas de sustitución y éxito alineadas con los estándares publicados. La mayoría de complicaciones son leves y manejables de forma ambulatoria. Su implementación permite optimizar recursos sin comprometer la seguridad, consolidándose.

*Palabras clave:* Tiroides, neoplasia, seguridad, complicaciones, reingreso.

## O-09 P-22 MELANOMA Y GANGLIO CENTINELA: ANÁLISIS DEL PROCESO AMBULATORIO

**S. González Vinagre, S. Martín Acedo, C. Duro Penkova, P. Rodríguez Andrés, P. Guerrero Ortiz, M. Seoane Vigo, A. Calvache González, B. Vidal Herrador**  
*Complejo Hospitalario Universitario de Santiago*

**Objetivos:** Analizar los resultados de la biopsia selectiva del ganglio centinela en pacientes con melanoma en régimen ambulatorio, evaluando la influencia de variables demográficas, anestésicas y quirúrgicas sobre la necesidad de ingreso hospitalario.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de 60 pacientes intervenidos entre enero de 2021 y diciembre de 2024. Se recogieron variables demográficas, tipo de anestesia, duración quirúrgica, régimen de ingreso, demora quirúrgica y localización ganglionar. La edad, la duración quirúrgica y la demora se expresaron como mediana y rango. Se evaluó, entre otros factores, la asociación entre variables clínicas y necesidad de ingreso hospitalario.

**Resultados:** Se incluyeron 60 pacientes, con predominio femenino (35, 58,3 %) frente a masculino (25, 41,7 %) y una edad mediana de 61 años (rango 29-88). La profundidad invasiva del melanoma (Breslow) se correlaciona con la probabilidad de positividad del ganglio. La anestesia general fue la técnica predominante (48 casos, 80,0 %), seguida de anestesia regional (11, 18,3 %) y sedación (1, 1,7 %).

La mayoría de los procedimientos se realizaron en régimen ambulatorio (52 casos, 86,7 %), requiriendo ingreso 8 pacientes (13,3 %). La tasa de ingreso fue mayor en pacientes intervenidos bajo anestesia general (14,6 % frente a 9,1 % en anestesia regional) y en pacientes de mayor edad (mediana ~66 vs. 59 años), sin alcanzar significación estadística ( $p \approx 0,15$ ). La mediana de duración

quirúrgica fue de 135 minutos (rango 65-220), superior en pacientes ambulatorios (160 vs. 130,5 minutos). Los procedimientos realizados bajo anestesia general fueron más prolongados que los realizados bajo anestesia regional (mediana ~140 vs. ~120 minutos), sin significación estadística ( $p > 0,05$ ).

La demora quirúrgica presentó una mediana de 71 días (rango 15-211). Todos los pacientes fueron derivados por Dermatología. La localización ganglionar fue axilar (31 casos, 51,7 %), inguinal (21, 35,0 %) y cervical (8, 13,3 %).

En todos los casos se realizó la biopsia del ganglio centinela mediante técnica de doble marcaje con <sup>99m</sup>Tc y azul patente. La localización del melanoma determina habitualmente la localización del ganglio centinela, con algunas excepciones atribuibles a patrones de drenaje linfático atípicos.

**Conclusiones:** La biopsia selectiva del ganglio centinela en melanoma puede realizarse de forma segura en régimen ambulatorio, incluso en procedimientos prolongados, en pacientes añosos y bajo anestesia general. La necesidad de ingreso depende de factores del paciente, especialmente la edad, más que de la complejidad quirúrgica. La localización ganglionar sigue el patrón esperado de drenaje linfático, con variaciones que justifican el empleo sistemático de técnicas de mapeo. La positividad del ganglio centinela en nuestra serie concuerda con las series publicadas, asociándose con el espesor tumoral. La baja tasa de pernocta no planificada refleja un alto grado de resolución del proceso en régimen ambulatorio.

*Palabras clave: Melanoma, ganglio centinela, cirugía ambulatoria.*

## O-10 P-23 BIOPSIA GANGLIONAR ESCISIONAL EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: RESULTADOS ASISTENCIALES Y RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL PROCESO

**S. González Vinagre, S. Martín Acedo, C. Duro Penkova, P. Rodríguez Andrés, P. Guerrero Ortiz, M. Seoane Vigo, A. Calvache González, B. Vidal Herrador**  
*Complejo Hospitalario Universitario de Santiago*

**Objetivos:** Analizar el proceso asistencial de la biopsia ganglionar escisional realizada en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) y evaluar su rentabilidad diagnóstica, incluyendo la correlación entre las técnicas percutáneas previas y el diagnóstico anatomopatológico definitivo, así como los factores asociados a la necesidad de ingreso hospitalario.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo que incluyó 109 biopsias ganglionares escisionales realizadas en la Unidad de CMA de un hospital universitario entre enero de 2021 y diciembre de 2025.

Se analizaron variables demográficas, servicio de origen, localización ganglionar, tipo de anestesia, duración quirúrgica, necesidad de ingreso o pernocta no planificada y diagnóstico anatomopatológico definitivo.

En los pacientes en los que se habían realizado técnicas percutáneas previas, se estudió la correlación entre los resultados anatomopatológicos de la punción aspirativa con aguja fina (PAF), la biopsia con aguja gruesa (BAG) y la anatomía patológica definitiva obtenida tras la biopsia escisional.

Las variables cuantitativas se expresaron como media y mediana. La comparación de la duración quirúrgica entre grupos se realizó mediante la prueba U de Mann-Whitney. Las asociaciones entre variables cualitativas se analizaron mediante la prueba de  $\chi^2$  de Pearson. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se analizaron 109 biopsias ganglionares escisionales, descartando las biopsias asociadas a melanoma. El 59,6 % de los pacientes fueron varones, con una edad mediana de 58 años. Las mujeres representaron el 40,4 %, con una edad mediana de 63 años. El principal servicio solicitante fue Hematología (46,8 %). El 67,0 % de los procedimientos se realizó en régimen de CMA, con una tasa de pernocta no planificada del 0,9 %. La duración quirúrgica mediana fue de 55 minutos (rango 25-210).

Los pacientes que requirieron ingreso presentaron una duración quirúrgica significativamente superior frente a los intervenidos en régimen ambulatorio (72,5 vs. 50 minutos,  $p < 0,001$ ).

El tipo de anestesia se asoció significativamente con la duración del procedimiento, siendo mayor en los realizados bajo anestesia general frente a anestesia local (65,0 vs. 49,5 minutos,  $p < 0,001$ ). No se observaron diferencias significativas en la proporción de procedimientos con ingreso según la técnica anestésica empleada ( $p = 0,90$ ). La localización de las adenopatías fue predominantemente axilar e inguinal (70 % de los casos).

En 66 pacientes (60,6 %) la biopsia ganglionar escisional se realizó sin PAF ni BAG previas. La anatomía patológica definitiva identificó malignidad en el 42 % de las biopsias, predominantemente de origen hematológico, sin resultados no concluyentes.

El valor predictivo positivo de la BAG para malignidad fue del 84 %, mientras que el de la PAF fue del 100 %, sin

capacidad para excluir malignidad cuando los resultados fueron negativos o indeterminados.

**Conclusiones:** La biopsia ganglionar escisional puede realizarse de forma segura, eficiente y con elevada rentabilidad diagnóstica en régimen de CMA, con una tasa mínima de pernoctas no planificadas.

La efectividad del proceso ambulatorio es alta, aunque, en muchos pacientes, se realiza la biopsia durante su ingreso en otros servicios.

La duración quirúrgica se asocia de forma significativa con la necesidad de ingreso hospitalario.

Desde el punto de vista diagnóstico, la biopsia escisional de la adenopatía es obligatoria para establecer el diagnóstico definitivo, independientemente de los resultados de PAF o BAG.

La integración de este procedimiento en circuitos de CMA constituye un modelo asistencial eficiente y reproducible.

*Palabras clave: Adenopatía, biopsia escisional, cirugía ambulatoria.*

## O-11 P-27 PROYECTO HERNIA 2025: IMPACTO DE UN PROGRAMA FORMATIVO EN EL ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LA HERNIA INGUINAL

**J. Rodríguez Mogollo, F. Moreno Suero, A. Sánchez Arteaga, J. Tinoco González, J. M. Suárez Grau, F. J. Padillo Ruiz, L. Tallón Aguilar**

*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

**Introducción:** La hernia inguinal es una de las patologías más prevalentes de nuestra especialidad a nivel mundial. A diferencia de otros procedimientos, la tasa de abordaje laparoscópico a nivel nacional continúa siendo baja, con cifras publicadas en torno al 5,7 % según Guillaumes y cols. (*Hernia*, 2021). Por ello, son necesarios programas de capacitación que permitan extender este abordaje mínimamente invasivo entre los profesionales.

**Objetivos:** Los objetivos del estudio son presentar la metodología de un plan formativo en hernia inguinal laparoscópica (Proyecto Hernia 2025) en un hospital de tercer nivel, así como evaluar su impacto mediante el análisis de la evolución anual global, su aplicación en el contexto urgente y la capacitación progresiva de los profesionales en términos de autonomía quirúrgica.

**Métodos:** Se diseñó un plan formativo iniciado en 2023, con una duración estimada de dos años. El programa fue

dirigido por miembros de la Unidad de Pared-CMA de nuestro centro, con experiencia superior a cinco años en cirugía mínimamente invasiva de la pared abdominal.

La formación constó de sesiones teóricas, sesiones prácticas, simulación quirúrgica y tutorización progresiva de procedimientos quirúrgicos.

**Resultados:** En 2022, el servicio partía de una tasa de abordaje laparoscópico de la hernia inguinal del 61,2 % (208/340) de forma global, del 97,3 % (36/37) en hernias inguinales bilaterales y del 13,6 % (3/22) en hernias inguinales urgentes.

A lo largo del programa de capacitación, estos porcentajes aumentaron hasta alcanzar en 2025 una tasa del 73,2 % (531/725) para las hernias inguinales globales y del 59,3 % (16/27) en el ámbito de urgencias. La tasa de abordaje laparoscópico en hernias inguinales bilaterales se mantuvo elevada, con un 92,6 % (126/136) en 2025.

Al analizar los datos de los profesionales no pertenecientes a la Unidad de Pared-CMA, se constató un incremento más marcado. En la hernia inguinal global, la tasa aumentó desde valores previos al programa en torno al 15-25 % hasta aproximadamente el 45 %.

Este cambio fue especialmente relevante en el ámbito de urgencias, donde la tasa pasó del 17,6 % en 2022 (3/17) al 60,0 % en 2025 (9/15).

Por último, antes del inicio del proyecto, el 22,45 % (11/49) de los profesionales eran autónomos para la realización del abordaje laparoscópico de la hernia inguinal y el 34,69 % (17/49) no tenía experiencia. Tras la formación, el 53,06 % (26/49) estaba capacitado para realizar el procedimiento de forma autónoma, mientras que el porcentaje de profesionales sin experiencia descendió al 26,5 % (13/49).

**Conclusiones:** El Proyecto Hernia 2025 se asoció a una mayor implantación del abordaje laparoscópico de la hernia inguinal, especialmente en cirugía urgente y entre cirujanos no pertenecientes a la Unidad de Pared-CMA. La formación estructurada, la simulación y la tutorización quirúrgica parecen herramientas útiles para transferir competencias y estandarizar el abordaje mínimamente invasivo.

Se trata de un proyecto clave para mejorar la calidad asistencial en una patología tan prevalente como la hernia inguinal. Dadas las bajas tasas nacionales publicadas, este modelo formativo podría extenderse a otros centros con el apoyo de la AEC y sus secciones de Pared Abdominal, CMA, Formación y Cirugía Mínimamente Invasiva.

*Palabras clave: Hernia inguinal, laparoscopia, formación.*

## O-12 P-28 NUEVAS TÉCNICAS EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍA PROCTOLÓGICA. ¿NOS AYUDAN A MEJORAR NUESTROS INDICADORES DE CALIDAD?

**E. Moreno Fernández, J. L. Díez Vigil, J. D. Turiño Luque**  
*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

**Objetivos:** Conocer si la introducción de las nuevas terapias en el manejo de la patología proctológica mejora nuestros indicadores de calidad en cirugía ambulatoria.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos entre enero de 2020 y junio de 2025 con patología proctológica en nuestro centro. Variables registradas: características demográficas (edad, sexo, índice de masa corporal [IMC], riesgo anestésico [ASA]), diagnóstico (hemorroides, sinus pilonidal, fisura anal, fístula perianal), régimen de intervención (ingreso o cirugía mayor ambulatoria [CMA]), centro de intervención (hospital, unidad de alta resolución [UCAR]), tipo de tratamiento, asistencia a urgencias y sus causas, revisión en consulta (complicaciones, reintervención, alta...). Se establecieron dos grupos según la técnica o tratamiento empleado por cada uno de los diagnósticos: Grupo A- técnica clásica (Milligan-Morgan, esfinterotomía lateral interna [ELI], sinusectomía/exéresis en bloque, fistulotomía/fistulectomía/setón laxo/Lift/Core-out) y Grupo B nuevos tratamientos (Raffaello®, FiLAC®, toxina botulínica [TB]). Se realizó un análisis comparativo global y específico por patologías. Para ello se empleó el programa PSPP.

**Resultados:** 481 pacientes intervenidos realizando 555 procedimientos: 259 fistulas perianales, 118 hemorroidectomías, 99 fisuras anales y 54 sinus pilonidales. 79 procedimientos excluidos (14,2 %) (sinus pilonidal y fistulas perianales [n = 20]). De los 476 incluidos 20,5 % (n = 98) pertenecían al Grupo B. *Aspectos demográficos:* edad media (años): Grupo A 53,2 ± 14,1 vs. B 52,7 ± 12,4 (p = 0,783). IMC (kg/m<sup>2</sup>): Grupo A 28,7 ± 5,8 vs. B 27,8 ± 4,7 (p = 0,226). Sexo varón: Grupo A 63,1 % (n = 239) vs. B 61,2 % (n = 60) (p = 0,738). ASA: II grupo A 51,1 % (n = 190) vs. B 54,1 % (n = 53) (p = 0,41). Turno mañana: grupo A 73,6 % (n = 279) vs. B 79,6 % (n = 78) (p = 0,224). UCAR: Grupo A 56,5 % (n = 214) vs. B 76,5 % (n = 75) (p < 0,001).

Analizamos de forma separada los procedimientos programados en UCAR (n = 289), sin diferencia estadísticamente significativas por edad, IMC, sexo, ASA ni turno.

Estudio comparativo específico por patologías y grupo de estudio mostró:

**Fístula:** Grupo A transesfinterianas 77,1 % (n = 81) vs. B 89,2 % (n = 33) (p = 0,454), canal anal medio Grupo A 50 % (n = 34) B 59,4 % (n = 19) (p = 0,229).

**Pernocta no planificada (PNP):** ningún caso por grupos.

**Alta primera consulta:** Grupo A 22,4 % (n = 28) vs. B 2,6 % (n = 1) (p = 0,005).

**Seguimiento consulta:** Grupo A 58,4 % (n = 73) vs. B 66,7 % (n = 26) (p = 0,365).

**Complicaciones:** Grupo A 14,4 % (n = 18) vs. B 23,1 % (n = 9) (p = 0,048).

**Inclusión lista espera quirúrgica (ILEQ):** Grupo A 53,9 % (n = 48) vs. B 71,4 % (n = 25) (p < 0,001).

**Asistencia a urgencias:** grupo A 12,8 % (n = 16) vs. B 15,4 % (n = 6) (p = 0,679).

**Hemorroides:** media paquetes: grupo A 2,26 (DS ± 0,6) vs. B 2,83 (DS ± 0,5) (p = 0,001).

**PNP:** Grupo A 21,8 % (n = 22) vs. B 0 (p = 0,031).

**Alta primera consulta:** Grupo A 74,5 % (n = 41) vs. B 55,6 % (n = 10) (p = 0,111).

**Complicaciones:** Grupo A 10,9 % (n = 6) vs. B 44,4 % (n = 8) (p = 0,039).

**ILEQ:** Grupo A 1,8 % (n = 1) vs. B 11,1 % (n = 2) (p = 0,148).

**Urgencias:** Grupo A 18,5 % (n = 10) vs. B 16,7 % (n = 3) (p = 0,585).

**Fisura:** PNP: ningún caso por grupos.

**Alta primera consulta:** A 73,3 % (n = 22) vs. B 50 % (n = 9) (p = 0,231).

**Complicaciones:** A 13,3 % (n = 4) vs. B 27,8 % (n = 5) (p = 0,143).

**ILEQ:** A 5,8 % (n = 2) vs. B 5,5 % (n = 1) (p = 0,223), seguimiento en este grupo superior (n = 3).

**Urgencias:** A 14,7 % (n = 5) vs. B 16,7 % (n = 3) (p = 0,574).

**Conclusiones:** Las técnicas actuales mejoran la PNP en patología hemorroidal. La asistencia a urgencias no mostró diferencias por patologías, mejorándola en patología hemorroidal. En primera revisión, las técnicas clásicas permitieron mayor número de altas y menos complicaciones por patologías. Las nuevas técnicas presentan mayor necesidad de reintervención en la fístula perianal.

*Palabras clave:* Proctología, FiLAC, Milligan-Morgan, Raffaello, seton.

## ENFERMERÍA

### O-13 P-29 MISMO ESTRÉS, DIFERENTE ORIGEN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA FRENTE A CIRUGÍA CON INGRESO HOSPITALARIO EN ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO

**Y. Sánchez Herrera<sup>1</sup>, C. García Sánchez<sup>2</sup>, Y. Holgado Rincón<sup>1</sup>, I. Ruiz de Zárate Ortiz<sup>2</sup>, B. Silva Gordillo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Araba – Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz, <sup>2</sup>Hospital Universitario de Araba – Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz

**Objetivos:** Evaluar y comparar el nivel y perfil de estrés percibido por la enfermería de quirófano en la cirugía mayor ambulatoria (CMA) frente a la cirugía con ingreso hospitalario (CIH).

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal, de enfoque cuantitativo con componente cualitativo complementario.

Se realizó una búsqueda bibliográfica (últimos 10 años) en las bases de datos PubMed, Cochrane y CINAHL, utilizando términos relacionados con enfermería quirúrgica, cirugía mayor ambulatoria, cirugía con ingreso hospitalario y estrés. Se seleccionaron estudios desarrollados en la Unión Europea que evaluaran el estrés en enfermería quirúrgica. La selección de artículos se realizó en base a la metodología PRISMA, obteniendo en la búsqueda inicial 94 artículos, de los cuales 6 cumplían los criterios de inclusión.

De forma paralela, se diseñó un cuestionario anónimo ad hoc basado en escalas tipo Likert (1-5) distribuido entre febrero y marzo de 2026. Se evaluaron distintas dimensiones del estrés (carga de trabajo, presión temporal, eficiencia entre cirugías, responsabilidad y seguridad del paciente), así como factores estresantes asociados a ambos modelos y a nivel general. La muestra estuvo compuesta por 64 profesionales de enfermería de quirófano del Hospital Universitario de Álava (sedes de Txagorritxu y Santiago), seleccionadas mediante muestreo por conveniencia.

**Resultados:** *Cuestionario:* el nivel global de estrés percibido fue similar en ambos modelos, con valores ligeramente superiores en CIH (3,59) frente a CMA (3,34). El 39,1 % de los participantes consideró que el estrés es equivalente, el 35,9 % percibió mayor estrés en CIH y el 15,6 % en CMA. Se observaron diferencias en la naturaleza del estrés. En CMA, predominan factores organizativos como presión temporal (3,88) y eficiencia entre cirugías (3,53). En CIH, el estrés se relaciona con la responsabilidad asistencial (3,77), seguridad del paciente (3,59) y carga de trabajo (3,34). Todos los parámetros evaluados superaron valores medios, observándose una concentración en valores elevados ( $\geq 4$ ) en la mayoría.

A nivel general, los principales factores estresantes identificados fueron: presión por el tiempo (75 %), alta rotación del personal (68,8 %), presión de otros estamentos (67,2 %), necesidad de eficiencia en la preparación del quirófano entre cirugías (60,9 %), adaptación a diferentes técnicas quirúrgicas (56,3 %) y carga de trabajo (54,7 %). El análisis cualitativo identificó estresores adicionales como la carga asociada al retén y la relevancia del buen entendimiento entre profesionales de la misma categoría.

Literatura revisada: respalda estos hallazgos. A pesar de que ningún estudio compara directamente CMA frente a

CIH, varios analizan la carga a nivel general, destacando la influencia de la imprevisibilidad y presión constante. Las enfermeras de quirófano presentan niveles moderados-altos de estrés asociados a estresores organizativos (falta de personal, turnos irregulares, presión asistencial y comunicación deficiente entre profesionales) y clínicos (complejidad, incertidumbre y miedo a errores). En la CMA el estrés se debe al alto ritmo y rotación de pacientes, mientras que en la CIH se vincula a la complejidad y duración de las intervenciones quirúrgicas.

Entre las estrategias descritas destacan simulación prequirúrgica, apoyo entre profesionales y formación en trabajo en equipo.

**Conclusión:** La CMA no incrementa el nivel global de estrés, pero sí modifica su perfil, orientándolo hacia factores organizativos, frente a un estrés más clínico y cognitivo en la CIH. A nivel general, la enfermería de quirófano muestra niveles elevados de estrés, por lo que es necesario implementar estrategias organizativas y formativas para mejorar la coordinación del equipo y reducir errores y carga de trabajo.

*Palabras clave:* Enfermería quirúrgica, cirugía mayor ambulatoria, cirugía con ingreso hospitalario, estrés.

## O-14 P-33 SIMULACIÓN *IN SITU* PARA EL MANEJO DE LA ANAFILAXIA BASADA EN LAS NECESIDADES FORMATIVAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

**P. Moreno Carrillo, I. Pueyo Llena, M. Vega las Heras, S. A. Soriano Mas**

*Unidad de Cirugía Sin Ingreso. Hospital Vall d'Hebron, Barcelona*

**Objetivos:** Desarrollar un programa formativo que integre la metodología de simulación *in situ*, diseñado a partir de las necesidades expresadas por el personal de enfermería de una Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI), con el fin de incrementar la seguridad del paciente y fortalecer los conocimientos clínicos en la práctica profesional diaria.

**Métodos:** En julio del 2024, se administró un cuestionario al personal de enfermería de la UCSI con el objetivo de identificar sus necesidades formativas. Participó el 40 % del equipo, de los cuales el 91,7 % identificó la anafilaxia durante el proceso quirúrgico como su principal preocupación. A partir de estos resultados se diseñó el programa "Situaciones de anafilaxia en el área de preanestesia de la UCSI".

Se inscribió voluntariamente al programa formativo el 42 % del personal de enfermería (n = 27). Se incluyó una encuesta en la hoja de inscripción para personalizar la formación. El 80 % eran enfermeras/os y el 20 % TCAI, el 73 % desarrollaban su actividad en el quirófano y el 54 % llevaban menos de 5 años en la Unidad. Aunque el 65 % conocía la metodología de simulación, solo el 50 % había recibido formación en este enfoque, sin embargo, el 100 % consideró la simulación adecuada para el aprendizaje y el 96 % la estimó necesaria para su trabajo.

Durante el primer trimestre del 2025 se realizaron tres ediciones del programa. Cada edición contó con 9 participantes divididos en tres grupos heterogéneos de 2 enfermeras/os y 1 TCAI. Quince días antes, se entregó por correo corporativo una guía del participante con información sobre metodología, objetivos, cronograma y casos clínicos. La parte presencial incluyó: repaso teórico sobre anafilaxia y modelo SBAR, *prebriefing* con contenedor seguro, tres simulaciones en zona 2 con paciente estandarizado en el área de preanestesia (mientras el resto observaba por videollamada en la sala de formación), y *debriefing* plus/delta tras cada caso. La formación fue evaluada mediante encuesta basada en el Modelo Kirkpatrick.

**Resultados:** Se analizaron un total de 27 encuestas de satisfacción (n = 27). La valoración global del programa formativo fue muy positiva, con una puntuación media de 4,92 sobre 5. La guía del participante obtuvo una valoración de 4,88 sobre 5, y el 100 % de los participantes consideró que contenía toda la información necesaria y que el tiempo disponible para su lectura fue suficiente.

La valoración global del instructor fue de 5 sobre 5, destacando el dominio del tema (4,92/5), así como la claridad en el *prebriefing* y en el *debriefing* (5/5 en ambos casos). El 100 % de los participantes opinó que los tiempos y las ubicaciones de las diferentes fases de la formación fueron adecuados y que la simulación cumplió los objetivos establecidos.

En relación con la metodología, el 91,7 % de los participantes valoró la simulación con la puntuación máxima (4/4), considerándola una herramienta adecuada para alcanzar los objetivos formativos. Todos los asistentes señalaron que el grupo era homogéneo, facilitando el seguimiento del ritmo de la formación, y todos cumplieron sus expectativas iniciales, opinando que los conocimientos adquiridos son aplicables en su trabajo.

Finalmente, el 100 % recomendaría este programa formativo a sus compañeros y desearía que se realizarán más formaciones de este tipo.

Como resultado del análisis de las simulaciones y de los *debriefings*, se establecieron planes de mejora en la unidad, entre los que se incluyó la elaboración e instalación de dos infografías en las distintas áreas: una sobre la sintomatología

y la actuación ante la anafilaxia, y otra sobre el modelo de comunicación SBAR.

**Conclusiones:** El diseño de la formación a partir de las preocupaciones reales del personal garantiza un contenido relevante y directamente aplicable al contexto clínico. La metodología de simulación *in situ* ofrece un entorno seguro para practicar situaciones de emergencia, incrementando la confianza y mejorando la capacidad de respuesta ante eventos reales. Asimismo, favorece la colaboración y la comunicación efectiva entre los miembros del equipo.

El análisis de las simulaciones facilita la identificación de necesidades formativas específicas y permite implementar planes de mejora adaptados a la unidad, posibilitando la personalización de futuros programas educativos. En conjunto, estas estrategias contribuyen de forma significativa a aumentar la seguridad de los pacientes.

*Palabras clave:* Anafilaxia, simulación, enfermería.

## O-15 P-38 OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO INVESTIGADOR EN DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN UN ENSAYO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN CMA

**V. Belinchón Abenójar, R. Pedreira García, R. Casado Pardos, M. A. García García, M. Zaballos García, M. Manrique Montesinos**

*Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

**Objetivos:** Describir el protocolo de intervención de enfermería y la metodología de seguimiento del paciente incluido en un ensayo clínico multicéntrico sobre dolor agudo en procedimientos quirúrgicos de cirugía general en CMA asociados con dolor de moderada-alta intensidad.

**Métodos:** *Diseño:* estudio descriptivo sobre la metodología y el proceso de cuidados dentro de un ensayo clínico aleatorizado, controlado y doble ciego.

*Población:* pacientes mayores de 18 años, sometidos a intervenciones quirúrgicas de cirugía general asociados con dolor moderado-intenso, sin patología orgánica de base (renal/hepática) y en los que el procedimiento se realizara con anestesia general.

*Intervención de Enfermería:* fase preoperatoria: verificación colaborativa con el equipo médico de los criterios

de inclusión y exclusión, así como revisión del consentimiento informado. Se realizará un registro de constantes basales y en el caso de que sea mujer en edad fértil también una prueba de embarazo. Fase intraoperatoria: supervisión conjunta con el equipo médico de la profilaxis de náuseas y vómitos, asegurando la ausencia de fármacos con interacción potencial. Verificación asimismo del cumplimiento del protocolo de restricción analgésica intraoperatoria (ausencia de administración de paracetamol o AINE en la ventana de 40 minutos antes de finalizar la cirugía) para evitar sesgos en la evaluación posterior. Fase postoperatoria (URPA): confirmar la ausencia de complicaciones durante la intervención quirúrgica. Identificación de pacientes con dolor (EVA > 6), notificación al médico responsable para la activación de la aleatorización y administración del KIT correspondiente de estudio (pauta de 2 dosis separadas por 4 horas).

**Monitorización:** registro seriado de constantes vitales, escalas de dolor (EVA) y detección precoz de efectos adversos durante un periodo de 8 horas. Gestión del tratamiento de rescate según necesidad.

**Resultados:** Hasta la fecha, el equipo de enfermería ha colaborado en la gestión e inclusión de 98 pacientes, de los cuales fueron aleatorizados 66. El cumplimiento del protocolo de monitorización de constantes y escalas de dolor ha sido del 100 %. No se han registrado desviaciones en los tiempos de administración de la medicación del estudio (intervalo de 4 h). La vigilancia activa de enfermería ha permitido la detección precoz de efectos adversos, facilitando ajustes rápidos en el confort del paciente. La coordinación multidisciplinar del equipo ha optimizado los tiempos de respuesta, logrando un tiempo medio de aleatorización inferior a 10 minutos desde que el paciente refiere dolor intenso hasta que se administra el KIT.

**Conclusiones:** El papel del profesional de enfermería en el control del dolor postoperatorio es fundamental y activo. La enfermería de cuidados postquirúrgicos es un eje esencial que garantiza el rigor científico y la viabilidad de la investigación clínica en dolor. También cabe destacar que la enfermería actúa como principal nexo entre el paciente y el equipo médico tanto para la prevención de complicaciones como para la mejoría en la recuperación de los pacientes. La estandarización de los cuidados y la monitorización exhaustiva no solo facilitan la obtención de resultados fiables para el ensayo, sino que elevan el estándar de seguridad y la calidad percibida del paciente quirúrgico ambulatorio.

*Palabras clave: Enfermería, dolor agudo postoperatorio, ensayo clínico, cirugía mayor ambulatoria.*

## O-16 P-41 PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: ROL AUTÓNOMO ENFERMERO Y ADAPTACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL MÁS ALLÁ DEL BLOQUE QUIRÚRGICO

**M. Jordana Ferrer, M. A. Lara Suárez, E. Socies Portoles, M. E. Álvarez Talavera, P. Piñol Lázaro, R. M. Barberà Ripoll, R. M. Sánchez Cabrera**

*Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona*

**Objetivos:** Describir el modelo asistencial de la unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) externa al bloque quirúrgico de un hospital de tercer nivel, centrado en el rol autónomo enfermero en la atención perioperatoria, la verificación de criterios de alta y la transferencia segura al domicilio.

**Métodos:** Mediante un estudio observacional descriptivo se presenta el modelo asistencial de una UCMA externa al bloque quirúrgico del Hospital Universitari de Bellvitge, con análisis descriptivo de los procedimientos de alta complejidad realizados entre 2023 y 2025: cirugía bariátrica, prostatectomía radical robótica, prótesis de pene y colestectomía laparoscópica. El equipo enfermero asume un rol autónomo y central, definido mediante protocolos específicos, en la recuperación del paciente y su transferencia segura al domicilio el mismo día de la intervención. Las variables principales fueron: tasa de ingreso no previsto por incumplimiento de criterios de alta y tipo de procedimiento quirúrgico. Como variables secundarias se recogieron el volumen de procedimientos por tipo y año y los reingresos a 30 días. Las variables se obtuvieron de forma agregada de la historia clínica electrónica y se analizaron mediante medidas de tendencia central.

La intervención enfermera abarca todo el proceso asistencial. En la fase prequirúrgica, en la Unidad de Recepción y Preparación de Pacientes (URPP), se realiza la entrevista clínica, la detección de antecedentes y la verificación del cumplimiento de las indicaciones preanestésicas (ayuno, suspensión de anticoagulación si procede y confirmación de acompañante responsable), así como la revisión y ejecución de órdenes médicas, incluyendo la administración de medicación prequirúrgica cuando procede.

En el postoperatorio, el equipo enfermero asume la monitorización clínica, el control sintomático, la administración autónoma de analgesia por protocolo, la reintroducción de tolerancia oral, la movilización precoz y la detección de complicaciones. Mediante lista de verificación estructurada, valora los criterios de alta: EVA inferior a 3, tolerancia oral, movilización autónoma, ausencia de sangrado activo y

condición general, identificando autónomamente las situaciones que requieren valoración médica.

La educación sanitaria, individualizada por procedimiento, se apoya en hojas de recomendaciones específicas y se refuerza con la implicación progresiva del acompañante en los cuidados domiciliarios. La continuidad asistencial se garantiza con teleasistencia a las 24 horas, realizada por el equipo enfermero de la UCMA mediante *checklist* estructurado que valora dolor, movilidad, comprensión de recomendaciones y adecuación analgésica.

**Conclusiones:** Durante el periodo 2023-2025 se realizaron 268 procedimientos de alta complejidad en la UCMA, distribuidos entre prótesis de pene (n = 145, 54,1 %), colecistectomía laparoscópica (n = 59, 22 %), prostatectomía radical robótica (n = 47, 17,5 %) y cirugía bariátrica (n = 17, 6,3 %). La tasa de ingreso no previsto por no cumplimiento de criterios de alta fue del 25,47 % en 2023, 37,50 % en 2024 y 15,56 % en 2025. Se registraron 27 consultas urgentes en los 30 días posteriores a la intervención, distribuidas entre prótesis de pene (n = 21), colecistectomía laparoscópica (n = 5), prostatectomía radical robótica (n = 1) y cirugía bariátrica (n = 0).

La aplicación del modelo ha permitido integrar procedimientos de alta complejidad en un entorno ambulatorio con seguridad, con el equipo enfermero como eje central del proceso desde la preparación prequirúrgica en la URPP hasta la atención postquirúrgica en la UCMA, asumiendo de forma autónoma la valoración clínica y funcional, la verificación de criterios de alta y la educación sanitaria al paciente y su acompañante.

La tendencia descendente de la tasa de ingreso no previsto, del 25,47 % en 2023 al 15,56 % en 2025, refleja la maduración progresiva del modelo y la consolidación del rol enfermero autónomo en la toma de decisiones clínicas.

La presencia confirmada del acompañante desde la fase prequirúrgica constituye un elemento de seguridad que favorece su implicación progresiva en los cuidados y la transferencia al domicilio. La lista de verificación estructurada, las recomendaciones individualizadas por procedimiento y la teleasistencia a las 24 horas refuerzan la autonomía del equipo enfermero, la individualización de los cuidados y la continuidad asistencial tras el alta, asegurando la seguridad del paciente en todas las fases del proceso, incluida la detección precoz de complicaciones y la derivación oportuna tras el alta.

Este modelo evidencia que la incorporación de procedimientos de alta complejidad en CMA requiere un circuito asistencial estructurado, protocolos y procedimientos específicos, y competencias enfermeras autónomas bien definidas

para liderar la valoración postquirúrgica, la educación sanitaria y la continuidad de cuidados, garantizando una transición segura al domicilio más allá del bloque quirúrgico.

*Palabras clave:* Cirugía mayor ambulatoria, rol autónomo enfermero, alta complejidad, competencias enfermeras, continuidad asistencial.

## O-17 P-48 CONSULTA PREQUIRÚRGICA DE ENFERMERÍA: IMPACTO ASISTENCIAL Y RENTABILIDAD EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

**M. Francisco<sup>1</sup>, F. Aguilera Navarro<sup>2</sup>, C. García Picón<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>2</sup>Hospital Duques del Infantado. Sevilla

**Objetivos:** *Objetivo principal:* evaluar el impacto asistencial y la rentabilidad económica de la consulta de enfermería prequirúrgica dentro del circuito de cirugía mayor ambulatoria del Hospital Duques del Infantado durante el año 2025.

*Objetivos específicos:*

- Analizar la actividad desarrollada en la consulta de enfermería de CMA. Identificar y cuantificar las incidencias detectadas mediante cribado telefónico.
- Analizar las principales causas de las incidencias.
- Evaluar el impacto de la consulta en la reducción de suspensiones quirúrgicas.
- Determinar la rentabilidad económica comparando el coste de la consulta con el valor de la actividad quirúrgica preservada.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de la actividad realizada en la consulta de enfermería prequirúrgica de CMA durante el año 2025.

El protocolo consistió en la realización de una llamada telefónica estructurada por parte del personal de enfermería entre 48 y 72 horas antes de la intervención programada, así como en la posterior monitorización y análisis de los datos obtenidos.

Durante esta valoración se revisaron diferentes aspectos relacionados con la seguridad del proceso quirúrgico:

- Estado clínico actual del paciente.
- Presencia de infecciones activas o cambios recientes en su estado de salud.
- Conciliación terapéutica.
- Adecuación del proceso anestésico.
- Cumplimiento de las recomendaciones preoperatorias.
- Disponibilidad de acompañante y adecuación del entorno social.

Cuando se detectaba alguna incidencia incompatible con la cirugía programada, la intervención se suspendía de manera anticipada y se activaba el circuito de sustitución mediante aviso a lista de espera, para así preservar la actividad quirúrgica prevista.

Para el desarrollo del estudio se analizó el volumen de actividad quirúrgica por especialidades, las incidencias detectadas, sus causas, las suspensiones reales, las suspensiones evitadas y el impacto económico derivado de la actividad preservada.

**Resultados:** Durante el año 2025 se realizaron un total de 6315 consultas telefónicas prequirúrgicas.

Distribución por especialidades e incidencias detectadas:

- Oftalmología: 4015 consultas (63,6 %) con 481 incidencias (62,3 %).
- Otorrinolaringología: 1234 consultas (19,5 %) con 276 incidencias (35,8 %).
- Cirugía vascular: 91 consultas (1,4 %) con 11 incidencias (1,4 %).
- Total: 772 incidencias (12,2 %) (una por cada ocho pacientes evaluados).

La causa más frecuente fue el cambio en la situación clínica del paciente, con 438 casos (56,7 %).

También se identificaron incidencias relacionadas con errores organizativos o de programación en 103 casos (13,3 %). De las incidencias detectadas: 699 casos (90,5 %) precisaron cambio de fecha y sustitución del paciente. 73 casos (9,5 %) pudieron resolverse sin modificar la programación quirúrgica. A pesar del cribado telefónico, se produjeron 276 suspensiones reales, que hubiesen ascendido a 1048 si no se hubiese llevado a cabo la consulta y por tanto permitió evitar potencialmente 772 suspensiones quirúrgicas.

Análisis económico: el coste medio estimado de cada consulta de enfermería fue de 53,51 €, lo que supuso un coste anual total de 337.417,65 €.

El valor económico de la actividad quirúrgica preservada en las tres especialidades ha sido: 1.395.209,79 €.

El beneficio neto: 1.395.209,79 € - 337.417,65 € = 1.057.792,14 €.

Retorno de la inversión (ROI): 313,5 %.

Es decir, por cada euro invertido en la consulta de enfermería prequirúrgica, se recuperaron aproximadamente 4,1 €.

**Conclusiones:** La consulta de enfermería prequirúrgica constituye una herramienta de gran valor clínico, organizativo y económico.

Permite detectar incidencias relevantes en un porcentaje significativo, especialmente aquellas relacionadas con cambios clínicos agudos y con deficiencias del propio circuito asistencial.

Contribuye a reducir las suspensiones quirúrgicas de última hora, a preservar la actividad programada y a mejorar la eficiencia global del sistema sanitario.

Desde el punto de vista económico, demuestra una elevada rentabilidad, con un retorno de la inversión superior al 300 %.

Por todo ello, la consulta de enfermería prequirúrgica no debe entenderse como un gasto añadido, sino como una inversión estratégica orientada a mejorar la seguridad del paciente, la eficiencia de los recursos y la sostenibilidad asistencial.

*Palabras clave:* Cirugía mayor ambulatoria, consulta prequirúrgica de enfermería, suspensiones quirúrgicas, seguridad clínica, rentabilidad económica.

## O-18 P-51 MÁS ALLÁ DE LAS PRIMERAS 48 HORAS: IMPACTO CLÍNICO Y EFECTIVIDAD DE UN PROTOCOLO ESTRUCTURADO DE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO INTENSIVO TRAS CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

**L. Ramírez Hallas, E. Escobar Cuesta, E. Reñe de Antonio, S. Vitale, A. Nebot Galindo, I. Fabregas Blanco, A. Parra Pozo**

*Hospital Universitario de Mataró, Barcelona*

**Introducción:** El seguimiento postoperatorio en cirugía mayor ambulatoria (CMA) suele limitarse a las primeras 48 horas tras el alta, pese a que una proporción relevante de pacientes continúa presentando dolor y necesidades de soporte clínico durante la primera semana postoperatoria. La evidencia sobre el impacto clínico de modelos estructurados de seguimiento prolongado sigue siendo limitada.

### Objetivos:

1. Evaluar el efecto de un protocolo de seguimiento telefónico intensivo (SI) sobre la calidad de recuperación y el dolor postoperatorio en CMA respecto al seguimiento estándar (SE).
2. Analizar la duración real y la efectividad operativa del protocolo SI, así como explorar su relación con el tipo de cirugía y la pauta analgésica prescrita.

**Material y métodos:** Ensayo clínico aleatorizado, controlado y simple ciego realizado en un hospital universitario de CMA. Se incluyeron 280 pacientes ASA I-III, con análisis

final de 257 pacientes. El grupo SI recibió llamadas telefónicas diarias realizadas por la Unidad de Dolor Agudo, siguiendo un protocolo estructurado y homogéneo de evaluación clínica, que incluía valoración sistemática del dolor, control de la adherencia analgésica, necesidad de rescate y detección precoz de incidencias postoperatorias. En caso de incumplimiento terapéutico o mal control sintomático, se realizaban intervenciones de refuerzo y recomendaciones específicas. El seguimiento se mantuvo hasta alcanzar dolor controlado (NRS < 4 durante 24 horas consecutivas), con un máximo de 14 días. El grupo SE recibió una única llamada a las 48 horas del alta a domicilio.

La variable principal fue la puntuación total del cuestionario QoR-15 a las 48 horas (Dia2/D2). Como variables secundarias se analizaron QoR-15 en Dia7(D7) y Dia14(D14). También se analizó la intensidad del dolor en reposo y movimiento, Minimal Clinically Important Difference (MCID) considerada como la diferencia clínicamente relevante un cambio de aproximadamente 8 puntos en la puntuación total del QoR-15, Patient Acceptable Symptom State (PASS) (el umbral considerado como un estado de recuperación aceptable para el paciente se sitúa en 118 puntos) satisfacción y adherencia terapéutica.

En el grupo SI se describió la duración real del seguimiento y se exploró su asociación con el tipo de cirugía agrupada y la pauta analgésica prescrita mediante prueba de Kruskal-Wallis ( $\alpha = 0,05$ ).

**Resultados:** Más del 95 % de los pacientes pudieron ser contactados correctamente durante el seguimiento, permitiendo una monitorización continuada de la evolución clínica y de la adherencia terapéutica.

El SI no mostró diferencias en la recuperación precoz a las 48 horas respecto al SE. Sin embargo, presentó una mejor recuperación clínica a los 14 días, asociada a menor intensidad de dolor en reposo y movimiento, mayor proporción de pacientes con estado aceptable de síntomas y mayor satisfacción postoperatoria.

La adherencia completa a la pauta analgésica fue del 64,8 %, y el 80 % de los pacientes no requirió medicación de rescate.

Aunque el protocolo permitía hasta 14 días de seguimiento, casi el 60 % de los pacientes finalizaron el control telefónico al tercer día y aproximadamente el 80 % antes del quinto día, sugiriendo una carga asistencial limitada y una buena viabilidad operativa. No se observaron diferencias relevantes en la duración del seguimiento según el tipo de cirugía o la pauta analgésica prescrita.

**Conclusiones:** El seguimiento telefónico intensivo y protocolizado tras CMA no mostró beneficios precoces en las primeras 48 horas, pero sí se asoció con una mejor

recuperación clínica y menor dolor durante la evolución postoperatoria. El beneficio observado parece relacionarse con un modelo de seguimiento estructurado y protocolizado, basado en la monitorización diaria de síntomas y adherencia terapéutica, permitiendo detectar precozmente problemas clínicos e intervenir de forma activa durante la recuperación domiciliaria.

La mayoría de los pacientes requirió únicamente 3-4 días de seguimiento, independientemente del tipo de cirugía o de la pauta analgésica prescrita. Este hallazgo respalda la viabilidad de implementar protocolos estructurados de seguimiento telefónico más allá de las primeras 24-48 horas en CMA, favoreciendo una recuperación óptima, un control preciso del dolor y la prevención de una posible cronificación del dolor postoperatorio (DCP).

*Palabras clave:* Procedimientos quirúrgicos ambulatorios, dolor postoperatorio, cuidados posteriores, consulta remota, cumplimiento de la medicación.

## GESTIÓN Y CALIDAD

### O-19 P-52 IMPACTO DE LAS LLAMADAS TELEFÓNICAS PREOPERATORIAS EN LAS CANCELACIONES Y SUSPENSIONES DE LAS CIRUGÍAS EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

**J. Pérez Montosa**

*Hospital del Mar. Barcelona*

**Objetivos:** Evaluar si la implantación de una llamada telefónica preoperatoria realizada por equipo enfermero de cirugía mayor ambulatoria (CMA) reduce las suspensiones y cancelaciones quirúrgicas el mismo día de la intervención. Por otro lado, conocer los motivos más frecuentes de dichas suspensiones.

**Métodos:** Estudio cuantitativo cuasiexperimental retrospectivo-prospectivo realizado en la unidad de CMA. La intervención consistió en una llamada preoperatoria 48-72 horas antes de la intervención como recurso preventivo para disminuir la tasa de cancelaciones y suspensiones de pacientes no intervenidos verificando la asistencia del paciente a la cirugía, así como el cumplimiento de los requisitos previos a la intervención: estado de salud actual, ayuno, medicación, y disponibilidad de acompañante al alta. En el estudio se incluyeron los pacientes programados en las especialidades de C. General, COT, Urología,

C. Vascular, ORL, CMF, UPM, unidad del dolor y dermatología. Se utilizó como Grupo No-expuesto a la llamada (GNE) los pacientes intervenidos entre los periodos del 1 de enero de 2025 al 30 de abril de 2025 y como Grupo expuesto a la llamada (GE) los pacientes intervenidos entre los periodos del 1 de enero de 2026 al 30 de abril de 2026. Se analizaron indicadores de eficiencia asistencial en CMA mediante el cálculo de tasas expresadas en porcentaje. Se definió el índice de cancelaciones como la proporción de pacientes programados para CMA que no acudieron a la unidad el día previsto para la intervención. Este indicador se calculó como el cociente entre el número de pacientes que no se presentaron el día de la cirugía y el número total de pacientes programados para CMA. Por otro lado, se evaluó el índice de suspensiones, entendido como la proporción de pacientes admitidos en la unidad de CMA que finalmente no fueron intervenidos por no cumplir los requisitos prequirúrgicos. Esta tasa se obtuvo dividiendo el número de pacientes programados para CMA que no fueron intervenidos entre el total de pacientes programados. Asimismo, se analizaron dos causas específicas de suspensión. En primer lugar, las suspensiones por enfermedad intercurrente, definidas como aquellos pacientes admitidos en CMA que no pudieron ser intervenidos debido a la aparición de una condición médica aguda no prevista. En segundo lugar, las suspensiones por preparación incorrecta, correspondientes a pacientes que no siguieron adecuadamente el protocolo prequirúrgico establecido. Ambas tasas se calcularon como el número de casos en cada categoría dividido entre el total de pacientes programados para CMA.

**Conclusiones:** En el GNE se incluyeron 887 pacientes, registrándose una tasa de cancelaciones del 1,7 % y de suspensiones del 2,1 %. Entre las causas de suspensión, la enfermedad intercurrente representó el 1,35 % y el incumplimiento del protocolo preoperatorio el 1 %. En el GE se incluyeron 731 pacientes, observándose una tasa de cancelaciones del 0,54 % y de suspensiones del 0,82 %. De estas, la enfermedad intercurrente supuso el 0,54 % y el incumplimiento del protocolo preoperatorio el 0,3 %. Se observó una disminución de las tasas de cancelación y suspensión en el GE respecto al GNE, así como una reducción en las causas relacionadas con enfermedad intercurrente y el incumplimiento del protocolo preoperatorio. Los resultados muestran una tendencia favorable en los indicadores de cancelaciones y suspensiones en CMA, lo que sugiere un funcionamiento adecuado del proceso asistencial. Sin embargo, la presencia de casos evitables, especialmente por preparación incorrecta por parte del paciente, indica que aún existen áreas de mejora. Las suspensiones por enfermedad intercurrente, aunque difíciles de prever, y los fallos en la preparación prequirúrgica ponen de manifiesto la necesidad de reforzar tanto la valoración

previa como la información al paciente. La llamada prequirúrgica se confirma como una herramienta útil, aunque susceptible de optimización.

*Palabras clave:* Cirugía mayor ambulatoria, cancelaciones quirúrgicas, suspensiones quirúrgicas, llamadas telefónicas preoperatorias, eficiencia asistencial.

## O-20 P-53 INTEGRACIÓN DEL MODELO “CUIDA’M” EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: IMPACTO EN LA ACCESIBILIDAD Y LA CALIDAD ASISTENCIAL

**C. Samaniego González, J. Figueras Cufí, M. de Castro**  
*Hospital Santa Caterina. Girona*

**Objetivos:** La cirugía mayor ambulatoria (CMA) está experimentando un ascenso importante en todas las especialidades quirúrgicas y en todo tipo de pacientes. La TSI Cuida’m es un tarjeta sanitaria especial que identifica las personas más vulnerables con alta fragilidad relacional que presentan una baja capacidad de adaptación a entornos nuevos. Clásicamente, ha sido difícil poder intervenir este tipo de pacientes en régimen de CMA por la necesidad de sobremedicación para llevar a cabo cualquier cirugía.

Con la intención de humanizar el proceso quirúrgico, mejorar la experiencia del paciente y de sus acompañantes, y facilitar la posibilidad de realizar intervenciones por CMA en los pacientes con TSI Cuida’m, hemos diseñado un circuito específico en el entorno quirúrgico para este tipo de pacientes.

El circuito específico Cuida’m se basa en la aplicación de un nuevo modelo de enfoque basado en la “triángulo de actuación Cuida’m”: reducción de la espera, acompañamiento y control de estímulos.

Nuestro objetivo principal es demostrar que la implementación de nuestro protocolo asistencial específico Cuida’m dentro del circuito quirúrgico nos permite mejorar la accesibilidad, la comunicación y la experiencia del paciente con necesidades especiales y de sus acompañantes, facilitando la capacidad de llevar a cabo intervenciones por CMA en este tipo de pacientes.

**Métodos:** Diseño e implementación de un protocolo asistencial específico para el paciente con TSI Cuida’m en el bloque quirúrgico del Hospital Santa Caterina.

El protocolo se aplica en tres fases dentro del proceso quirúrgico:

- Preoperatorio: priorización de la consulta preoperatoria de anestesia por vía telemática y elaboración de materiales accesibles de comprensión visual.

- Programación quirúrgica: asignación preferente a primera hora de la mañana o primera hora de la tarde para reducir el tiempo de espera.
- Circuito quirúrgico: adaptación del proceso quirúrgico al paciente con necesidades especiales con una identificación adaptada simplificada, potenciando el acompañamiento y reduciendo al máximo los estímulos del entorno.

**Conclusiones:** Los resultados esperados que ya hemos ido viendo con la aplicación de este nuevo circuito quirúrgico específico en los usuarios con TSI Cuida'm son:

- Reducción del tiempo de espera antes de una cirugía.
- Optimización de la accesibilidad y adaptación asistencial.
- Incremento de la seguridad del paciente.
- Disminución del tiempo de estancia global en el proceso de CMA.
- Mejoría de la calidad asistencial percibida.
- Fortalecimiento de la comunicación entre los profesionales y los pacientes junto con sus acompañantes.
- Aumento de la satisfacción del paciente y sus acompañantes.

*Palabras clave: TSI Cuida'm, fragilidad relacional, circuito quirúrgico, seguridad del paciente, humanización.*

## O-21 P-54 RADIOGRAFÍA DE LA ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA: ANÁLISIS DE DATOS CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS

**M. Juárez Martínez, E. Gutiérrez Fernández, M. A. Vallina González**

*Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón*

**Objetivos:** *Objetivo principal:* analizar la actividad de la unidad de cirugía sin ingreso (UCSI) del Hospital Universitario de Cabueñes (CAHU), evaluando la asociación entre las características sociodemográficas, clínicas y organizativas de los pacientes y los tiempos asistenciales.

*Objetivos secundarios:* definir el perfil sociodemográfico de los pacientes intervenidos en la unidad de cirugía sin ingreso, incluyendo edad, sexo y proporción de pacientes pediátricos.

Analizar la actividad de la unidad de cirugía sin ingreso, en función del tipo de procedimiento, la especialidad quirúrgica, el turno de intervención (mañana o tarde) y la proporción de cirugías realizadas en régimen ambulatorio respecto al total de intervenciones quirúrgicas.

Cuantificar los tiempos asistenciales del proceso quirúrgico, incluyendo el tiempo desde el ingreso hasta el inicio de la cirugía, la duración del procedimiento quirúrgico, el tiempo desde la finalización de la intervención hasta el alta y el tiempo total de estancia en la unidad.

Determinar la frecuencia de eventos relacionados con la actividad asistencial, incluyendo la tasa de suspensiones quirúrgicas y la proporción de pacientes que precisan ingreso hospitalario tras cirugía sin ingreso.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal y retrospectivo en el que se analizan los datos de todos los pacientes intervenidos en la UCSI del Hospital Universitario de Cabueñes durante el periodo comprendido entre el 9 de abril de 2025 y el 9 de abril de 2026, sin intervención sobre los participantes ni modificación del proceso asistencial.

Se incluyeron casos con registro completo en el libro de ingresos de la unidad y en el aplicativo institucional OpenReports, se excluyeron datos incompletos y registros duplicados o inconsistentes. Al incluir a toda la población elegible del periodo no se realizó cálculo previo del tamaño muestral.

Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, adulto/pediátrico), clínicas-quirúrgicas (especialidad y tipo de procedimiento) y organizativas (turno mañana/tarde, box, monitorización, fecha). La variable principal fueron los tiempos asistenciales (min), calculados como diferencias entre hitos: ingreso-inicio de cirugía, duración de la intervención, fin-alta y estancia total. Variables secundarias: necesidad de ingreso hospitalario tras cirugía sin ingreso (sí/no), tasa de suspensiones y proporción de cirugías sin ingreso respecto al total.

Los datos, anónimos desde su registro y sin identificadores, se trataron de forma agregada y se volcaron a una base ad hoc (Excel) alojada en servidores internos del SESP, en el equipo de la Supervisora de Área Quirúrgica y Esterilización, con acceso restringido y protegido por contraseña, se conservarán al menos 5 años tras finalizar el estudio. El estudio se desarrolló conforme a la Declaración de Helsinki (2013) y cumple el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018. Dado el carácter retrospectivo, el uso de datos secundarios agregados/anonimizados y la ausencia de riesgo para la privacidad, se solicita la exención del consentimiento informado conforme a la normativa aplicable, incluida la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica.

El análisis estadístico se realizó con SPSS. Se evaluó la normalidad mediante el test de ShapiroWilk. Dado que las variables cuantitativas no siguieron una distribución normal, se utilizaron pruebas no paramétricas: U de MannWhitney para la comparación entre dos grupos independientes y KruskalWallis para más de dos grupos. Las variables cualitativas se analizaron mediante el test de Chicuadrado. Se consideró significación estadística un valor de  $p < 0,05$ .

**Conclusiones:** Se analizaron 3491 pacientes, con una edad media de  $58,57 \pm 20,71$  años (mediana 62, rango 3-102), predominando las mujeres (54,7 %) y representando la población pediátrica el 4,4 %. La actividad se concentró mayoritariamente en turno de mañana (84,1 %) frente al turno de tarde (15,7 %), observándose una asociación significativa entre especialidad y programación ( $p < 0,05$ ), con mayor presencia en turno matutino de procedimientos de mayor complejidad técnica. El 3,4 % de los pacientes precisó ingreso hospitalario y el 47,5 % requirió monitorización, actuando esta última como indicador indirecto de complejidad asistencial. La especialidad más frecuente fue oftalmología (22,8 %), mientras que la participación de especialidades médicas, aunque reducida, evidencia la capacidad de la UCSI para proporcionar cuidados postintervención en procedimientos procedentes de servicios no exclusivamente quirúrgicos, como radiología intervencionista. Los tiempos no siguieron una distribución normal ( $p < 0,001$ ), por lo que se emplearon pruebas no paramétricas. El tiempo quirúrgico presentó una media de  $156,16 \pm 93,39$  minutos, el intraoperatorio de  $75,37 \pm 26,67$  minutos y el tiempo de ingreso de  $438,70 \pm 143,31$  minutos, mostrando elevada variabilidad. Se observaron diferencias significativas en el tiempo de ingreso según especialidad ( $p < 0,001$ ), con valores superiores en cirugía general, urología y ginecología, así como según el turno de programación ( $p < 0,001$ ), siendo mayores en el turno de mañana, y según los grupos de edad ( $p < 0,001$ ), con valores más elevados en población pediátrica. Además, se evidenció una asociación significativa entre edad y especialidad ( $p < 0,001$ ), destacando el predominio de otorrinolaringología en pacientes pediátricos y oftalmología en pacientes de mayor edad. En conjunto, los resultados muestran que la duración del proceso asistencial está condicionada por la interacción entre la complejidad de la especialidad, las características del paciente y la organización del servicio, siendo especialmente relevante la alta variabilidad en los tiempos de ingreso, que refleja la heterogeneidad asistencial y la necesidad de adaptar la planificación de recursos a dicha complejidad.

*Palabras clave:* Cirugía mayor ambulatoria, tiempos asistenciales, calidad asistencial, investigación enfermera, Nursing Research Challenge.

## O-22 P-56 SATISFACCIÓN PERCIBIDA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES

**E. Gutiérrez Fernández, B. Braña Marcos, M. E. Juárez Martínez, M. A. Vallina González, S. Iglesias Gutiérrez, C. Quevedo Mazorra, C. González García**  
Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón

**Objetivos:** Evaluar la satisfacción percibida de los pacientes y acompañantes atendidos en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) del Hospital Universitario de Cabueñes (Área de Salud III Oriente, SESPA), describir su distribución por dimensiones asistenciales e identificar los factores sociodemográficos y asistenciales asociados.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal. Se incluyeron las encuestas de satisfacción cumplimentadas de forma voluntaria y anónima por pacientes y acompañantes atendidos en la UCSI entre el 12 de febrero y el 6 de mayo de 2026. El instrumento utilizado fue la encuesta de valoración de la satisfacción de usuarios de la atención en Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del CAHU, escala PREM validada de 18 ítems: 12 ítems con escala Likert 1-5, 5 ítems dicotómicos (sí/no) y 1 ítem de recomendación (sí/posiblemente/no). Se definieron seis dimensiones temáticas a priori: D1 accesibilidad y entorno (ítems 1-3), D2 información preoperatoria (ítem 4), D3 proceso intrahospitalario (ítem 7), D4 información al alta (ítems 8-9), D5 trato interpersonal (ítems 10-12) y D6 gestión clínica (ítem 15-16). El Índice de Satisfacción Global (ISG) se calculó como la media de los 11 ítems Likert (ítems 1-4, 7-12 y 15). El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva por ítem y dimensión, prueba de Mann-Whitney para comparación por sexo y rol del informante, prueba de Kruskal-Wallis para comparación por especialidad quirúrgica y grupo de edad, correlación de Spearman entre edad e ISG, y regresión lineal múltiple con el ISG como variable dependiente (predictores: sexo, grupo de edad, especialidad quirúrgica y rol). Los comentarios libres se analizaron mediante análisis temático descriptivo. Nivel de significación:  $\alpha = 0,05$ .

**Resultados:** Se recopilaron 402 encuestas, de las cuales 399 cumplieron los criterios de inclusión y fueron analizadas, alcanzándose así el tamaño muestral establecido. El ISG medio fue de  $4,61 \pm 0,49$  sobre 5. Por dimensiones, la más valorada fue D5 Trato interpersonal ( $4,82 \pm 0,45$ ), con el ítem "trato personal" como el mejor puntuado del instrumento (media 4,91, 93,5 % de puntuaciones máximas). Las dimensiones con menor puntuación fueron D3 Proceso intrahospitalario (tiempo de espera preoperatorio) ( $4,19 \pm 1,10$ ) y D6 Gestión clínica ( $4,42 \pm 0,74$ ). El ítem de tiempo de espera desde la indicación (ítem 1) fue el de mayor variabilidad (DE 1,15). El 90,1 % de los respondedores recomendaría el servicio. La tasa de respuesta afirmativa más baja correspondió al ítem sobre información de contacto ante dudas tras el alta (68,1 %), identificándose como principal área de mejora. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en el ISG en función del sexo ( $U = 6.127, p = 0,298$ ), del rol del informante ( $U = 8.679, p = 0,803$ ), de la especialidad quirúrgica ( $H = 4,56, p = 0,919$ ) ni del grupo de edad ( $H = 0,77, p = 0,679$ ).

La correlación entre edad e ISG fue nula ( $Rho = -0,003$ ,  $p = 0,968$ ). El modelo de regresión lineal múltiple no alcanzó significación estadística global ( $R^2_{aj} = 0,014$ ,  $F = 1,165$ ,  $p = 0,308$ ), limitado por el alto porcentaje de datos perdidos en las variables sociodemográficas (edad 48,8 %, sexo 38,1 %).

**Conclusiones:** Los pacientes y acompañantes de la UCSI del Hospital Universitario de Cabueñes presentan un nivel de satisfacción muy elevado. El trato interpersonal de los profesionales constituye el principal activo de la unidad. Los tiempos de espera y la información sobre contacto post-alta emergen como las principales oportunidades de mejora. La ausencia de diferencias significativas por perfil sociodemográfico o especialidad sugiere una experiencia asistencial homogénea entre los distintos grupos de usuarios. La información obtenida se trasladará al equipo quirúrgico en forma de informe de resultados con recomendaciones orientadas a la práctica, en el marco del Nursing Research Challenge A5 del Área de Salud III Oriente del SESPA.

*Palabras clave: Satisfacción del paciente, cirugía mayor ambulatoria, PREM, calidad asistencial, investigación en cuidados.*

## O-23 P-57 INDICADORES DE CALIDAD EN CIRUGÍA PROCTOLÓGICA EN NUESTRO CENTRO. ANÁLISIS 2020-2025

**E. Moreno Fernández, J. L. Díez Vigil, J. D. Turiño Luque**

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

**Objetivos:** Conocer los indicadores de calidad más reseñables en cirugía proctológica.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo descriptivo de los pacientes intervenidos entre enero de 2020 y junio de 2025 en nuestro centro con diagnóstico de fístula perianal, fisura anal, sinus pilonidal y hemorroides. Variables registradas: características demográficas (edad, sexo, índice de masa corporal [IMC], riesgo anestésico [ASA]), diagnóstico, régimen de intervención (ingreso o cirugía mayor ambulatoria [CMA]), centro de intervención (hospital, unidad de alta resolución [UCAR]), fecha de cirugía y alta, asistencia a urgencias. Análisis de datos mediante el programa PSPP.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se intervinieron un total de 481 pacientes, sometidos a un total de

555 procedimientos. Predominó el sexo masculino 64 % ( $n = 308$ ), edad media 49,9 años (rango 14-84), un IMC medio de 28,2 kg/m<sup>2</sup> (rango 15,6-61,7), ASA II 49,2 % ( $n = 233$ ).

Por orden de frecuencia por patología: fístula perianal 50,5 % ( $n = 280$ ), hemorroides 21,3 % ( $n = 118$ ), fisura anal 18,2 % ( $n = 101$ ) y sinus pilonidal 10,1 % ( $n = 56$ ). En referencia a los aspectos organizativos de la intervención, el 91,4 % de los procedimientos ( $n=507$ ) fueron programados en régimen ambulatorio, el 62,2 % ( $n = 345$ ) fueron realizados en nuestra UCAR y el 74,2 % ( $n = 412$ ) en turno matutino.

Duración media de los ingresos fue de 0,25 días (rango 0-6). La tasa de pernocta no planificada global fue del 5,1 % ( $n = 26$ ). Al comparar por centros la PNP en la UCAR fue del 4,1 % ( $n = 14$ ) frente al 7,1 % ( $n = 12$ ) del hospital ( $p = 0,115$ ).

En relación al turno de intervención, la PNP fue del 1,2 % ( $n = 5$ ) en los pacientes intervenidos por la mañana, mientras que los operados por la tarde ésta subió al 16,2 % ( $n = 21$ ) siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Por patologías la PNP para los pacientes intervenidos de hemorroides fue del 13,9 % ( $n = 14$ ), seguida del sinus pilonidal con un 7,5 % ( $n = 4$ ) por tan solo el 2,7 % y 1,1 % de fístula perianal ( $n = 7$ ) y de la fisura anal ( $n = 1$ ), respectivamente.

Los índices de sustitución por orden de frecuencia fueron: fisura anal del 98 % ( $n = 99$ ), fístula perianal del 93,2 % ( $n = 251$ ), sinus pilonidal del 92,9 % ( $n = 52$ ) y hemorroides del 80,5 % ( $n = 95$ ).

La asistencia a urgencias fue del 14,1 % ( $n = 78$ ) de los procedimientos, si bien en 26 casos el motivo no estuvo relacionado con la cirugía (33,3 %). Por patologías la que mayor motivo de consulta produjo fueron las hemorroides en un 13,8 % ( $n = 16$ ), seguido del sinus pilonidal con un 8,9 % ( $n = 5$ ), la fístula perianal 8,6 % ( $n = 24$ ) y la fisura anal 6,9 % ( $n = 7$ ). Los principales motivos para asistir a urgencias fueron: dolor 35,3 % ( $n = 18$ ), sangrado de la herida 27,5 % ( $n = 14$ ). La tasa de reingresos se situó en el 1,2 % ( $n = 7$ ).

**Conclusión:** La tasa global de pernocta no planificada fue aceptable, si bien en la patología hemorroidal ofrece posibilidades de mejora.

Nuestra tasa de consulta a urgencias es elevada, siendo necesarios poner en marcha mecanismos para un mejor control del dolor y ser más rigurosos en la hemostasia. Si bien la tasa de reingresos está próximo al estándar de calidad.

*Palabras clave: Proctología, pernocta no planificada, índice de sustitución.*

## O-24 P-58 IMPACTO DE MÁS DE 10 AÑOS DE CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015 EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: HERRAMIENTA DE RESILIENCIA, SEGURIDAD Y MEJORA CONTINUA

**F. Galván Román, E. Novoa Lago, N. Dueñas, M. Vera Sánchez, M. Rentero, R. Casado, M. Zaballos García, A. Reyes Fierro**

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

**Objetivos:** Analizar el impacto del mantenimiento durante más de 10 años de un Sistema de Gestión de Calidad certificado según ISO 9001:2015 en una Unidad de CMA de un hospital terciario.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo basado en el análisis de las revisiones anuales del Sistema de Gestión de Calidad entre 2018 y 2023. Se revisaron auditorías internas y externas, indicadores de calidad, acciones correctivas y de mejora, análisis de riesgos, incidencias de seguridad, encuestas de satisfacción y evolución de objetivos estratégicos de la Unidad.

**Resultados:** Durante el periodo analizado se mantuvieron elevados índices de satisfacción de pacientes, con valores entre 94,4 % y 98,4 %, alcanzando en 2022 un 100 % de pacientes que recomendarían la unidad para cirugía ambulatoria. La satisfacción con el control del dolor postoperatorio mejoró desde un 70,5 % en 2017 hasta cifras superiores al 84 % tras la implantación de protocolos analgésicos consensuados y seguimiento telefónico a las 24 horas.

Las encuestas de clima laboral mostraron estabilidad y elevada satisfacción profesional, destacando que el 100 % de los profesionales encuestados no solicitaría traslado fuera de la unidad en diferentes periodos evaluados. En 2023, el

80 % del personal se declaró satisfecho o muy satisfecho con la unidad.

El sistema permitió implantar de forma continuada acciones correctivas y de mejora derivadas de auditorías, incidencias y análisis de riesgos. En 2023 se desarrollaron 24 acciones de mejora y 10 acciones correctivas, mientras que en 2022 se implantaron 8 acciones de mejora, todas cerradas eficazmente. La comunicación de incidentes de seguridad mediante CISEM permitió generar medidas preventivas orientadas a seguridad quirúrgica, identificación inequívoca del paciente y prevención de eventos adversos.

A pesar de escenarios de elevada complejidad organizativa (pandemia COVID-19, dispersión física de la actividad quirúrgica y traslado al nuevo bloque quirúrgico) la mayoría de los indicadores de calidad permanecieron dentro de rango. El sistema facilitó además la adaptación de circuitos asistenciales, la implantación de consultas telefónicas, el desarrollo de programas de pernocta para aumentar ambulatorización y la incorporación de nuevos procedimientos ambulatorios, como simpatectomía torácica y protocolos de apendicectomía laparoscópica urgente.

En las auditorías internas más recientes no se detectaron no conformidades relevantes, consolidándose una cultura de mejora continua, trabajo multidisciplinar y orientación a la seguridad del paciente.

**Conclusiones:** La certificación mantenida según ISO 9001:2015 durante más de una década aporta valor estratégico en una Unidad de CMA, favoreciendo la seguridad clínica, la resiliencia organizativa y la mejora continua. La integración del sistema de calidad en la práctica asistencial ha permitido mantener resultados de calidad y satisfacción elevados incluso en escenarios de gran complejidad organizativa.

*Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria, ISO 9001:2015, gestión de calidad, seguridad del paciente, resiliencia organizativa.*