

## RESÚMENES DE COMUNICACIONES PÓSTERES

## ANESTESIA

**P-01 CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA VS. INGRESO CONVENCIONAL EN ARTROSCOPIA DE HOMBRO: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS CLÍNICOS Y EFICIENCIA**

**C. Cortés Salas, L. Velasco Álvarez, M. Gómez Rojas, M. M. Martínez Gómez, E. Hidalgo Rivas, M. Anaya Rojas, A. Rodríguez Archilla, C. Sánchez Gutiérrez**  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

**Objetivos:** Comparar los resultados clínicos y el impacto económico de la artroscopia de hombro en régimen CMA con bloqueo regional ecoguiado (Hospital Doctor Muñoz Cariñanos, HMC) frente al ingreso convencional de 24-48 horas (Hospital de Traumatología, HRT).

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 30 artroscopias de hombro (HMC: n = 21, HRT: n = 9) realizadas entre 2024 y 2026. Se analizaron variables clínicas (EVA de dolor, complicaciones, estado general autopercebido, náuseas y vómitos) y se realizó una estimación de costes basada en tarifas públicas SNS/SAS 2024.

**Resultados:** La tasa de CMA en el HMC fue del 71,4 %. Los pacientes del HRT eran de mayor edad que los del HMC y con un claro predominio masculino (78 %). En el HMC, en cambio, la muestra era más joven y con mayor proporción de mujeres, que representaban el 57 % de los pacientes. La patología más operada en ambos centros es la del manguito rotador, representando el 71 % de los casos en el HMC y el 67 % en el HRT. El bloqueo regional ecoguiado se aplicó en el 86 % de los pacientes del HMC frente al 33 % del HRT. Las únicas dos complicaciones de toda la serie (dolor postoperatorio incontrolable) correspondieron a los dos pacientes del HMC intervenidos sin bloqueo regional, ningún paciente con bloqueo presentó complicaciones. El EVA medio a las 24 horas fue superior en el HMC que en el HRT, diferencia

que no alcanzó significación estadística ( $p = 0,074$ ) y que debe interpretarse en su contexto: los pacientes del HMC son valorados en domicilio, sin acceso a analgesia de rescate intravenosa, mientras que los del HRT son evaluados en planta hospitalaria con cobertura analgésica completa. El ahorro estimado por proceso al optar por CMA oscila entre 4100 y 5600 euros respecto al ingreso convencional.

**Conclusiones:** La CMA con bloqueo regional ecoguiado y elastómero domiciliario es una modalidad segura, bien tolerada y económicamente eficiente para la artroscopia de hombro. Su implementación sistemática en centros con unidades de CMA consolidadas debería considerarse el estándar de referencia, reservando el ingreso convencional para casos con contraindicaciones específicas debidamente documentadas.

*Palabras clave:* Artroscopia de hombro, cirugía mayor ambulatoria, bloqueo regional ecoguiado, elastómero, costes sanitarios.

**P-04 ¿CUMPLIMOS LAS RECOMENDACIONES CIENTÍFICAS EN CUANTO A LAS HORAS DE AYUNO PREOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA? ESTUDIO APOCMA2025, DATOS PRELIMINARES**

**F. Galván-Román, D. Cervera García, M. D. Ginel Feito, C. García López, N. Maldonado Rodríguez, L. Atucha Badiola, I. Garutti Martínez, A. Reyes Fierro**  
*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

**Objetivos:** El objetivo principal de este estudio es evaluar los tiempos de ayuno preoperatorio en pacientes adultos sometidos a cirugía mayor ambulatoria (CMA) en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM), analizando su adecuación respecto a las recomendaciones actuales sobre seguridad y manejo perioperatorio.

Como objetivos secundarios, se describen las características demográficas, clínicas y perioperatorias de los pacientes y se analiza la relación entre los tiempos de ayuno y variables clínicas y asistenciales, incluyendo factores antropométricos, clasificación ASA, hábitos tóxicos, comorbilidades y características anestésicas y quirúrgicas.

Asimismo, se evalúa la percepción subjetiva del ayuno, especialmente la sensación de hambre, sed y malestar antes de la cirugía, así como posibles complicaciones relacionadas con un ayuno prolongado o inadecuado, entre ellas broncoaspiración o alteraciones del control glucémico.

También se analizan variables organizativas del circuito de CMA, como retrasos quirúrgicos, suspensión de procedimientos y fracaso en la ambulatorización, con el fin de obtener información útil para optimizar los protocolos de ayuno y mejorar tanto la seguridad clínica como la experiencia del paciente.

**Métodos:** Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico realizado en el bloque quirúrgico de CMA del HGUGM. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años programados para cirugía electiva ambulatoria con participación anestésica (anestesia general, regional o sedación). Se excluyeron pacientes que rechazaron participar, menores de edad, personas sin capacidad para otorgar consentimiento informado, pacientes con barrera idiomática y procedimientos realizados exclusivamente con anestesia local.

El reclutamiento comenzó en mayo de 2025 y continuará hasta completar el tamaño muestral previsto. Se recogieron variables demográficas, antropométricas, clínicas y perioperatorias, incluyendo clasificación ASA, hábitos tóxicos, comorbilidades, tipo de anestesia, especialidad quirúrgica y duración de la intervención.

Respecto al ayuno preoperatorio, se registró la duración del ayuno para sólidos y líquidos claros, así como la percepción subjetiva de hambre, sed y malestar. También se recogieron posibles complicaciones perioperatorias y variables organizativas relacionadas con el circuito de CMA.

Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario administrado por el equipo de anestesia en la unidad URPA-CMA y mediante revisión de la historia clínica electrónica (HCIS y HORUS). Los datos fueron tratados de forma pseudoanonimizada. El estudio fue aprobado por el comité de ética del centro.

Las variables cuantitativas se describieron mediante media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC), según su distribución. Las variables cualitativas se describieron como porcentaje.

**Resultados:** Hasta el 1 de mayo de 2026 se incluyeron 29 pacientes. El 62 % fueron hombres. La edad media fue de 52,2 (DE 12) años y el IMC medio de 26,0 (DE 3,7) kg/m<sup>2</sup>. ASA II fue la clasificación predominante (66 %). El 14 % eran hipertensos, el 9 % diabéticos y el 13 % fumadores.

El protocolo de ayuno más frecuente (52 %) fue ayuno absoluto desde medianoche.

Según los pacientes, las recomendaciones procedieron del personal administrativo en un 59 % y de la consulta de anestesia en un 41 %.

La mediana de ayuno para sólidos fue de 11,5 horas (RIC 9,5-15,5) y para líquidos claros de 9,5 horas (RIC 7,0-12,5). El tipo de anestesia más frecuente fue anestesia regional asociada a sedación (45 %), seguida de anestesia general (21 %). Las especialidades más representadas fueron traumatología (34 %) y urología (28 %).

La sensación de hambre fue nula o leve en el 87 % de los pacientes y la sed moderada-intensa en el 34 %. El 97 % no refirió dificultades para cumplir el ayuno.

No se registraron casos de broncoaspiración, náuseas o vómitos postoperatorios ni alteraciones del control glucémico. Todas las cirugías programadas se realizaron. La ambulatorización fue exitosa en todos los pacientes intervenidos en horario de mañana.

La mediana del retraso de entrada a quirófano respecto al horario programado fue de 19 minutos (RIC 10-41). El tiempo quirúrgico presentó una mediana de 28 minutos (RIC 20-54) y la estancia hospitalaria una mediana de 215 minutos (RIC 154-315).

**Conclusiones:** Los tiempos de ayuno preoperatorio observados en nuestro centro fueron superiores a los recomendados por las guías de práctica clínica, especialmente en el caso de los líquidos claros. A pesar de ello, no se objetivó un aumento de complicaciones perioperatorias. Aunque la mayoría de los pacientes toleraron adecuadamente el ayuno, una proporción relevante presentó sensación de sed y malestar. Estos resultados son preliminares y deberán confirmarse con un mayor tamaño muestral.

*Palabras clave:* Cirugía mayor ambulatoria, ayuno preoperatorio, líquidos claros, bienestar del paciente, complicaciones perioperatorias.

## P-06 HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN SANITARIA: INTEGRACIÓN DE PROMS, PREMS Y SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO MEDIANTE ASISTENTE VIRTUAL EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Á. Contreras del Barrio, J. Orellana Barnes, E. Novoa Lago, N. Dueñas López, M. Vera Sánchez, E. Barrio Saiz, N. Maldonado Rodríguez, A. Reyes Fierro  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

**Objetivos:** La humanización en la atención sanitaria implica situar al paciente en el centro del proceso asistencial, integrando no solo resultados clínicos, sino también su percepción de salud y experiencia asistencial. En este contexto, los PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) y PREMs (Patient-Reported Experience Measures) constituyen herramientas fundamentales para evaluar la calidad asistencial desde la perspectiva del paciente y avanzar hacia un modelo de atención basada en valor.

La incorporación de herramientas digitales basadas en inteligencia artificial conversacional puede además favorecer un seguimiento postoperatorio más accesible, continuo y personalizado, permitiendo detectar precozmente posibles complicaciones tras el alta en cirugía mayor ambulatoria (CMA).

**Métodos:** Estudio descriptivo realizado en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Los PROMs se recogieron mediante seguimiento telefónico estructurado a las 24 horas de la intervención. Durante 2025 se inició la implementación de LOLA, asistente virtual conversacional desarrollado por Tucuvi, para realizar llamadas automatizadas de seguimiento postoperatorio a pacientes intervenidos en régimen ambulatorio.

El sistema realizó un cuestionario estructurado de 19 preguntas orientadas a evaluar evolución clínica, dolor postoperatorio, adherencia terapéutica, efectividad de la analgesia, tolerancia oral, movilidad, estado del vendaje y de la herida quirúrgica, presencia de fiebre, náuseas, vómitos, diuresis y necesidad de contactar con servicios de urgencias. Asimismo, el sistema incorporó alertas automáticas simples y multicriterio para la detección precoz de posibles complicaciones postoperatorias, incluyendo problemas de cicatrización, procesos inflamatorios/infecciosos, deshidratación, mala tolerancia oral y dolor postoperatorio mal controlado.

Los PREMs se recogieron mediante encuesta SMS enviada al día siguiente de la cirugía, evaluando satisfacción con tiempos de espera, información pre y postoperatoria, tratamiento del dolor, trato profesional y satisfacción global. También se incluyó una valoración tipo Net Promoter Score (NPS) y comentarios abiertos cualitativos.

Durante 2025 se analizaron 3.512 encuestas PREMs de pacientes intervenidos en régimen ambulatorio.

**Resultados:** La satisfacción global fue elevada, con un 95,9 % de pacientes satisfechos o muy satisfechos con su experiencia en CMA. El 72,4 % recomendaría el servicio con la máxima puntuación (10/10).

La valoración del trato y amabilidad del personal obtuvo puntuación máxima en el 90,1 % de las respuestas. Asimismo, el 68,2 % y 71,4 % de los pacientes otorgaron la máxima puntuación a la información preoperatoria y postoperatoria, respectivamente.

Respecto al tratamiento del dolor, el 87,9 % mostró una valoración favorable (4-5/5). Los principales aspectos de mejora identificados en las respuestas abiertas fueron los tiempos de espera, la demora quirúrgica y la comunicación postoperatoria.

La implementación del seguimiento automatizado mediante asistente virtual permitió además monitorizar de forma estructurada la evolución clínica tras el alta y detectar precozmente incidencias relacionadas con dolor, problemas de la herida quirúrgica, fiebre o intolerancia oral, facilitando una atención más proactiva y segura.

**Discusión:** La integración de PROMs y PREMs permite una evaluación más completa y humanizada de la asistencia sanitaria, incorporando la experiencia y percepción del paciente como indicadores de calidad. En nuestra unidad, estas herramientas han permitido identificar fortalezas asistenciales (especialmente en el trato humano y la información recibida) así como áreas de mejora organizativa relacionadas con tiempos de espera y comunicación.

La incorporación de asistentes virtuales conversacionales basados en inteligencia artificial representa además una oportunidad para optimizar el seguimiento postoperatorio en CMA, mejorar la continuidad asistencial y reforzar la seguridad clínica mediante sistemas automatizados de detección precoz de complicaciones.

**Conclusiones:** La implementación sistemática de PROMs y PREMs, junto con herramientas digitales de seguimiento postoperatorio en CMA, favorece una atención centrada en el paciente y alineada con el modelo de atención basada en valor.

El uso de asistentes virtuales conversacionales permite ampliar la monitorización tras el alta, mejorar la experiencia del paciente y facilitar la detección precoz de incidencias clínicas, contribuyendo a una asistencia más eficiente, personalizada y humanizada.

*Palabras clave:* Humanización sanitaria, PROMs-PREMs, cirugía ambulatoria, seguimiento postoperatorio, asistente virtual IA.

## **P-07 IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO MULTIDISCIPLINAR DE CIRUGÍA URGENTE AMBULATORIA: PAPEL DEL ANESTESIOLOGO EN EL DESARROLLO DE UNA CMA URGENTE SEGURA Y EFICIENTE**

**J. T. Orellana Barnes, Á. Contreras del Barrio, E. Novoa Lago, M. Zaballos García, F. de la Gala García, M. V. López Chuecos, L. Gómez Suárez**  
*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

**Objetivos:** La cirugía urgente ambulatoria constituye una oportunidad para mejorar la eficiencia hospitalaria, optimizar recursos y reducir ingresos innecesarios sin comprometer la seguridad clínica. Sin embargo, su desarrollo requiere una adecuada selección de pacientes, estandarización perioperatoria y una estrecha coordinación multidisciplinar. En este contexto, el anestesiólogo desempeña un papel central en la identificación de pacientes candidatos, la implementación de estrategias de recuperación rápida y la prevención de complicaciones que condicionan el fracaso de la cirugía mayor ambulatoria (CMA), especialmente dolor postoperatorio, náuseas y vómitos (NVPO), sangrado o recuperación funcional retrasada.

En nuestro centro se implantó de forma consensuada entre los servicios de Anestesia y Cirugía General un circuito protocolizado de cirugía urgente sin ingreso, inicialmente dirigido a la apendicitis aguda no complicada y posteriormente ampliado a otros procesos subsidiarios de ambulatorización, especialmente abscesos anorrectales. El objetivo del estudio fue evaluar los resultados clínicos del programa y analizar el papel de los protocolos anestésicos multimodales en el desarrollo de una CMA urgente segura y reproducible.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes intervenidos de urgencia por Cirugía General y dados de alta sin ingreso dentro de un circuito protocolizado multidisciplinar. El protocolo fue desarrollado conjuntamente por Anestesia y Cirugía e incluyó criterios estrictos de selección, priorizando pacientes ASA I-II y ASA III seleccionados y estables, adecuada comprensión de recomendaciones postoperatorias y disponibilidad de soporte domiciliario. Desde el punto de vista anestésico, el programa se basó en estrategias ERAS y fast-track orientadas a minimizar causas frecuentes de ingreso no previsto en CMA urgente. Se empleó anestesia general balanceada de corta duración asociada a analgesia multimodal con reducción de opioides, profilaxis multimodal de NVPO, fluidoterapia restrictiva guiada por objetivos y mantenimiento activo de normotermia.

Las técnicas locorreccionales e infiltración anestésica de puertos laparoscópicos se incorporaron de forma protocolizada para optimizar el control del dolor y favorecer tolerancia oral y deambulación precoz. Asimismo, se minimizaron dispositivos invasivos como sondajes y drenajes para reducir retrasos en la recuperación y complicaciones postoperatorias. Se analizaron variables demográficas, patología intervenida, abordaje quirúrgico y resultados a 30 días, incluyendo reingreso y mortalidad.

**Resultados:** Se incluyeron 260 pacientes, con una edad media de 39 años, el 60,8 % fueron varones. Las patologías

más frecuentes fueron apendicitis aguda (128 casos, 49,2 %) y absceso ano-rectal (98 casos, 37,7 %), que concentraron el 86,9 % de la actividad del programa. El abordaje laparoscópico se empleó en 126 pacientes (48,5 %) y el abierto en 28 (10,8 %), en 104 casos (40,0 %) no era aplicable por el tipo de procedimiento. La aplicación de protocolos anestésicos multimodales permitió una adecuada recuperación funcional postoperatoria, favoreciendo tolerancia oral y movilización precoz, con baja necesidad de ingreso no programado relacionado con dolor, NVPO o complicaciones anestésicas.

La tasa de reingreso a 30 días fue del 4,2 % (11 pacientes) y la mortalidad del 0,4 % (1 paciente).

**Conclusiones:** La implantación de un circuito protocolizado de cirugía urgente ambulatoria, liderado de forma multidisciplinar por Anestesia y Cirugía, permitió ambulatorizar con seguridad procesos urgentes prevalentes y seleccionados, con baja tasa de reingreso y mortalidad mínima.

El anestesiólogo desempeña un papel fundamental en el éxito de estos programas mediante la optimización perioperatoria, el uso de estrategias de recuperación rápida y la prevención de complicaciones que condicionan el fracaso de la CMA urgente. La combinación de selección adecuada de pacientes, cirugía mínimamente invasiva y protocolos anestésicos multimodales constituye la base para el desarrollo de modelos de cirugía urgente ambulatoria seguros, eficientes y potencialmente escalables.

*Palabras clave:* Cirugía ambulatoria urgente, anestesia multimodal, protocolos ERAS, recuperación rápida, eficiencia hospitalaria.

## CIRUGÍA

### P-11 APÓSITOS HEMOSTÁTICOS EN EL MANEJO DEL SANGRADO ACTIVO INTRAOPERATORIO

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

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

**Objetivos:** Clasificar los diferentes tipos de apósitos hemostáticos según su mecanismo de acción y composición, así

como detallar la indicación de cada uno de ellos y mencionar sus nombres comerciales más habituales.

**Métodos:** Revisión bibliográfica de artículos en castellano en bases de datos como Scielo, Google Académico y Dialnet, desde el año 2014 hasta la actualidad.

**Resultados:** *Hemostáticos pasivos o mecánicos:* actúan promoviendo la agregación plaquetaria y formando una barrera física que facilita la coagulación primaria. Efectivos en hemorragias leves a moderadas:

- Celulosa oxidada regenerada: Surgicel® (original, fibrillar, snow, powder), Veriset®, Gelitacel®.
- Esponjas de gelatina (origen bovino o porcino): Gelfoam®, Gelita®, Surgifoam®, Espongostan®.
- Esponjas de colágeno (origen bovino, equino o porcino): Avitene®, Instat®.
- Esferas de polisacáridos derivados del almidón vegetal: Arista®, Perclot®.
- Ceras óseas: Bonewax®.

*Hemostáticos activos:* actúan facilitando la coagulación secundaria al convertir el fibrinógeno en fibrina. Efectivos en hemorragias leves a moderadas.

- Trombina (origen bovino, humana o humana recombinante): Fastact®, SeraSeal®, Recothrom®.

*Hemostáticos mixtos (pasivo + activo):* combinan gelatina con trombina para mejorar la hemostasia. Efectivos en hemorragias moderadas a severas. Especialmente útiles en espacios de difícil acceso.

- Matrices de gelatina o hemostáticos de matriz fluida: Floseal®, Surgiflo®.

*Sellantes de fibrina:* son hemostáticos adhesivos resultantes de mezclas de trombina humana y fibrinógeno que desencadenan la coagulación tras su aplicación. Efectivos en hemorragias mayores, especialmente en cirugías de órganos sólidos.

- Tisseel®, Tachosil®, Tissucol®.

**Conclusiones:** El uso de apósitos hemostáticos ha demostrado ser una herramienta fundamental para el control del sangrado intraoperatorio, especialmente en procedimientos de alta complejidad. La correcta elección y aplicación de estos productos no solo reduce la pérdida de sangre y la necesidad de transfusiones, sino que también disminuye las complicaciones postoperatorias, mejorando los resultados clínicos y optimizando el tiempo quirúrgico.

*Palabras clave:* Hemostasia, hemostáticos, hemostáticos tópicos, pérdida de sangre quirúrgica, hemorragia intraoperatoria.

## P-12 CUANDO LA CASUALIDAD REVELA LO EXTRAORDINARIO: ANGIOMIXOMA PROFUNDO EN CORDÓN ESPERMÁTICO

**M. Rodríguez Sanz, C. García Álvarez, I. Martín Barahona, A. González de Godos, G. Estébanez Peláez, C. Tinoco Carrasco, P. Bayo Juanas, T. Guerra Garijo**  
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

**Introducción:** El angiomixoma profundo es una neoplasia mesenquimal rara, de crecimiento lento y comportamiento localmente infiltrante y agresivo, que típicamente afecta a la región pelvipereineal femenina. Su localización en el cordón espermático es excepcional y representa un reto diagnóstico debido a la similitud clínica y radiológica con tumores paratesticulares más comunes. Debido a su baja prevalencia, el diagnóstico preoperatorio es infrecuente y, en ocasiones, la lesión se identifica de manera incidental durante procedimientos quirúrgicos no relacionados.

**Objetivo:** El objetivo es presentar un caso excepcional de angiomixoma profundo del cordón espermático identificado como hallazgo intraoperatorio durante una hernioplastia, destacando sus implicaciones diagnósticas y quirúrgicas.

**Caso clínico:** Varón de 58 años sometido a hernioplastia inguinal izquierda en régimen de cirugía mayor ambulatoria, durante la cirugía se identifica de forma casual una masa ligeramente indurada en cordón espermático de color blanquecino-gris perlado de unos de 2 cm, bien delimitada que se extirpó completamente sin dificultad, remitiéndose para estudio anatomopatológico.

**Resultados:** La resección fue completa, sin complicaciones intraoperatorias. El estudio histológico revela estroma mixoide laxo con proliferación vascular característica, compatible con angiomixoma profundo. La inmunohistoquímica muestra positividad para actina de músculo liso y CD34, confirmando el diagnóstico. El paciente evolucionó favorablemente, sin dolor ni alteraciones funcionales. En el seguimiento a 24 meses, no se observó recidiva local. Se estableció vigilancia prolongada debido al riesgo conocido de recurrencia en este tipo de tumores.

**Conclusiones:** El angiomixoma profundo del cordón espermático es una entidad extremadamente rara que puede aparecer como hallazgo incidental durante una hernioplastia. Debe considerarse el diagnóstico diferencial de masas paratesticulares. La confirmación diagnóstica requiere estudio histopatológico e inmunohistoquímico. La resección completa es el tratamiento de elección y determina el pronóstico. Se recomienda seguimiento a largo plazo

por el riesgo de recurrencia local, incluso tras exéresis con márgenes libres.

*Palabras clave: Angiomixoma profundo, tumor mesenquimal.*

### **P-13 INNOVACIÓN LÁSER EN PATOLOGÍA INGUINO ESCROTAL: MANEJO EXITOSO DE UNA FÍSTULA COMPLEJA TARDÍA TRAS HERNIOPLASTIA**

**M. Rodríguez Sanz, J. López Herreros, A. González de Godos, C. Tinoco Carrasco, G. Estébanez Peláez, I. Martín Barahona, C. García Álvarez, T. Guerra Garijo**  
*Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid*

**Introducción:** Las complicaciones tardías tras hernioplastia inguinal son infrecuentes, pero cuando aparecen pueden comprometer de forma significativa la calidad de vida del paciente y plantear desafíos terapéuticos relevantes. Entre ellas, las fístulas inguino-escrotales representan una entidad poco habitual, de etiología multifactorial y con un manejo tradicionalmente basado en cirugía abierta, lo que conlleva mayor morbilidad y tiempos de recuperación prolongados. En los últimos años, las tecnologías mínimamente invasivas incluyendo el uso de energía láser, han emergido como alternativas prometedoras para el tratamiento de trayectos fistulosos complejos, ofreciendo precisión, reducción del daño tisular y mejores resultados funcionales. Sin embargo, la evidencia en el contexto específico de complicaciones posthernioplastia sigue siendo limitada.

**Objetivo:** Presentamos el caso de una fístula inguino-escrotal compleja de aparición tardía, tratada exitosamente mediante abordaje láser, destacando su aplicabilidad, seguridad y potencial para ampliar las opciones terapéuticas en esta patología.

**Caso clínico:** Paciente de 72 años intervenido en 1985 de herniorrafia inguinal derecha, en 2017 hernioplastia inguinal derecha por recidiva herniaria, en el año 2020 desbridamiento local y cierre secundario con eliminación parcial de la malla por infecciones inguinales derechas de repetición y fístula cutánea, en 2021 por persistencia de tractos fistulosos confirmados mediante ecografía recibió tratamiento en varias ocasiones con antibióticos sin éxito, dos años más tarde se decidió tratamiento mínimamente invasivo con termoablación láser en régimen de CMA. Los hallazgos intraoperatorios consistieron en la presencia de varios orificios con granulomas en la cicatriz inguinal derecha que comunican con orificio escrotal derecho-raíz

muslo confirmando un trayecto fistuloso con instilación de azul de metileno de 10 cm de longitud. Se realizó exéresis parcial de la malla con integración del resto en los tejidos, curetaje del tracto fistuloso con extracción de material purulento, pelos y tejido calcificado que se remiten a examen anatómo-patológico. Tras lavado abundante del trayecto fistuloso con suero fisiológico y povidona yodada al 50 % se efectuó termoablación con láser diodo con fibra de 1740 nm de Logsa Endomedical® a una potencia de 10W aplicando una energía total de 726J más cierre de la herida inguinal.

**Resultados:** El resultado del análisis histopatológico del material extraído fue de tracto fistuloso tipo sinusal, fibrosis cicatricial y reacción de cuerpos extraños a signos inflamatorios sintéticos de malla. No se encontraron signos de tejido maligno. No hubo complicaciones intraoperatorias. El cierre del trayecto fistuloso fue progresivo sin incidencias, con ausencia de infección o colecciones en el postoperatorio inmediato. La evolución fue favorable con resolución completa del trayecto fistuloso las 3 semanas. No se observaron recurrencias durante el periodo de seguimiento de dos años y medio.

**Conclusiones:** La aplicación de tecnología láser demostró ser una alternativa mínimamente invasiva, segura y eficaz para el tratamiento de una fístula inguino-escrotal compleja de aparición tardía tras hernioplastia. Este abordaje permitió resolver el trayecto fistuloso sin necesidad de cirugía abierta, reduciendo el riesgo de complicaciones, el tiempo de recuperación y el impacto funcional en la región inguino-escrotal. La técnica mostró excelente tolerancia, rápida recuperación y ausencia de recurrencia en el seguimiento, lo que refuerza su potencial como opción terapéutica en casos seleccionados. La experiencia sugiere que la innovación láser puede ampliar el arsenal terapéutico en patología de pared abdominal y complicaciones postquirúrgicas, especialmente cuando los métodos convencionales presentan limitaciones.

*Palabras clave: Fístula inguino-escrotal tardía, ablación láser.*

### **P-15 CUANDO LO RARO SE HACE VISIBLE: TUMOR FIBROSO SOLITARIO EN REGIÓN PECTORAL**

**C. Tinoco Carrasco, M. B. Rodríguez Sanz, G. M. Nieto Romero de Ávila, A. González de Godos, I. Martín Barahona, C. García Álvarez, P. Bayo Juanas, S. Higuero Hernando**  
*Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid*

**Introducción:** El tumor fibroso solitario es una neoplasia mesenquimal poco frecuente, habitualmente originada en la pleura, aunque puede aparecer en localizaciones extrapleurales. Su presentación en la región pectoral es excepcional y puede simular otras masas de partes blandas, lo que representa un desafío diagnóstico debido a su baja incidencia y a la inespecificidad clínica y radiológica. La confirmación requiere correlación clínica, radiológica e histopatológica, destacando la inmunopositividad para CD34, STAT6 y Bcl-2. Dada la rareza de esta localización, la descripción de nuevos casos contribuye a ampliar el conocimiento sobre su comportamiento clínico, abordaje terapéutico y pronóstico.

**Objetivo:** Describir un caso infrecuente de tumor fibroso solitario localizado en la región pectoral, destacando sus características clínicas, hallazgos imagenológicos e inmunohistoquímicos, así como el abordaje terapéutico realizado, con el fin de aportar evidencia que facilite el reconocimiento y manejo de esta presentación atípica.

**Métodos:** Varón de 73 años, sin antecedentes relevantes, que consulta por una masa palpable en región pectoral derecha, de crecimiento progresivo, dolorosa a la palpación. La exploración física revela una lesión firme, elástica, móvil, fusiforme y dolorosa de 2 cm. Se realizaron pruebas de imagen con diagnóstico inicial de tumor de partes blandas con posible origen en la vaina nerviosa. Se efectúa tratamiento quirúrgico en régimen de cirugía mayor ambulatoria con exéresis del tumor sobre el músculo pectoral mayor y posterior estudio Anatómo-Patológico.

**Conclusiones:** La lesión fue extirpada completamente mediante cirugía, con márgenes libres. El estudio histológico definitivo informó de tumoración con superficie irregular y ovoidea cuya histología demuestra un tumor mesenquimal parcialmente encapsulado, el estudio inmunohistoquímico. El estudio inmunohistoquímico realizado ha mostrado los siguientes inmunofenotipos en las células proliferantes: vimentina (+), BCL2 (+) CD34 (+/-), CD68(+), FXII (+), calponina (-/+ débil focal), desmina (-), actina (-), caldesmon (-), EMA (-), CD99 (+), bcatenina (-), S100 (-) y CKit (-). La actina y el CD31 ponen de manifiesto el patrón vascular compatible con tumor fibroso solitario sobre el músculo pectoral mayor. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y, durante el seguimiento inicial, no se observaron signos de recurrencia local ni enfermedad residual. A los 18 meses, el paciente permanece asintomático y sin evidencia de recidiva.

*Palabras clave:* Tumor, fibroso, solitario.

## P-16 ESTATOCISTOMA SOLITARIO. UN TUMOR CUTÁNEO RARO

**C. Tinoco Carrasco, J. Cuevas González, M. B. Rodríguez Sanz, A. González de Godos, C. García Álvarez, I. Martín Barahona, M. Criado Sanz, Y. Roger Casco Fernández**

*Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid*

**Objetivos:** El esteatocistoma solitario es una lesión quística benigna única que se origina en la unión del conducto pilosebáceo, constituyendo la variante solitaria del esteatocistoma múltiple.

Generalmente se presenta como un nódulo palpable, indoloro y bien delimitado, del color de la piel o ligeramente amarillentos y su superficie es lisa o ligeramente irregular. Aparecen principalmente en la parte superior del tronco, hombros, o en la cara, variando desde unos pocos milímetros a varios centímetros.

**Métodos:** Varón de 46 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que presenta tumoración única en región cervical posterior, móvil, bien delimitado e indoloro. Con diagnóstico de quiste de inclusión es extirpado, observándose nódulo quístico blanquecino. El resultado del estudio anatomopatológico es el de esteatocistoma.

**Conclusiones:** El esteatocistoma solitario es un raro tumor cutáneo cuyo diagnóstico definitivo es histopatológico aunque la inmunohistoquímica puede ayudar a diferenciarlo de otros quistes queratinosos.

La escisión quirúrgica completa es el tratamiento de elección y es curativa.

La terapia láser es una opción efectiva, aunque la mayoría de la evidencia proviene de casos de esteatocistoma múltiple. El láser ofrece ventajas cosméticas significativas con cicatrización mínima y alta satisfacción del paciente.

*Palabras clave:* Esteatocistoma, solitario.

## P-17 HACIA EL FUTURO DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA

**L. Magrach Barcenilla, J. Muriel López, E. Campo Cimarras, M. A. Garcés Garmendia, I. Aguirre Oteiza, M. Ojeda Martínez**

*Hospital Universitario de Araba. Vitoria-Gasteiz*

**Objetivos:** Por primera vez en nuestro centro Hospital Universitario de Araba, el 8 de febrero de 2023 incluimos la colecistectomía laparoscópica dentro de la cartera de procedimientos llevados a cabo en régimen de cirugía mayor ambulatoria, procedimiento que se realiza de forma ininterrumpida hasta la fecha actual.

Realizamos un estudio observacional y prospectivo de 138 pacientes incluidos en un periodo de 3 años desde el 8 de febrero de 2023 hasta el 11 de febrero de 2026.

Las ventajas de la colecistectomía laparoscópica han sido ampliamente demostradas, cumpliéndose hoy 37 años desde el primer procedimiento de colecistectomía laparoscópica realizado por Erich Mühe en 1985. Por otra parte, el tiempo operatorio de la colecistectomía laparoscópica (CL) ha ido disminuyendo progresivamente, llegando a ser incluso menor que otros procedimientos con más experiencia en la cirugía mayor ambulatoria como la hernia inguinal laparoscópica. Estas características hacen que en la actualidad la inmensa mayoría (> 70 %) de las CL puedan realizarse en régimen de cirugía de corta estancia con una hospitalización que no precisa más de 24 h. En 10 años en el Reino Unido la proporción de CL que son llevadas a cabo en régimen ambulatorio se ha incrementado desde un 11 % hasta el 80 % y se asocia con un alto grado de satisfacción. La posibilidad de realizar una colecistectomía laparoscópica ambulatoria fue reconocida por primera vez en 1990 por Reddick y Olsen al publicar una serie de 83 pacientes intervenidos con una tasa de ambulatorización del 45 % y un porcentaje ínfimo de complicaciones. Desde entonces se ha convertido en una de las cirugías ambulatorias más realizadas. En España ha habido diferentes pioneros en este tipo de cirugía coincidiendo con los años de desarrollo y expansión de la cirugía ambulatoria como J. Bueno Lledó que en 2006 publica una serie de 504 colecistectomías laparoscópicas en un programa de CMA, sin embargo, este procedimiento no se ha generalizado en nuestro país por motivos no muy claros, quizá por el temor del cirujano a las potenciales complicaciones postoperatorias tras el alta, junto a las acciones médico-legales que de ellas se pudieran derivar o por la dificultad de ajustarlo en el plan de trabajo de los grandes hospitales. Esto unido a la preferencia del paciente a ser hospitalizado hace que el número de ingresos inesperados sea mucho más elevado que en otros procedimientos de CMA.

**Métodos:** Inicialmente se incluyeron pacientes de < 70 años que aceptaron la propuesta de cirugía sin ingreso con riesgo ASA I, II, III estable, sin complicaciones anestésicas previas, sin antecedentes de infarto de miocardio, arritmias, EPOC, alteración de la función renal, hepática o enfermedad sistémica descompensada que precisase control hospitalario, discrasias sanguíneas, ingesta de anticoagulantes, alergia a anestésicos locales o intolerancia a AINE u

opioides. Entre otras contraindicaciones relativas se encontraban la úlcera péptica activa, el dolor crónico o ingesta habitual de analgésicos u opioides. En el momento actual el IMC > 30 también se considera una contraindicación relativa. Debido a la dificultad para seleccionar pacientes para CMA con los criterios más estrictos se fueron incorporando al estudio de pacientes con antecedente de colecistitis, coledocolitiasis o cirugías previas considerados de inicio criterios habituales de exclusión. Se han recogido de forma sistemática hasta 145 variables necesarias para caracterizar la muestra y poder establecer los mejores criterios de selección agrupados de la siguiente manera: franjas de edad, IMC, ASA, aspectos sociales, antecedentes quirúrgicos, antecedentes médicos, farmacológicos, enfermedades previas, antecedentes clínicos, diagnóstico de inclusión, síntomas recientes o enfermedad biliopancreática previa, técnica empleada, día y orden de programación, duración de la cirugía, número de trócares, hallazgos intraoperatorios, hallazgos de anatomía patológica, incidentes intraoperatorios (sangrado, vertido biliar, extracción dificultosa de la vesícula, falta de relajación o inserción de drenaje). Se consideraron criterios de ingreso una técnica quirúrgica muy dificultosa, la persistencia de complicaciones postoperatorias como la inestabilidad hemodinámica, el dolor no controlado (EVA > 3), las náuseas o vómitos persistentes, la incapacidad para tolerar ingesta oral, la retención urinaria, pacientes no ambulatorizables o la negativa a ser dado de alta, variables que también fueron analizadas. El seguimiento de los pacientes se realizó mediante una consulta telefónica a las 48 h y otra presencial al cabo de 1 mes donde se recogieron 4 formularios: cuestionario de conocimiento, requerimiento analgésico, repercusión de efectos secundarios y encuesta de satisfacción.

**Conclusiones:** Presentamos los resultados de 138 pacientes seleccionados para colecistectomía laparoscópica en CMA entre 2023 y 2026, lo que supone en 2025 el 12,92 % de todas las CL. Con los criterios de inclusión más estrictos durante el año 2023 fueron dados de alta el 66,7 % llegando al 92,0 % en 2025 con un porcentaje escaso de complicaciones 9,92 % y ningún reingreso. Con respecto a todas las CL laparoscópicas supuso un ahorro relativo de 36,70 %. Incluimos 115 mujeres de las que 85,2 % completaron el procedimiento en CMA. De los 23 hombres incluidos en la muestra el 82,6 % concluyeron en CMA. La mayoría de los pacientes fueron ASA I o II y tan solo 3 ASA III. Debido a la dificultad para seleccionar pacientes para CMA con los criterios más estrictos se incluyeron 12 pacientes con antecedente de colecistitis previa y 1 con antecedente de pancreatitis, de los que solo ingresó uno con antecedente de colecistitis ecográfica, 6 pacientes habían padecido algún episodio de colangitis y todos concluyeron de forma ambulatoria, 3 pacientes habían tenido

algún grado de dilatación del colédoco y todos completaron la CMA. La mayor parte de los pacientes se situaron en la franja de 51 a 57 años (94,11 % ambulatorios). Con respecto al IMC el mayor porcentaje de fallos (41 %) se da en pacientes con un IMC  $\geq$  25, con una probabilidad mayor en la franja de 30 a 35 (21,9 %). 38 pacientes habían tenido alguna cirugía del compartimento supramesocólico de los que 4 tuvieron que ingresar. No hubo ninguna conversión a cirugía abierta. Hubo 4 casos relacionados con el sangrado de la arteria cística, 3 con vertido biliar y 2 con extracción difícil que no influyeron en el alta. De los 2 casos con sangrado excesivo del lecho, uno ingresó por decisión del cirujano. En 67 pacientes la cirugía se llevó a cabo en < 40 min, grupo donde se observa un mayor porcentaje de éxito (85,07 %). El 47,62 % de los pacientes que ingresan presentan algún tipo de dolor, siendo la causa del ingreso independiente del dolor en el 52,38 %. Entre las causas más frecuentes que motivaron el ingreso se encuentran las náuseas o vómitos (47,62 %), el mareo prolongado (42,86 %) y el dolor EVA > 4 (38,09 %). Tres de los pacientes se negaron al alta, 2 tuvieron retención urinaria y un caso ingresó por decisión anestésica. El 52,38 % de los pacientes que ingresaron lo hicieron por 2 o más incidentes postoperatorios entre los que destacan las náuseas o vómitos postoperatorios y el mareo prolongado, vértigo o cefalea.

*Palabras clave:* Cirugía ambulatoria, laparoscopia, colecistectomía, factores de riesgo.

## P-18 HAMARTOMA QUÍSTICO RETRORRECTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO INTERVENIDO EN RÉGIMEN CMA

**A. González de Godos, P. L. Rodríguez Vielba, B. Rodríguez Sanz, D. Pacheco Sánchez**

*Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid*

**Objetivos:** El hamartoma quístico retrorectal es una lesión congénita del espacio presacro, que forma parte de los tumores quísticos vestigiales y predomina en mujeres. Generalmente son asintomáticos, por lo que la aparición de síntomas como dolor o trastornos neurológicos debería levantar sospechas de degeneración. La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RMN) son útiles para el diagnóstico de estas masas retrorectales, y la resección quirúrgica es el tratamiento definitivo. Informamos de un caso de un hamartoma quístico retrorectal intervenido en régimen CMA.

**Métodos:** Mujer de 58 años que consulta por tumoración perianal de larga evolución, sin dolor ni secreción, que ha aumentado de tamaño en los últimos meses. A la exploración se objetiva tumoración blanda, de 5,5 x 4,5 cm. En la RMN pélvica destaca una lesión polilobulada, hiperintensa en T1 e hipointensa en T2, posterior al recto inferior y canal anal, sin dependencia del mismo. Se extiende desde el margen anal hasta la altura del coxis y se localiza medial a los músculos elevadores del ano. Con el diagnóstico de hamartoma quístico retrorectal, se decide realizar escisión quirúrgica en régimen CMA.

**Conclusiones:** Se realiza una exéresis en bloque a través de una incisión arciforme posterior, dislacerando fibras de esfínter anal externo y músculo elevador del ano. La paciente es dada de alta a las 8 h con buen control del dolor y buen aspecto de la herida quirúrgica. Finalmente, el informe de anatomía patológica reveló una lesión multiquística, sin atipias, con contenido mucoso denso en su interior, compatible con *hamartoma quístico retrorectal*.

El hamartoma quístico retrorectal es una lesión benigna de escasa prevalencia. El diagnóstico diferencial se realiza con los teratomas quísticos maduros presacros y los quistes de duplicación rectal. El examen anatomopatológico permite realizar el diagnóstico y descartar la transformación maligna. Es necesaria una extirpación quirúrgica completa para evitar la recurrencia.

*Palabras clave:* Hamartoma, coloproctología, CMA.

## P-19 HALLAZGO INFRECUENTE EN HEMORROIDECTOMÍA: HIDRADENOMA PAPILÍFERO PERIANAL

**A. González de Godos, P. L. Rodríguez Vielba, B. Rodríguez Sanz, D. Pacheco Sánchez**

*Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid*

**Objetivos:** El hidradenoma papilífero es un tumor raro anexial, benigno, de lento crecimiento, con diferenciación apocrina. Afecta principalmente a la piel vulvar, perineal y perianal de mujeres de mediana edad. Suele presentarse como un nódulo de crecimiento lento, solitario, asintomático, con la coloración de la piel o rojiza, de menos de 1 cm de diámetro. El diagnóstico solo puede realizarse mediante examen histopatológico, ya que clínicamente imita a otras tumoraciones cutáneas. Presentamos un caso de hidradenoma papilífero tratado en nuestro hospital en régimen CMA.

**Métodos:** Varón de 73 años con dislipemia que acude a consultas de cirugía general por presentar rectorragia indolora desde octubre de 2020 e incontinencia para gases. Destacan como intervenciones quirúrgicas previas una colecistectomía laparoscópica. En la exploración física se objetivan hemorroides externas con una lesión polipoidea *versus* condilomatosa. En la analítica sanguínea no se aprecian alteraciones reseñables y se solicita una colonoscopia, con el hallazgo de hemorroides internas con una zona excrecente, muy congestiva, cubierta de tejido nodular y áreas blanquecinas que se biopsia. En el examen histopatológico se describe la lesión como hidradenoma papilífero perianal, por lo que se decide exéresis quirúrgica en régimen CMA.

**Conclusiones:** Se realiza hemorroidectomía y exéresis de la tumoración excrecente en paquete hemorroidal anterior en régimen CMA. El diagnóstico final tras el examen anatómopatológico de la lesión es de hidradenoma papilífero perianal.

Posteriormente, se revisa al paciente en consultas externas y se constata una buena evolución postoperatoria.

Al igual que otros tumores cutáneos anexiales, el hidradenoma papilífero clínicamente imita otras neoplasias como el carcinoma de células basales y el carcinoma espinocelular. Se ha documentado la transformación maligna en el hidradenoma papilífero anogenital, quizás el VPH podría desempeñar un papel en la inducción de malignidad, pero la asociación aún debe demostrarse. Dado que el hidradenoma papilífero es una entidad poco conocida y tiene el potencial clínico para ser mal diagnosticada, se considera importante la comunicación del presente caso. El diagnóstico histopatológico de estas lesiones tiene gran importancia para la planificación del tratamiento. El conocimiento de este tipo de lesión podría aumentar los casos notificados.

*Palabras clave:* Hidradenoma papilífero, coloproctología, CMA.

## P-20 ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO DEL SINUS PILONIDAL: ESCISIÓN SIMPLE, TERAPIA LÁSER Y FISTULOTOMÍA

**A. González de Godos, B. Rodríguez Sanz, C. Tinoco Carrasco, P. L. Rodríguez Vielba, D. Pacheco Sánchez**  
*Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid*

**Objetivos:** La enfermedad pilonidal (PND) es una afección crónica con una carga de enfermedad significativa que afecta comúnmente a adolescentes y adultos jóvenes.

Se caracteriza por periodos intermitentes de inactividad y brotes inflamatorios agudos. Con el tiempo, el desarrollo de heridas y fístulas crónicas, así como las altas tasas de recurrencia, contribuyen a una morbilidad significativa y complicaciones tales como el carcinoma de células escamosas que surge dentro de los trayectos sinusales. Las formas tradicionales de tratar la PND incluyen la escisión con cierre de la línea media, escisión y curación por segunda intención, así como la reconstrucción mediante colgajos subcutáneos. Sin embargo, las altas tasas de infección del sitio quirúrgico y la mala cicatrización de las heridas han llevado a enfoques mínimamente invasivos (fistulotomía, ablación con láser).

Hasta la fecha no existen estudios rigurosos que demuestren el gold estándar del sinus pilonidal. Por lo tanto, este estudio busca comparar los resultados a medio y largo plazo tras el tratamiento del sinus pilonidal con láser, escisión quirúrgica y fistulotomía.

**Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de datos recopilados prospectivamente de pacientes tratados en régimen CMA por sinus pilonidal crónico, en nuestro hospital, entre abril de 2022 y diciembre de 2024. La selección del procedimiento fue no aleatorizada. El resultado principal del estudio fue el éxito de cada intervención. La persistencia de la herida o la recurrencia de los síntomas que requirieran una reintervención quirúrgica se consideró fracaso del tratamiento. Los resultados secundarios incluyeron complicaciones, tiempo hasta la cicatrización completa, tiempo hasta la reincorporación laboral, dolor postoperatorio y satisfacción.

**Conclusiones:** Se intervino quirúrgicamente a 207 pacientes, 112 (54,1 %) se sometieron a tratamiento láser, 90 (43,5 %) a escisión simple y 5 (2,4 %) a fistulotomía. Los grupos de pacientes fueron comparables en cuanto a género, edad, IMC, comorbilidades, clasificación (primaria/recurrente), tratamiento y episodios previos, duración de la enfermedad y características del sinus pilonidal. Los resultados no fueron estadísticamente significativos ni para la tasa de curación ( $p = 0,09$ ) ni para la tasa de fracaso del tratamiento ( $p = 0,42$ ). Las complicaciones fueron similares entre los grupos ( $p = 0,88$ ), siendo la infección más frecuente (21,8 %). El tiempo de cicatrización fue menor con la terapia láser y la fistulotomía que con la escisión simple (8 y 7 semanas, respectivamente, *vs* 12 semanas,  $p < 0,05$ ). El tiempo de reincorporación laboral fue menor en el grupo del láser (3 semanas *vs*. 10 semanas escisión simple *vs*. 9 semanas fistulotomía,  $p < 0,05$ ). Los pacientes del grupo láser mostraron mayor satisfacción que los de escisión quirúrgica (Likert 5 frente a 4,  $p < 0,05$ ).

La terapia láser puede utilizarse como técnica mínimamente invasiva para tratar la enfermedad del sinus pilonidal con

una tasa de éxito considerable. Si bien la tasa de fracaso del tratamiento podría ser mayor que con otros procedimientos, la recuperación postoperatoria y el tiempo de reincorporación laboral son mucho más rápidos y satisfactorios.

*Palabras clave: Sinus pilonidal, láser, escisión, fistulotomía, CMA.*

## P-24 RESULTADOS DEL CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

**I. E. Turello Phillips, A. García Monferrer, A. Martí, V. Radua, N. Ruiz, C. Serra, P. Nicolau, S. López Gordo**  
*Hospital Universitari de Mataró*

**Objetivos:** El control adecuado del dolor postoperatorio es un pilar fundamental en la cirugía mayor ambulatoria (CMA), especialmente en pacientes con cáncer de mama, donde una recuperación rápida y segura permite evitar ingresos hospitalarios innecesarios. Evaluar la intensidad del dolor en este contexto es clave para validar la eficacia de los protocolos analgésicos.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de las pacientes intervenidas por cáncer de mama en 2025 en el Hospital Universitario de Mataró. Se incluyeron todas las pacientes intervenidas. Se excluyeron del análisis de dolor aquellas con ingreso hospitalario. Se analizaron variables demográficas, tipo histológico tumoral, tipo de procedimiento quirúrgico y dolor postoperatorio mediante escala numérica (0-10) en reposo y en movimiento. El dolor se categorizó como leve (0-3), moderado (4-6) y severo (7-10). Asimismo, se evaluó la relación entre la complejidad quirúrgica (incluyendo procedimientos combinados como reducción mamaria, colocación de prótesis o técnicas oncoplasticas) y la intensidad del dolor postoperatorio. En los últimos años se han introducido progresivamente estas cirugías en régimen CMA. En todas las pacientes se empleó anestesia regional mediante bloqueos de pared torácica según protocolo:

- Tumorectomía + ganglio centinela en cuadrantes externos: BRILMA.
- Tumorectomía + ganglio centinela en cuadrantes internos: BRILMA + BRCA.
- Mastectomía: BRILMA + BRCA + PEC I.

**Resultados:** Del total de 165 pacientes, 57 (34,5 %) requirieron ingreso hospitalario, mientras que 108 (65,5 %) fueron manejadas en régimen de CMA. La edad media

de las pacientes CMA fue de 62,3 años. En cuanto al tipo tumoral, predominó el carcinoma ductal infiltrante (CDI) en el 76,2 %, seguido de carcinoma lobulillar infiltrante (CLI) (9,9 %), carcinoma ductal *in situ* (CDIS) (9,9 %) y otros subtipos (4,0 %). El 16,3 % de pacientes con cirugía oncoplastica compleja (patrón de reducción, colgajo o prótesis) fueron dadas de alta en régimen CMA. El dolor postoperatorio fue bajo. La media en movimiento fue de 1,31 y en reposo de 0,97. En movimiento, el 63,0 % presentó dolor leve, el 4,6 % moderado y el 0,9 % severo. En reposo, el 64,8 % presentó dolor leve, el 3,7 % moderado y no hubo dolor severo. Los procedimientos más complejos mostraron mayor dolor medio, especialmente en movimiento (2,4 vs 1,8), sin incremento significativo de dolor severo.

Estos resultados indican una baja incidencia de dolor clínicamente relevante en pacientes tratadas en régimen ambulatorio pese a realizar cirugía más compleja.

**Conclusiones:** El control del dolor en pacientes con cáncer de mama intervenidas en régimen de CMA es adecuado, con niveles mayoritariamente leves y mínima incidencia de dolor moderado o severo. La utilización sistemática de bloqueos anestésicos regionales contribuye a estos resultados, incluso en procedimientos de mayor complejidad quirúrgica. Estos hallazgos respaldan la seguridad y eficacia de los protocolos analgésicos actuales, así como la idoneidad de la CMA incluso en cirugías más complejas.

*Palabras clave: Mama, dolor, postoperatorio, tumorectomía, mastectomía.*

## P-25 URGENCIAS POSTOPERATORIAS EN CIRUGÍA PROCTOLÓGICA AMBULATORIA: ANÁLISIS DE 5 AÑOS

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

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

**Objetivos:** Conocer la tasa de asistencia a urgencias tras cirugía proctológica en régimen ambulatorio y sus principales causas.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo descriptivo de los pacientes intervenidos entre enero de 2020 y junio de 2025 en nuestro centro con diagnóstico de fisura 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]), asistencia a urgencias y sus causas. Análisis de datos con el programa SPSS.

**Conclusiones:** Durante el periodo de estudio se intervinieron 481 pacientes, sometidos a 555 procedimientos. El 91,4 % de los procedimientos se programaron en régimen de CMA (n = 507), para un total de 444 pacientes. Predominó el sexo masculino con el 63,1 % (n = 280). La edad media fue de 49,4 años (rango 14-84), el IMC medio del 28,2 kg/m<sup>2</sup> (rango 15,6-61-6), riesgo anestésico predominante ASA II 49,2 % (n = 216). Por orden de frecuencia las patologías tratadas fueron: fístula perianal 50,9 % (n = 258), hemorroides 19,9 % (n = 101), fisura anal 18,7 % (n = 95) y sinus pilonidal 10,5 % (n = 53). Las intervenciones se realizaron en el 66,7 % de los casos (n = 338) en nuestra UCAR y en turno de mañana en el 74,4 % (n = 377).

El tratamiento más empleado para tratar los sinus fue la exéresis en bloque 6,6 % (n = 30), seguida de la sinusectomía 30,2 % (n = 16). Solo en el 28 % de los procedimientos (n = 14) se realizó el cierre de la herida. En el tratamiento de la fístula perianal por frecuencia: colocación de setón laxo 34,1 % (n = 87), fistulotomía/fistulectomía 24,7 % (n = 63), FILAC® 16,5 % (n = 42). En el caso de las hemorroides el procedimiento más frecuente fue el Milligan-Morgan 79,2 % (n = 80), Raffaello® 14,9 % (n = 15), FILAC® 5,9 % (n = 6). Finalmente en el caso de la fisura anal se realizó esfinterotomía lateral en el 55,1 % (n = 49) seguida de la aplicación de toxina botulínica en el 37,1 % (n = 33). La asistencia a urgencias fue del 13,9 % (n = 70) de los procedimientos, 45 de las cuales estuvieron relacionadas con la cirugía (64,3 %).

Por orden de frecuencia las patologías que llevaron a consultar en urgencias en el primer mes postoperatorio fueron los procedimientos de hemorroides en un 15,8 % (n = 16), seguido del sinus pilonidal con un 9,6 % (n = 5), la fístula perianal 8,9 % (n = 24) y la fisura anal 7,5 % (n = 7).

Por orden de frecuencia el motivo más habitual de consulta relacionado con la cirugía fue dolor en un 35,3 % (n = 18) principalmente en los pacientes intervenidos de fístula perianal, seguido del sangrado de la herida en un 27,5 % (n = 14) vinculado igualmente al tratamiento de la fístula perianal y las hemorroides.

La tasa de reingresos se situó en el 1,2 % (n = 7).

La asistencia a urgencias en nuestro centro en pacientes intervenidos en régimen ambulatorio es elevada, fundamentalmente relacionada con la patología hemorroidal y la fístula perianal. Es necesario mejorar protocolos para el manejo del dolor postoperatorio, así como la optimización de la técnica quirúrgica para reducir el sangrado postquirúrgico.

*Palabras clave:* proctología, cirugía mayor ambulatoria, urgencias.

## P-26 TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA TRAS CIRUGÍA DEL SINUS PILONIDAL: EVIDENCIA ACTUAL Y PERSPECTIVAS FUTURAS

**J. Rodríguez Mogollo, P. Bravo Ratón, F. Moreno Suero, J. Tinoco González, F. J. Padillo Ruiz, L. Tallón Aguilar**  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

**Objetivos:** La enfermedad pilonidal es una entidad benigna frecuente, con especial incidencia en varones jóvenes, que puede asociarse a una morbilidad postoperatoria relevante. Entre las complicaciones más habituales destacan los eventos del sitio quirúrgico — infección, dehiscencia, seroma, hematoma o retraso de la cicatrización —, los cuales condicionan un aumento de las curas, prolongan el tiempo de recuperación, retrasan la reincorporación laboral y generan un mayor consumo de recursos sanitarios.

La terapia de presión negativa ha demostrado utilidad en el manejo de diferentes tipos de heridas quirúrgicas, sin embargo, su papel en la cirugía del sinus pilonidal no está claramente definido. El objetivo de esta revisión fue analizar la evidencia disponible sobre el uso de terapia de presión negativa en pacientes intervenidos de enfermedad pilonidal.

**Métodos:** Se realizó una revisión sistemática de la literatura centrada en el empleo de terapia de presión negativa en el tratamiento quirúrgico del sinus pilonidal. Se incluyeron estudios que evaluaran pacientes sometidos a cirugía por enfermedad pilonidal en los que se aplicara esta modalidad terapéutica.

Las principales variables analizadas fueron los eventos del sitio quirúrgico, infección, dehiscencia, seroma, tiempo hasta la cicatrización completa, dolor postoperatorio, necesidad de reintervención y tolerancia al dispositivo.

**Resultados:** La evidencia publicada hasta la fecha es limitada y heterogénea, con estudios de pequeño tamaño muestral, variabilidad en las técnicas quirúrgicas empleadas y diferencias en los protocolos de aplicación de la terapia de presión negativa.

Los resultados disponibles sugieren que esta estrategia podría favorecer la evolución de la herida mediante la reducción del exudado, el edema local y la tensión sobre la incisión, factores especialmente relevantes en la región interglútea. Algunos trabajos describen menores tasas de infección, mejor control del dolor postoperatorio, buena tolerancia en régimen ambulatorio y una posible disminución de la necesidad de reintervención.

No obstante, los resultados relativos a dehiscencia, tiempo hasta la cicatrización completa y recurrencia son inconsistentes. Asimismo, la evidencia específica sobre el uso

de terapia de presión negativa en incisiones cerradas tras exéresis de sinus pilonidal sigue siendo escasa, por lo que actualmente no existen recomendaciones sólidas que avalen su uso sistemático frente al apósito convencional.

En este contexto, también planteamos el estudio prospectivo comparativo PILO-TPN, orientado a evaluar la terapia de presión negativa mediante dispositivo PICO® frente a la cura convencional, con el objetivo de aportar evidencia específica sobre su utilidad en la prevención de complicaciones de herida tras la cirugía del sinus pilonidal.

**Conclusiones:** La terapia de presión negativa representa una estrategia prometedora en el manejo postoperatorio del sinus pilonidal, aunque la evidencia actual continúa siendo insuficiente para establecer recomendaciones definitivas. El estudio prospectivo comparativo PILO-TPN, que evalúa el uso de PICO® frente al apósito convencional, pretende aportar evidencia preliminar y específica sobre su impacto en las complicaciones de herida, la cicatrización, la calidad de vida y los costes sanitarios.

*Palabras clave: Sinus pilonidal, terapia de vacío, eventos del sitio quirúrgico.*

## ENFERMERÍA

### P-30 PROTOCOLOS ERAS EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA GINECOLÓGICA

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

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

**Objetivos:** Este trabajo tiene como objetivo revisar el protocolo ERAS sobre distintos tipos de cirugías ginecológicas mínimamente invasivas, examinando su efecto sobre la recuperación, las diferentes complicaciones y su utilidad en el contexto de la CMA.

**Métodos:** Se llevó a cabo una revisión de artículos científicos desde el año 2018 hasta la actualidad en bases de datos como PubMed, MEDLINE, EMBASE y Cochrane. Se seleccionaron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, metanálisis y guías clínicas relevantes. Se incluyen cirugías tanto benignas como oncológicas, haciendo más hincapié en procedimientos mínimamente invasivos.

**Resultados:** Los resultados esclarecen que la implantación de los protocolos ERAS mejoran diferentes aspectos claves del postoperatorio.

Existe una disminución de la estancia hospitalaria, reduciéndose entre uno y dos días respecto al manejo tradicional, e incluso hasta la mitad en intervenciones como la histerectomía robótica.

En el ámbito de la uroginecología se encuentran los hallazgos más significativos, con un aumento de altas en el mismo día, alcanzando cifras cercanas al 90 % y demostrando la transición hacia modelos de cirugía ambulatoria.

En cuanto a la seguridad, no aumenta el riesgo de complicaciones y destaca una recuperación funcional más rápida. Respecto a las readmisiones, en la mayoría de estudios se observa una disminución, aunque algunos casos indican un ligero aumento sin repercusión clínica importante.

Por último, los pacientes presentan mayor satisfacción, mejor calidad de vida en el postoperatorio y un dolor más controlado.

**Conclusiones:** Los protocolos ERAS han demostrado ser una herramienta eficiente y segura en la cirugía ginecológica, mejorando la recuperación, facilitando el alta precoz y manteniendo bajos los niveles de complicaciones postoperatorias. Esto es trascendental para la CMA, ya que a un alto porcentaje de pacientes se les acorta la estancia hospitalaria a un mismo día.

*Palabras clave: ERAS, cirugía mayor ambulatoria, ginecología, alta precoz, recuperación postoperatoria.*

### P-31 REDUCIENDO LA ANSIEDAD INFANTIL: SEGURIDAD Y ACOMPAÑAMIENTO PARENTAL EN EL ENTORNO QUIRÚRGICO

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

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

**Objetivos:** Informar de manera clara y concisa sobre qué es lo que vamos a hacer en cada momento.

Destacar la importancia del rol de la enfermera en el acompañamiento del niño cuando llega al área quirúrgica, en su traslado al quirófano, durante la intervención quirúrgica y en la salida del quirófano.

**Métodos:** Revisión bibliográfica en fuentes oficiales de la red de Osakidetza, documentos internos de la OSI Araba. Revisión de las recomendaciones sobre el acompañamiento parental del ministerio de sanidad.

Revisión del trabajo de humanización de la sección pediátrica de la Sociedad Española de Anestesia y Reanimación, la cual hizo una revisión sistemática de la literatura científica nacional e internacional complementada con un proceso de consenso multidisciplinar mediante la metodología GRADE y el uso de la técnica Delphi.

**Conclusiones:** El acompañamiento parental es una estrategia efectiva para disminuir la ansiedad infantil en el entorno quirúrgico y una mayor satisfacción reportada por los padres, una mejor cooperación del niño durante la inducción anestésica, una reducción de conductas de estrés del niño (llanto, resistencia, agitación), relación positiva entre la preparación emocional previa (vídeos explicativos, juegos, simulaciones) y una menor ansiedad.

*Palabras clave: Acompañamiento, humanización, entorno quirúrgico, seguridad emocional.*

### **P-32 SIMSFRACT: INNOVACIÓN DOCENTE MEDIANTE SIMULACIÓN DIGITAL INTERACTIVA PARA EL ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES NO TÉCNICAS EN ENFERMERÍA**

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

*Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona*

**Objetivos:** Evaluar el impacto de una formación inmersiva basada en simulación digital fragmentada en el entrenamiento de Habilidades No Técnicas (HNT), especialmente conciencia situacional, comunicación y toma de decisiones, en profesionales de enfermería y TCAI de una Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI). Asimismo, se pretendió fomentar el uso de herramientas y recursos digitales aplicables al entorno clínico.

**Métodos:** Programa formativo dirigido a profesionales de enfermería y TCAI de una UCSI, con una duración total de 3 horas. La formación combinó contenidos teóricos, gamificación y simulación digital interactiva desarrollada mediante la plataforma Genially.

Veinte días antes de la sesión presencial se envió a los participantes un cuestionario inicial de conocimientos sobre HNT, de tipo Likert (12 ítems, puntuación máxima 60). Tras completar esta encuesta se facilitó una guía teórica en formato PDF con los conceptos clave del curso.

La jornada presencial incluyó un repaso teórico gamificado mediante Kahoot, un prebriefing orientado a generar

un entorno seguro de aprendizaje y una simulación digital inmersiva basada en información clínica fragmentada de pacientes quirúrgicos a lo largo de diferentes escenarios asistenciales de la UCSI.

Durante la simulación, basada en una simulación digital interactiva desarrollada mediante la plataforma Genially, los participantes trabajaron inicialmente por parejas, donde cada una visualizaba una parte diferente del caso clínico (escenas A y B) con información detallada de cada situación, que utilizaban para recabar datos. Posteriormente, las parejas se reunían para integrar los datos obtenidos y reconstruir el caso completo, sin posibilidad de volver a consultar la información previamente visualizada. A través de esta puesta en común debían identificar qué le estaba ocurriendo al paciente, analizar las causas que habían conducido a la situación clínica y proponer medidas o decisiones que podrían haber evitado el evento adverso. La actividad finalizó con un *debriefing* estructurado centrado en conciencia situacional, comunicación y toma de decisiones en equipo.

Al finalizar la formación se administró nuevamente el mismo cuestionario de conocimientos para evaluar el aprendizaje adquirido. Además, se recogió una encuesta de satisfacción mediante escala Likert (1-5).

**Resultados:** Participaron 23 profesionales de la UCSI (enfermería y TCAI). En el análisis previo, el 96 % de los participantes consideraba las HNT fundamentales para la práctica clínica, aunque solo el 54 % refería conocimientos previos sobre herramientas estructuradas de seguridad. El análisis pre-post mostró una mejora significativa en el conocimiento sobre HNT y herramientas de seguridad del paciente. La puntuación media pasó de 19,3/60 puntos en el pretest (32 % de aciertos) a 54,0/60 en el posttest (90 % de aciertos), lo que supone un incremento del 180 % en el rendimiento global ( $p < 0,001$ ).

Las áreas con mayor mejora fueron el cierre de ciclo en órdenes verbales, la prevención del fenómeno de fijación de objetivos (goal fixation) y el uso de la técnica CUS para la comunicación de riesgos. Otras herramientas ampliamente utilizadas en el entorno quirúrgico, como SBAR o los *briefings* estructurados, también mostraron incrementos significativos.

La satisfacción global con la formación fue muy alta, con una puntuación media de 4,88/5. Los ítems mejor valorados fueron la utilidad para la práctica profesional, la recomendación del programa y la distribución de tiempos.

**Conclusiones:** La formación basada en simulación digital y fragmentación de la información clínica demuestra ser una estrategia eficaz para entrenar Habilidades No Técnicas clave en el entorno de la cirugía sin ingreso.

La dinámica de información parcial seguida de integración colaborativa favorece la construcción de un modelo mental compartido entre profesionales, elemento esencial para el desarrollo de la conciencia situacional y la toma de decisiones seguras.

Los resultados sugieren que la simulación digital mediante herramientas accesibles como Genially constituye una alternativa innovadora, de bajo coste y fácilmente replicable para fortalecer la cultura de seguridad del paciente en unidades asistenciales con alta rotación y recursos limitados para la simulación tradicional.

*Palabras clave: Simulación, genially, conciencia situacional, herramientas digitales.*

### **P-34 CUIDADOS INTRAOPERATORIOS DE ENFERMERÍA EN ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCIÓN COMO CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA**

**C. García Sánchez<sup>1</sup>, Y. Holgado Rincón<sup>2</sup>, I. Ruiz de Zárate Ortiz<sup>1</sup>, B. Silva Gordillo<sup>1</sup>, Y. Sánchez Herrera<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup>Hospital Universitario de Araba-Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz, <sup>2</sup>Hospital Universitario de Araba-Santiago. Vitoria-Gasteiz

**Objetivos:** Analizar los cuidados de enfermería en la realización de anoscopia de alta resolución o más conocida como High-Resolución Anozcopy (HRA) en quirófano bajo régimen de CMA.

Evaluar su impacto en la detección precoz de lesiones intraepiteliales escamosas anales (ASIL) de alto grado y en la calidad asistencial destacando la importancia de un alta domiciliaria temprana.

**Métodos:** La HRA es una técnica clave para el diagnóstico precoz de lesiones anales (cribado de lesiones asociadas a VPH, antecedentes de displasia y pacientes de riesgo).

Su realización en quirófano en la modalidad de CMA permite evitar un ingreso hospitalario favoreciendo la recuperación rápida y segura en el domicilio.

Hemos realizado un estudio descriptivo, observacional y prospectivo en una unidad de CMA, utilizando una población compuesta por pacientes programados (con o sin biopsia previa) bajo anestesia local más sedación. Las intervenciones de enfermería realizadas en el proceso se pueden agrupar en los siguientes ítems:

- Monitorización del paciente y preparación y apoyo en la administración de la sedación.
- Posicionamiento del paciente en la mesa quirúrgica.

- Preparación del quirófano y material específico.
- Control de asepsia.
- Asistencia directa al cirujano durante la exploración y toma de muestras.
- Manejo de las muestras.
- Prevención de complicaciones preoperatorias.
- Registro de actividades y trazabilidad.

**Conclusiones:** Los cuidados intraoperatorios de enfermería son determinantes para garantizar una AAR segura y eficiente en CMA. Una correcta monitorización, técnica estéril y coordinación del equipo permiten minimizar complicaciones y facilitar el alta precoz el mismo día, mejorando así la calidad de vida del paciente y optimizando así los recursos hospitalarios.

La combinación de los avances tecnológicos, junto con unos cuidados enfermeros efectivos, han convertido la HRA en una técnica innovadora de diagnóstico precoz de lesiones cancerígenas, cuya duración es  $\pm 30$  min, con un alta hospitalaria de aproximadamente 90 % de los pacientes en el mismo día y un índice de complicaciones menor del 2 %.

*Palabras clave: Anoscopia alta resolución, enfermería, CMA, diagnóstico, alta precoz.*

### **P-35 ROL ENFERMERO EN LA HEMITIROIDECTOMÍA AMBULATORIA: CUIDADOS, EDUCACIÓN SANITARIA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DEL CONSORCI CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ**

**M. Muñoz Martínez**

*Hospital Universitario Parc Taulí. Barcelona*

**Objetivos:** La hemitiroidectomía ha sido tradicionalmente un procedimiento realizado en régimen de hospitalización debido al riesgo de complicaciones postoperatorias. Sin embargo, los avances en cirugía, anestesia y cuidados han permitido su incorporación progresiva en circuitos de cirugía mayor ambulatoria. En este contexto, enfermería desarrolla un papel clave en la seguridad del paciente y en la continuidad asistencial:

- Describir el papel de enfermería en la implementación de la hemitiroidectomía en régimen ambulatorio en la unidad de cirugía mayor ambulatoria (CMA) del Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí (CCSPT), así como su impacto en la seguridad del paciente, la detección precoz de complicaciones y la continuidad asistencial.

- Evaluar cómo la intervención enfermera contribuye a la seguridad percibida, la autonomía del paciente y la detección precoz de incidencias tras el alta.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo observacional retrospectivo en 11 pacientes (10 mujeres y 1 hombre) sometidos a hemitiroidectomía en régimen ambulatorio. El proceso asistencial se estructuró en torno a una intervención enfermera organizada en tres fases. En la fase preoperatoria se llevó a cabo educación sanitaria individualizada sobre el procedimiento, el proceso postquirúrgico y los signos de alarma, favoreciendo la participación activa del paciente y la resolución de dudas. En la fase postoperatoria inmediata, los pacientes permanecieron en observación durante aproximadamente 6 horas, durante las cuales se realizó vigilancia clínica dirigida, centrada en la permeabilidad de la vía aérea, el control del dolor, el estado de la herida quirúrgica y la estabilidad hemodinámica, con el objetivo de detectar precozmente posibles complicaciones y garantizar un alta segura.

En la fase domiciliaria, se proporcionaron instrucciones claras y estructuradas sobre cuidados y recomendaciones, junto con un teléfono de contacto. Asimismo, se realizó seguimiento telefónico a las 24 horas para valorar la evolución clínica, reforzar la educación sanitaria y detectar posibles incidencias.

Este modelo asistencial sitúa a la enfermería como elemento central en la continuidad de los cuidados, facilitando una transición segura del entorno hospitalario al domicilio.

**Conclusiones:** Se incluyeron 11 pacientes (10 mujeres y 1 hombre), todos ellos seleccionados según criterios clínicos estrictos. El 100 % fueron dados de alta el mismo día de la intervención, sin incidencias intraoperatorias ni complicaciones inmediatas que contraindicasen el alta desde la unidad de cirugía mayor ambulatoria.

Durante el seguimiento, se registraron 2 reconsultas en urgencias (18,2 %), ambas sin relación con complicaciones quirúrgicas: un cuadro vírico intercurrente y una cefalea en paciente con antecedentes migrañosos asociada a dudas sobre la evolución de la herida. No se produjeron reingresos ni complicaciones relevantes, como hematoma cervical, compromiso respiratorio o infección.

Más allá de los resultados clínicos, se observó que la correcta preparación preoperatoria y la educación sanitaria estructurada desempeñan un papel clave en la seguridad del proceso, especialmente en la detección precoz de signos de alarma y en la reducción de la incertidumbre del paciente tras el alta precoz.

El seguimiento telefónico a las 24 horas se consolidó como una herramienta eficaz para reforzar la continuidad asistencial, permitiendo identificar dudas, mejorar el control del dolor y evitar reconsultas innecesarias.

Estos resultados iniciales sugieren que la hemitiroidectomía en régimen ambulatorio es un procedimiento seguro y viable en pacientes adecuadamente seleccionados. Asimismo, ponen de manifiesto que el rol de enfermería resulta determinante en la sostenibilidad del modelo, no solo en términos de seguridad clínica, sino también en la experiencia del paciente y en la optimización de recursos sanitarios.

*Palabras clave:* Cirugía mayor ambulatoria, cirugía paratiroide, seguridad, enfermería.

### P-36 EXPERIENCIA INICIAL DE LA HEMITIROIDECTOMÍA EN RÉGIMEN AMBULATORIO EN LA CMA DEL CONSORCI CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ

**M. Muñoz Martínez**

*Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell, Barcelona*

**Objetivos:** Describir la implementación y los resultados iniciales de la hemitiroidectomía en régimen ambulatorio en un centro de cirugía mayor ambulatoria (CMA) del Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí (CCSPT), evaluando la seguridad del proceso quirúrgico, la tasa de complicaciones inmediatas, la necesidad de re consulta o reingreso y el perfil de los pacientes seleccionados.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo observacional de los primeros 11 pacientes intervenidos mediante hemitiroidectomía ambulatoria en el CCSPT para analizar el perfil. La muestra incluye 10 mujeres y 1 hombre en un periodo de 1 año. Los criterios de selección fueron: baja comorbilidad, nódulos tiroideos de hasta 6 cm, baja sospecha de neoplasia, ausencia de tiroiditis o cirugías previas y un índice de masa corporal dentro de la normalidad.

La intervención se realiza con neuromonitorización intraoperatoria, con una duración inferior a 2 horas. Posteriormente, los pacientes permanecen en observación durante 6 horas. En ausencia de complicaciones inmediatas (hematoma, sangrado o compromiso respiratorio), se otorga la alta domiciliaria con instrucciones detalladas y un teléfono de contacto.

Se realiza seguimiento telefónico a las 24 horas por parte del equipo de enfermería para valorar la evolución clínica, el dolor, el estado de la herida y la resolución de dudas.

**Conclusiones:** Se incluyeron 11 pacientes (10 mujeres y 1 hombre). El 100 % fueron dados de alta el mismo día de

la intervención, sin incidencias intraoperatorias ni complicaciones inmediatas que contraindicasen el alta desde la unidad de cirugía mayor ambulatoria.

Se registraron 2 reconsultas en urgencias (18,2 %): una por un cuadro vírico no relacionado con el procedimiento y otra por cefalea en paciente con antecedentes de migraña y dudas sobre la herida quirúrgica, sin hallazgos patológicos. En ambos casos se descartaron complicaciones postquirúrgicas. No se produjeron reingresos ni complicaciones relevantes, como hematoma cervical, compromiso respiratorio o infección de la herida.

Estos resultados iniciales sugieren que la hemitiroidectomía ambulatoria es un procedimiento seguro y factible en pacientes adecuadamente seleccionados, permitiendo mantener altos estándares de calidad asistencial, reducir la estancia hospitalaria y optimizar los recursos sanitarios, sin aumentar la morbimortalidad ni las complicaciones postoperatorias.

*Palabras clave: Hemitiroides, cirugía ambulatoria, seguridad, enfermera.*

### **P-37 LIPOFILLING MAMARIO: CIERRE DE UNA ETAPA ONCOLÓGICA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA**

**T. Huertes Serrano**

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

**Objetivos:** El *lipofilling* es un injerto de grasa autóloga que, en este caso, se utiliza para rellenar aquellos defectos menores que han quedado tras la cirugía oncológica de mama, y que pueden solucionarse sin necesidad de un dispositivo externo y artificial (como puede ser una prótesis mamaria). Lo que se consigue con esta técnica es modelar la mama de una manera mucho más natural.

Desde el punto de vista de la enfermería, los objetivos se centran en asegurar la viabilidad del injerto y la restauración de la integridad corporal de la paciente. Al tratarse de una cirugía de menor envergadura, que conlleva unos cuidados menores, y que se engloba bajo unos criterios en los que se sustentan las cirugías de la CMA, hace posible que el cierre de la etapa reconstructiva de la mama sea un trámite sencillo, ágil y reconfortante, donde se facilita el regreso a la normalidad y el reencuentro de la mujer con su propia identidad.

**Métodos:** Este procedimiento se realiza de forma protocolizada para garantizar el bienestar de la paciente durante su breve estancia en la unidad. La técnica consta de tres pasos: 1. Infiltración y pretratamiento: esta primera parte consiste en infiltrar la solución de Klein (a base de suero salino al 0,9 % con lidocaína y adrenalina) en la zona donante

de donde se va a extraer la grasa “en bruto”. Esta mezcla facilita la liposucción, minimiza el sangrado de la zona donante y además proporciona analgesia local en el postoperatorio.

2. Procesamiento del tejido adiposo: aquí se realiza la extracción y procesado de dicha grasa para que se separen los adipocitos del suero, el aceite y los restos hemáticos en los que se extrae. A continuación, se centrifuga para poder dejar el adipocito a un tamaño adecuado con el que se garantiza una tasa de supervivencia de este, óptima para la siguiente fase.
3. Transferencia y modelado: la tercera fase se compone de la inserción de la grasa en la zona receptora y el consiguiente modelado del defecto. Esta inserción se hace mediante unos surcos dentro de la glándula mamaria (hechos con unas cánulas muy finas de *lipofilling*) para rellenar los defectos que la cirugía anterior ha dejado.

**Conclusiones:** El resultado obtenido es la reconstrucción final de un proceso oncológico que para la mujer supone más allá de un diagnóstico de mama y una cicatriz. Representa la restauración de la integridad de la silueta femenina en aquellos casos donde la imagen reflejada en el espejo generaba una dismorfia corporal. Gracias al uso de tejido autólogo, la enfermería aprecia no solo una mejoría en la representación del cuerpo femenino, sino una reconciliación de la paciente con su propia identidad.

No obstante, es reseñable resaltar que el éxito de la técnica reside en su naturalidad, puesto que la ausencia de materiales sintéticos favorece la pronta recuperación, el posible rechazo de agentes externos y la integración biológica del propio injerto autólogo. La paciente deja de sentirse “intervenida” para sentirse “recuperada”.

Como conclusión, se puede afirmar que el *lipofilling* en régimen de CMA es el método ideal para finalizar el proceso reconstructivo por su baja morbilidad y rápida recuperación. La reconstrucción termina en la piel, pero la recuperación empieza en la mente. El *lipofilling* es el puente entre ambas.

*Palabras clave: Lipofilling, reconstrucción, mama, autoestima, percepción.*

### **P-39 APÓSITOS IMPERMEABLES CON SAFETAC, USOS EN CMA Y RESULTADOS COSTE/EFFECTIVIDAD**

**E. Ruiz Gómez, R. Montero Vegas, E. Guerrero Ruiz, P. Jiménez Lanzas, M. A. Urbano Bravo, F. Moreno Azuaga**

*Hospital Regional de Málaga*

**Introducción:** Los apósitos con SAFECTAC se han introducido como el apósito de elección en la cirugía mayor ambulatoria del HRUM, por sus características de impermeabilidad frente a bacterias y virus, por su comodidad para el paciente, al ser adaptables y flexibles, y por reducir el tiempo de enfermería en las curas posteriores, ya que están diseñados para durar hasta 7 días sin necesidad de cambios y al ser transparentes permiten la observación del sangrado y/o exudado que pudiese presentarse en el postoperatorio.

Para comprobar el resultado de los mismos y el coste/efectividad de este material, desarrollamos el presente estudio.

**Objetivos:** Conocer la efectividad de los apósitos impermeables en relación a la duración en el tiempo y su impermeabilidad.

Registrar las posibles complicaciones en el sitio quirúrgico a la retirada del apósito.

Conocer la satisfacción del usuario en relación al uso del apósito impermeable con SAFETAC.

**Métodos:** Estudio prospectivo realizado en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Civil de Málaga (pab. C del HRUM), entre el 1 de noviembre de 2025 y el 1 de mayo de 2026, donde realizamos las siguientes acciones:

- Registrar a los pacientes que se van de alta con estos apósitos.
- Seguimiento telefónico a las 24 horas y al 7.º día postquirúrgico.
- Registrar si tras la retirada de dicho apósito ha aparecido alguna complicación en la herida.
- Encuesta de satisfacción sobre el uso de este.
- Ahorro de tiempo enfermero en la realización de curas.

**Resultados:** La muestra está compuesta por 63 pacientes, pertenecientes por especialidades 47 de ellos a Cirugía General, 14 a Cirugía Ortopédica y Traumatología y 2 a Urología.

Las edades de nuestros pacientes están comprendidas entre los 19 y los 84 años, siendo el segmento más numeroso el comprendido entre los 61 a 70 años de edad, con un total de 24 pacientes en ese sector de población.

Por sexos, 28 de nuestros pacientes fueron mujeres, y 39 hombres.

Recogimos 15 incidencias con los apósitos, que no llegaron al tiempo indicado en su informe de alta médica:

- 6 de los pacientes se retiraron el apósito por cuenta propia entre el 3.º y el 4.º día postoperatorio a pesar de llevar en su informe de alta y de continuidad de cuidados el día que debían realizarse la primera cura.
- 4 apósitos fueron retirados el mismo día de la intervención por sangrado de la herida quirúrgica, antes del alta a domicilio de los pacientes.

- 1 retirado en el Servicio de Urgencias al 4.º día postoperatorio por sangrado de la herida quirúrgica.
- 1 se despegó al inicio de la movilización del paciente.
- 1 se despegó al segundo día en su domicilio.

Los 48 pacientes que mantuvieron el apósito hasta el 7.º día postoperatorio manifestaron estar “*muy satisfechos*” en relación a la confortabilidad y resultados en su herida quirúrgica.

Se han ahorrado 54 primeros desplazamientos a centros de salud por parte de los pacientes intervenidos tras las primeras 48 horas postoperatorias y por tanto 54 citas con enfermería en atención primaria, lo que supone, al menos 1674 minutos de atención enfermera según la NIC 3440 cuidados del sitio de incisión se le estima un tiempo de atención entre 31 y 45 minutos.

**Conclusiones:** Los apósitos impermeables con SAFETAC son una buena elección para la cirugía electiva de CMA, ahorrando dolor al paciente en las primeras curas y liberando de las primeras citas para curas en el sistema sanitario público.

El coste unitario de los apósitos es inferior a 6 euros por unidad, lo que hace de estos apósitos una solución económica que evita las primeras curas de nuestros pacientes.

*Palabras clave:* Apósito impermeable, uso, coste-efectividad.

## P-40 PERCEPCIÓN, FORMACIÓN Y ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO ANTE LA ATENCIÓN Y GESTIÓN DE CONFLICTOS CON LA POBLACIÓN DE ETNIA GITANA EN UN HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO

**J. Campo Eze, C. Freije López, J. M. Espínola Espigares**  
*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander*

**Objetivos:** Determinar la percepción, formación y actitudes del personal sanitario y no sanitario del hospital de día quirúrgico (HDQ) de un hospital de tercer nivel respecto a la atención y gestión de conflictos con pacientes de etnia gitana, e identificar si las características sociodemográficas y laborales (sexo, edad, categoría profesional, experiencia laboral y formación recibida) se asocian con dichos aspectos.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal con muestreo consecutivo por conveniencia, realizado en el HDQ de un hospital de tercer nivel. Mediante invitación por correo

electrónico institucional se distribuyó un hipervínculo a un cuestionario *ad hoc* alojado en plataforma electrónica. Criterios de inclusión: ser trabajador activo del HDQ y participar voluntariamente. El instrumento recogía cuatro bloques: 1) variables sociodemográficas y laborales; 2) frecuencia y valoración de la experiencia de atención a pacientes gitanos y formación específica recibida; 3) seis ítems de percepción y estigmas con respuesta con escala Likert de 5 puntos; 4) tipo de dificultad principal, estrategias de resolución de conflictos, propuestas de mejora, conocimiento de protocolos culturales y percepción de necesidad formativa.

Para el análisis inferencial se emplearon la prueba U de Mann-Whitney para la comparación de dos grupos independientes, Kruskal-Wallis con análisis *post-hoc* por pares y corrección de Bonferroni ( $\alpha$  ajustado = 0,0083) para más de dos grupos, y correlación de Spearman para variables ordinales. Las variables categóricas se analizaron mediante chi-cuadrado. Nivel de significación:  $\alpha = 0,05$ . Se siguieron las recomendaciones STROBE para estudios transversales.

**Resultados:** Respondieron 59 trabajadores. El 83,1 % eran mujeres con mayor representación en el grupo de 45-54 años (30,5 %), el 62,7 %, personal sanitario (enfermeras 25,4 %, medicina 16,9 %, TCAE 20,3 %) y el 37,3 % personal no sanitario, el 86,4 % carecía de formación en cultura gitana y el 33,9 % acumulaba más de 20 años de experiencia. El ítem mejor puntuado fue la generación de tensiones ( $M = 3,76$ ,  $DE = 1,10$ , 62,7 % con puntuación  $\geq 4$ ). El 83,1 % declaró trato igualitario ( $M = 4,37$ ,  $DE = 1,11$ ), paradoja que coexistía con el reconocimiento de prejuicios del personal ( $M = 3,34$ ,  $DE = 1,41$ , 50,8 %  $\geq 4$ ) y discriminación observada ( $M = 3,17$ ,  $DE = 1,51$ , 50,8 %  $\geq 4$ ). El personal sanitario atribuyó más prejuicios al propio colectivo ( $M = 3,76$  vs. 2,64,  $U = 585$ ,  $p = 0,004$ ), percibió mayor impacto de las diferencias culturales ( $M = 3,68$  vs. 3,09,  $U = 529$ ,  $p = 0,049$ ) y reconoció más discriminación ( $M = 3,49$  vs. 2,64,  $U = 537$ ,  $p = 0,037$ ). La experiencia laboral mostró diferencias en tres ítems (Kruskal-Wallis  $p < 0,05$ ). No hubo diferencias por sexo ni edad. El 76,3 % señaló el incumplimiento de normas como principal dificultad, frente al 15,3 % que señaló la desconfianza mutua. La estrategia de resolución más referida fue la comunicación asertiva (26,6 %), seguida del recurso al mediador gitano (12,5 %) y a la figura de autoridad familiar (9,4 %). El 14 % declaró no emplear ninguna estrategia el 37,3 % desconocía la existencia de protocolos culturales en su unidad, evidenciando una brecha de difusión de los recursos institucionales disponibles, y el 25,4 % consideró que la solución pasa por la adaptación de los pacientes al sistema, sin necesidad de formación para el personal.

**Conclusiones:** El estudio evidencia una brecha entre el trato igualitario autodeclarado y la observación de prejuicios y discriminación en el entorno. El personal sanitario muestra mayor conciencia reflexiva que el no sanitario. El déficit formativo es casi universal y el desconocimiento de los protocolos institucionales limita la capacidad de respuesta del equipo. Se requieren intervenciones formativas en competencia intercultural, protocolos específicos para el HDQ y una difusión activa del programa de mediación intercultural de nuestro hospital.

*Palabras clave:* Población gitana, personal sanitario, hospital de día quirúrgico, gestión de conflictos, competencia cultural.

## P-42 IMPLANTACIÓN DE UN ASISTENTE VIRTUAL DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO PARA LA MEJORA DE LA PRÁCTICA ENFERMERA Y DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

**R. Casado Pardos, V. Belinchón Abenójar, I. Gómez Palomo, M. A. García García, A. I. García Martín, M. A. Reyes Fierro, M. Zaballos García, R. Romero Pareja**

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

**Objetivos:** Evaluar el impacto de la implantación de un asistente virtual de seguimiento telefónico postoperatorio en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) sobre la actividad clínica enfermera, la continuidad de cuidados y la seguridad del paciente.

Describir el proceso de implementación de la aplicación, así como las debilidades y fortalezas observadas frente al modelo de llamada telefónico.

De forma específica, se analizará su influencia en la detección precoz de complicaciones, la gestión de alertas clínicas y la carga de trabajo de enfermería.

**Métodos:** Proyecto prospectivo de implantación y mejora organizativa en todas las especialidades de CMA del centro. El diseño del circuito asistencial, los criterios de priorización y la categorización de alertas clínicas han sido definidos con participación activa de enfermería, integrando su rol en la vigilancia postoperatoria y la toma de decisiones clínicas. En una primera fase, el sistema automatizado coexistirá con el seguimiento telefónico convencional realizado por enfermería, permitiendo una comparación pragmática entre ambos modelos. Como variables principales se incluyen: tiempo de dedicación enfermera a la implantación, cobertura

de contacto en las primeras 48 horas tras el alta, tasa de respuesta, tasa de llamadas completadas y tasa de derivación a otro profesional sanitario o urgencias. Como variables secundarias se evaluarán: número y tipología de alertas clínicas generadas, tiempo de respuesta enfermera ante alertas, visitas no programadas a urgencias o consultas, reingresos relacionados con el episodio quirúrgico y percepción de carga de trabajo del personal de enfermería (mediante encuesta interna, incluyendo escala NASA-TLX si procede).

**Conclusiones:** En el momento del actual se ha completado la fase de diseño del circuito asistencial, definición de indicadores y preparación de la implantación progresiva del sistema en todas las especialidades de CMA. Se han realizado 4 días de prueba controlada, con una tasa de respuesta superior al 85 % de los pacientes operados en CMA, derivándose una serie de actuaciones de mejora en el propio sistema. La fase inicial de convivencia con el seguimiento convencional permitirá analizar el impacto del sistema automatizado en la práctica enfermera, especialmente en términos de continuidad de cuidados, capacidad de detección precoz de incidencias clínicas y priorización de pacientes en función del riesgo. Se espera que la implantación del sistema contribuya a la estandarización del seguimiento postoperatorio, mejore la trazabilidad de la información clínica y optimice el tiempo de enfermería, favoreciendo su dedicación a intervenciones de mayor valor clínico. Asimismo, puede reforzar la seguridad del paciente mediante una monitorización estructurada y una respuesta más ágil ante alertas. La evaluación prospectiva comparativa permitirá determinar la utilidad, seguridad y aplicabilidad de este modelo como herramienta de apoyo a la práctica enfermera en cirugía mayor ambulatoria.

*Palabras clave:* Enfermería, asistente virtual, seguimiento postoperatorio, continuidad de cuidados.

### P-43 NARICES ROJAS ANTES DEL BISTURÍ: HUMANIZANDO LA ESPERA DE LOS NIÑOS EN LAS UNIDADES DE CMA

**A. Parra Pozo, E. Escobar Cuesta, L. Ramírez Hallas, R. Pujol Alcántara**  
*Hospital Universitario de Mataró, Barcelona*

**Objetivos:** Describir nuestra experiencia con la participación del payaso voluntario en la UCSI del Hospital Universitario de Mataró. Garantizar una atención integral que reduzca el estrés, la ansiedad y el miedo de los pacientes pediátricos y sus

acompañantes, transformando el entorno sanitario en un espacio cálido, cercano y seguro. Tratar al menor como un todo, no solo su enfermedad, promoviendo así su bienestar emocional, físico y social.

**Métodos:** Se trata de la presentación del proyecto de humanización en pacientes pediátricos intervenidos en régimen ambulatorio del Hospital Universitario de Mataró. Se pretende exponer nuestra experiencia en este ámbito y describir un proyecto que actualmente continúa en fase de implementación. Más concretamente, se presenta el papel del payaso voluntario en la UCSI, su aportación en el día a día y la integración de esta figura en el entorno sanitario.

Para el desarrollo de este proyecto, aún en vías de implementación, se han tenido en cuenta los protocolos y planes de actuación propios del bloque quirúrgico y de la UCSI del Hospital Universitario de Mataró. Asimismo, incorpora los protocolos internos del servicio de pediatría, así como las directrices del comité ético y de la comisión de soporte metodológico.

**Conclusiones:** Actualmente, no se dispone de resultados de este estudio, ya que el proyecto aún no se ha implementado por completo y, por tanto, todavía no se ha realizado la correspondiente recogida ni análisis de datos. Una vez el proyecto se encuentre plenamente implantado y en funcionamiento, se llevará a cabo un estudio que permitirá obtener información relevante, registrar datos y realizar un análisis posterior de los datos obtenidos.

*Palabras clave:* Humanización, CMA, paciente pediátrico, payaso voluntario, cuidados de enfermería.

### P-44 IMPACTO DE LA LLAMADA TELEFÓNICA PREOPERATORIA DE ENFERMERÍA EN LA DISMINUCIÓN DE SUSENSIONES QUIRÚRGICAS EVITABLES EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

**L. Requena Portilla**  
*Hospital Universitario de Guadalajara*

**Objetivos:** Valorar la utilidad de la llamada telefónica realizada por enfermería el día previo a la intervención quirúrgica en pacientes diabéticos y anticoagulados incluidos en el programa de cirugía mayor ambulatoria (CMA), con el objetivo de mejorar la preparación preoperatoria y disminuir suspensiones quirúrgicas evitables.

**Métodos:** Recientemente se ha implantado en nuestra unidad de CMA del Hospital Universitario de Guadalajara (HUGU) una intervención telefónica realizada por enfermería el día previo a la cirugía en pacientes con tratamientos considerados de especial riesgo, principalmente pacientes diabéticos y anticoagulados.

Durante la llamada se revisan las indicaciones preoperatorias explicadas previamente en la consulta de preanestesia, haciendo especial hincapié en la correcta suspensión de antidiabéticos orales, análogos de GLP-1 y anticoagulantes, así como la administración de la última dosis de heparina cuando esté indicada. Además, se ofrece al paciente la posibilidad de resolver dudas relacionadas con la preparación previa a la intervención.

Esta actividad surge ante la necesidad detectada de reforzar la información preoperatoria, ya que en numerosas ocasiones el preoperatorio se realiza varios meses antes de la cirugía, favoreciendo olvidos o confusión respecto a las pautas indicadas.

**Conclusiones:** Aunque se trata de una actividad de reciente implantación y actualmente no se dispone de un registro específico de datos, durante su aplicación se han detectado y corregido incidencias relacionadas con el manejo inadecuado de la medicación antes de la cirugía.

La intervención telefónica ha permitido reforzar las recomendaciones preoperatorias y mejorar la comprensión de las pautas por parte de los pacientes, especialmente en aquellos con tratamientos más complejos. Asimismo, muchos pacientes refieren sentirse más tranquilos y seguros al recibir una llamada cercana a la fecha de la intervención, pudiendo resolver dudas de última hora.

De forma observacional, esta actuación está contribuyendo a disminuir suspensiones quirúrgicas evitables relacionadas con una preparación preoperatoria incorrecta.

La llamada telefónica preoperatoria realizada por enfermería constituye una medida sencilla y de fácil implantación que puede contribuir a mejorar la seguridad del paciente en cirugía mayor ambulatoria.

El refuerzo de las indicaciones terapéuticas en las horas previas a la cirugía favorece un mejor cumplimiento de las recomendaciones y podría ayudar a reducir suspensiones quirúrgicas evitables, además de aumentar la confianza y tranquilidad del paciente ante la intervención.

*Palabras clave: CMA, seguridad del paciente, antidiabético, anticoagulación, enfermería preoperatoria.*

## **P-45 EDUCACIÓN SANITARIA AL ALTA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA): PROTOCOLO DE READAPTACIÓN AL MEDIO DOMICILIARIO**

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

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

**Objetivos:** Describir el protocolo de enfermería de readaptación al medio domiciliario de la Unidad de CMA del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

**Introducción:** La cirugía mayor ambulatoria (CMA) favorece una recuperación precoz del paciente en su domicilio, haciendo necesario garantizar una adecuada continuidad de los cuidados tras el alta hospitalaria. En este contexto, la educación sanitaria y la comprobación del entendimiento del paciente constituyen elementos fundamentales para asegurar una recuperación segura y disminuir complicaciones postoperatorias evitables.

Dentro de la unidad de CMA del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, acreditada y organizada mediante protocolos asistenciales, surge la necesidad de establecer un protocolo de readaptación al medio domiciliario, orientado a estandarizar la información proporcionada al paciente y reforzar el papel de enfermería en el proceso de alta.

La unidad cuenta además con acreditación conforme a la norma UNE-ISO 9001:2008, sistema de gestión de calidad que garantiza la estandarización de los procesos asistenciales, la mejora continua, la seguridad del paciente y la evaluación permanente de la calidad de la atención prestada. Esta certificación refuerza la importancia de trabajar mediante protocolos estructurados y procedimientos consensuados entre los profesionales sanitarios.

Este protocolo tiene como finalidad facilitar la transición del entorno hospitalario al domicilio mediante recomendaciones claras, individualizadas y adaptadas al tipo de intervención quirúrgica realizada.

**Educación sanitaria y continuidad de cuidados:** La intervención enfermera durante el proceso de alta en CMA se centra en proporcionar información clara, homogénea y adaptada a las necesidades del paciente, favoreciendo una recuperación segura en el domicilio.

A través de este protocolo se pretende:

- Estandarizar la información proporcionada al alta mediante protocolos específicos.
- Mejorar la comprensión de los cuidados postoperatorios por parte del paciente.

- Favorecer la adherencia terapéutica.
- Adaptar las recomendaciones postoperatorias según el tipo de cirugía y especialidad.
- Disminuir dudas, consultas evitables y posibles complicaciones tras el alta.
- Reforzar la seguridad del paciente tras el alta.

**Desarrollo del protocolo:** El protocolo de readaptación al medio domiciliario se basa en una intervención estructurada de enfermería previa al alta hospitalaria.

Enfermería realiza educación sanitaria individualizada sobre:

- Cuidados de la herida quirúrgica.
- Tratamiento farmacológico.
- Signos y síntomas de alarma.
- Recomendaciones higiénico-dietéticas.
- Limitaciones físicas y reincorporación progresiva a las actividades habituales.

Como parte del protocolo, se diseñaron hojas de recomendaciones específicas para pacientes, elaboradas a partir de las indicaciones médicas y adaptadas a cada procedimiento quirúrgico, con el objetivo de garantizar una atención homogénea y segura.

Estos documentos permiten ofrecer información clara, accesible y homogénea, existiendo diferentes modelos según la especialidad quirúrgica (cirugía general, traumatología, oftalmología, urología, entre otras).

Asimismo, enfermería realiza la comprobación activa del entendimiento mediante técnicas de retroalimentación (“*teach-back*”), verificando que el paciente comprende correctamente las indicaciones antes del alta y es capaz de aplicarlas adecuadamente en su domicilio.

**Impacto asistencial:** La aplicación del protocolo favorece:

- Mayor seguridad del paciente tras el alta.
- Mejor comprensión de los cuidados postoperatorios.
- Incremento de la adherencia al tratamiento y recomendaciones.
- Disminución de ansiedad relacionada con el alta hospitalaria.
- Reducción de incidencias derivadas de errores en los cuidados.
- Mejora de la calidad asistencial y de la continuidad de cuidados.
- Aumento de autonomía del paciente.

Además, la protocolización de las recomendaciones permite unificar criterios entre profesionales y garantizar una atención más segura y eficiente, en consonancia con los estándares de calidad establecidos por la norma UNE-ISO 9001:2008.

**Conclusiones:** El protocolo de readaptación al medio domiciliario constituye una herramienta fundamental dentro del proceso asistencial en CMA.

La implicación de enfermería en la educación sanitaria, la elaboración de recomendaciones específicas y la comprobación del entendimiento del paciente permite optimizar la continuidad de cuidados y reforzar la seguridad tras el alta. La protocolización de estas intervenciones contribuye a una atención más homogénea, personalizada y centrada en las necesidades del paciente quirúrgico ambulatorio.

*Palabras clave:* Educación sanitaria, seguridad, domicilio, cirugía, protocolo.

#### **P-46 CONTROL DEL DOLOR TRAS CIRUGÍA AMBULATORIA: EFICACIA Y TOLERABILIDAD DE TRAMADOL/CELECOXIB FRENTE A TRAMADOL/DEXKETOPROFENO**

**J. García Sánchez, L. Requena Portilla, M. A. Martín Ayuso, A. Alvite Castro, P. Monrreal Bello, L. Muñoz Corsini, M. Á. Cabañas Patiño**

*Hospital Universitario de Guadalajara*

**Objetivos:** El objetivo principal fue comparar la eficacia analgésica y la tolerabilidad de tramadol/celecoxib y tramadol/dexketoprofeno como tratamiento analgésico tras CMA.

Como objetivos secundarios se evaluaron la intensidad clínica predominante del dolor, la necesidad de medicación de rescate, la aparición de síntomas no deseados y la necesidad de asistencia médica por dolor.

**Métodos:** Estudio cuasiexperimental, prospectivo y aleatorizado en pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria. Cada día, los pacientes intervenidos de las cirugías incluidas fueron asignados a uno de los dos tratamientos mediante una plantilla de aleatorización generada en Excel.

Se incluyeron pacientes adultos y se excluyeron los menores de 18 años, mayores de 80 años y aquellos con alergia o intolerancia a alguno de los fármacos. El tratamiento, la escala de dolor y las instrucciones de administración fueron explicados al paciente y acompañante, entregándose información por escrito junto con posibles signos de alerta. Los datos se recogieron tras consentimiento oral.

El seguimiento se realizó mediante llamada telefónica a las 24 h, 72 h y 7 días. Se registraron intensidad del dolor en escala numérica 0-10, cualidad del dolor, características

asociadas a la actividad (reposo, deambulación o deposición), cumplimiento terapéutico, necesidad de rescate, asistencia médica, efectos secundarios no deseados y recuperación de la actividad habitual.

Para el análisis, el dolor se agrupó en categorías clínicas: 0, sin dolor, 1-3, leve, 4-6, moderado, y 7-10, intenso. Se analizaron hernia inguinal, hernia bilateral, hemorroides, fístula/fisura anal, rizartrosis y hallux valgus. Se realizó análisis descriptivo y comparación no paramétrica de la intensidad del dolor.

**Resultados:** Se analizaron 102 registros evaluables: 59 con tramadol/celecoxib y 43 con tramadol/dexketoprofeno. La muestra incluyó 79 hombres (77,5 %) y 23 mujeres (22,5 %). Por patologías, se incluyeron 46 hernias inguinales, 13 hernias bilaterales, 13 hemorroides, 18 fístulas/fisuras anales, 7 rizartrosis y 5 hallux valgus.

Ambos tratamientos mostraron reducción progresiva del dolor durante la primera semana, sin diferencias estadísticamente significativas en el análisis global.

Tramadol/dexketoprofeno presentó menor dolor medio en los tres controles: 3,34 frente a 3,78 a las 24 h, 2,18 frente a 2,44 a las 72 h, y 0,92 frente a 1,84 al séptimo día. La intensidad predominante fue leve en ambos grupos, con aumento progresivo de pacientes sin dolor al final del seguimiento.

El análisis por patologías mostró diferencias respecto al resultado global. Tramadol/celecoxib presentó mejores valores de dolor en hernia inguinal y hemorroides, aunque en esta última la comparación debe interpretarse con prudencia por el bajo número de pacientes tratados con tramadol/dexketoprofeno. Tramadol/dexketoprofeno mostró mejores valores medios en hernia bilateral, fístula/fisura anal, rizartrosis y hallux valgus, especialmente a las 72 h y al séptimo día. La cirugía hemorroidal fue la patología con mayor intensidad de dolor postoperatorio, mientras que en hallux valgus ambos tratamientos mostraron buena evolución y ausencia de síntomas relevantes.

Respecto a la tolerabilidad, los síntomas postoperatorios fueron más frecuentes con tramadol/dexketoprofeno, principalmente náuseas, vómitos, mareo, estreñimiento, picor o malestar. La necesidad de medicación de rescate fue similar entre grupos (10,2 % con tramadol/celecoxib frente a 11,6 % con tramadol/dexketoprofeno). La asistencia médica por dolor (urgencias o centro de salud), fue numéricamente superior con tramadol/celecoxib (6,8 % frente a 2,3 %), concentrándose sobre todo en cirugía hemorroidal y anal.

*Palabras clave:* Dolor postoperatorio, cirugía mayor ambulatoria, manejo del dolor, tramadol/celecoxib, tramadol/dexketoprofeno.

## P-47 CIRUGÍA DE MOHS EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) Y SU IMPLEMENTACIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES (CAHU), GIJÓN

**M. Vallina González, S. Iglesias Gutiérrez, M. Juárez Martínez, E. Gutiérrez Fernández**

*Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón*

**Objetivos:** *Objetivo general:* analizar la cirugía de Mohs en el contexto de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) y el papel de enfermería en la atención integral del paciente sometido a este procedimiento, incluyendo su implementación en el Hospital Universitario de Cabueñes (CAHU) y la valoración de su impacto asistencial.

*Objetivos específicos:*

- Describir la cirugía de Mohs, sus indicaciones, la técnica quirúrgica y su importancia en el tratamiento del cáncer cutáneo no melanoma.
- Analizar el papel de enfermería en la atención al paciente sometido a cirugía de Mohs, incluyendo la preparación preoperatoria, los cuidados postoperatorios, la educación sanitaria, las recomendaciones domiciliarias y la identificación de signos de alarma.
- Describir la implementación de la cirugía de Mohs en el CAHU y valorar su impacto en la calidad asistencial, la mejora de los resultados clínicos y la reducción de derivaciones a otros centros.

**Metodología:** El presente trabajo se realizó mediante una revisión bibliográfica narrativa sobre la cirugía de Mohs y los cuidados de enfermería asociados a este procedimiento, complementada con la experiencia clínica desarrollada en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) del Hospital Universitario de Cabueñes (CAHU).

*Diseño del estudio:* se llevó a cabo una revisión bibliográfica de carácter descriptivo con el objetivo de analizar la evidencia científica disponible sobre la cirugía de Mohs, sus indicaciones, la técnica quirúrgica y el papel de enfermería en las diferentes fases del proceso asistencial.

*Estrategia de búsqueda:* la búsqueda bibliográfica se realizó en diferentes bases de datos científicas y fuentes bibliográficas relacionadas con el ámbito sanitario.

Las principales bases de datos consultadas fueron:

- PubMed.
- Scopus.
- Google Scholar.
- SciELO.

*Criterios de inclusión:* artículos científicos relacionados con la cirugía de Mohs. Estudios que describieran la técnica, indicaciones, resultados o cuidados asociados.

*Publicaciones en español o inglés:* artículos publicados en los últimos años para asegurar la actualización de la evidencia científica.

*Criterios de exclusión:* artículos con información incompleta o poco relevante para los objetivos del trabajo.

Publicaciones duplicadas en diferentes bases de datos.

*Análisis de la información:* tras la selección de los artículos, se realizó una lectura crítica y un análisis de la información, organizando los contenidos en función de los objetivos del trabajo: indicaciones de la técnica, descripción del procedimiento, cuidados de enfermería en el periodo preoperatorio y postoperatorio, educación sanitaria y seguimiento del paciente.

Asimismo, se incluyó una descripción de la implementación de la cirugía de Mohs en el CAHU, basada en la práctica clínica y la experiencia profesional en la UCSI, con el fin de valorar su impacto en la atención al paciente y en la organización asistencial.

**Resultados:** La revisión bibliográfica muestra que la cirugía de Mohs es una de las técnicas más eficaces para el tratamiento del cáncer cutáneo no melanoma, especialmente en carcinomas basocelulares y espinocelulares localizados en zonas anatómicas de alto riesgo. Su principal ventaja es la extirpación progresiva del tumor con control histológico inmediato, lo que permite confirmar la eliminación completa de las células tumorales, alcanzar altas tasas de curación y preservar el máximo tejido sano posible, obteniendo así mejores resultados funcionales y estéticos.

La literatura revisada destaca también el papel fundamental de enfermería en todas las fases del proceso asistencial. En el periodo preoperatorio, enfermería participa en la preparación e información al paciente, en el postoperatorio inmediato, en el control del dolor, la vigilancia de la herida quirúrgica y la prevención de complicaciones, y en el seguimiento posterior, mediante la educación sanitaria y las recomendaciones de cuidados domiciliarios.

La implantación de la cirugía de Mohs en el CAHU ha supuesto un avance importante en el tratamiento del cáncer cutáneo. Su incorporación ha permitido ofrecer esta técnica en el propio centro, evitando la derivación de pacientes a hospitales de otras comunidades autónomas, lo que mejora la accesibilidad al tratamiento, reduce los tiempos de espera y favorece una atención más cercana y coordinada entre los distintos profesionales sanitarios. Desde la práctica clínica en la UCSI se observa, además, una mejora en la calidad asistencial y en la atención al paciente.

**Conclusiones:** La cirugía de Mohs se ha consolidado como una técnica de referencia en el tratamiento del cáncer cutáneo no melanoma debido a sus altas tasas de curación y a la preservación del tejido sano.

El papel de enfermería es esencial en la preparación del paciente, en los cuidados postoperatorios y en la educación sanitaria, contribuyendo a una adecuada recuperación y a la prevención de complicaciones.

La implantación de esta técnica en el CAHU ha permitido mejorar la atención especializada a los pacientes, evitar derivaciones a otros centros fuera de la comunidad autónoma y reforzar el trabajo multidisciplinar, favoreciendo una atención más segura, cercana y eficaz.

*Palabras clave:* Mohs, cáncer, piel, preservación, CMA.

## P-49 ACTUALIZACIÓN Y RETOS EN PROCTOLOGÍA AMBULATORIA. SITUACIÓN ACTUAL DE LA PROCTOLOGÍA EN CMA. CUIDADOS POSTOPERATORIOS DE ENFERMERÍA

**P. Aguado Saster, A. Maté Espeso, L. Arranz Gaisan**  
*Hospital Clínico Universitario de Valladolid*

**Objetivos:** Analizar la situación actual de la cirugía proctológica en cirugía mayor ambulatoria (CMA) y el papel fundamental de Enfermería en los cuidados postoperatorios inmediatos (realizados en la URPA) y tras el alta.

**Métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre los cuidados postoperatorios de Enfermería en cirugía proctológica ambulatoria. Para garantizar la calidad de la información, la búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: CINAHL, PubMed/MEDLINE, CUIDEN y CUIDATGE.

Estrategia de búsqueda: se emplearon las siguientes palabras clave “cuidados de enfermería”, “cirugía mayor ambulatoria”, “cirugía proctológica” y el operador booleano AND. Se seleccionaron artículos científicos, protocolos clínicos y guías de práctica clínica relacionadas con la cirugía mayor ambulatoria publicados en inglés y español en los últimos 5 años.

**Resultados:** La evolución de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, junto con la incorporación de nuevas tecnologías como el láser o la radiofrecuencia, ha favorecido el desarrollo de la cirugía proctológica en régimen ambulatorio cada vez menos invasiva, permitiendo una disminución del dolor postoperatorio y una recuperación más rápida.

El papel de Enfermería resulta esencial durante todo el proceso asistencial, especialmente en:

- La monitorización y valoración postoperatoria inmediata (TA, FC, ECG). Manejo de escalas como Aldrete.

- El control y manejo del dolor mediante escalas como EVA.
  - Rol ejecutor: administrando analgesia prescrita, observar efectos beneficiosos, valoración sistemática hasta lograr estabilización del dolor.
  - Rol educador: autonomía para el manejo del dolor en domicilio, enseñar técnicas no farmacológicas, instrucciones personalizadas.
  - Rol controlador: seguimiento telefónico, evaluación del dolor y detección precoz de complicaciones.
- La educación sanitaria personalizada para el autocuidado domiciliario.
- La prevención de complicaciones como sangrado, infección o estreñimiento.
- El seguimiento telefónico precoz y la detección de signos de alarma.

Los cuidados postoperatorios al alta incluyen un kit de información al alta sin el cual el paciente no puede irse a su domicilio: informe médico y de cuidados, pauta analgésica clara, signos de alarma específicos y contacto con atención a domicilio.

Los cuidados específicos de Enfermería en pacientes intervenidos ambulatoriamente de cirugía proctológica incluyen medidas higiénico-dietéticas orientadas a un correcto manejo de la herida quirúrgica y prevención del estreñimiento, manejo farmacológico para controlar el dolor, consejos relacionados con la actividad y confort y orientación sobre signos de alarma y criterios de revisión contribuyendo a una mayor seguridad y satisfacción del paciente.

**Conclusiones:** La cirugía proctológica en CMA constituye una alternativa segura y eficaz gracias a los avances tecnológicos y a la optimización de los cuidados perioperatorios. El profesional de Enfermería desempeña un papel clave en la recuperación del paciente, actuando como educador, ejecutor y controlador de los cuidados, favoreciendo la autonomía del paciente y reduciendo complicaciones y reingresos. La estandarización de protocolos y el seguimiento continuado son fundamentales para garantizar una atención integral y de calidad.

*Palabras clave: Cuidados de enfermería, cirugía mayor ambulatoria, cirugía proctológica, operador booleano AND.*

## **P-50 ENFERMERÍA, EFICIENCIA Y SEGURIDAD: CONSULTA PREQUIRÚRGICA DE SALUD**

**C. García Picón, Y. Galafate Andrades, M. S. Francisco Pelegrina**

*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

**Objetivos:** La cirugía de cataratas constituye el procedimiento quirúrgico más realizado a nivel mundial y afecta principalmente a pacientes de edad avanzada, lo que hace necesario disponer de circuitos asistenciales eficientes, seguros y adaptados al riesgo real del paciente. En este contexto, en el Hospital Duques del Infantado se pone en marcha la Consulta Prequirúrgica de Salud (CPS), liderada por profesionales de enfermería, que surge como una estrategia orientada a optimizar la valoración preoperatoria en cirugía de cataratas con anestesia tópica.

Los principales objetivos fueron:

- Implantar una Consulta Prequirúrgica de Salud (CPS) liderada por enfermería para valorar a los pacientes candidatos a cirugía de cataratas con anestesia tópica mediante un cuestionario de salud estratificado.
- Identificar de forma precoz a los pacientes de alto riesgo que precisan valoración anestésica específica y permitir que los pacientes de bajo riesgo accedan directamente al circuito quirúrgico.
- Reducir la realización de pruebas preoperatorias rutinarias innecesarias, optimizando los recursos sanitarios y agilizando el proceso asistencial.
- Mejorar la seguridad perioperatoria y la calidad de la atención, ofreciendo una valoración individualizada, eficiente y centrada en el paciente.

**Métodos:** Se desarrolló un modelo de Consulta Prequirúrgica de Salud (CPS) para pacientes incluidos en lista de espera de cirugía de cataratas bajo anestesia tópica. La valoración fue realizada por profesionales de enfermería mediante entrevista telefónica programada, utilizando un cuestionario de salud estratificado diseñado específicamente para diferenciar pacientes de bajo y alto riesgo.

El cuestionario incluyó 12 preguntas relacionadas con antecedentes clínicos relevantes, comorbilidades, tratamientos activos, alergias y factores relacionados con la colaboración y la seguridad quirúrgica. Se consideraron criterios de alto riesgo, entre otros, IMC > 40, disnea a mínimos esfuerzos, presencia de marcapasos o desfibrilador, eventos cardíacos recientes, tratamiento anticoagulante con antagonistas de la vitamina K, diálisis o alergia a anestésicos locales o látex. Toda la información obtenida se registró en la historia clínica electrónica, generando un informe estructurado que clasificaba al paciente como “apto” o “no apto”. Los pacientes catalogados como de alto riesgo fueron derivados a valoración preanestésica convencional, mientras que los pacientes de bajo riesgo continuaron el circuito quirúrgico sin necesidad de otra valoración.

El modelo se fundamentó en las recomendaciones de la Sociedad Española de Anestesiología y en la evidencia científica disponible, especialmente revisiones sistemáticas que desaconsejan la realización sistemática de analíticas y electrocardiogramas en cirugía de cataratas de bajo riesgo.

**Conclusiones:** Los datos objetivos durante el año 2025 fueron los siguientes: se valoraron un total de 2041 pacientes incluidos en el circuito de cirugía de cataratas. Del total, el 46 % (941 pacientes) fueron considerados aptos para pasar directamente a cirugía sin necesidad de valoración preanestésica adicional, mientras que el 40 % (810 pacientes) fueron clasificados como no aptos y derivados a evaluación anestésica específica. Un 11 % de los pacientes no pudo ser localizado telefónicamente.

Las principales causas de exclusión del circuito directo fueron la presencia de cardiopatía, diabetes insulino-dependiente no controlada y tratamiento anticoagulante. Tras la implantación progresiva del modelo y la actualización de criterios clínicos, se modificaron algunos parámetros de exclusión, permitiendo incluir pacientes con tratamiento antiagregante y ampliando el límite de peso corporal, siempre que el IMC fuera inferior a 40.

La implantación de la CPS permitió optimizar los recursos sanitarios disponibles, reducir pruebas preoperatorias innecesarias y agilizar el proceso asistencial sin incrementar las complicaciones médicas ni las suspensiones quirúrgicas. La valoración preoperatoria graduada, apoyada en la evidencia científica y liderada por enfermería, demostró ser un modelo seguro, eficiente y centrado en el paciente.

La Consulta Prequirúrgica de Salud (CPS) en cirugía de catarata, liderada por los profesionales de enfermería, representa el futuro de la gestión hospitalaria ambulatoria. Su aplicación metódica y sistemática no solo garantiza la máxima calidad y seguridad en el periodo perioperatorio, sino que ofrece al paciente un proceso mucho más ágil, menos invasivo y libre de demoras burocráticas innecesarias.

*Palabras clave: Enfermería, consulta, catarata, valoración.*

## GESTIÓN Y CALIDAD

### P-55 AMBULATORIZACIÓN DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: IMPACTO ECONÓMICO Y RESULTADOS CLÍNICOS. NUESTRA EXPERIENCIA 3 MESES

**M. Gómez Vela, N. Asensio Ilzarbe, F. J. Ibáñez Ascarga, M. Uribazo Rodríguez, R. Ruiz Marzo, J. Ariceta Iraola, I. Omar López**

*Hospital Universitario de Navarra*

**Objetivos:** La colecistectomía laparoscópica (CL) es uno de los procedimientos más frecuentes en cirugía general. La ambulatorización ha demostrado beneficios clínicos y

económicos en estudios recientes, incluyendo consensos internacionales y vías rápidas de recuperación. En España, estudios multicéntricos y experiencias regionales han confirmado su viabilidad y buena aceptación.

El objetivo de este estudio es evaluar los resultados clínicos, la seguridad y el impacto económico de la implantación de un programa de CL ambulatoria durante sus primeros tres meses de funcionamiento.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes sometidos a CL programada entre el 19 de enero y el 19 de abril de 2026. Se aplicaron criterios de inclusión para cirugía mayor ambulatoria (ASA I-II, apoyo domiciliario, distancia < 30 km, ausencia de colecistitis aguda) verificados en la llamada preoperatoria. Los pacientes seleccionados se programaron como primeros del parte quirúrgico. Se analizaron variables demográficas, tiempos de estancia, complicaciones, ingresos no planificados, reconsultas y costes directos, comparando el modelo ambulatorio con el régimen convencional.

**Conclusiones:** Durante el periodo de estudio se realizaron 152 CL programadas, 32 cumplieron criterios y se programaron como CMA.

El 81,25 % obtuvo el alta el mismo día. Se registraron 6 ingresos no planificados (18,75 %), motivados por náuseas por medicación inadecuada, dolor con intolerancia oral (2 casos), hipotensión, intolerancia oral aislada y una cirugía compleja con drenaje intraabdominal (excluida del análisis económico por estancia prolongada). Esta tasa es ligeramente superior a la descrita en la literatura, especialmente en fases iniciales de implantación.

En la llamada de confort realizada al día siguiente, el 91,6 % de los pacientes refirió un estado general bueno o excelente.

Solo un 4,1 % presentó febrícula autolimitada. El 16,6 % no refirió dolor, el 12,5 % describió dolor moderado y ninguno dolor intenso. No se registraron sangrados en la zona quirúrgica.

No hubo reconsultas en urgencias en los tres días posteriores al alta, únicamente un paciente acudió a su médico de familia para solicitar analgesia adicional. El control del dolor fue adecuado en la mayoría de los casos con analgesia multimodal, evitando mórficos, tal como recomiendan las guías de CMA.

El análisis económico mostró un ahorro significativo.

El coste del ingreso convencional (quirófano, URPA, 2 noches de hospitalización- ingresan el día anterior) fue de 3932 € por paciente.

En el modelo ambulatorio, el coste medio fue de 2830,15 € para los pacientes sin paso por URPA (n = 17) y de 3275,39 € para aquellos que precisaron vigilancia en URPA (n = 9) (ahorro de más de 1100 € por paciente sin paso por URPA).

Los 5 pacientes ingresados una noche generaron un coste de 3307 € cada uno (ahorro de 625 € por paciente).

El ahorro total obtenido en los tres meses fue de 27.765,94 €, equivalente a una reducción del 22,77 %, en línea con estudios españoles e internacionales sobre coste efectividad.

En conclusión, la implantación de un programa de CL ambulatoria en nuestro centro ha demostrado ser segura, eficaz y bien aceptada por los pacientes. Los resultados clínicos y económicos coinciden con la evidencia publicada, mostrando una reducción significativa de costes sin comprometer la seguridad. La adecuada selección de pacientes y el control óptimo del dolor son factores clave para disminuir los ingresos no planificados y consolidar el éxito del programa. La ampliación progresiva de criterios y la experiencia acumulada permitirán optimizar aún más los resultados asistenciales y económicos.

*Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica, cirugía ambulatoria, costes sanitarios, seguridad del paciente, resultados clínicos.*

## P-59 IMPORTANCIA DE LAS VISITAS INSTITUCIONALES A CENTROS DE REFERENCIA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

**F. Docobo Durántez, J. M. Cordero Lorenzo, A. Rodríguez Archilla, C. Sánchez Gutiérrez, D. Morales García, J. M. Suárez Grau, L. Tallón Aguilar, M. M. Martínez Gómez**

*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

**Objetivos:** Actualmente existen numerosas vías de comunicación para intercambiar información médica, quirúrgica así como de aspectos relacionados con las diversas formas de gestión clínica.

Sin embargo, la visita programada a una institución, concretamente unidades específicas de un hospital universitario, lo que no es lo habitual en nuestro medio.

La oportunidad de recibir la visita de una delegación médico-quirúrgica de un país extranjero nos ha motivado a comunicar dicho evento y sus resultados.

**Métodos:** Valoración de la visita de una delegación de C.A.S.A., Asociación China de Cirugía Mayor Ambulatoria. Compuesta por su presidente y 10 miembros del staff. Duración 48 horas. La delegación proviene del Congreso Internacional de la Asociación Internacional de Cirugía Ambulatoria celebrado en la ciudad de Dubrovnik los pasados 18-20 de mayo de 2023.

Sesiones teóricas: la CMA en España, la ASECOMA (Asociación Española de Cirugía Sin Ingreso), desarrollo de la anestesia ambulatoria, avances en pared abdominal ambulatoria, cirugía tiroidea en CMA, formación en CMA, robótica en CMA estado actual, comentarios, debate posterior.

En los aspectos prácticos, visita a 2 unidades de cirugía mayor ambulatoria. Una monográfica de oftalmología y otorrinolaringología y otra multidisciplinar.

**Conclusiones:** Los resultados de la visita han sido muy fructíferos. Se han evidenciado las cifras de ambulatorización en nuestro medio en la actualidad, las posibilidades de incrementarlas salvando los obstáculos conocidos.

Se ha puesto de manifiesto el gran volumen de actividad quirúrgica ambulatoria en la República Popular China y sus posibilidades de crecimiento.

Es de esperar que de estas visitas se puedan establecer contactos periódicos que faciliten la ambulatorización de un mayor número de pacientes con eficacia y seguridad.

Concluimos en la necesidad de aumentar las visitas a diversos centros de diversos continentes donde poder integrarse en un periodo corto de tiempo en los procedimientos rutinarios y avanzados de estos países.

*Palabras clave: CMA, visitas institucionales.*

## P-60 IMPACTO EN CALIDAD ASISTENCIAL DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA TÉCNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA HBP EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: EXPERIENCIA INICIAL Y EVALUACIÓN ORGANIZATIVA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

**Á. Contreras del Barrio, J. Orellana Barnes, E. Lledó García, M. Establés Learte, E. Novoa Lago, S. Burgués Estrada, L. Atucha Badiola, A. Reyes Fierro**

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

**Objetivos:** Evaluar el impacto en calidad asistencial de la implantación de una técnica mínimamente invasiva para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA), describiendo la viabilidad del circuito asistencial, los resultados iniciales de proceso y su potencial repercusión organizativa en un hospital terciario.

**Métodos:** Estudio descriptivo de implantación y mejora organizativa en una serie inicial de 4 pacientes intervenidos

en la Unidad de CMA de un hospital terciario. Se analizaron variables de calidad del proceso y seguridad inmediata: tipo de anestesia, tiempo total de procedimiento, alta en el mismo día, tiempo hasta el alta, incidencias postoperatorias inmediatas, necesidad de sonda al alta, visitas a Urgencias, reingresos y eventos precoces en el seguimiento inicial. De forma complementaria, el proyecto se enmarca en un análisis local de impacto organizativo orientado a valorar su contribución potencial a la ambulatorización y a la optimización.

**Conclusiones:** La edad mediana de la serie fue de 61 años (rango 57-78), con clasificación ASA I-III y volúmenes prostáticos entre 10 y 46 cc. En 3 de los 4 casos se empleó anestesia general con mascarilla laríngea y en 1 anestesia intradural. El tiempo total de procedimiento fue de 27 minutos de media (rango 20-40). Los 4 pacientes fueron dados de alta el mismo día, sin ingresos no planificados, sin visitas a Urgencias y sin reingresos. Todos precisaron sonda vesical al alta, con retirada entre los 4 y los 12 días. No se registraron incidencias inmediatas en CMA. En el seguimiento precoz se objetivaron 2 incidencias manejadas de forma ambulatoria: una sospecha de infección urinaria tratada con antibioterapia oral y un episodio de retención aguda de orina tras retirada de sonda con necesidad de sondaje. Un cuarto paciente refirió en la revisión precoz ausencia de mejoría miccional asociada a síntomas extraurinarios pendientes de valoración clínica específica. En conjunto, la experiencia inicial sugiere que la implantación del procedimiento en CMA es factible y permite una alta tasa de ambulatorización, con adecuada utilización de recursos y sin eventos graves inmediatos, si bien la consolidación del circuito exige auditoría prospectiva y ampliación de la cohorte para confirmar su impacto en calidad asistencial, seguridad y eficiencia.

*Palabras clave:* Hiperplasia prostática benigna, cirugía ambulatoria, técnica mínimamente invasiva, calidad asistencial, eficiencia organizativa.

## P-61 DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ANESTÉSICO PARA IMPLANTE DE PRÓTESIS DE PENE EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

**J. T. Orellana Barnes, Á. Contreras del Barrio, E. Lledó García, F. de la Gala García, M. Zaballos García, D. Corbalán Campillo, A. Caño Ortiz, A. Reyes Fierro**  
*Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

**Introducción:** El implante de prótesis de pene constituye el tratamiento definitivo de la disfunción eréctil refractaria,

con elevadas tasas de satisfacción y mejoría de la calidad de vida. Tradicionalmente realizado en régimen de hospitalización, la incorporación de técnicas quirúrgicas menos invasivas, protocolos ERAS y estrategias de recuperación rápida ha favorecido su progresiva implantación en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

En este contexto, el anestesiólogo desempeña un papel fundamental no solo en el manejo intraoperatorio, sino también en la selección de pacientes, optimización perioperatoria, prevención de complicaciones y facilitación del alta precoz segura. El adecuado control analgésico, la minimización del consumo de opioides y la prevención de náuseas, vómitos y retención urinaria son elementos clave para el éxito del programa ambulatorio.

**Objetivos:** Describir el diseño de un protocolo anestésico perioperatorio para implante de prótesis de pene en régimen de CMA basado en la evidencia disponible y en estrategias de recuperación rápida orientadas a optimizar seguridad, analgesia y recuperación funcional precoz.

**Métodos:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura sobre cirugía protésica peneana ambulatoria, protocolos ERAS y estrategias anestésicas en CMA. A partir de esta revisión se diseñó un protocolo multidisciplinar consensuado entre los servicios de anestesia y urología, centrado en selección de pacientes, optimización perioperatoria, analgesia multimodal y reducción de complicaciones postoperatorias.

La selección de pacientes constituye un elemento fundamental para la seguridad del procedimiento, recomendándose pacientes ASA I-III estables, con adecuada capacidad funcional, comorbilidad optimizada y buen control metabólico, especialmente en pacientes diabéticos por el riesgo de infección protésica. Asimismo, se considera imprescindible la ausencia de infección activa, adecuada comprensión de cuidados postoperatorios y disponibilidad de soporte domiciliario durante las primeras 24 horas.

Desde el punto de vista quirúrgico, la literatura describe con frecuencia el abordaje infrapúbico mínimamente invasivo mediante incisiones reducidas y menor disección tisular, lo que se asocia a menor edema, menor dolor postoperatorio y tiempos quirúrgicos más cortos, favoreciendo la recuperación ambulatoria.

El protocolo anestésico se basa en anestesia general balanceada de corta duración con monitorización estándar y estrategias de *fast-track* anestésico. Se prioriza el empleo de analgesia multimodal libre de opioides o con reducción significativa de estos mediante combinación de paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos y coadyuvantes analgésicos.

Las técnicas locorreregionales adquieren especial relevancia dentro del protocolo, destacando el bloqueo peneano,

bloqueo pudendo y bloqueo de nervios ilioinguinal e iliohipogástrico, asociados a una disminución significativa del dolor postoperatorio, menor consumo de opioides y mejor recuperación funcional. Estas estrategias permiten además reducir la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO), sedación residual y retraso en el alta. Asimismo, el protocolo incluye profilaxis multimodal de NVPO, mantenimiento de normotermia, optimización de fluidoterapia y prevención de complicaciones frecuentes como retención urinaria, hematoma escrotal, sangrado, dolor refractario o ingreso no programado.

**Resultados:** La literatura revisada identifica como factores determinantes para el éxito de la CMA en cirugía protésica peneana la adecuada selección preoperatoria, el control analgésico eficaz y la prevención de NVPO y complicaciones urinarias. El empleo de técnicas regionales y analgesia multimodal se asocia a menor consumo de opioides, menor incidencia de dolor moderado-severo en el postoperatorio inmediato y mayor satisfacción del paciente. Del mismo modo, los abordajes quirúrgicos mínimamente invasivos permiten reducir edema, sangrado y necesidad de hospitalización prolongada.

El desarrollo de protocolos anestésicos específicos orientados a recuperación rápida facilita la deambulación precoz, tolerancia oral temprana y disminución de ingresos no programados, manteniendo adecuados estándares de seguridad clínica.

**Conclusiones:** La implantación de programas de implante de prótesis de pene en régimen de CMA requiere protocolos anestésicos específicos y una estrecha coordinación multidisciplinar entre anestesia y urología.

El anestesiólogo desempeña un papel central en la optimización perioperatoria, prevención de complicaciones y facilitación del alta precoz segura. La combinación de adecuada selección de pacientes, técnicas locorreregionales, analgesia multimodal y estrategias *fast-track* constituye la base para el desarrollo seguro y eficiente de estos programas ambulatorios.

*Palabras clave:* Prótesis de pene, cirugía mayor ambulatoria, analgesia multimodal, recuperación rápida, bloqueo peneano.