

VOLUMEN
30

NÚMERO
JUNIO

Suplemento I
2025

cma
cirugía mayor ambulatoria

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (ASECMA)

asecma
ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE
CIRUGÍA MAYOR
AMBULATORIA



16.º CONGRESO NACIONAL ASECMA CELEBRADO LOS DÍAS 11-13 DE JUNIO DE 2025 EN VITORIA-GASTEIZ

RESÚMENES DE COMUNICACIONES ORALES

- Anestesia
- Cirugía
- Enfermería
- Gestión y calidad

RESÚMENES DE COMUNICACIONES PÓSTERES

- Anestesia
- Cirugía
- Enfermería
- Gestión y calidad

Dirección

Jefe de Redacción

Dieter José Morales García
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga
e-mail: dms11@me.com

Comité de Redacción

Área de Anestesiología y Terapéutica del Dolor	Área de Enfermería
Matilde Zaballos García Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid	Carmen López Fresneña Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid
Ana López Gutiérrez Hospital Clinic. Barcelona	Montserrat Santa-Olalla Bergua Hospital de Viladecans. Barcelona
Área de Especialidades Quirúrgicas	Área de Calidad y Gestión
Alfredo Jiménez Bernardó Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza	Jesús Martín Fernández Hospital General de Ciudad Real
Pilar Hernández Granados Hospital de Alcorcón. Madrid	Pilar Argente Navarro Hospital Universitario La Fe. Valencia

Comité Editorial

José María Capitán Vallvey Complejo Hospitalario Jaén	María Isabel García Vega Fundación Jiménez Díaz. Madrid
Paula Diéguez García Complejo Hospitalario Universitario A Coruña	Miguel Prats Maeso Hospital de Mataró. Barcelona
Manuel Planells Roig Hospital Quirón. Valencia	Magi Raich Brufau Hospital Vall d'Hebron. Barcelona
Fernando Docobo Hospital Virgen del Rocío. Sevilla	Carmen Cereijo Garea Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Fernando Gilsanz Rodríguez Hospital La Paz. Madrid	M.ª Cruz Isar Santamaría Complejo Hospitalario de Toledo
Ana María Laza Alonso Complejo Hospitalario de Toledo	Juan Viñoles Pérez Hospital Pesset. Valencia
Miguel Vicente Sánchez Hernández Hospital Clínico. Salamanca	



Junta Directiva de ASECMA

Presidente

Luis Antonio Hidalgo Grau

Secretario

Manuel Planells Roig

Tesorero

Miguel Vicente Sánchez Hernández

Vocal de Anestesia

Ana Rodríguez Archilla

Vocal de Cirugía

José María Capitán Vallvey

Vocal de Enfermería

María Teresa Valle Vicente

María Virtudes Navarro García

Vocal de Gestión

José Luis Porrero Carro

Vocal de Calidad

Matilde Zaballos García

Vocal de Formación

Juan Carlos Cajigas Lanza

Presidentes Simposio 2018

José Luis Porrero Carro y

Matilde Zaballos García

Presidente del Comité Científico

Fernando Docobo Durántez

IAAS

International Association for Ambulatory Surgery

ASECMA forma parte de la IAAS (International Association for Ambulatory Surgery).

Se puede consultar todas las sociedades pertenecientes a la IAAS en la web <http://www.iaas-med.com/>

**EN LA PÁGINA WEB OFICIAL DE ASECMA SE PUEDE CONSULTAR EL CONTENIDO DE LA REVISTA
NORMAS DE PUBLICACIÓN DISPONIBLES EN LA WEB OFICIAL DE ASECMA**

© Copyright 2025. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información sin la autorización por escrito del titular del copyright. La editorial declina toda responsabilidad sobre el contenido de los artículos que aparezcan en esta publicación.

Publicación trimestral más suplementos

Tarifa suscripción anual: Mir y Estudiantes: 48 €; Médicos: 65 €; Organismos y Empresas: 110 €; Países zona euro: 269 €; Resto de países: 383 € (IVA incluido)

Incluida en Directorio LATINDEX, Índice Médico Español (IME) e Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS)

Soporte válido SV 98-R-CM. ISSN 1137-0882. Depósito legal: TO-1436-1996.

© INSPIRA NETWORK. Tel. +34 607 82 53 44 / Fax. +91 547 05 70 C/ Caleruega, n.º 102, 2ª planta. 28033, Madrid. manuel.santiago@inspiranetwork.com

Edita: ASECMA

Secretaría Técnica y Coordinación Editorial: Inspira Network, Group S. L. U.

Imprime: Diseño y Control Gráfico

SUMARIO

JUNIO 2025
VOL. 30 Supl. 1

COMUNICACIONES

**15.º SIMPOSIO NACIONAL CMA,
CELEBRADO LOS DÍAS 6 - 7 DE JUNIO DE 2024, EN VIGO**

Resúmenes de comunicaciones orales

■ Anestesia / Anesthesia	1
■ Cirugía / Surgery	8
■ Enfermería / Nursery	12
■ Gestión y calidad / Management and quality	18

Resúmenes de comunicaciones pósteres

■ Anestesia / Anesthesia	25
■ Cirugía / Surgery	35
■ Enfermería / Nursery	57
■ Gestión y calidad / Management and quality	72

RESÚMENES DE COMUNICACIONES ORALES

ANESTESIA

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

A. Lozano Reina; J. Sánchez Mora; M. D. Moreno Rey; I. García Marín; M. Echevarría Moreno
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Se realizó monitorización intraoperatoria con: frecuencia cardíaca, presión arterial no invasiva, SpO_2 , EtCO_2 , BIS, bloqueo neuromuscular y $T (^{\circ}\text{C})$. Como profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO), se administraron dexametasona 8 mg y/o droperidol 0,625 mg según escala de APFEL, dejando ondansetrón 4 mg como tratamiento de rescate en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA)-CMA. Sin profilaxis antibiótica. El hipnótico de mantenimiento quedó a elección del médico responsable. La analgesia se realizó con fentanilo/remifentanilo a demanda y paracetamol 1 g i.v. Se infiltró con anestésico local (mepivacaína 2 % previo a la incisión + bupivacaína 0,5 % con vasoconstrictor (1:200.000) 5 ml/incisión al finalizar el procedimiento).

Se provocó un neumotórax mediante la insuflación CO_2 a presión 8 mmHg y flujo 8 L/min. Al concluir, se retiran los trócares bajo presión positiva mantenida a 30 cmH_2O durante 5 s, con el objetivo de disminuir la cantidad de aire interpleural.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Palabras clave: Encuesta, satisfacción, discapacidad, intelectual.

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

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

Objetivos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusiones:

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

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

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

CIRUGÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

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

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

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

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

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

Palabras clave: CMA, proctología, alta, precoz.

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

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

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

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

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

Resultados: Se intervinieron un total de 454 pacientes. La edad media fue de 68,5 años ($DS \pm 12,335$). El índice de masa corporal medio fue de $28,39 \text{ kg/m}^2$ ($DS \pm 4,746$). Tipo de patología: hernia inguinal 51,5 % ($n = 234$), hernia primaria línea media 9,6 % ($n = 44$) y eventración 38,7 % ($n = 176$). El 35,5 % de los pacientes ($n = 161$) fueron programados para intervención en régimen ambulatorio:

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

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

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

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

1. Línea media primaria:

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

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

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

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

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

Palabras clave: ASA III, ambulatorización, factores limitantes.

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

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

Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Palabras clave: Reservorio, venoso, subcutáneo.

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

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

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

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

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

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

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

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

Palabras clave: Laparoscopia diagnóstica, citología, cáncer gástrico.

ENFERMERÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I. C. Cambronero; G. Arnau Bataller; M. P. Hernández Hernando; F. Soler Pérez

Hospital de Palamós, Girona

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusiones: Los resultados y conclusiones están pendientes de evaluar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivos específicos:

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

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

Una vez reunida toda la información, el equipo de enfermería creó un formulario telefónico sencillo que incluyó los puntos clave para recopilar y proporcionar información relevante, identificar riesgos y aclarar dudas sobre el procedimiento quirúrgico al que se enfrentará el paciente. Para la obtención de resultados se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo de las incidencias detectadas en las llamadas prequirúrgicas registradas entre enero y diciembre de 2024.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

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

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

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

Se gestiona un total de cuatro agendas diferentes:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O-19 LA GLUCEMIA Y EL PACIENTE DIABÉTICO EN CMA

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

Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusiones:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GESTIÓN Y CALIDAD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El NPS global segmentando por especialidades ha sido el siguiente:

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

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

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

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

Medidas de mejora propuestas a raíz del análisis:

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

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

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

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

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

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

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

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

Por tanto, los objetivos de nuestro estudio son:

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

Métodos:

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

Resultados:

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

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

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

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

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

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

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

M. Martín Fernández; Y. Sánchez Herrera

Hospital Universitario de Álava-Santiago/Txagorritxu

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Métodos: En nuestro Hospital Universitario se admiten anualmente para las asignaturas clínicas a 180 alumnos que cursan 3.º, 4.º, 5.º y 6.º rotatorio en años sucesivos. En el plano teórico los alumnos reciben, 2 clases, una en 3.º curso en Fundamentos de Cirugía, en relación a objetivos, fundamentos y circuitos asistenciales de la cirugía sin ingreso y otra en Cirugía de 4º Patología Quirúrgica de órganos y sistemas I, con aplicación en las diversas patologías quirúrgicas tributarias de ser intervenidas sin ingreso hospitalario. En los exámenes correspondientes hay varias preguntas sobre CMA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Palabras clave: CMA; Formación, Pregrado.

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

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

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla;

²Hospital Universitario de Santiago; ³Hospital Universitario de Jaén; ⁴Hospital Universitario de Álava-Txagorritxu;

⁵Hospital Dos de Mayo. Barcelona; ⁶Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla; ⁷Hospital Universitario de Mataró, Barcelona; ⁸Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Grado de cumplimentación:

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

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

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

Palabras clave: CMA, formación, posgrado, pregrado.

RESÚMENES DE COMUNICACIONES PÓSTERES

ANESTESIA

P-01 MANEJO DE LA VÍA AÉREA EN CIRUGÍA NEOPLÁSICA DE CABEZA Y CUELLO. ¿TRAQUEOSTOMÍA PREVENTIVA?

A. Gallego Ledesma, E. Zenteno, A. Álvarez
Hospital Universitario Sagrado Corazón. Barcelona

Introducción: Varón de 82 años, ASA III, Asma, SAOS/CPAP, Neoplasia base de lengua T2bN2M0. Hemiglossectomía con vaciamiento cervical unilateral con anestesia general; amputación de yugulares derechas como incidencia. Postoperatorio inmediato en UCI bajo VMI. Extubación a la mañana siguiente, en la noche tras inicio de CPAP presenta hematoma sofocante de cuello, imposibilidad de reintubación, traqueostomía emergente, muerte.

La cirugía oncológica de cabeza y cuello (COCC) supone un gran reto quirúrgico y anestésico secundario al edema y sangrado en el intra/postoperatorio, provocando una obstrucción no esperada en la vía aérea (OVA) y una dificultad de la intubación que puede llevar al fallecimiento del paciente, situación evitable con una traqueostomía electiva.

Metodología: Revisión bibliográfica del manejo de la vía aérea en la COCC con el objetivo de determinar la necesidad de traqueostomía electiva como medida preventiva de la OVA. Un total de 34 artículos de los cuales 13 cumplieron los criterios de inclusión.

Resultados: Análisis cualitativo de las variables principales intubación prolongada y traqueostomía electiva, se concluye que esta última tiene sus indicaciones precisas ante una valoración multidisciplinaria.

Discusión: Existe en general pocas publicaciones respecto a este tema y la mayoría de estudios carecen de una óptima calidad científica. Destacan las recomendaciones

propuestas por el estudio multicéntrico hecho en Dublín acerca del manejo de la vía aérea en la COCC, describiendo tres posibles escenarios con el fin de evitar la OVA total o parcial intrapostoperatoriamente: extubación inmediata en los casos de tumores < 4 cm, localización anterior sin compromiso de mandíbula/maxilar, sin colgajo, no premonitorios conocidos de VAD, no comorbilidades del paciente asociadas y experiencia del centro y del equipo médico. Extubación tardía (< 48 h) tumores < 4 cm con mínima resección ósea, no colgajo, disección unilateral de cuello, comorbilidades asociadas, disponibilidad de UCI, intervención quirúrgica prolongada o que finalice a altas horas de la tarde/noche, equipo médico experto en caso de requerir traqueostomía urgente.

Traqueostomía electiva: Tumor > 4 cm, localización posterior de lengua u orofaringe, compromiso de hueso mandíbula, reconstrucción con colgajo, disección bilateral de cuello, cirugía previa de C/C o historia de radioterapia y premonitorios de VAD, inexperiencia del centro hospitalario y del equipo médico-quirúrgico.

Palabras clave: Traqueostomía, neoplasia de cabeza y cuello, vía aérea difícil, obstrucción en vía aérea.

P-02 ¿ES SEGURA Y VIABLE LA CIRUGÍA AMBULATORIA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS COMPLEJAS? REPORTE Y DISCUSIÓN DE UN CASO CLÍNICO

M. Hernández Holgado; E. de la Fuente Tornero; E. Novoa Lago; M. Zaballos García; D. Cervera García; A. Rodríguez Catalán; A. Reyes Fierro
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Los avances en el tratamiento de las cardiopatías congénitas complejas han mejorado significativamente

las tasas de supervivencia, y cada vez más pacientes que alcanzan la vida adulta son intervenidos de cirugías no cardíacas. Sin embargo, no existen directrices establecidas para determinar la idoneidad de estos pacientes para la cirugía ambulatoria, especialmente en los casos más graves. Por ello y, a propósito de un caso clínico de nuestro centro, analizaremos en qué condiciones puede ser factible el régimen ambulatorio en estos pacientes.

Métodos: Descripción de un caso clínico de una paciente con discapacidad intelectual con cardiopatía congénita severa que fue intervenida exitosamente de tratamiento bucodental bajo anestesia general en régimen ambulatorio. Se trata de una mujer de 33 años con discapacidad intelectual y circulación de Fontan por hipoplasia del corazón izquierdo que fue intervenida de un procedimiento bucodental bajo anestesia general en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Se realizó previamente una exhaustiva evaluación preanestésica que confirmó la estabilidad clínica de la paciente y el estudio cardiológico con ecocardiografía y cateterismo mostró una función ventricular única estable, ausencia de obstrucción del flujo de salida y presiones del Fontán óptimas, por lo que se le dio el apto para la intervención. El día de la cirugía tras realización del *check list* junto con sus tutores legales y comprobar que todo estaba correcto se procedió a la administración de profilaxis para la endocarditis, según indicaciones de la consulta preanestésica. Intraoperatoriamente, se tuvieron en consideración las particularidades fisiológicas de estos pacientes, estando presente un anestesista de la sección de cirugía cardíaca junto al anestesista de CMA. Dado que la precarga del ventrículo único depende del flujo pasivo de sangre venosa sistémica a través de los vasos pulmonares, se ajustó la FiO_2 para mantener la SatO_2 basal del 94 % y prevenir cambios en la resistencia vascular pulmonar. Por el mismo motivo, proporcionamos una ventilación protectora que garantizase bajas presiones pulmonares. Se aseguró la estabilidad hemodinámica mediante la inducción con dosis cuidadosamente ajustadas de propofol y el mantenimiento con sevoflurano, bajo monitorización hemodinámica no invasiva continua con el sistema ClearSight®. No hubo incidencias anestésicas ni quirúrgicas. La paciente tuvo un despertar y recuperación satisfactorios sin ninguna complicación asociada en la unidad de recuperación postanestésica de cirugía mayor ambulatoria, y pudo ser dada de alta aproximadamente dos horas después del procedimiento.

Conclusiones: Presentamos el manejo exitoso en nuestra unidad de una paciente con discapacidad intelectual con una cardiopatía congénita con circulación de Fontan, intervenida de un procedimiento de baja complejidad quirúrgica que habitualmente se realiza en régimen de CMA.

Hasta el momento existen muy pocos casos publicados del manejo de este tipo de paciente en el ámbito de la Cirugía Mayor Ambulatoria. La evidencia de estudios retrospectivos respalda la realización de procedimientos no cardíacos ambulatorios en pacientes adultos con enfermedades congénitas, pero no existen datos específicos en los casos más graves. En nuestro caso, el procedimiento se realizó en una unidad de cirugía mayor ambulatoria completamente integrada de un hospital terciario con un equipo disponible de anestesiología cardíaca y con unidad de críticos cardiológicos. En pacientes muy seleccionados con un estudio preanestésico riguroso donde se compruebe la estabilidad clínica, puede ser viable la realización de cirugías no cardíacas en este entorno. Por otro lado, nuestra paciente padecía discapacidad intelectual y un ingreso podría suponer un desajuste conductual y una mayor carga emocional para el paciente y sus familiares.

Palabras clave: CMA, ambulatorio, cardiopatía, Fontan.

P-03 EFICACIA ANALGÉSICA DE LA BOMBA ELASTOMÉRICA CON METAMIZOL Y DEXKETOPROFENO PARA EL CONTROL DEL DOLOR POSTAMIGDALECTOMÍA EN ADULTOS

A. M. Pérez Muñoz; J. M. Jiménez Morales; C. A. Vargas Berenjeno; J. Solanellas Soler; M. Echevarría Moreno
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: El dolor postamigdalectomía constituye un dolor severo de difícil control analgésico. A pesar de las recomendaciones actuales, los protocolos analgésicos resultan insuficientes y entre las alternativas se intenta evitar el uso de opioides dada la actual epidemia mundial de adicción. En este trabajo se propone la infusión intravenosa de metamizol y dexketoprofeno mediante bomba elastomérica durante las primeras 48 horas postoperatorias como alternativa analgésica para el dolor postamigdalectomía.

Métodos: Se diseñó un estudio cuasiexperimental en pacientes programados para amigdalectomía en régimen ambulatorio. Se reclutaron un total de 66 pacientes entre febrero de 2023 y febrero de 2024 y se asignaron a cada grupo mediante muestreo estratificado mensual. El grupo experimental recibió una infusión intravenosa elastomérica durante las primeras 48 horas postoperatorias y el grupo control el protocolo analgésico oral recomendado con ibuprofeno y paracetamol. Se realizaron tres entrevistas telefónicas durante la primera semana postoperatoria para recoger las diferentes variables.

Resultados: El grupo experimental presentó mejor control del dolor a las 24 y 48 horas postoperatorias tanto en reposo como en deglución (p valor $< 0,001$) así como a los siete días postoperatorios (p valor $0,015$). El grado de satisfacción con el tratamiento analgésico recibido fue superior en el grupo experimental a las 24 horas (p valor $0,005$), a las 48 horas (p valor $0,017$) y a los siete días postoperatorios (p valor de $0,013$). A pesar de que no hubo diferencias entre los grupos en la necesidad de rescate analgésico o consulta médica por mal control del dolor, sí que hubo menos ingresos hospitalarios por analgesia insuficiente en el grupo experimental (p valor $0,034$).

Conclusiones: La bomba elastomérica de metamizol y dexketoprofeno ha resultado eficaz en el control del dolor postamigdalectomía e incluso superior al tratamiento recomendado por las guías de práctica clínica. A pesar de los buenos resultados, deben diseñarse nuevos estudios de calidad con protocolos que optimicen el manejo del dolor postamigdalectomía.

Palabras clave: Bomba elastomérica, dolor postamigdalectomía, dolor agudo postoperatorio.

P-05 SEGURIDAD DE LA BOMBA ELASTOMÉRICA INTRAVENOSA CON METAMIZOL Y DEXKETOPROFENO PARA EL CONTROL DEL DOLOR POSTAMIGDALECTOMÍA EN ADULTOS

A. Pérez Muñoz; C. A. Vargas Berenjeno; J. M. Jiménez Morales; M. Echevarría Moreno; J. Solanellas Soler
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: El dolor postamigdalectomía constituye un dolor severo de difícil control analgésico. A pesar de las recomendaciones actuales, los protocolos analgésicos propuestos por las guías de práctica clínica resultan insuficientes. En este trabajo se propone demostrar la ausencia de efectos indeseables asociados a la infusión elastomérica intravenosa de metamizol y dexketoprofeno como alternativa analgésica postamigdalectomía.

Métodos: Se diseñó un estudio cuasiexperimental en pacientes programados para amigdalectomía en régimen ambulatorio. Se reclutaron un total de 66 pacientes entre febrero de 2023 y febrero de 2024 y se asignaron a cada grupo mediante muestreo estratificado mensual. El grupo experimental (GE) recibió una infusión intravenosa elastomérica durante las primeras 48 horas postoperatorias y el grupo

control (GC) el protocolo analgésico oral recomendado con ibuprofeno y paracetamol. Se realizaron tres entrevistas telefónicas durante la primera semana postoperatoria para recoger las diferentes variables.

Conclusiones: Con respecto a la incidencia de náuseas y vómitos, el GE presentó $11,8\%$ y el GC $9,4\%$, no existiendo diferencias estadísticamente significativas (p valor $> 0,05$). En el caso del sangrado postoperatorio primario (en las primeras 24 horas), el GE presentó un caso de hemorragia autolimitada y el GC ninguno, sin hallarse diferencias estadísticamente significativas. En el caso de las hemorragias secundarias (hasta la primera semana postoperatoria), se notificaron once eventos en toda la muestra, seis en el GE y cinco en el GC, no hallándose diferencias estadísticamente significativas (p valor $0,589$ según Chi cuadrado). De los once casos, siete precisaron ingreso hospitalario y cuatro fueron sometidos a intervención quirúrgica urgente, perteneciendo tres de estos últimos al GC.

En relación con las incidencias asociadas al uso de la bomba elastomérica la mayor parte de los pacientes realizaron la retirada de la BE en domicilio o en su centro de salud. Cuatro individuos acudieron al hospital y otros cuatro refirieron una retirada en la farmacia o pérdida accidental en la calle. Con respecto a la incomodidad que resultaba de la conexión de BE, solo dos individuos aquejaron molestias leves, sin presentar ningún caso de flebitis del punto de punción. De los 34 individuos del GE, hubo un solo caso de problemas con la infusión debido a cierre del BE, es decir, una “no apertura” de la BE al alta del paciente. Por tanto, se trata de un dispositivo de administración farmacológica eficaz, sencillo y seguro para su uso al alta de CMA.

Palabras clave: Bomba elastomérica, náuseas y vómitos postoperatorios, hemorragia postamigdalectomía, incidencias con la bomba elastoméricas, dolor agudo postoperatorio.

P-06 MANEJO PRÁCTICO DE DISPOSITIVO SUPRAGLÓTICO DE TERCERA GENERACIÓN (VISIONMASK). A PROPÓSITO DE UN CASO

G. Cordero Pearson; C. Guerrero Jiménez
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Describir el uso práctico del dispositivo de tercera generación visionmask así como las características del dispositivo.

Métodos: Se presenta el caso de una mujer de 28 años 1,65 m de estatura y 60 kg de peso que se interviene de manera programada para realización de colecistectomía mediante abordaje laparoscópico en régimen de CMA. El manejo de la vía aérea fue llevado a cabo mediante mascarilla laríngea visionmask n.º 3 dadas las características de la paciente.

Se lleva a cabo una inducción anestésica mediante fentanilo 100 mcg + 150 mg de propofol + rocuronio 40 mg, tras la cual se inserta dispositivo supraglótico previo a desinflado del mismo y se avanza lentamente guiado por visión identificando estructuras anatómicas hasta que observamos la epiglotis bloqueando la visión. En este momento inflamamos el cuff de la mascarilla laríngea observando completamente la glotis tras lo cual avanzamos el dispositivo y observamos el normoposicionamiento del mismo.

Previo al inicio de la cirugía se midió presión de sellado obtenida que fue de 40 cm H₂O. Pudiendo llevar a cabo la cirugía sin fugas y correcta ventilación. La cirugía transcurrió sin incidencias finalizando sin laringoespamo o tos a la retirada del dispositivo.

Conclusiones: Destacar la seguridad que aporta la aplicación de la visión en estos dispositivos pudiendo tener visión glótica continua durante todo el procedimiento.

Se obtienen en nuestra experiencia presiones de sellado altas > 30 cm H₂O en la mayoría de los pacientes.

Se reduce la aparición de tos o laringoespamo en comparación con el tubo endotraqueal.

Palabras clave: mascarilla laríngea.

P-07 VALORACIÓN ANESTÉSICA PREOPERATORIA DE ALTA RESOLUCIÓN EN CIRUGÍA DE CATARATAS CON ANESTESIA TÓPICA Y CUIDADOS ANESTÉSICOS MONITORIZADOS

A. Abad Gurumeta; M. J. Crespo Balladares; M. P. Arranz García; S. Gadin López; B. Vázquez Rivero; N. Aracil Escoda

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Objetivos: Se planteó desde el Servicio de Anestesiología y Reanimación en colaboración con el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Infanta Leonor, la creación de un nuevo protocolo normalizado de trabajo, que agilizase la evaluación preanestésica, evitara la asistencia a consultas que no aportaran valor al paciente, disminuyendo el riesgo a contagios por enfermedades contagiosas en personas, en

su mayoría mayores. Se propuso una valoración de alta resolución de los cuidados anestésicos monitorizados por el anestesiólogo el día de la intervención de cataratas con anestesia tópica, como medida para agilizar el proceso quirúrgico, disponer de mayor eficiencia en los recursos humanos de Anestesiología, poniendo al paciente en el centro de la actividad asistencial, facilitando su atención médica disminuyendo citas de consultas, adaptando los protocolos dentro de los planes de humanización de la asistencia de la Consejería de Sanidad y del plan de Hospital Amable con la Persona Mayor de nuestro hospital. **Objetivo principal:** Reducir la consulta programada de preanestesia previa a la intervención de cataratas con anestesia tópica realizando evaluación preanestésica de alta resolución y valorar su repercusión en las consultas globales de preanestesia realizadas. **Objetivos secundarios:** evaluar las suspensiones quirúrgicas y sus causas, y comparar los periodos previo y posterior a su implantación.

Métodos: estudio observacional de cohortes retrospectivas para valorar la implementación del protocolo. Por ser el año 2020 un año atípico por la pandemia Covid-19, se decidió realizar el estudio del año 2019 como previo al protocolo y, comparar con el 2021 con el protocolo ya instaurado. Se compararon dos grupos: Grupo 1, pacientes intervenidos de cataratas con anestesia tópica en el año 2019, previo a la creación del protocolo y Grupo 2, pacientes intervenidos en el año 2021, con el nuevo protocolo de valoración preanestésica de alta resolución en el mismo día de la intervención. Se evaluaron las consultas específicas de preanestesia e intervenciones realizadas de facoemulsificación de cataratas con anestesia tópica, global de pacientes atendidos en todas las consultas de preanestesia, total de jornadas anuales realizadas de preanestesia, tiempo de espera medio y máximo para la consulta a 31 de diciembre en cada año estudiado, diferencia global de pacientes atendidos en consulta y jornadas equivalentes en ambos periodos, suspensiones del total de intervenciones quirúrgicas de cataratas y tipo de causa de suspensión.

Los datos anónimos fueron extraídos por el servicio de Sistemas de Información del hospital. Para la comparación de datos estadísticos cualitativos se realizó test de Chi² y corrección de Yates cuando fuera necesario. Se consideró significativo una $p < 0,05$.

Resultados: En el grupo 1 se realizaron 2322 cirugías, programados en consulta de preanestesia 1694 (72,95 %) frente a 628 (27,05 %) pacientes que no precisaron una consulta programada por ser intervenidos del segundo ojo según el protocolo anterior. En el grupo 2 de 1884 intervenciones, fueron vistos en consulta 336 (17,83 %) frente a 1548 (82,27 %) pacientes valorados el día de la intervención, ($p < 0,0001$).

Se realizaron un total de 14.096 de valoraciones de preanestesia (año 2019) con respecto a 12.397 (año 2021), correspondientes a 612 jornadas de consulta (año 2019) respecto a 539 jornadas (año 2021), con una programación estructurada de 23 pacientes por agenda, con un tiempo de espera medio de consulta de preanestesia de 6,71 días en 2019 frente a 4,26 días en 2021, y un tiempo de espera máximo de 39 días en 2019 y 35 días en 2021. La diferencia de las 73 jornadas de consultas menos en 2021 frente a 2019 correspondieron a un total de 1.679 pacientes (similar al número de pacientes de consulta de alta resolución de 2021), sin repercusión en la demora de atención en la consulta de anestesia. Esta cifra equivale a un tercio de las jornadas anuales de un facultativo de anestesiología (219 días laborales al año).

El total de suspensiones quirúrgicas fue de 36 (1,5 %) pacientes Grupo 1, comparado a los 66 (3,5 %) pacientes en Grupo 2 ($p < 0,0001$).

Hubo diferencias significativas en las suspensiones por enfermedad intercurrente por las sucesivas olas epidémicas de la Covid-19, 7 de 36 (19,44 %) pacientes en Grupo 1 frente a 26 de 66 (39,39 %) pacientes en Grupo 2, ($p < 0,0396$).

Conclusiones: No hubo diferencias significativas en las suspensiones por inadecuada preparación al paciente, por ausencia del mismo el día de la intervención o por falta de tiempo quirúrgico. Las causas más frecuentes de inadecuada preparación del paciente fueron el no cumplimiento de ayunas y el asistir sin acompañante a la CMA el día de la intervención. La reducción de la consulta programada en cataratas con anestesia tópica fue superior al 82 %. Con el protocolo de consulta de alta resolución se necesitaron 73 jornadas de consulta programada menos en 2021 frente a 2019, correspondiendo a un número similar de pacientes atendidos en la consulta de alta resolución del nuevo protocolo, disminuyendo el tiempo de espera medio y máximo de la consulta de anestesia.

Palabras clave: Cataratas, anestesia tópica, preanestesia.

P-09 ESTRATEGIA MULTIMODAL SIN OPIOIDES EN ARTROSCOPIA DE RODILLA AMBULATORIA: OPTIMIZACIÓN DEL ALTA PRECOZ Y RECUPERACIÓN FUNCIONAL

A. Lozano Reina

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Introducción: El control eficaz del dolor tras la cirugía mayor ambulatoria (CMA) es uno de los pilares fundamentales

de nuestro medio. Las estrategias para el control analgésico y el manejo anestésico sin utilizar opioides han cobrado protagonismo por sus beneficios en la recuperación rápida y la reducción de efectos adversos.

A través de este caso presentamos a un paciente sometido a artroscopia de rodilla en régimen de CMA, manejado mediante técnica Opioid-Free junto a anestesia locorregional.

Caso clínico: Hombre de 45 años, deportista, sin antecedentes médicos de relevancia (ASA I), programado para artroscopia de rodilla derecha por menisectomía parcial por lesión meniscal interna. Sin alergias ni reacciones medicamentosas conocidas. IMC de 23.

Durante la evaluación preoperatoria se estableció como objetivo principal la recuperación rápida y la mínima necesidad analgésica postoperatoria (así como evitar complicaciones como las náuseas, ya que el paciente refiere náuseas y vómitos en intervenciones previas).

Plan anestésico: se opta por una estrategia tipo "OFA" (Libre de opioides) con anestesia regional y analgesia multimodal complementaria:

- Bloqueo del nervio femoral tipo fascia iliaca guiado por ecografía; ropivacaína 0,375 % 40 ml realizado en el preoperatorio inmediato con paciente despierto y colaboración total.
- Sedación del paciente con bolo inicial de midazolam 3mg + lidocaína i.v. 1,5mg/kg y mantenimiento con TCI de propofol y aporte de oxigenoterapia mediante gafas nasales sin superar los 3 Litros de aporte.
- De forma complementaria: paracetamol 1 g i.v., dexketoprofeno 50 mg i.v., dexametasona 4 mg i.v. + ondansetron 4 mg i.v.

Durante el procedimiento, que duró 40 minutos, se mantuvo estabilidad hemodinámica y no se utilizaron opioides en ningún momento.

Evolución postoperatoria: el paciente durante su estancia en URPA mantuvo estado de alerta, EVA 0/10, movilidad conservada del miembro contralateral y sin náuseas. Se mantuvo 2 horas en URPA, 2 horas en planta de hospitalización y tras ese tiempo comenzó a deambular con ayuda otras 2 horas. A las 6 horas del fin de la intervención el paciente fue dado de alta con analgesia oral (paracetamol + Ibuprofeno) y recomendaciones de fisioterapia. Se realizó un seguimiento telefónico a las 24 y 72 horas, donde refirió dolor leve (EVA < 3), sin náuseas ni necesidad de medicación adicional.

Discusión: La artroscopia de rodilla es una intervención muy común en medio CMA, el uso de técnicas de anestesia regional ha demostrado disminuir significativamente el dolor postoperatorio, así como el uso de opioides. En este caso el enfoque OFA favoreció una recuperación temprana

y evitó la aparición de efectos secundarios como las náuseas. La analgesia adicional utilizada permitió efectividad sin comprometer la estabilidad hemodinámica ni la recuperación precoz.

Conclusión: El uso de anestesia regional combinada con OFA en la artroscopia de rodilla en régimen de CMA es eficaz, segura y favorece la recuperación rápida. Este enfoque reduce la carga de efectos adversos y mejora la experiencia del paciente, haciendo de la anestesia multimodal una herramienta clave para la CMA moderna.

Palabras clave: Artroscopia, multimodal, CMA, analgesia, dolor.

P-10 OPTIMIZACIÓN PERIOPERATORIA EN PACIENTE CON APNEA DEL SUEÑO SEVERA EN RÉGIMEN AMBULATORIO: ¿ES POSIBLE?

J. Sánchez Mora; A. J. Lozano Reina; I. García Marín; A. M. Bermúdez Zafra; M. Echevarría
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: El objetivo de este caso es explorar la viabilidad y seguridad de realizar una cirugía mayor ambulatoria en un paciente con AOS severa mediante un plan anestésico optimizado, sin comprometer su seguridad perioperatoria.

Métodos: Paciente masculino de 56 años, con diagnóstico de AOS severa confirmada por polisomnografía, con un índice de apneas (IAH) por hora de 42 y tratamiento domiciliario con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP). Presenta hipertensión arterial controlada con amlodipino y un índice de masa corporal (IMC) de obesidad 37 kg/m². Clasificado como ASA III, fue programado para herniorrafia inguinal laparoscópica bilateral en régimen ambulatorio, planteando un reto en cuanto al manejo anestésico y la seguridad perioperatoria.

La evaluación preoperatoria de los pacientes con AOS severa es fundamental para identificar riesgos y garantizar una correcta optimización antes de la intervención. En este caso, el procedimiento se coordinó con neumología para asegurar que la AOS estuviera bien controlada y se estableció un plan conjunto con el equipo de cirugía para minimizar los riesgos perioperatorios.

Dada la naturaleza de la AOS y el riesgo de depresión respiratoria asociado con los opioides, se optó por una técnica anestésica con uso mínimo de opioides, asegurando una adecuada analgesia postoperatoria mediante técnicas locales.

Se utilizó propofol intravenoso para la inducción de la anestesia general, con una dosis inicial adaptada al peso y condiciones del paciente. Además, se administró fentanilo en una dosis baja (1 mcg/kg). Durante la cirugía, se utilizó sevoflurano y una perfusión continua de lidocaína y ketamina, lo que permitió un buen control de la anestesia sin el uso de opioides adicionales. Se administraron dexametasona y ondansetrón para prevenir las náuseas y vómitos postoperatorios. Para controlar el dolor postoperatorio, se realizó un bloqueo iliohipogástrico/ilioinguinal bilateral, administrándose 20 ml de bupivacaína 0,25 % en cada lado, lo que ayudó a reducir la necesidad de analgésicos sistémicos y minimizar los efectos respiratorios adversos.

Se implementó monitorización continua con capnografía para asegurar la ventilación adecuada, así como BIS (Bispectral Index) para el control de la profundidad anestésica, garantizando un adecuado equilibrio entre la sedación y la seguridad del paciente.

El despertar del paciente fue tranquilo, sin dolor (EVA <3) y sin náuseas. Durante la fase postoperatoria inmediata, no fue necesario administrar opioides, lo que evitó los riesgos asociados con la depresión respiratoria.

El paciente fue monitorizado en una unidad de recuperación postanestésica (URPA), donde se utilizó su CPAP habitual para asegurar una ventilación adecuada y evitar desaturaciones nocturnas.

El alta se dio 7 horas después de la intervención, sin que se presentaran eventos adversos, lo que permitió que el paciente regresara a su domicilio de forma segura y dentro de las recomendaciones para CMA.

Conclusiones: La apnea obstructiva del sueño severa ha sido tradicionalmente considerada un factor de riesgo significativo para la realización de CMA, debido al potencial riesgo de complicaciones respiratorias postoperatorias. Sin embargo, la AOS severa no debe considerarse una contraindicación absoluta para la CMA si se siguen ciertas pautas de manejo, como la optimización preoperatoria, el uso de técnicas anestésicas sin opioides y la monitorización adecuada postoperatoria.

Este caso demuestra que, con un enfoque individualizado, pacientes ASA III con comorbilidades complejas, como la AOS severa, pueden beneficiarse de la CMA sin comprometer la seguridad del paciente. La clave del éxito radica en una preparación exhaustiva y un plan anestésico adaptado a las necesidades específicas del paciente.

La AOS severa no constituye una contraindicación absoluta para la cirugía mayor ambulatoria si se siguen las siguientes estrategias clave:

- Optimización preoperatoria adecuada en colaboración con neumología.
- Utilización de técnicas anestésicas con dosis mínimas de opioides para evitar la depresión respiratoria.

- Uso de CPAP en recuperación para asegurar la ventilación adecuada.
- Criterios estrictos de alta para garantizar la seguridad del paciente.

Este caso confirma que, con un enfoque personalizado y una planificación meticulosa, pacientes con AOS severa pueden someterse a cirugía mayor ambulatoria con éxito, minimizando los riesgos y mejorando los resultados postoperatorios.

Palabras clave: AOS, CMA.

P-11 ANALGESIA POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA AMBULATORIA DE HALLUX VALGUS: ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

J. Sánchez Mora; A. J. Lozano Reina; M. D. Moreno Rey; I. García Marín; M. Echevarría
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: *Primario:* analizar el grado de control del dolor tras cirugía ambulatoria de hallux valgus según las distintas pautas analgésicas empleadas en nuestro centro.

Secundario: evaluar el grado de satisfacción de los pacientes respecto al manejo del dolor tras la intervención.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, incluyendo 155 pacientes intervenidos quirúrgicamente por hallux valgus en los años 2023 y 2024.

Se recogieron variables demográficas (edad, sexo, clasificación ASA), así como datos relacionados con la pauta analgésica empleada, necesidad de rescate analgésico y aparición de efectos adversos (náuseas y vómitos postoperatorios [NVPO], prurito, retención urinaria, íleo, depresión respiratoria). Además, se analizó la satisfacción del paciente preguntando si repetirían el procedimiento.

Las pautas analgésicas se clasificaron en: 2NE (bomba de perfusión continua de metamizol + dexketoprofeno + ondansetrón), 2NA (bomba de perfusión continua de metamizol + tramadol + ondansetrón) y 2EA (bomba de perfusión continua de dexketoprofeno + tramadol + ondansetrón).

Se valoró el dolor postoperatorio según la escala visual analógica durante las primeras 24 horas, recogiendo el pico de dolor máximo y el menor dolor experimentado.

Resultados: La muestra incluyó 155 pacientes, con una media de edad de 58 años (80,6 % mujeres vs. 19,4 % hombres). La mayoría de los pacientes presentaban una clasificación ASA II (74,8 %) vs. ASA III (12,9 %) vs. ASA I (12,3 %).

En cuanto al tratamiento analgésico, el 93,5 % recibió la pauta 2NE, el 5,2 % la 2NA y el 1,3 % la 2EA. El 29 % de los pacientes requirió analgesia de rescate postoperatoria con morfina. De estos últimos, el 31,11 % refirió NVPO, y el 28,89 % presentó prurito. No se registraron casos de depresión respiratoria, retención urinaria ni íleo.

La media del pico de dolor máximo en las primeras 24 horas fue de 4,6/10, y la media del mejor control analgésico fue de 2/10.

El 94,2 % de los pacientes afirmó que repetiría el procedimiento en las mismas condiciones.

Conclusiones: La analgesia postoperatoria en la cirugía de hallux valgus en nuestro centro ha mostrado ser eficaz y segura, con una baja incidencia de efectos adversos y una alta satisfacción por parte de los pacientes.

La pauta más utilizada fue la 2NE, que mostró buena eficacia y escasa aparición de efectos adversos. No obstante, casi un tercio precisó analgesia de rescate.

La presencia de NVPO y prurito fue limitada y no se observaron complicaciones como depresión respiratoria, retención urinaria ni íleo.

Estos datos respaldan el uso rutinario de pautas multimodales no opioides como tratamiento inicial en este tipo de cirugía, garantizando un adecuado control del dolor postoperatorio y minimizando los efectos secundarios.

Palabras clave: Hallux valgus, CMA.

P-12 CONTROL DEL DOLOR TRAS AMIGDALECTOMÍA AMBULATORIA: EXPERIENCIA CLÍNICA EN NUESTRO HOSPITAL

J. Sánchez Mora; A. J. Lozano Reina; M. D. Moreno Rey; I. García Marín; M. Echevarría
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: *Primario:* examinar el nivel de control del dolor tras la realización de amigdalectomía en régimen de CMA en función de las pautas analgésicas utilizadas en nuestro centro.

Secundario: valorar la satisfacción de los pacientes respecto a la eficacia del tratamiento analgésico recibido durante el postoperatorio.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, incluyendo pacientes intervenidos de amigdalectomía en régimen de cirugía mayor ambulatoria en los años 2023 y 2024 en nuestro centro.

Se recogieron variables demográficas (edad, sexo, clasificación ASA), así como los protocolos analgésicos utilizados: 2NE (bomba de perfusión continua de metamizol + dexketoprofeno + ondansetrón), 2NA (bomba de perfusión continua de metamizol + tramadol + ondansetrón) y 2EA (bomba de perfusión continua de dexketoprofeno + tramadol + ondansetrón).

Se analizó la necesidad de analgesia de rescate analgésico con morfina, presencia de efectos adversos (náuseas y vómitos postoperatorios [NVPO], prurito, retención urinaria, íleo, depresión respiratoria) y la satisfacción del paciente.

Se evaluaron los picos de dolor mínimo y máximo durante las primeras 24 horas tras la cirugía).

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes intervenidos de amigdalectomía en régimen de cirugía mayor ambulatoria. La media de edad fue de 26,18 años, con predominio del sexo femenino (65 %) vs. masculino (35 %) y de pacientes ASA II (62 %) vs. ASA I (35 %) vs. ASA III (3 %).

En cuanto al tratamiento analgésico, la pauta más utilizada fue 2NE (96,67 %), utilizándose en caso de alergias o intolerancias la 2NA (1,67 %) y 2EA (1,67 %).

El 20 % de los pacientes requirió analgesia de rescate con morfina. En relación con los efectos adversos, en total 21 pacientes (40 %) presentaron NVPO. Por otro lado, 6 pacientes (10 %) refirieron prurito. No se registraron casos de retención urinaria, íleo ni depresión respiratoria.

La media del pico de dolor máximo en las primeras 24 horas fue de 4,3/10 y la del pico mínimo fue de 2,25/10.

El 77 % de los pacientes indicó que repetiría la cirugía en las mismas condiciones.

La analgesia postoperatoria en la amigdalectomía realizada en régimen de CMA ha demostrado ser eficaz y segura en nuestra muestra.

La pauta más utilizada fue la 2NE. La tasa de necesidad de rescate analgésico con morfina fue del 20 %.

En general, la incidencia de efectos adversos fue baja, aunque el 40 % de los pacientes experimentaron NVPO. No se registraron complicaciones mayores como depresión respiratoria, retención urinaria ni íleo.

El control analgésico de nuestra muestra refleja un EVA menor de 5 durante las primeras 24 h.

8 de cada 10 pacientes manifestó una buena experiencia postoperatoria y repetiría la intervención en las mismas condiciones.

Conclusiones: Estos resultados avalan el uso de pautas multimodales como base del tratamiento analgésico tras amigdalectomía ambulatoria, favoreciendo una recuperación segura y satisfactoria.

Palabras clave: CMA, amigdalectomía.

P-14 SUFENTANILO, EXPERIENCIA DE USO EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

A. Enparantza; A. Arteche; L. Aramburu; M. D. del Campo; G. Etxeberria; T. Fernández de Casadevante; S. Eizaguirre

Hospital Universitario de Donostia

Objetivos: El manejo del dolor en cirugía ambulatoria es un desafío clave para garantizar una recuperación rápida y segura de los pacientes. En este contexto, los opioides son fármacos comúnmente utilizados para el control del dolor perioperatorio. Dos de los opioides más empleados a nivel europeo son el fentanilo y el sufentanilo, agonistas selectivos de los receptores μ . Ambos se caracterizan por su alta potencia y rápida acción, lo que los hace apropiados para procedimientos quirúrgicos de corta duración, como la septoplastia.

El fentanilo es un opioide sintético con una alta liposolubilidad y un gran volumen de distribución. Su gran captación tisular y metabolismo hepático puede provocar acumulación en infusiones prolongadas. Entre su perfil de efectos secundarios, destaca particularmente la depresión respiratoria residual.

Por otro lado, el sufentanilo posee una mayor liposolubilidad que le confiere un inicio de acción más rápido y una potencia entre 5 y 10 veces superior al fentanilo cuando se administra por vía intravenosa. Su mayor afinidad por la unión a proteínas plasmáticas determina un menor volumen de distribución y menor afinidad tisular. Su metabolismo y aclaramiento no difiere del fentanilo. Sin embargo, una de sus características más destacadas es la vida media sensible al contexto (tiempo en el que la concentración de un fármaco desciende a la mitad tras la interrupción de la infusión continua y que es dependiente de la duración de la perfusión), siendo más corta que la del fentanilo, que nunca alcanza una fase de meseta y continúa aumentando exponencialmente en el tiempo.

A pesar de su mayor potencia, el sufentanilo se ha asociado con una menor incidencia de efectos secundarios, como la depresión respiratoria, cuya recuperación es más temprana en comparación con el fentanilo, sin comprometer la duración de la analgesia. Además, estudios han sugerido que el sufentanilo ofrece una mayor estabilidad hemodinámica, mejor control del dolor postoperatorio y menor necesidad de otros analgésicos.

No obstante, no hay suficiente evidencia que respalde la recomendación de uno sobre el otro, con pocos estudios, especialmente en CMA. Además, no se conoce la dosis equivalente de sufentanilo a la de fentanilo en procedimientos cortos. El objetivo principal de este trabajo es determinar la dosis equivalencia del sufentanilo y el fentanilo en procedimientos quirúrgicos cortos de CMA, como es la septoplastia.

Como objetivo secundario, se compararán tanto los posibles efectos adversos asociados al consumo de opioides como son la depresión respiratoria, náuseas o vómitos y retención urinaria, como el tiempo hasta el alta del paciente a su domicilio.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo donde se observan 92 pacientes sometidos a septoplastia o septoturbino-plastia en CMA de Hospital Universitario de Donostia durante 2024.

Todos los procedimientos se realizaron bajo anestesia general balanceada, con inducción mediante propofol y mantenimiento con desflurano (0,8-1 CAM), en combinación con perfusión continua de remifentanilo. La analgesia multimodal se completó, en ausencia de contraindicaciones, con la administración de paracetamol y un antiinflamatorio no esteroideo (AINE). Los pacientes se dividieron en dos grupos en función del opioide administrado en la inducción anestésico a criterio del anestesta de quirófano y como fármaco de rescate en el postoperatorio inmediato. El grupo A (n = 24) recibió fentanilo. El grupo B (n = 68): recibió sufentanilo.

Se registraron como variables de interés la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO), depresión respiratoria, retención urinaria en el postoperatorio inmediato, el tiempo hasta el alta y la presencia de dolor a las 24 horas del alta.

Resultados: Se analizaron un total de 92 pacientes, de los cuales 24 formaron parte del grupo A (fentanilo) y 68 del grupo B (sufentanilo). La media de edad fue ligeramente superior en el grupo A (44,4 años) frente al grupo B (36,8 años). En cuanto a la distribución por sexo, el grupo A presentó un 75 % de varones y 25 % de mujeres, mientras que en el grupo B la proporción fue del 63 % y 36 %, respectivamente.

Respecto a la dosis total de opioide administrado, el grupo A recibió una dosis media de fentanilo de 181,25 mcg (mediana: 150 mcg), lo que equivale a 2,36 mcg/kg. En el grupo B, la dosis media de sufentanilo fue de 8,48 mcg (mediana: 10 mcg), con una media ajustada por peso de 0,118 mcg/kg.

En cuanto a las variables postoperatorias, se observó necesidad de rescate analgésico en 3 pacientes del grupo A (12,5 %) frente a 15 pacientes del grupo B (22 %). La incidencia de NVPO fue nula en el grupo A y del 1,4 % (1 caso) en el grupo B. Se observaron dos casos de retención urinaria (2,9 %) en el grupo B, sin casos registrados en el grupo A. No se detectaron casos de depresión respiratoria en ninguno de los grupos.

El tiempo medio hasta el alta fue similar en ambos grupos: 5,3 horas en el grupo A y 5,4 horas en el grupo B. Sólo uno

de los pacientes del grupo B tuvo que ser ingresado por sangrado nasal. Por último, el dolor a las 24 horas del alta se reportó en 3 pacientes del grupo A (12,5 %) y en 6 del grupo B (8,8 %).

En cirugía ambulatoria como la septoplastia se ha utilizado dosis de sufentanilo 20 veces menores que el fentanilo, cuando la equivalencia descrita en la literatura habla de potencia 5-10 veces mayor del sufentanilo. Este hecho podría explicar que un mayor porcentaje de pacientes anestesiados con sufentanilo haya necesitado rescate en URPA. La analgesia en ambos grupos ha sido eficaz, especialmente a las 24 h.

Conclusiones: No se observaron diferencias relevantes en cuanto al tiempo hasta el alta ni en la incidencia de efectos adversos graves como la depresión respiratoria.

La incidencia de NVPO y retención urinaria fue baja en ambos grupos, siendo mínimamente superior en el grupo sufentanilo.

Estos resultados respaldan el uso del sufentanilo como alternativa segura y eficaz al fentanilo en procedimientos de cirugía mayor ambulatoria, con la ventaja de requerir dosis más bajas y posiblemente favorecer una recuperación más fluida.

Palabras clave: Sufentanilo, CMA, septoplastia.

P-17 REPORTE Y DISCUSIÓN DE UN CASO CLÍNICO: EDEMA EX VACUO SECUNDARIO A OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA SUPERIOR EN PACIENTE CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. MANEJO DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

P. Serrano Hernando; D. Cervera García; A. González Sánchez; E. Arroyo Iglesias; N. Dueñas López; M. Zaballos García; E. Barrio Saiz; A. Reyes Fierro
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: La anestesia general en régimen de cirugía mayor ambulatoria es una práctica segura y beneficiosa en pacientes con discapacidad intelectual, aunque no está exenta de complicaciones. Existen mayores tasas de vía aérea difícil en este grupo, en comparación con la población general, en relación con una mayor dificultad para la utilización de escalas predictoras de vía aérea, además de factores anatómicos y fisiopatológicos asociados. Asimismo, existe una mayor incidencia de complicaciones respiratorias asociadas a la manipulación intensa de la vía aérea.

En este caso clínico se pretende poner de manifiesto el manejo de las complicaciones intraoperatorias asociadas a la irritación de la vía aérea en estos pacientes, y cómo esto puede afectar a su manejo posoperatorio, en régimen de cirugía ambulatoria, aumentando su estancia hospitalaria.

Métodos: Descripción de un caso clínico de un paciente con discapacidad intelectual secundaria a Síndrome de Noonan, y trastorno del espectro autista, sometido a cirugía bucodental bajo anestesia general en régimen ambulatorio en la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, con aparición de edema pulmonar no cardiogénico (ex vacuo secundario a obstrucción de vía aérea superior), como complicación.

Conclusiones: Se trata de un varón de 24 años con los antecedentes previamente descritos, que es sometido a exodoncia de cordales y tratamiento bucodental bajo anestesia general. El día de la cirugía, se realiza checklist de seguridad y se comprueba la ausencia de cambios respecto a la consulta preanestésica, explicando técnica y riesgos personalizados a tutores legales, comprobando ayunas y predictores de vía aérea (Mallampati III, movilidad cervical normal, apertura bucal limitada, todo condicionado por la escasa colaboración). En quirófano, se procede a inducción anestésica y, tras administración de propofol se inicia ventilación a través de mascarilla facial (HAN 1). Una vez administrado rocuronio, se intenta progresar TET flexometálico #6, no siendo posible a través de ninguna de las narinas, se cambia a #5,5, lográndose progresión; con LD pala MAC #4, se objetiva epiglotis, sin conseguir visualizar cuerdas vocales (C-L III/IV), por lo que se emplea videolaringoscopia Airtraq, con el que se consigue visión I/IV, lográndose intubación nasotraqueal en primer intento.

El procedimiento discurre sin incidencias y, antes de la extubación, se revierte bloqueo neuromuscular (Sugammadex 100 mg), se aspiran secreciones y se objetiva ventilación espontánea a través de tubo endotraqueal, movilizándolo VT de 300 ml, FR 12-16 rpm, BIS 80-85, satO_2 100 %; por lo que se procede a extubación, aplicándose presión positiva en vía aérea. Tras la extubación, el paciente presenta desaturación hasta 80 % a pesar de objetivarse capnografía, vaho en mascarilla y elevación de ambos hemitórax; se auscultan roncos bilaterales, sin claro estridor, por lo que se procede a soporte ventilatorio a dos manos y cánula de Guedel, junto con administración de 40 mg de propofol ante posibilidad de laringoespasma, lográndose recuperar SatO_2 hasta 100 %. Conforme el paciente va recuperando la ventilación espontánea, se pasa a Ventimask (10 l, FiO_2 0,4), no lográndose curva adecuada de pulsioximetría ante inquietud, si bien

se pueden observar valores de 90-92 % con adecuada onda de pulso en varias ocasiones; persisten numerosas secreciones que precisan aspiración hasta en diez ocasiones. Ante ausencia de clara mejoría, se decide escalar a oxigenoterapia con bolsa reservorio (25 l/min) logrando aumentar SatO_2 hasta 100 %, por lo que se decide traslado a URPA 24 h para vigilancia y realización de radiografía de tórax con la que descartar posible edema ex vacuo. Tal traslado se realiza con el paciente estable hemodinámicamente, SatO_2 100 %, bajo efectos residuales de la anestesia.

Durante su estancia en URPA, inicialmente muy agitado, aunque luego más tranquilo, acompañado de familiares. A nivel respiratorio, se desescala a Ventimask, con el que el paciente mantiene $\text{SatO}_2 > 94$ %. Se realiza radiografía de tórax, objetivándose edema pulmonar derecho en relación a posible edema ex vacuo durante el episodio de laringoespasma (el edema ex vacuo es un tipo de edema pulmonar no cardiogénico que se produce por la generación de presiones negativas intratorácicas al inspirar contra una vía aérea superior obstruida, lo que provoca la trasudación de líquido desde los vasos sanguíneos pulmonares a los alvéolos).

Se inicia manejo con tratamiento diurético y corticoideo, junto con estrategia de restricción hídrica, consiguiendo desescalar a cánulas nasales (2 l/min), con SatO_2 en torno a 96 %. Finalmente, se decide proceder a ingreso, y se mantiene en URPA durante la noche para vigilancia clínica y nuevo control radiológico (persistencia de edema pulmonar, aunque impresiona de mejoría progresiva), por ello, ante la ausencia de clínica y de nuevas alteraciones analíticas o radiológicas, se decide traslado a planta de hospitalización y posterior alta a domicilio con tratamiento deplectivo.

La cirugía mayor ambulatoria es una práctica adecuada para pacientes con discapacidad intelectual, ya que permite acortar la estancia hospitalaria de estos pacientes. Además, la anestesia general es una práctica segura y asociada a buenos resultados para tratamientos bucodentales en estos pacientes, aunque puede presentar complicaciones. A pesar de estas particularidades, este tipo de procedimientos se realizan a diario en nuestra unidad, cobrando especial importancia el diagnóstico temprano de las complicaciones, de cara a plantear un ingreso hospitalario si fuese necesario. A su vez, los pacientes con discapacidad presentan mayores tasas de vía aérea difícil, manipulaciones más prolongadas de la vía aérea y peor correlación entre las escalas predictoras y el grado de Cormack objetivado en la laringoscopia directa, en parte en relación a la escasa colaboración por parte del paciente de cara a la exploración. Se ha descrito una mayor tasa de complicaciones respiratorias en estos pacientes, entre ellas de laringoespasma, que puede

condicionar un cambio en el manejo posoperatorio de la cirugía ambulatoria. El laringoespasmo es la causa más frecuente de edema *ex vacuo*.

Palabras clave: Discapacidad, intelectual, complicaciones, laringoespasmo.

CIRUGÍA

P-21 HERNIOPLASTIA INGUINAL PREPERITONEAL: CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA VS. ABIERTA ¿MISMOS RESULTADOS?

C. Gas Ruiz; A. González Barranquero; Y. Maestre González; A. García-Zamalloa; R. Villalobos Mori; A Escartín Arias

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

Introducción: Puesto que la hernia inguinal es la patología más común de la pared abdominal, la hernioplastia inguinal es la operación más frecuente. A pesar que las técnicas abiertas siguen siendo de primera elección en muchos hospitales, las técnicas mínimamente invasivas son de elección según las guías dado que se ha evidenciado una recuperación más temprana y una menor tasa de dolor crónico. Pero dichos estudios comparan las técnicas mínimamente invasivas con técnicas abiertas anteriores, sin encontrarse en la literatura estudios que se centren sólo en el abordaje preperitoneal.

Objetivos: Revisar los resultados que hemos obtenido con las hernioplastias inguinales preperitoneales comparando la técnica abierta con la mínimamente invasiva, ya sea laparoscópica o robótica.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo unicéntrico de los casos de hernioplastia inguinal intervenidos entre el 1 de mayo y el 31 de diciembre del 2023. Mediante el programa SPSS, hemos analizado tanto variables demográficas (edad, sexo, IMC, ASA...), de diagnóstico (clasificación EHS, lateralidad, recidivada...), de la cirugía (técnica, duración, complicaciones...) como del seguimiento tanto inmediato como a largo plazo describiendo las complicaciones como hematoma, dolor, recidiva... Inicialmente hemos realizado un estudio descriptivo de las variables. Posteriormente, hemos comparado los resultados de la técnica Nyhus con la mínimamente invasiva unificando las 2 técnicas laparoscópicas (TEP y TAPP) y Robot para aumentar el número de casos. En el análisis comparativo hemos utilizado Chi cuadrado/F de Fisher según normalidad para las variables cualitativas y

U Mann Whitney para las cuantitativas previo test de normalidad Shapiro-Wilk.

Resultados: En los 8 meses que dura el estudio, se han intervenido 213 hernias inguinales de las cuales 198 han sido mediante técnica preperitoneal. De estas, 157 han sido Nyhus (73,7 %), 36 laparoscópicas (4 TAPP, 32 TEP) y 5 TAPP por Robot. El 85 % de los casos en régimen de CMA. En el estudio descriptivo se ha evidenciado que más del 90 % han sido hombres con una edad media de 64 años, IMC medio de 25 y el 77,8 % ASA I-II. El diagnóstico más prevalente ha sido el de hernia inguinal unilateral primaria e indirecta. Ha habido un 27,2 % de complicaciones en el primer mes, todas ellas leves (Clavien I-II) consistentes en 21 hematomas (9,9 %), 6 infección superficial (2,8 %) y 21 seromas (9,9 %). Como complicaciones a largo plazo se ha evidenciado 4 casos de recidiva (1,9 %) y 20 casos de dolor (4 han precisado técnica anestésica y ninguno se ha intervenido). En el análisis comparativo de técnica preperitoneal abierta *versus* mínimamente invasiva sólo se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en el ASA de los pacientes (siendo ASA superior en Nyhus), en hernias bilaterales (intervenidas más por técnica mínimamente invasiva) y en la fijación de la malla (en Nyhus siempre se fija, mientras que en laparoscopia/robot se ha utilizado fijación en un 44 %).

Conclusiones: A pesar de los hallazgos en la literatura, al analizar nuestros casos hemos obtenidos buenos resultados tanto en los casos de cirugía abierta como mínimamente invasiva, al tener en cuenta sólo los casos de abordaje preperitoneal.

Palabras clave: Abordaje preperitoneal, cirugía mínimamente invasiva, hernia inguinal.

P-22 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA SIN INGRESO HOSPITALARIO: RESULTADOS DEL PRIMER AÑO

A. Hugué; A. Morera; L. Pulido; M. de la Iglesia; C. Gimeno; A. García Monferrer; E. Mans

Hospital de Mataró, Madrid

Antecedentes: El aumento de la prevalencia de obesidad severa plantea un desafío significativo para la salud pública debido a su impacto en la morbilidad, mortalidad, calidad de vida y costos sanitarios. La cirugía bariátrica (CB) sigue siendo el tratamiento más efectivo a largo plazo, con avances

en las técnicas y el cuidado perioperatorio que mejoran los resultados. Los programas de CB sin ingreso podrían optimizar aún más la utilización de recursos y la recuperación de los pacientes.

Objetivos: Evaluar la viabilidad y seguridad de implementar un programa de CB sin ingreso en un hospital de tamaño medio.

Métodos: Este estudio prospectivo y unicéntrico incluye pacientes de 18 a 65 años, con indicación de cirugía bariátrica por obesidad severa o grado II con enfermedades asociadas, con clasificación ASA I-III, que disponen de un acompañante durante las primeras 48 horas postquirúrgicas y que residen a menos de una hora del hospital.

Se recopilan datos de las características preoperatorias (p. ej., género, edad, IMC, comorbilidades) y los resultados postoperatorios, así como del éxito del programa (alta el mismo día), complicaciones y satisfacción del paciente. Las técnicas quirúrgicas utilizadas fueron gastrectomía vertical (GV) y bypass gástrico en Y de Roux (BPG).

Resultados: Entre noviembre de 2023 y noviembre de 2024, se incluyeron 18 pacientes (72 % mujeres; mediana de edad: 48 años [43-62]; mediana de IMC: 42 kg/m² [39-44]). De estos, 7 fueron sometidos a GV (44 %) y 9 a BPG (56 %).

Ocho pacientes (44 %) completaron el programa con éxito. Las tasas de éxito variaron según el procedimiento: BPG vs. GV (64 vs. 14 %). La ausencia de éxito del programa se debió a complicaciones menores, como vómitos (2), dolor postoperatorio (2), dificultades de ingesta oral (3), anomalías en el ECG (1) y edema de la úvula (1). No se observaron complicaciones mayores (Clavien-Dindo $\geq$ 3b) en los primeros 30 días.

La mediana de la estancia hospitalaria fue de 13 horas (13-13) para los dados de alta y de 42 horas (30-54) para los no dados de alta, sin readmisiones relacionadas con la cirugía. Se registraron dos consultas a urgencias, una por fecaloma y otra por fiebre de origen desconocido. La mayoría de los pacientes expresaron alta satisfacción y disposición a optar nuevamente por el programa.

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que los programas de CB ambulatoria son viables y seguros con una adecuada selección de pacientes. Los principales desafíos consisten en manejar síntomas postoperatorios menores, no complicaciones graves. La optimización de los protocolos perioperatorios podría mejorar los resultados y ampliar la aplicabilidad de la cirugía bariátrica ambulatoria.

Palabras clave: Obesidad. CMA.

P-23 COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

L. Magrach Barcenilla; J. Muriel López; E. Campo Cimarras; M. Garcés Garmendia; A. Gómez Portilla; J. Azaola Veron; I. Aguirre Oteiza; M. Ojeda Martínez
Hospital Universitario de Álava. 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. 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. Sin embargo, el establecimiento de criterios de selección estrictos, el avance de diferentes técnicas anestésicas de control del dolor y el soporte sanitario extrahospitalario más eficaz y con mayor experiencia han hecho cambiar esta predisposición. En la actualidad la CL en CMA se realiza en diferentes centros hospitalarios de nuestra geografía. Es preciso además que se incluya dentro de un protocolo aprobado por un grupo de expertos que avale la seguridad del procedimiento y lo respalde dentro del marco legal. La colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio nos ofrece una serie de ventajas entre las que destacan, la reducción de las listas de espera para la cirugía electiva, la disminución de ingresos relacionados con el proceso, mayor nivel de satisfacción percibida por el paciente, recuperación más rápida y menos compleja, evitando las rutinas y los riesgos que suponen el complejo proceso de hospitalización (infección nosocomial) y la reducción del tiempo de incapacidad laboral, todo ello redundando en un ahorro de recursos y una reducción de costes. Existen diferencias significativas entre la cirugía convencional que se realiza en un hospital y la que se lleva a cabo en un centro con un programa específico de cirugía mayor ambulatoria. Si bien los recursos disponibles en el quirófano son los mismos, un entorno hospitalario sin una planificación dirigida a dar el alta en las primeras 24 h, resulta mucho más costoso. Esto ha obligado a los hospitales

a crear unidades independientes de cirugía mayor ambulatoria. En nuestro caso se lleva a cabo en la sede de Santiago del Hospital Universitario de Araba. Diferentes autores han descrito diferentes criterios de selección, óptimos para la colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Basándonos en ellos nosotros hemos establecido nuestros criterios de selección. Pacientes de < 70 años que acepten la propuesta de cirugía sin ingreso, que puedan ser acompañados de un adulto competente en el hogar las primeras 24 horas y con domicilio a menos de 45 min, riesgo ASA I, II, III estable, sin complicaciones anestésicas previas, sin antecedentes de infarto de miocardio, arritmias, by-pass, EPOC, alteración de la función renal, hepática o enfermedad sistémica descompensada que precise control hospitalario, discrasias sanguíneas, ingesta de anticoagulantes, alergia a anestésicos locales o intolerancia a AINE u opioides. Entre otras contraindicaciones relativas se encuentran la úlcera péptica activa, el dolor crónico o ingesta habitual de analgésicos u opioides. El IMC ≥ 30 también es una contraindicación relativa, con tasas de conversión muy variables que van desde el 4 % al 20 % (Gregory y cols.). Se excluyen asimismo pacientes con colecistitis aguda, empiema vesicular, malignidad o coledocolitiasis (sospecha bioquímica o confirmación radiológica). La cirugía abdominal supramesocólica o los procedimientos quirúrgicos combinados también son criterios habituales de exclusión.

Dentro de los factores intraoperatorios más habituales que condicionan el ingreso están la conversión a cirugía abierta, sangrado arterial de difícil control, aplicación de hemostáticos, sangrado de la entrada de trocates, vertido biliar, inserción de drenaje, extracción dificultosa de la vesícula y una duración de la intervención mayor de 90 minutos. Dentro de los factores postoperatorios el dolor temprano es el factor que contribuye en mayor medida a la estancia hospitalaria de una noche, limitando el alta precoz. La clave es su control mediante el uso de anestésicos locales, junto con los AINE. En nuestro caso empleamos la levobupivacaína al 0,25 que se beneficia de un amplio rango de seguridad, entre los anestésicos locales de larga duración. El sexo femenino y la menor edad favorecen el proceso ambulatorio. Además, se observa una buena correlación entre los criterios de exclusión preoperatorios e intraoperatorios

Métodos: En la consulta de cirugía se seleccionaron aquellos pacientes que cumplieran los criterios de inclusión y ambulatorización. El cirujano proporcionó al paciente toda la información relativa al ingreso y el postoperatorio, con especial atención al alta el mismo día, cumpliendo los criterios previamente establecidos. Toda negativa del paciente a intervenir en las condiciones expuestas es motivo de exclusión. Se entregó un consentimiento informado y un

documento informativo específico del procedimiento junto con un cuestionario de conocimiento sobre la intervención. Los pacientes son programados los miércoles a 1.^a y 2.^a hora ingresando a las 7:00 h de la mañana en la unidad de hospitalización de día donde se explica el funcionamiento de la unidad, se recoge el consentimiento informado y el cuestionario de conocimiento. El procedimiento siempre es llevado a cabo por el mismo equipo y con la misma técnica operatoria. Tras la realización de un checklist se administra la profilaxis antibiótica (amoxicilina/clavulánico 2 g i.v.) en la inducción anestésica y se marca la posición de los trocates, generalmente 3 y eventualmente un cuarto trocar de 5 mm en epigastrio. Teniendo en cuenta la dosis máxima tolerable de anestésico local, 150 mg (60 ml) de l-bupivacaína 0,25 %, preparamos la dosis óptima total por paciente, 26 ml (65 mg) que nos permita la infiltración de las incisiones, 1 ml/cm de longitud al inicio y fin de cada intervención de forma estandarizada, así como la irrigación del hemidiafragma derecho y del lecho vesicular (16 ml) antes de la extracción de la pieza. Se crea un neumoperitoneo (Veress) iniciando la insuflación de CO₂ con un flujo de 3 l/min a presión de 10 mm Hg hasta obtener un volumen de 1 l. A partir de ahí se mantiene una presión promedio de 12 mm Hg y un flujo de 20 ml/h. Una vez finalizada la colecistectomía se realiza una descompresión manual del abdomen. El tiempo operatorio óptimo oscila en torno a 40 $\pm$ 10 min. Tras despertar los pacientes pasan a la URPA, unas 2 horas y tras comprobar la ausencia de sangrado o complicaciones son dados de alta al Hospital de Día siguiendo la escala de Aldrete modificada. En el hospital de día se instauran los cuidados protocolizados de enfermería, se inicia la movilización precoz a las 4 horas y la ingesta oral de agua y líquidos habitualmente a las 6 h de la cirugía vigilando cualquier incremento del dolor, así como la aparición de náuseas o vómitos. En las horas siguientes se valora la situación clínica del paciente y se decide el alta como mínimo tras 6 h (9 o 10 de la cirugía) en base a los siguientes criterios: consciente y orientado, constantes vitales estables, dolor controlable con analgesia oral (EVA ≤ 3), ausencia de mareo, náuseas o vómitos, ausencia de datos de sangrado, ausencia de retención urinaria, tolerancia a líquidos establecida, capacidad de deambulación independiente no asistida.

Se considerarán criterios de ingreso: falta de criterios de inclusión en CMA, técnica quirúrgica muy dificultosa, complicaciones perioperatorias, inestabilidad hemodinámica postoperatoria, dolor postoperatorio no controlado por vía oral, náuseas o vómitos persistentes, incapacidad para tolerar ingesta oral, retención urinaria, pacientes no ambulatorizables o con negativa a ser dados de alta. El seguimiento de los pacientes se realiza mediante una consulta telefónica a las 48 h y otra presencial al cabo de 1 mes donde se recogen

3 formularios: de requerimiento analgésico, de repercusión de efectos secundarios (13 ítems) (sangrado, fiebre, disposición para reiniciar su actividad o grado de satisfacción global del proceso) y una encuesta de satisfacción (30 ítems). Desde el inicio del programa hemos recogido sistemáticamente hasta 123 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 (colecistitis clínica o radiológica, colangitis, dilatación del colédoco o pancreatitis), técnica empleada, día y orden de programación, duración de la cirugía, número de trocates, hallazgos intraoperatorios (grado de adherencias, signos de colecistitis, engrosamiento de conducto cístico, dilatación de la VB o perforación vesicular entre otros), hallazgos de anatomía patológica, incidentes intraoperatorios (sangrado, vertido biliar, extracción dificultosa de la vesícula, falta de relajación o inserción de drenaje), incidentes postoperatorios (desaturación, inestabilidad hemodinámica, mareo/vértigo/cefalea, dolor excesivo, náuseas o vómitos, incapacidad para tolerar ingesta oral, retención urinaria o negativa a ser dado de alta) y hora de ingreso.

Conclusiones: Presentamos los resultados de una serie de 86 pacientes seleccionados para colecistectomía laparoscópica en programa de CMA, que se llevó a cabo entre el 8 de febrero de 2023 y el 31 de enero de 2025, lo que supone el 12,50 % (8,93 % en 2023 y 16,16 % en 2024) de todas las CL con estancia de ≤ 1 día. De ellas el 80,23 % fueron dados de alta con éxito, obteniendo un alto grado de satisfacción (puntuación de > 8 sobre 10) en más de un 71 % de los pacientes según las encuestas realizadas. Con los criterios de inclusión más estrictos durante el año 2023 obtuvimos un IS del 66 %, que alcanzó el 86,79 % en 2024, con un porcentaje escaso de complicaciones (4,65 %), ninguna de las cuales requirió ingreso. No hubo ningún reingreso.

Si incluyésemos todas las colecistectomías laparoscópicas llevadas a cabo en CMA o con ingreso de 1 día, es decir las potencialmente tratables sin ingreso, la CL ambulatoria supondría un ahorro relativo de > 34 %.

En cuanto al sexo en nuestra serie incluimos 69 mujeres (80,23 %), de las cuales 56 (81,16 %) completaron el procedimiento en CMA. De los 17 hombres incluidos en la muestra (19,77 %) solo el (76,47 %) concluyeron en CMA. La mayoría de los pacientes (98 %) incluidos fueron ASA I o II y tan solo 1 ASA III. Debido a la dificultad para seleccionar pacientes para CMA con los criterios más estrictos se incluyeron 10 pacientes (11,62 %) con antecedente de colecistitis previa, (4 (4,65 %) con criterio clínico y 6 (6,98 %)

con criterio radiológico) y 1 con antecedente de pancreatitis ninguno de los cuales tuvo que ingresar, 4 (4,65 %) pacientes habían padecido algún episodio de colangitis y todos concluyeron de forma ambulatoria, 2 (2,32 %) pacientes habían tenido algún grado de dilatación del colédoco y todos completaron también la CMA. La mayor parte de los pacientes se situaron en la franja de 50 a 59,9 años (89,28 % ambulatorios). Con los criterios de inclusión más laxos se incluyó 1 paciente con antecedente de arritmia (ambulatorio), 8 pacientes EPOC de los que solo el 37 % ingresaron, 14 con úlcera péptica (35 % ingresan), 1 paciente con anticoagulantes (ingresa), 4 con IR que fueron dados de alta el mismo día. Con respecto al IMC en nuestra serie, el mayor porcentaje de fallos (41 %) se da en pacientes con un IMC mayor de 30, en especial en la franja de 30-34,9 kg/m². De los pacientes alérgicos a AINE la mitad ingresaron. Se incluyeron 3 pacientes con dolor crónico, ninguno de los cuales tuvo que ingresar.

2 pacientes habían tenido alguna cirugía del compartimento supramesocólico, que no interfirió en el procedimiento ni en el alta. 22 pacientes tuvieron algún tipo de procedimiento inframesocólico, 3 de los cuales tuvieron que ingresar (17,65 % de todos los fallos) y 19 fueron dados de alta con éxito mismo día. Con respecto al análisis de eventos intraoperatorios no hubo ninguna conversión a cirugía abierta. Hubo 4 incidentes intraoperatorios relacionados con el sangrado excesivo de la arteria cística o alguna de sus ramas, que no influyó en el alta el mismo día. En 2 hubo un sangrado excesivo del lecho o cápsula hepática que no precisó material hemostático, de los cuales uno ingresó por decisión del cirujano tras buen control hemostático. En 2 casos hubo vertido biliar, que no supuso un impedimento para el alta en CMA. Hubo dos casos de extracción difícil de la vesícula, que coincidió con falta de relajación del paciente que pudieron ser dados de alta.

Solo el 12,79 % la cirugía duró más de 60 min. En 41 pacientes (47,67 %) la cirugía se llevó a cabo en < 40 min y es en este grupo donde se observa una mayor influencia en el porcentaje de éxito de CMA, de forma que el 83 % fueron dados de alta en régimen de CMA.

En el análisis del postoperatorio solo encontramos un caso de inestabilidad hemodinámica y fue causa de ingreso. El 52,94 % de los pacientes que ingresan presentan algún tipo de dolor, que es mayor de 4 en la escala de EVA en el 41,17 %, siendo la causa del ingreso independiente del dolor en el 47,06 %. De los pacientes que ingresaron por dolor, en especial aquellos con EVA ≤ 3 asociaban además otras causas de ingreso, sobre todo náuseas y/o vómitos, mareo o vértigo, negativa a ser dado/a de alta o retención urinaria.

Entre las causas más frecuentes que motivaron el ingreso se encuentran las náuseas y/o los vómitos excesivos hasta en un 58,82 %, el mareo prolongado hasta en un 41,18 % y el dolor EVA > 4 en un 41,17 %. 3 de los pacientes (17,65 %)

se negaron al alta a pesar de haber dado su consentimiento con anterioridad. 2 (11,76 %) tuvieron retención urinaria, en solo un 5,88 % se evidenció en algún momento algún tipo de inestabilidad hemodinámica leve y un caso ingresó por decisión anestésica. El 64 % de los pacientes que ingresaron lo hicieron por 2 o más incidentes postoperatorios, en 3 pacientes se sumaron al menos 3 causas y en 2 de los pacientes al menos 4 factores entre los que destacan las náuseas o vómitos postoperatorios y el mareo prolongado, vértigo o cefalea.

Palabras clave: Day-case, Outpatient, Laparoscopic, Cholecystectomy, Risk-factors.

P-24 DIFICULTADES PARA EL DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE CMA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

J. Martín Ramiro; A. Gómez Santana; A. Álvarez Cuiñas; M. D. Cancelas Felgueras; R. J. Castro Lara; A. Mañaricua Arnaiz; S. Neira Melús
Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid

Objetivos: La población atendida en el área sanitaria objeto de estudio es de 1.367.717 personas con un grado de envejecimiento del 22,49 %, un porcentaje de mayores de 55 años superior al 50 % y un 22,1 % de mayores de 75 años.

El objetivo de este trabajo es constatar los problemas reales para el desarrollo de los programas de CMA en la población estudiada.

Métodos: Análisis de la demanda asistencial del servicio a través de la entrada en lista de espera quirúrgica, usando para ello la evolución de la misma a través del Registro Unificado de Lista de Espera Quirúrgica de la Comunidad Autónoma; el porcentaje de pacientes no aptos para ser intervenidos en régimen de CMA por parte del Servicio de Anestesia y del trabajo del Servicio de Admisión del hospital contabilizándolo como el número de llamadas necesarias que hay que realizar por hueco de quirófano de CMA disponible.

Resultados: Desde el año 2021 la demora media estructural quirúrgica del Servicio de Cirugía general ha disminuido progresivamente hasta situarse en abril de 2025 en 12,12 días, con unas demoras máximas inferiores a 60 días en patología no preferente ni oncológica. Los pacientes intervenidos en régimen de CMA supusieron un 32 % del total de las intervenciones (2487 en el año 2024) un 6% más

que el año 2023, a pesar del aumento progresivo de usuarios mayores pluripatológicos.

El porcentaje de pacientes no aptos para ser intervenidos en régimen de CMA por patología concomitante o problemas sociales (ancianos frágiles no acompañados o con barreras arquitectónicas en sus domicilios) se ha ido incrementando progresivamente hasta situarse en un 10 % del total.

Conclusiones: La suma de una lista de espera quirúrgica corta a los pacientes no candidatos a ser intervenidos en CMA ha hecho que el trabajo del Servicio de Admisión se halla duplicado, siendo necesarias el doble de llamadas de teléfono (6 llamadas por cada hueco de quirófano) para completar los quirófanos.

La reducción de la lista de espera quirúrgica, asociado al envejecimiento progresivo de la población, añadido a una población anciana que vive sola en edificios antiguos sin ascensor, dificulta encontrar pacientes idóneos y que además deseen intervenir multiplicando el trabajo de los Servicios de Admisión.

Palabras clave: Envejecimiento, admisión.

P-25 CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: NUESTRAS EXPERIENCIA DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

J. López Martínez; A. Barrutia Etxebarria; L. Carnero González; R. M. Escribano de la Torre; A. Berrueta Navascues; V. Fatsini Blanch; S. Goula Fernández; R. González Pérez

Hospital Universitario Araba

Objetivos: El objetivo de este estudio es presentar los resultados de la cirugía micrográfica de Mohs (MMS) en pacientes operados en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) durante los últimos cinco años en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Araba.

Métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo con datos recogidos de las historias clínicas de todos los pacientes sometidos a MMS en régimen de CMA entre 2020 y 2024. Todas las cirugías fueron realizadas por un dermatólogo con la asistencia de un dermatopatólogo.

Resultados: Realizamos un total de 124 MMS, siendo el 96 % carcinomas basocelulares. El 98 % eran de localización

facial. El 55 % de los tumores eran recidivantes (habían sido operados previamente). Las reconstrucciones más frecuentes fueron el colgajo (35 %), el cierre directo (32 %), el injerto (25 %) o una combinación de varios de los anteriores. La tasa de recidiva fue del 0,04 % durante los 5 años de seguimiento y la tasa de complicaciones de un 2 % (siendo lo más frecuente la dehiscencia de sutura y la infección de herida quirúrgica).

La tasa de recurrencia durante 5 años de seguimiento (0,04 %) en nuestros pacientes ha sido inferior a los encontrados en estudios anteriores, siendo la tasa de complicaciones similar a lo publicado (2-3 %).

Conclusiones: En conclusión, nuestra serie corrobora que la MMS ofrece unas tasas de recurrencia más bajas para los tumores de alto riesgo, la máxima preservación del tejido en zonas cosmética y anatómicamente sensibles y la reconstrucción inmediata en la mayoría de los casos.

Palabras clave: Cirugía Micrográfica de Mohs, Cirugía Mayor Ambulatoria.

P-26 DACRIOCISTORRINOSTOMÍA ENDOSCÓPICA *VERSUS* EXTERNA: RESULTADOS COMPARATIVOS ENTRE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS, CALIDAD DE VIDA Y VALORACIÓN DEL PROTOCOLO AMBULATORIO

M. Clari Comes¹; R. Polimeni²; J. A. Núñez Rojas¹; G. Mancebo Mata¹; A. Leceta Sáez de Cámara¹; B. González Gargallo¹; M. Foj Cabrerizo¹; A. I. Lekue Madi-nabeitia¹

¹Hospital Universitario de Álava. Sede Txagorritxu (Vitoria-Gasteiz); ²Università Sapienza di Roma. Facoltà di Medicina e Odontoiatria, Dipartimento Organi di Senso, Roma, Italia

Objetivos: La dacriocistorrinostomía vía externa (DCR ab-externo), tradicionalmente considerada el procedimiento de referencia, consiste en crear una comunicación directa entre el canalículo común y la fosa nasal, aunque conlleva una mayor morbilidad postoperatoria. Como alternativa, la DCR endoscópica ha ganado protagonismo al ofrecer un enfoque menos invasivo, con tiempos quirúrgicos reducidos y mejores resultados estéticos. El presente estudio compara la eficacia de ambas técnicas en el tratamiento de la obstrucción del conducto nasolagrimal inferior, no solo desde un punto de vista clínico, sino también en términos de calidad de vida (CdV) del paciente. Asimismo, se analizó la percepción de los pacientes respecto a la cirugía realizada

en régimen ambulatorio (CMA), incorporando esta valoración como un componente integral en la evaluación global del abordaje quirúrgico.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, intervencionista, no aleatorizado en el que se incluyeron pacientes adultos, con afectación de la vía lagrimal inferior, intervenidos en el Hospital Universitario de Álava. Se analizaron los resultados y complicaciones de las técnicas de DCR endoscópica y vía externa, con un periodo de seguimiento de 1 año. Se excluyeron aquellos con patologías nasales y antecedentes quirúrgicos específicos. Se recogieron variables demográficas, clínicas y quirúrgicas. El resultado de la cirugía se evaluó en términos de CdV, medida mediante el cuestionario Lacrimal Questionnaire (Lac-Q), y tasa de reintervenciones. Además, se administró en el postoperatorio un cuestionario prediseñado con escalas Likert, para valorar la percepción de los pacientes respecto al modelo de CMA. Los datos se evaluaron mediante estadísticos descriptivos y pruebas de comparación para variables categóricas y numéricas.

Conclusiones: La muestra del estudio estuvo compuesta por 36 pacientes intervenidos bajo régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA), distribuidos en dos grupos: 17 sometidos a dacriocistorrinostomía (DCR) endoscópica y 19 a DCR vía externa (ab-externo). La edad media fue de $57,1 \pm 10,2$ años, siendo la causa más frecuente de obstrucción la dacriostenosis idiopática primaria adquirida (PANDO), representando el 53,5 % de los casos.

Los resultados reflejaron una asociación entre la etiopatogenia y la elección del abordaje quirúrgico. Los pacientes con obstrucción secundaria (SALDO) se inclinaron por la DCR ab-externo y presentaron una mayor incidencia de complicaciones intraoperatorias (20 %) en comparación con los pacientes con PANDO, quienes prefirieron la vía endoscópica. No obstante, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la etiopatogenia y la aparición de complicaciones postoperatorias. Tampoco se observó una asociación significativa entre la técnica quirúrgica utilizada y la presencia o ausencia de complicaciones en general. Las complicaciones fueron más frecuentes en el grupo de DCR ab-externo, aunque sin alcanzar significación estadística. El análisis estadístico también reveló que la principal causa de fracaso terapéutico y recurrencia de la epífora fue la reestenosis por fibrosis del ostium quirúrgico. Tras un seguimiento de 12 meses, el 20,9 % de los pacientes presentaron recurrencias (5 en el grupo de DCR ab-externo y 4 en el grupo endoscópico), sin diferencias estadísticamente significativas entre ambas técnicas.

Desde el punto de vista cualitativo, los pacientes sometidos a DCR endoscópica destacaron el beneficio estético como una de las principales ventajas, mientras que la eficacia

clínica fue similar en ambos grupos. Además, el estudio incorporó una valoración adicional sobre la percepción del modelo ambulatorio. Un 83 % de los pacientes consideraron positivamente el hecho de que el procedimiento se realizara sin necesidad de ingreso hospitalario. De estos, el 92 % eran menores de 65 años, lo que sugiere que el régimen ambulatorio podría ser especialmente ventajoso para pacientes en edad laboral activa, al favorecer una recuperación más rápida y una menor interrupción de sus actividades cotidianas.

Aunque la literatura previa describe tasas de éxito comparables entre ambas técnicas, nuestros hallazgos reafirman que la DCR endoscópica ofrece ventajas como menor invasividad y mejor resultado estético, sin comprometer la eficacia del tratamiento. Sin embargo, su éxito puede estar condicionado por factores como la destreza del cirujano, las características anatómicas del paciente y la heterogeneidad de criterios en la literatura médica. El estudio subraya la importancia de un abordaje multidisciplinar desde la fase diagnóstica para garantizar un tratamiento integral y adaptado a cada paciente. Asimismo, nuestros resultados refuerzan la viabilidad y utilidad del circuito de cirugía mayor ambulatoria en este tipo de procedimientos, proponiéndolo como un modelo eficiente y bien valorado, especialmente en pacientes jóvenes o activos laboralmente.

Palabras clave: Ambulatoria, calidad de vida, dacriocistorrinostomía, recurrencia.

P-31 ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA PARED ABDOMINAL: AMPLIANDO LA CMA

E. Buendía; S. Álvarez; C. Román; R. de Luna; C. Monje; N. Bregoli; F. León; D. Morales García

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Objetivos: La introducción de la laparoscopia en tratamiento de la hernia se ha establecido como un abordaje seguro, con ventajas en términos de recuperación postoperatoria, siempre que se realice por equipos expertos en este campo. El objetivo de este estudio ha sido presentar los resultados del abordaje laparoscópico de la pared abdominal.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes intervenidos de hernioplastia con abordaje laparoscópico en la unidad de CMA y pared compleja del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria durante el año 2024. Se ha utilizado una muestra de 91 pacientes con una media de edad de 54 años y un IMC de 24.73 respectivamente: 87 hernias inguinales (61 TEP y 26 TAPP), 2 hernias crurales

(1 TEP y 1 TAPP), además de 1 hernia lumbar, 1 umbilical y 1 de Spiegel (tratadas con eTEP). A todos los pacientes se les realizó un seguimiento postoperatorio estrecho, al mes, a los tres meses y seis meses. Se han recopilado las complicaciones y la tasa de recidiva, así como el dolor subjetivo en función de la escala EVA. Los datos se han procesado y analizado con el programa estadístico SPSS v.27.

Resultados: La estancia hospitalaria media fue de 0,16 días. Únicamente se registró un caso de recidiva precoz (1,1 %) antes del primer año postoperatorio. Respecto al dolor postoperatorio, a los seis meses de seguimiento solo tres pacientes reportaron una puntuación EVA superior a 6 (3,3 %). Se observaron complicaciones postoperatorias menores en ocho pacientes (8,8 %), consistentes en cinco hematomas (5,5 %), un seroma (1,1 %) y dos infecciones superficiales de la herida quirúrgica (2,2 %). Ninguno de estos eventos requirió reintervención ni prolongó la estancia hospitalaria.

Conclusiones:

- La tasa de recurrencia en hernioplastias inguinales laparoscópicas en nuestra serie ha sido del 1,1 % y se encuentra dentro de los estándares en los estudios publicados.
- La baja incidencia de complicaciones y la mejoría subjetiva en el control del dolor observada refuerzan la viabilidad de la cirugía laparoscópica como una opción quirúrgica eficaz en pacientes seleccionados.
- Nuestros resultados sugieren que, cuando la cirugía es realizada por cirujanos experimentados, los resultados son especialmente favorables.
- Es fundamental prolongar el seguimiento al menos más de un año para una evaluación más completa de la recurrencia a largo plazo y de las posibles complicaciones tardías.

Palabras clave: CMA, laparoscopia, hernioplastia.

P-32 PATOLOGÍA HEMORROIDAL EN CMA: EVALUACIÓN DE LA ESTANCIA MEDIA Y DE LAS COMPLICACIONES

N. Bregoli; E. Buendía; S. Álvarez; M. Peix; R. de Luna; G. Plata; M. C. Montes; D. Morales García

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Objetivos: El objetivo de este estudio ha sido analizar nuestros resultados y evaluar la viabilidad de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) en la patología hemorroidal en nuestro centro.

Métodos: Se revisaron los casos de hemorroidectomías efectuadas en 2023 y 2024, operados en turno de mañana y candidatos a CMA.

Se describen las características clínicas y demográficas de los pacientes (edad, sexo, clasificación ASA), la hora de salida de quirófano, la hora de alta de enfermería y el cálculo de la estancia postoperatoria en horas.

Asimismo, se evaluó el seguimiento posquirúrgico, registrando las complicaciones conforme a la escala de Clavien-Dindo y los reingresos hospitalarios.

Resultados: Durante el periodo evaluado se realizaron 99 intervenciones de hemorroidectomía con técnica Milligan-Morgan en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, distribuidas en 57 varones (57,6 %) y 42 mujeres (42,4 %). La media y la mediana de edad fueron de 57 años, con un rango de 29 a 83 años. La mitad de los pacientes se clasificaron como ASA II (51 casos), alcanzando un 51,5 %. El resto correspondió a 18 ASA I, 27 ASA III y 3 ASA IV. La hora media de ingreso en la unidad de readaptación fue a las 13:18 horas (rango: 10:02-16:06), mientras que la hora media de alta fue a las 17:44 horas (rango: 15:16-21:50), con una estancia media postquirúrgica de 4 horas y 25 minutos (rango: 1:56-8:32). En cuanto a las complicaciones, 83 pacientes no presentaron eventos adversos. Se registraron 16 complicaciones leves (Clavien-Dindo I), relacionadas principalmente con el control del dolor, algunos casos de *soiling* leve o estenosis resuelta de forma conservadora. Ningún paciente precisó de reingreso.

Conclusiones: Los resultados obtenidos, en concordancia con la literatura, confirman que la práctica de CMA en patología hemorroidal es segura y eficaz, con una baja incidencia de complicaciones graves. Estos hallazgos respaldan la posibilidad de ampliar su aplicación a otros tipos de procedimientos, siempre tras una adecuada evaluación prequirúrgica de los pacientes.

Palabras clave: Hemorroidectomía, CMA, seguridad.

P-33 SINUS PILONIDAL EN CMA: ANÁLISIS DE LA ESTANCIA MEDIA Y LAS COMPLICACIONES

N. Bregoli; E. Buendía; M. Ortega; S. Álvarez; L. Díaz; R. de Luna; C. Román; D. Morales García
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Objetivos: El objetivo de este estudio ha sido analizar nuestros resultados y evaluar la viabilidad de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) en el tratamiento del sinus pilonidal.

Métodos: Se revisaron los casos de exéresis de sinus pilonidal efectuadas en 2023 y 2024, en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, seleccionando aquellos operados en turno de mañana y candidatos a CMA.

Se describen las características clínicas de los pacientes (edad, sexo, clasificación ASA), la hora de salida de quirófano, la hora de alta de enfermería y el cálculo de la estancia postoperatoria en horas.

Asimismo, se evaluó el seguimiento posquirúrgico, registrando las complicaciones conforme a la escala de Clavien-Dindo y los reingresos hospitalarios.

Resultados: Durante el periodo evaluado se realizaron 131 intervenciones de sinus pilonidal: la mayoría varones, correspondientes a 105 casos (80,2 %), mientras que las mujeres fueron 26 (19,8 %).

La media de edad fue de 28 años, mientras la mediana de 28 años, con un rango de 15 a 67 años.

La mayoría se clasificaron como ASA I (67 casos) alcanzando el 59,6 %. El resto correspondió a 46 ASA II (35,1 %) y solo 7 ASA III (5,3 %).

La hora media de ingreso en la unidad de readaptación fue a las 13:24 horas (rango: 9:41-16:15), mientras que la hora media de alta fue a las 17:04 horas (rango: 12:56-21:23), con una estancia media postquirúrgica de 3 horas y 39 minutos (rango: 1:31-6:51).

66 pacientes (50,4 %) no presentaron eventos adversos. Se registraron 59 complicaciones leves, relacionadas principalmente con el control del dolor o la evolución de la herida quirúrgica, precisando simplemente analgesia u curas domiciliarias.

Se documentaron 5 casos de Clavien-Dindo II, tratados con antibióticos, y un caso de Clavien-Dindo IIIa, que requirió reingreso programado para limpieza quirúrgica.

Conclusiones: Los resultados obtenidos, en concordancia con la literatura, confirman que la práctica de CMA en la exéresis del sinus pilonidal es segura y eficaz, con una baja incidencia de complicaciones graves.

Estos hallazgos respaldan la posibilidad de ampliar su aplicación a otros tipos de procedimientos, siempre tras una adecuada selección prequirúrgica de los pacientes.

Palabras clave: Sinus pilonidal, CMA, seguridad.

P-34 COLECISTECTOMÍA AMBULATORIA EN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL, ¿CONSEGUIMOS ESTÁNDARES DE CALIDAD? OPCIONES DE MEJORA

J. D. Turiño Luque¹; A. Marchal Santiago²; E. Antonaya Rubia²; E. F. Majano Giménez²; P. J. Navarro García¹; J. M. Moreno Montesinos²

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada;

²Hospital Universitario San Agustín. Linares, Jaén

Objetivos: Conocer el manejo de la patología vesicular benigna en nuestro centro de primer nivel y el grado de consecución de estándares de calidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestro centro durante un trienio aquejados de patología vesicular benigna. Se registraron datos clínico-epidemiológicos (edad, sexo, ASA, diagnóstico principal), perioperatorios (tiempo LEQ, régimen de la intervención [CMA/ingreso]), quirúrgicos (abordaje, conversión [sí/no], infiltración puertos [sí/no]), postoperatorios (pernocta [sí/no], motivo pernocta, complicaciones, exitus) y postoperatorios (asistencia a urgencias, revisión consulta).

Resultados: Durante el periodo de estudio se programaron un total de 411 pacientes. La tasa de desprogramación fue del 3,6 % (n = 15) siendo el principal motivo un test de COVID + y en dos casos el rechazo expreso del paciente a la cirugía por mejoría clínica. La tasa de suspensión de la intervención fue del 3 % (n = 12).

Fueron intervenidos un total de 384 pacientes, predominando el sexo femenino 65,6 % (n = 252), con una edad media de 56,4 años (DS ± 14,820; rango 21-86). El tiempo medio de espera para intervención quirúrgica fue de 77,73 días (DS ± 35,919; rango 0-183).

Grado ASA: I 22 % (n = 84); II 49,9 % (n = 190); III 21,5 % (n = 82); IV 3,4 % (n = 13); 3,9 % no consta (n = 15). Un 5,2 % de los pacientes (n = 20) tenían prescrito algún tipo de anticoagulante (aldocumar, apixaban...).

Indicación de colecistectomía: cólico biliar/colelitiasis sintomática 57 % (n = 219); colecistitis aguda 16,1 % (n = 62); pancreatitis biliar 14,3 % (n = 55); coledocolitiasis 6,5 % (n = 25). En un 10,4 % de los pacientes (n = 40) los pacientes fueron sometidos a una CPRE previa a la intervención. El 71,6 % de los pacientes fueron programados en régimen de CMA (n = 275) frente a 109 en régimen de ingreso (28,4 %). Las intervenciones fueron mayoritariamente en turno de mañana (93,5 %; n = 359), siendo la laparoscópica el principal procedimiento en el 99 % (n = 380), tasa de conversión del 4,7 % (n = 18).

La tasa de ambulatorización fue del 48,7 % (n = 134/275) siendo el índice de sustitución del 37,5 % (n = 144 de 384).

La tasa de pernocta no planificada ascendió al 51,3 % (141 de 275), siendo los principales motivos: cirugía compleja/drenaje 46,8 % (n = 65); quirófano de tarde 10,1 % (n = 14); dolor 7,9 % (n = 11); mareos/náuseas/vómitos 17,4 % (n = 24).

La duración media del ingreso fue de 1,31 días (DS ± 1,961; rango 0-16).

El 15,1 % de los pacientes (n = 58) acudieron a urgencias en los primeros 30 días tras la intervención, estando relacionada con la cirugía en el 74,1 % (n = 43). Los principales motivos fueron: dolor 51,2 % (n = 22); herida quirúrgica 27,9 % (n = 12); fiebre 20,9 % (n = 9). El 63,8 % (n = 37) fueron dados de alta, reingresando 21 (3 casos no relacionados con la cirugía). Tasa global de reingreso del 4,7 % (n = 18). La mortalidad global del periodo ascendió al 1,01 % (n = 4), siendo tan solo dos casos relacionados directamente con la cirugía vesicular (0,5 %).

El 1,3 % de los pacientes fueron reintervenidos (n = 5): 2 casos de fuga biliar/coleperitoneo, 1 hemoperitoneo, 1 evisceración, 1 pérdida de drenaje.

Se revisaron un total de 286 pacientes siendo mayoritariamente dados de alta, tan solo un paciente fue remitido a la unidad de Hepatobiliar del Hospital de referencia por diagnóstico anatómo-patológico de neoplasia vesicular.

Conclusión: La colecistectomía laparoscópica en nuestro centro es una técnica segura, si bien la tasa de ambulatorización es mejorable (drenajes). Es necesario optimizar el tipo de régimen de intervención para disminuir el índice de pernocta no planificada especialmente en pacientes con antecedentes de colecistitis y otras alteraciones benignas.

Palabras clave: Colecistectomía, Hospital Primer Nivel, Indicadores calidad.

P-35 COLOCACIÓN DE CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL EN CMA. ANÁLISIS DE NUESTROS RESULTADOS A 6 AÑOS

E. Merino Díez; L. Unibaso Zarragoitia; P. Siebel Hermida; I. Martínez Rodríguez; J. L. Arroyo Velez; E. Martín Martín; E. Tkacikova Retkovska; M. A. Garcés Garmendia

H.U.A. Txagorritxu

Objetivos: Analizar retrospectivamente los resultados en la colocación de catéter de diálisis peritoneal (CDP) en nuestro Hospital entre 2019 y 2024.

Métodos: Se ha realizado un análisis descriptivo retrospectivo, recopilando las intervenciones quirúrgicas registradas

como Colocación de catéter de diálisis peritoneal entre 2019 y 2024, ambos años incluidos, en nuestro centro hospitalario de tercer nivel. Todos ellos colocados por el Servicio de Cirugía General. Se ha revisado la evolución de todos los pacientes sometidos a dicha intervención, hasta la fecha actual de publicación de dicho trabajo, recogiendo los siguientes datos: edad, género, tipo de anestesia, complicaciones intraquirúrgicas, complicaciones postquirúrgicas tempranas (primeros 30 días postcirugía) y tardías (más allá de 30 días postcirugía); reingresos, retirada de catéter de diálisis peritoneal y motivo, si se dio de alta bajo criterios de CMA o motivo por el cual falló el circuito, recolocación de catéter en caso de haberse retirado.

Conclusiones: En un periodo de 6 años se ha colocado en nuestro centro hospitalario, con una Unidad de CMA tipo 1, 124 catéteres de diálisis peritoneal. Características demográficas del grupo: 42 mujeres: 82 hombres. Edad media 65,18 años (Rango 31-85).

Empleamos el catéter Care Cath SPC Auto-Posicionable basado en el catéter Tenckhoff que incluye en la punta un cilindro de Tungsteno de 12 gramos, recubierto de Silastic, que asegura la posición permanente del catéter en la cavidad peritoneal.

La técnica quirúrgica que se emplea en nuestro centro es la siguiente: paciente en decúbito supino. Previa infiltración de anestésico local (mepivacaína 2 %), se realiza incisión vertical en línea paramedial, preferentemente izquierda. Posterior disección por planos hasta entrada en cavidad peritoneal. Se coloca catéter de diálisis peritoneal con 2 cuffs, fijando el 1.º de ellos con bolsa de tabaco e hilo trenzado reabsorbible 3/0 a peritoneo. Aproximación de plano muscular con puntos en X de hilo trenzado reabsorbible 2/0. Cierre de plano aponeurótico con sutura continua cruzada de hilo trenzado reabsorbible 0. Tunelización de catéter por plano subcutáneo hasta incisión lateral a la inicial, por donde se exterioriza catéter, quedando 2.º cuuf a 1 cm mínimo de plano cutáneo. Posteriormente se comprueba correcto funcionamiento del catéter.

Al 100 % de los pacientes se les administra antibioterapia profiláctica en la hora previa a la intervención, pautada por Servicio de Nefrología. Siendo la más habitual: teicoplanina 400 mg monodosis, seguido de trimetoprima/sulfametoxazol 160 mg/800 mg cada 12 horas durante 5 días tras intervención.

100 % de los pacientes se realizó intervención bajo anestesia local, más menos sedación.

Lateralidad: derecha 7 vs. Izquierda 117 Solo 1 paciente asoció un 2.º procedimiento en el mismo acto quirúrgico, eventrorrafia abierta umbilical.

Del total de la muestra 112 pacientes fueron dados de alta bajo CMA con una Tasa de ambulatorización 90,32 %.

De los 12 pacientes restantes, se suspendió o no se valoró el alta bajo CMA por los siguientes motivos: 1 paciente contraindicación anestésica ASA IV, con alta 1.º día PO. 6 pacientes ingresan previamente por descompensación de enfermedad renal crónica y solicitan la colocación del catéter intraingreso. 1 paciente ingresó 2 días antes de la cirugía electiva de colocación de CDP programada por gripe. No obstante, se mantuvo cirugía, realizada sin incidencias. 1 paciente desarrolló flutter auricular postquirúrgico, dado de alta 6.º día postquirúrgico. 3 pacientes sufrieron aperturas accidentales de asa intestinal iatrogénicas.

De estos 3 pacientes que sufren apertura intestinal iatrogénica: se rafia en los 3 casos la lesión. Posteriormente, 1 se reinterviene por evisceración con resección de asa, otro no desarrolla complicaciones y, el tercero sufre una colección perirrafia intestinal que evoluciona adecuadamente con antibioterapia. Solo el 1 de los 3 pacientes requiere retirada del catéter por peritonitis. Los otros dos se retiran por trasplante renal.

Complicaciones tras el alta:

- Tempranas: valoración en urgencias primeros 30 días Postoperatorios por complicación relacionada con acto quirúrgico: 11 pacientes (todos fueron CMA), es decir, un 8,87 %. 5 (4 %) requieren reingreso.
- Tardías (más de 30 días postquirúrgicos): registrado un total de 28 pacientes (22,58 %) con complicaciones tardías.

En resumen: 1. Fuga liq pericateter. 1 dolor pericateter. 2 malfuncionamiento (1 se revisó en qx en 4.º mes PO). 1 retención de líquido peritoneal. 1 granuloma cutáneo. 22 infección peritoneal o catéter de los cuales 10 requirieron su retirada por dicho motivo.

En cuanto a la retirada de catéter DP, se realizó en 79 casos. De forma resumida las indicaciones fueron: 49 (62 % de los retirados) por trasplantes renal. 8 por mala tolerancia o mal manejo de diálisis peritoneal por paciente. 2 extracción accidental de dacron externo. 16 por infecciones del catéter y/o peritonitis. 1 por neoplasia intraabdominal (células claras renal). 3 no registrado motivo claramente.

De estos, hasta la fecha actual, se solicita recolocación en 5 pacientes, y se realiza exitosamente.

Conclusiones:

- En comparación con la hemodiálisis, la diálisis peritoneal mejora la preservación de la función renal residual con un menor costo de la terapia y mayor calidad de vida para el paciente.

- La colocación con abordaje abierto permite usar anestesia local con o sin sedación, en contra de la inserción laparoscópica que obliga a anestesia general.
- La técnica de implantación de catéter de diálisis peritoneal con mínima incisión transrectal (mayoritariamente izquierda para no comprometer el lugar de inserción de posible injerto renal futuro) bajo anestesia local, más menos sedación, es segura y, presenta buenos resultados realizada con alta precoz como cirugía mayor ambulatoria.

Palabras clave: Catéter de diálisis peritoneal, diálisis peritoneal, CMA, cirugía mayor ambulatoria.

P-36 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ACTIVIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA CMA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA

M. Quintana Uriarte¹; A. Redondo Izaga²; B. Alonso³

¹Hospital Universitario Araba; ²Universidad del País Vasco; ³OSI Araba

Objetivos: *Objetivo principal:* Analizar la evolución de la actividad de CMA ginecológica en el Hospital Universitario Araba durante los años 2018 a 2024.

Objetivos secundarios:

- Analizar los procedimientos quirúrgicos que se indican para CMA en el ámbito ginecológico.
- Analizar indicadores de actividad como:
 - Indicadores de eficiencia del sistema:
 - Índice de ambulatorización.
 - Indicadores de calidad científico-técnica básicos, mediante los cuales se evaluará el aspecto de sostenibilidad.
 - Índice de cancelaciones.
 - Índice de suspensiones.
 - Índice de pernoctación no planificada.
 - Indicadores de calidad científico-técnica avanzados, mediante los cuales se evaluará el aspecto de la seguridad del paciente:
 - Índice de dolor postoperatorio EVA > 3.
 - Estancia postoperatoria.
 - Índice de reingresos.
- Valorar la influencia de la pandemia Covid-19 en la actividad de CMA.

Métodos: *Diseño:* se trata de un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, transversal y unicéntrico, en pacientes sometidas a cirugía ginecológica en régimen de CMA, entre el 1 de enero de 2018 y 31 de diciembre de 2024 en el Hospital Universitario Araba.

Población a estudio: Para este estudio se han revisado retrospectivamente los registros de intervenciones quirúrgicas en régimen de CMA dentro del Servicio de Ginecología y Obstetricia en los últimos 7 años. Los datos han sido aportados por el sistema de información sanitaria SIS de la Unidad de Gestión Sanitaria de la OSI Araba. Se han incluido en este estudio los procedimientos ginecológicos susceptibles de CMA que cumplen los siguientes criterios:

- Tipo de intervención quirúrgica: histeroscopias quirúrgicas (legrados, polipectomías y miomectomías uterinas), cirugías laparoscópicas (patología ovárica y patología tubárica, esterilización quirúrgica), cirugía mamaria (tumores benignos o malignos y mamoplastias), conizaciones cervicales, cirugía vulvar (a nivel del himen, plastias vulvares y quistes de Bartholino) y colocación de mallas anti-incontinencia urinaria.
- Fisiológicos: pacientes ASA I y ASA II (las pacientes ASA III se deben evaluar de forma individualizada los beneficios y riesgos).
- Sociales: la paciente acepta y comprende el concepto de CMA, tiene soporte de un adulto responsable que la acompañe durante las primeras 24 horas postoperatorias y tiene un hábitat social adecuado: teléfono cercano, localización, higiene...

Análisis estadístico: mediante un estudio univariado, las variables categóricas nominales se han descrito utilizando valores de las frecuencias absolutas y porcentajes. El análisis estadístico se ha realizado con IBM Excell Statistics para Windows, realizando análisis descriptivos básicos junto con gráficos.

Resultados: Durante los años 2018-2024 en total se registraron 2847 cirugías ginecológicas en régimen de CMA. Ha habido un aumento del índice de ambulatorización del 9,96 %, desde el 2018 (31,40 %) hasta el 2024 (41,36 %), consiguiendo el valor más alto en el año 2022 (47,20 %). El tipo de procedimiento más frecuente fue la cirugía mamaria con un 43,84 % seguido de las histeroscopias quirúrgicas con un 23,22 %; por detrás está la cirugía laparoscópica (15,38 %), otros procedimientos (7,13 %), la TOT (3,69 %), las conizaciones (3,48 %) y la cirugía vulvar (3,27 %). El índice de pernoctación se ha incrementado un 2,56 % durante los años 2018-2024; en total se hospitalizaron 402 pacientes. Las cifras han oscilado desde el 9,81 % en 2020 hasta 18,02 % en 2024.

Los procedimientos más frecuentes afectados fueron la cirugía conservadora de mama con ganglio centinela y las mallas antincontinencia. El índice de reingresos por debajo de los 7 días postoperatorios disminuyó 0,23 %, entre los 8 y 15 días posteriores aumentó un 0,44 % y entre los 16 y 30 días posteriores aumentó un 0,22 %. La estancia postoperatoria disminuyó 57 minutos a lo largo del periodo estudiado. El índice de escala de dolor EVA >3 aumentó en un 4,61 %. El índice de suspensiones disminuyó 1,03 % y el índice de cancelaciones disminuyó 0,64 %.

Conclusión: La cirugía ginecológica en régimen de CMA se ha incrementado a lo largo del periodo de estudio.

La cirugía mamaria es el tipo de intervención más frecuente. La CMA se puede considerar un procedimiento seguro para las pacientes debido a que los reingresos son muy poco frecuentes, la estancia hospitalaria postoperatoria es corta y el dolor postoperatorio es fácilmente controlable.

Asimismo, es una práctica sostenible para la gestión sanitaria porque principalmente evita la hospitalización ahorrando así los costes requeridos y las pernoctaciones no planificadas se mantienen en niveles bajos. Además, las suspensiones y cancelaciones de las mismas son inusuales.

La pandemia del COVID-19 tuvo un impacto positivo en la realización de CMA, impulsando la realización de la misma.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria, patología ginecológica, ambulatorización, sostenibilidad, seguridad del paciente.

P-37 CIRUGÍA PROCTOLÓGICA EN NUESTRO CENTRO DE PRIMER NIVEL. ANÁLISIS DE UN TRIENIO

E. Moreno Fernández¹; E. Antonaya Rubia²; F. E. Majano Giménez²; A. Marchal Santiago²; J. Cebrián Pozo²; J. Martín Moreno Montesinos²

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada;

²Hospital Universitario San Agustín. Granada

Objetivos: Conocer el grado de cumplimiento de estándares de calidad en cirugía mayor ambulatoria en cirugía proctológica en nuestro centro de primer nivel.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestro centro de primer nivel. Periodo de estudio 2021 a 2023. Variables registradas: aspectos epidemiológicos (edad, sexo, ASA), operatorios (régimen, patología, tratamiento, fecha de ingreso)

postoperatorios (fecha de alta, motivo pernocta no planificada, asistencia a urgencias, revisión en consulta). Para el registro y análisis de datos se empleó el programa PSPP, considerando valores estadísticamente significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados: Durante el periodo de estudio se programaron un total de 433 pacientes, interviniéndose 397 (total de procedimientos 421). La tasa de suspensión fue del 8,3 %, siendo los principales motivos: test de COVID + 25 % (n = 9), no presentado 22,2 % (n = 8), quirófano inhabilitado 16,7 % (n = 6), falta de tiempo/negativa del paciente 8,3 % (n = 3).

La patología más frecuente fue: sinus pilonidal 36,3 % (n = 153), hemorroides 20,2 % (n = 85), fisura anal 18,8 % (n = 79), fístula perianal 18,5 % (n = 78), pólipo de recto y ano 4 % (n = 17), hidrosadenitis 1,2 % (n = 5) y condilomas 0,9 % (n = 4). Edad media 43,24 años (DS ± 18,274; rango 15-87), predominio sexo masculino 64,7 % (n = 257); ASA: I 41,6 % (n = 165), II 39,8 % (n = 158), III 13,9 % (n = 55) y IV 3 % (n = 12). El tiempo medio de espera para la intervención se situó en 98,5 días (DS ± 50,124; rango 4-261). Los pacientes fueron programados mayoritariamente en régimen de CMA 97 % (n = 385). Estancia media 0,1 día (DS ± 0,347; rango 0-3). La tasa de ambulatorización fue del 91,7 % (n = 353). Principales causas de pernocta no planificada: 34 % (n = 11) quirófano de tarde, 12 % (n = 4) sangrado del apósito, 9 % (n = 3) dolor/náuseas/no consta... Asistencia a urgencias 16,1 % (n = 64) relacionadas con la cirugía tan solo 47 sujetos (11,8 %) siendo los principales motivos: sangrado de la herida 74,5 % (n = 35) y dolor 25,5 % (n = 12). En 7 casos el paciente reingresó 1,7 % (n = 7), y de ellos en seis se revisó la herida en quirófano. Por patologías: Edad media años: sinus 27 (DS ± 11,079), hemorroides 54,9 (DS ± 12,928), fisura 53,8 (DS ± 13,979), fístula perianal 52,8 (DS ± 14,668). Tiempo en LEQ días: sinus 86 (DS ± 34,211), hemorroides 104 (DS ± 54,586), fisura 102,5 (DS ± 52,748), fístula perianal 115,8 (DS ± 58,429). Duración del ingreso en días: sinus 0,08 (DS ± 0,27), hemorroides 0,17 (DS ± 0,415), fisura 0,08 (DS ± 0,277), fístula perianal 0,08 (DS ± 0,325). Índice de sustitución % (n): sinus 92,2 (141), hemorroides 84 (63), fisura 91,8 (67), fístula perianal 93,1 (67). Asistencia a urgencias % (n): sinus 22,9 (35), hemorroides 14,7 (11), fisura 12,3 (9), fístula perianal 5,7 (4).

Conclusión. El manejo de proctología en nuestro centro de primer nivel obtiene buenos resultados de ambulatorización, si bien la asistencia a urgencias es muy elevada siendo necesario optimizar la hemostasia y potenciar la analgesia según procedimientos.

Palabras clave: Proctología, primer nivel, índice sustitución, urgencias.

P-38 CIRUGÍA DE LA HERNIA INGUINAL EN LA TERCERA EDAD. ¿CUÁLES SON NUESTROS RESULTADOS?

E. Moreno Fernández; F. Manuel Carbajo Barbosa; L. Salvador Ordoño; J. Hernan Valdivia Risco; J. D. Turiño Luque; A. Mansilla Roselló

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Conocer estándares de calidad tras hernioplastia inguinal en pacientes de la tercera edad.

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

Resultados: Durante el periodo de estudio se intervinieron un total de 1167 pacientes. De ellos, el 37,5 % ($n = 438$) eran mayores de 64 años en el momento de la cirugía, edad media 74,32 años ($DS \pm 6,558$; rango 65-92). Predominó el sexo masculino (88,6 %; $n = 388$). El 70,3 % ($n = 308$) fueron programados desde consulta para régimen de CMA. Sin embargo, fueron intervenidos en nuestra Unidad de Cirugía de Alta Resolución (UCAR) el 28,1 % ($n = 123$). Las cirugías se realizaron principalmente en turno de mañana (71,2 %; $n = 312$). Las hernias fueron mayoritariamente de localización derecha 42,5 % ($n = 186$), seguidas de las bilaterales 29 % ($n = 127$) e izquierdas 28,5 % ($n = 125$). El 93,8 % ($n = 411$) de las hernias eran completamente reducibles, el 4,6 % ($n = 20$) de forma parcial y tan sólo el 1,6 % ($n = 7$) no lo eran. Se establecieron dos grupos en base a la indicación de régimen de intervención desde consulta:

Ingreso (ING) ($n = 130$) o CMA ($n = 308$).

- Edad media años: ING 77,27 ($DS \pm 6,58$) vs. CMA 73,08 ($DS \pm 6,147$) $p < 0,001$.
- IMC kg/m^2 : ING 26,8 ($DS \pm 3,881$) vs. CMA 26,1 ($DS \pm 3,38$) $p = 0,066$.
- ASA (%): $p < 0,001$:
 - I $\rightarrow$ ING 1 (0,8) vs. CMA 29 (9,4).
 - II $\rightarrow$ ING 42 (32,3) vs. CMA 192 (62,3).
 - III $\rightarrow$ ING 82 (63,1) vs. CMA 84 (27,3).
 - IV $\rightarrow$ ING 5 (3,8) vs. CMA 3 (1).
- Tiempo de evolución de la hernia (%) $p = 0,278$:
 - < 6 meses ING 46 (35,4) vs. CMA 95 (30,8).

- 6-12 meses ING 33 (25,4) vs. CMA 94 (30,5).
- 12-24 meses ING 13 (10) vs. CMA 45 (14,6).
- > 24 meses ING 38 (29,2) vs. CMA 74 (24).
- Centro de intervención UCAR (%): ING 16 (12,3) vs. CMA 107 (34,7) $p < 0,001$.
- Turno de mañana (%): ING 97 (75,8) vs. CMA 215 (70,5) $p = 0,158$.
- Localización hernia (%): $p = 0,92$:
 - Izquierda $\rightarrow$ ING 41 (31,5) vs. CMA 84 (27,3).
 - Derecha $\rightarrow$ ING 45 (36,6) vs. CMA 141 (45,8).
 - Bilateral $\rightarrow$ ING 44 (33,8) vs. CMA 83 (26,9).
- Clasificación EHS (%): $p = 0,31$.
 - L $\rightarrow$ ING 97 (55,7) vs. CMA 218 (55,6).
 - M $\rightarrow$ ING 48 (27,6) vs. CMA 92 (23,5).
 - F $\rightarrow$ ING 7 (4,1) vs. CMA 11 (2,8).
 - Mixtas $\rightarrow$ ING 22 (12,6) vs. CMA 71 (18,1).
- Hernias primarias (%): ING 145 (83,8) vs. CMA 344 (87,9) $p = 0,179$.
- Estancia media días: ING 1,48 ($DS \pm 2,334$) vs. CMA 0,34 ($DS \pm 0,878$) $p < 0,001$.
- Cumple CMA (%): ING 19 (14,6) vs. CMA 226 (73,4) $p < 0,001$.
- Consulta urgencias SI (%): ING 29 (23,6) vs. CMA 49 (17) $p = 0,092$.
 - Al excluir las causas no relacionadas con la cirugía y comparar ambas técnicas ING acudió a urgencias en 18 casos (13,8) frente a los 39 de la CMA (12,7) $p = 0,376$.
- Revisión consulta SI (%): ING 105 (85,4) vs. CMA 254 (88,2) $p = 0,43$.
- Complicaciones en revisión SI (%): ING 29 (27,6) vs. CMA 56 (22) $p = 0,259$.
 - Hematoma fue la complicación más frecuente en ambos grupos, seguido del seroma.

Un total de 245 pacientes no pernoctaron en el centro de intervención (Índice de sustitución 60,05 %). Acudieron a urgencias en el primer mes un total de 78 pacientes (17,8 %). En la revisión en consulta 85 pacientes habían presentado o presentaban alguna complicación (19,4 %), si bien considerando solo las relacionadas con la cirugía este desciende al 13,02 %. La tasa de recidiva global fue de 2,5 % ($n = 11$).

Conclusión: La hernioplastia inguinal en nuestro centro obtiene un índice de sustitución bueno, si bien la asistencia a urgencias de los pacientes es elevada. La tasa de recurrencia global se sitúa dentro de estándares de calidad.

Palabras clave: Hernioplastia inguinal, tercera edad, calidad.

P-39 AMBULATORIZACIÓN DE LA HERNIA PRIMARIA DE LÍNEA MEDIA, ¿DÓNDE PONER EL LÍMITE PARA PLANTEAR UN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA?

E. Moreno Fernández; L. Salvador Ordoño; P. J. Navarro García; B. Espadas Padial; J. D. Turiño Luque; A. Mansilla Roselló

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Conocer que factores condicionan la ambulatorización de las hernias primarias de la línea media a fin de optimizar la indicación de dicho régimen.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestro centro desde 2022 a 2024 de hernia de línea media primaria. Los datos fueron incluidos en el registro EVEREG y posteriormente analizamos datos epidemiológicos (edad, sexo, IMC, ASA), datos intraoperatorios (fecha de la cirugía, tamaño hernia, localización, tipo anestesia, centro y régimen, abordaje, técnica quirúrgica, tipo de malla y localización), datos postoperatorios (fecha de alta, complicaciones intrahospitalarias). El análisis de datos se realizó con el programa PSPP y EPI-DAT versión 3.1 estableciéndose valores de significación para $p < 0,05$.

Resultados: Se intervinieron un total de 256 pacientes, predominando el sexo masculino (68 %; $n = 174$). La edad media fue de 56,57 años ($DS \pm 13,554$; rango 26-87). El IMC promedio fue de 28,05 kg/m² ($DS \pm 4,29$; rango 17,19-42,67). El 51,6 % de los pacientes ($n = 132$) fueron categorizados en base al riesgo anestésico como ASA II, seguidos del ASA I 29,7 % ($n = 76$) y ASA III 17,2 % ($n = 44$). Los pacientes fueron programados desde consulta para régimen ambulatorio en el 70,3 % de los casos ($n = 180$), aunque solo 34,7 % ($n = 86$) de los pacientes fueron intervenidos en nuestra unidad de cirugía de alta resolución (UCAR). Los pacientes fueron intervenidos principalmente en turno de mañana 63,3 % ($n = 162$).

La hernia umbilical fue la más frecuente con un 71,1 % ($n = 182$), seguida de la localización epigástrica (18,4 % [$n = 47$]). El principal motivo para acudir a consulta fue la presencia de una tumoración local en el 72,7 % ($n = 186$), seguidos de aquellos que además aquejaban dolor en la zona 22,3 % ($n = 57$).

El 27,7 % ($n = 71$) de los pacientes asociaron otro procedimiento, siendo el más frecuente la hernioplastia inguinal 71,8 % ($n = 51$), seguido de la diástasis de rectos 16,9 % ($n = 12$).

Se crearon dos grupos para comparar aquellos que completaron el proceso en régimen ambulatorio (Grupo 1; $n = 137$)

y los que no lo hicieron (Grupo 2; $n = 43$) cuyos resultados se describen a continuación:

- Edad media años: Grupo 1 54,27 ($DS \pm 13,319$) vs. Grupo 2 57,58 ($DS \pm 11,788$) $p = 0,124$.
- Sexo: $p = 0,048$.
 - Hombre → Grupo 1 104 (75,9) vs. Grupo 2 26 (60,5).
 - Mujer → Grupo 1 33 (24,1) vs. Grupo 2 17 (39,5).
- IMC kg/m²: Grupo 1 27,4 ($DS \pm 3,666$) vs. Grupo 2 29,1 ($DS \pm 5,201$) $p = 0,047$.
- ASA (%): $p = 0,081$.
 - I → Grupo 1 51 (37,2) vs. Grupo 2 14 (32,6).
 - II → Grupo 1 70 (51,1) vs. Grupo 2 21 (48,8).
 - III → Grupo 1 16 (11,7) vs. Grupo 2 6 (14).
 - IV → Grupo 1 0 (0) vs. Grupo 2 2 (4,6).
- Centro de intervención UCAR (%): Grupo 1 71 (52,2) vs. Grupo 2 7 (16,7) $p < 0,001$.
- Turno de mañana (%): Grupo 1 72 (52,9) vs. Grupo 2 29 (69) $p = 0,066$.
- Localización hernia (%): $p = 0,11$.
 - Umbilical → Grupo 1 100 (72,9) vs. Grupo 2 32 (74,4).
 - Epigástrica → Grupo 1 30 (21,9) vs. Grupo 2 7 (16,3).
 - Otras → Grupo 1 7 (5,2) vs. Grupo 2 4 (9,3).
- Duración cirugía min: Grupo 1 32,7 ($DS \pm 16,196$) vs. Grupo 2 37,79 ($DS \pm 19,127$) $p = 0,088$.
- Diámetro hernia en cm:
 - Transverso → Grupo 1 1,65 ($DS \pm 0,798$) vs. Grupo 2 1,91 ($DS \pm 0,844$) $p = 0,063$.
 - Longitudinal → Grupo 1 1,67 ($DS \pm 0,839$) vs. Grupo 2 1,96 ($DS \pm 0,953$) $p = 0,058$.
- Longitud malla en cm:
 - Transverso → Grupo 1 6,1 ($DS \pm 6,36$) vs. Grupo 2 6,8 ($DS \pm 2,853$) $p = 0,447$.
 - Longitudinal → Grupo 1 6,1 ($DS \pm 6,35$) vs. Grupo 2 6,9 ($DS \pm 2,921$) $p = 0,4$.
- Procedimiento asociado (%): $p = 0,003$.
 - Sí → Grupo 1 115 (83,9) vs. Grupo 2 27 (62,8).
 - No → Grupo 1 22 (16,1) vs. Grupo 2 16 (37,2).

Conclusión. Los principales factores que dificultan de manera significativa la capacidad de ambulatorización de la hernia primaria de línea media son el sobrepeso, el sexo femenino, asociar otro procedimiento a la hernioplastia y su realización en Hospitales Generales en lugar de Unidades de CMA.

Palabras clave: Hernia primaria, línea media, ambulatorización, factores riesgo.

P-40 CIERRE DE LA VENTANA REDONDA COMO TRATAMIENTO PARA LA DEHISCENCIA DEL CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Gonzalvo Gargallo; A. Leceta Sáez de Cámara; A. Lekue Madinabeitia; B. Muria Díaz
Hospital Universitario Álava

Objetivos: La dehiscencia del canal semicircular superior (DCSS) o síndrome de Minor es una alteración caracterizada por la pérdida de continuidad ósea del canal semicircular superior, lo que genera una “tercera ventana” en el oído interno. Esta condición altera la impedancia acústica del sistema vestibulococlear, provocando síntomas auditivos (hipoacusia de conducción) y vestibulares (inestabilidad).

Tradicionalmente, su tratamiento quirúrgico ha incluido técnicas invasivas como la oclusión o el *resurfacing* del canal afectado mediante abordajes transmastoides o por fosa craneal media.

El cierre de la ventana redonda ha emergido como una técnica menos invasiva, que permite mejorar la sintomatología sin los riesgos asociados a los abordajes intracraneales. Esta intervención puede realizarse en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA), que ofrece múltiples ventajas: menor estancia hospitalaria, recuperación más rápida, reducción de costes y mayor satisfacción del paciente.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 63 años diagnosticada de DCSS izquierda. Se describe el proceso diagnóstico y su tratamiento quirúrgico mediante cierre de la ventana redonda por vía transmeatal, utilizando cartílago tragal autólogo, realizado en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Resultados: Paciente femenina de 63 años que consulta por hipoacusia fluctuante izquierda e inestabilidad, sin vértigo rotatorio. Refiere fenómeno de Tullio y posible signo de Hennebert. La otoscopia es normal. La audiometría tonal muestra umbral de 25 dB en oído derecho y hipoacusia de transmisión fluctuante hasta 65 dB en oído izquierdo. Impedanciometría tipo A, sin reflejos estapediales. Acumetría con Rinne negativo izquierdo y Weber lateralizado a la izquierda. La TC de peñascos con proyección de Pöschl confirma la dehiscencia del canal semicircular superior izquierdo. Los potenciales evocados miogénicos vestibulares (cVEMP y oVEMP) muestran aumento de amplitud y descenso del umbral al estimular el oído izquierdo, confirmando el diagnóstico.

Tras evaluar las distintas opciones terapéuticas, se decide intervenir mediante cierre de la ventana redonda izquierda por vía transmeatal, con injerto de cartílago tragal autólogo, en régimen de cirugía mayor ambulatoria. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, sin complicaciones, con mejoría de la clínica vestibular y recuperación auditiva según la audiometría tonal.

Conclusión: El cierre de la ventana redonda por vía transmeatal ha demostrado ser una opción eficaz y segura en el tratamiento de la DCSS. Aunque no corrige la alteración anatómica del canal, modifica la dinámica de presión en el oído interno, reduciendo los efectos patológicos de la “tercera ventana” y mejorando significativamente los síntomas vestibulares y auditivos. Esta técnica, menos invasiva que los abordajes tradicionales, presenta además la ventaja de poder realizarse en régimen de cirugía mayor ambulatoria, lo que permite acortar tiempos de ingreso, facilitar la recuperación y minimizar riesgos hospitalarios, sin comprometer los resultados clínicos. En pacientes seleccionados, este enfoque puede optimizar tanto la eficacia terapéutica como la eficiencia del sistema sanitario.

Palabras clave: DCSS, cierre ventana redonda, CMA.

P-41 IMPLANTACIÓN QUIRÚRGICA DE ELECTRODOS DE NEUROMODULACIÓN SACRA EN RÉGIMEN AMBULATORIO: DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE UN PROCEDIMIENTO EFICAZ, SEGURO Y POCO INVASIVO

M. Elorriaga Urruticoechea; M. Gómez Egaña; B. Cermeño Toral; L. Fernández Rico; J. Mateo Retuerta; J. Azaola Verón; P. Helguera Martínez; E. Tkacikova Retkovska

Hospital Universitario de Araba

Objetivos: El síndrome de resección anterior baja (LARS, por sus siglas en inglés) es una alteración de la función intestinal que puede aparecer tras una cirugía de resección de recto, perjudicando la calidad de vida de los pacientes. Entre los principales factores de riesgo se incluyen la radioterapia previa a la cirugía; la escisión mesorrectal total; una resección muy baja; la dehiscencia de la anastomosis; y el empleo de estomas de protección. Para su diagnóstico existen diversas herramientas, siendo la escala de LARS la más empleada en la práctica clínica. Otras pruebas complementarias que pueden ser útiles incluyen la colonoscopia, la ecografía endorrectal, la manometría

anorrectal y el estudio de la latencia del nervio pudiendo. El primer abordaje suele ser conservador, comenzando con medidas dietéticas y el uso de medicamentos como los formadores de bolo o los agentes *bulking*. Si no se obtiene mejoría, se pueden aplicar técnicas como la irrigación transanal o la rehabilitación del suelo pélvico con *biofeedback*. En los casos donde el tratamiento convencional no da resultados tras un año, hay alternativas avanzadas como la neuroestimulación de raíces sacras.

Métodos: Presentamos a una paciente de 57 años con antecedente de adenocarcinoma de recto (pT3N1cM0) tratado en 2011 con quimio-radioterapia neoadyuvante, cirugía y quimioterapia adyuvante incompleta. En 2022 desarrolla síntomas compatibles con LARS. Los estudios muestran disminución de la capacidad rectal con integridad esfinteriana y reflejos conservados. Tras el fracaso del tratamiento conservador, se realiza neuromodulación de raíces sacras (NMRS). La fase de prueba muestra buenos resultados, indicándose su implantación definitiva. A continuación se explica la técnica de colocación de electrodos.

Conclusiones: Para su colocación, la paciente se encuentra en decúbito prono con rodillas semiflexionadas y los pies descubiertos, sin apoyarse en la camilla, para poder observar la flexión plantar. El procedimiento se realiza bajo anestesia local y sedación. Se identifica la proyección cutánea de los forámenes sacros S3 y S4. A través del foramen, se introducen las agujas de estimulación con una inclinación de 60° respecto al plano cutáneo. Se realiza escopia para comprobar la correcta colocación y se conecta voltaje para observar la contracción anal. A través de la aguja se introduce una guía metálica radiopaca y tras realizar un corte en piel se introduce un dilatador, cuya punta debe quedar 1/2 mm por debajo del margen inferior del sacro. A través del dilatador se introduce el electrodo tetrapolar. Se comprueba la obtención de respuesta motora del esfínter anal, idealmente con menos de 2 voltios. Tras esto, se realiza una nueva proyección de escopia anteroposterior para comprobar que el electrodo entra desde la región medial del foramen y se dirige de manera cráneo-caudal y latero-medial. Para terminar la fase de prueba, se tuneliza el subcutáneo y se une el dispositivo a un cable de extensión percutánea. En la fase definitiva la batería se colocaría en el subcutáneo.

La neuromodulación sacra es una alternativa eficaz y segura en el manejo del LARS, siendo una técnica de bajo riesgo, mínimamente invasiva y que habitualmente no requiere ingreso hospitalario.

Palabras clave: Resección anterior baja, LARS, neuromodulación.

P-42 HERNIOPLASTIA PROGRAMADA CON GIRO ONCOLÓGICO: LEIOMIOSARCOMA VASCULAR DEL CORDÓN ESPERMÁTICO

M. Suárez Alonso; M. E. Benal Sánchez; M. A. Nieves Vázquez

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Introducción: El leiomiosarcoma es una neoplasia maligna rara de origen mesenquimatoso derivada del músculo liso. Aunque su localización habitual se encuentra en áreas como el tracto gastrointestinal y los vasos sanguíneos, los casos que involucran el cordón espermático son extremadamente infrecuentes. La presentación clínica suele ser inespecífica y puede simular patologías benignas comunes, como la hernia inguinal. Este caso clínico describe a un paciente masculino de 64 años, diagnosticado inicialmente con una hernia inguinal posiblemente incarcerationada, que resultó ser un leiomiosarcoma vascular del cordón espermático.

Objetivos: Presentar un caso clínico de leiomiosarcoma vascular del cordón espermático, enfatizando la importancia del diagnóstico diferencial ante hallazgos clínicos atípicos y la relevancia de un enfoque terapéutico quirúrgico adecuado.

Métodos: Paciente masculino de 64 años, con antecedentes de esquizofrenia, que acudió a consulta de urología por dolor en la región inguinal izquierda. La exploración física reveló una masa inguinal izquierda dolorosa a la palpación. El Servicio de Urgencias, dado el posible diagnóstico de incarcerationación, se solicita TAC en el que se descarta dicha complicación y se identifica posible hidrocele izquierdo. Se programó una intervención quirúrgica electiva. Durante la misma, se identificó una lesión sólida dependiente del cordón espermático izquierdo, que fue extirpada en su totalidad. El análisis anatomopatológico reveló un leiomiosarcoma vascular. Posteriormente, el paciente fue sometido a una segunda intervención para ampliación de márgenes y recibió tratamiento con radioterapia adyuvante.

Conclusiones: El leiomiosarcoma vascular del cordón espermático es una entidad rara que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de cualquier masa inguinoescrotal, incluso en el contexto de una hernia inguinal. Aunque la incidencia de este tumor es baja, representando solo el 10% de los sarcomas paratesticulares, su presencia puede ser confundida con patologías benignas comunes, lo que subraya la importancia de realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo, especialmente en pacientes con características clínicas atípicas.

Este caso resalta la relevancia de las pruebas complementarias como la tomografía computarizada (TAC), aunque en

este caso no permitió identificar la naturaleza tumoral de la masa. De hecho, el hallazgo intraoperatorio inesperado de un leiomioma del cordón espermático enfatiza la necesidad de mantener una alta sospecha clínica y ser flexible en la interpretación de los hallazgos quirúrgicos. La cirugía ambulatoria rutinaria puede presentar desafíos imprevistos, lo que exige una planificación quirúrgica cuidadosa y la disposición para actuar ante hallazgos inesperados. En resumen, este hallazgo enfatiza la necesidad de una valoración preoperatoria exhaustiva y la precaución ante cirugías ambulatorias aparentemente rutinarias.

Palabras clave: Hernia, hernioplastia, tumor, leiomioma, sarcoma.

P-43 CIRUGÍA DEL SINUS PILONIDAL EN RÉGIMEN DE CMA: RESULTADOS DE DOS AÑOS

E. Tkacikova Retkovska; E. Merino Díez; J. Azaola Verón; M. Gómez Egaña; L. Reka Mediavilla; M.A. Garcés Garmendia; V. Sierra Esteban; E. Campo Cimarras
Hospital Universitario de Álava

Objetivos: A día de hoy sigue en discusión el abordaje quirúrgico preferido para el tratamiento del sinus pilonidal sacrococcígeo (SPS). La exéresis en bloque del tejido afecto con cierre primario o por segunda intención constituye uno de los procedimientos más empleados. Los desafíos de esta patología siguen siendo las recidivas y la morbilidad asociada al tratamiento.

El objetivo de este trabajo es exponer los resultados de los casos de sinus pilonidal intervenidos en nuestro centro, realizando revisión de la literatura más actualizada sobre esta entidad tan frecuente en el régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Métodos: Estudio retrospectivo que analiza los datos de pacientes intervenidos del SPS bajo criterios CMA entre los años 2023 y 2024 (ambos inclusive). Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, tabaquismo, antecedentes de cirugía por sinus pilonidal, técnica quirúrgica empleada, antibioterapia al alta, contacto con el Servicio de Urgencias por complicaciones postoperatorias, dehiscencia de herida quirúrgica, uso de terapia de presión negativa y tasa de recidiva hasta la fecha actual.

Resultados: Se incluyeron 194 pacientes en el estudio, en su mayoría varones (77,8 %), con una edad media de 30,2 años (desviación estándar $\pm$ 11,7). Se registraron 83 pacientes como fumadores (42,8 %) y 7 ex-fumadores

(3,6 %). Veintidós pacientes (11,3 %) habían sido intervenidos previamente por SPS. La técnica quirúrgica más realizada fue la escisión en bloque asociando cierre primario (91,8 %). En 16 pacientes (8,2 %) se optó por escisión y cierre por segunda intención. Al alta, se prescribió antibioterapia a 77 pacientes (39,7 %). Durante el postoperatorio, 25 pacientes (12,9 %) acudieron al Servicio de Urgencias por complicaciones postquirúrgicas. La tasa de dehiscencia tras cierre primario fue del 35,4 % (63 pacientes), y 14 de ellos precisaron terapia de presión negativa para una adecuada cicatrización. La tasa de recidiva actual es del 4,6 %.

La exéresis amplia con cierre primario ha sido la técnica más empleada en nuestro centro, con tasas de dehiscencia similares o ligeramente superiores a las publicadas en otras series. En los últimos años se ha observado una tendencia hacia abordajes mínimamente invasivos, indicados principalmente en casos de enfermedad limitada. Para estandarizar las indicaciones, es recomendable el uso de un sistema de clasificación uniforme, mejorando asimismo la evaluación de los casos recidivados.

Palabras clave: Sinus pilonidal, dehiscencia, recidiva.

P-45 FACTORES ASOCIADOS AL FALLO DE CMA EN LA CIRUGÍA DE LA HERNIA UMBILICAL

A. Vázquez Melero; M. Sánchez Rubio; I. Herrero López; I. Bolinaga del Pecho; P. Reurich Gómez
Hospital Universitario Araba

Objetivos: Identificar los factores asociados al fallo de CMA y evaluar la influencia de la técnica quirúrgica en pacientes intervenidos de hernia umbilical.

Métodos: Se realizó un estudio observacional analítico sobre 184 pacientes intervenidos de manera programada de hernia umbilical en un hospital de tercer nivel durante el año 2024. Se analizaron las variables edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), uso de anticoagulantes orales (ACO), antiagregantes plaquetarios (AAG), técnica quirúrgica empleada y complicaciones intraquirúrgicas. La variable principal fue el fallo de CMA, definido como la necesidad de ingreso hospitalario no planificado.

Se utilizó análisis bivariado (pruebas de chi-cuadrado y Mann-Whitney) para evaluar la asociación entre las variables y el fallo de CMA.

Resultados: El porcentaje global de fallo de CMA fue del 6,5 % (12 casos). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con y sin fallo de CMA respecto al sexo ($p = 1,00$), IMC ($p = 0,75$), uso de ACO ($p = 0,95$), uso de AAG ($p = 0,86$), técnica quirúrgica ($p = 0,81$) o complicaciones intraoperatorias ($p = 1,00$). Tampoco se halló una asociación significativa con la edad ($p = 0,41$).

Conclusiones: La cirugía mayor ambulatoria para la reparación de hernias muestra una baja tasa de fallo de CMA en nuestro centro.

No se identificaron factores demográficos ni técnicos asociados de forma significativa al ingreso no planificado.

Palabras clave: Hernia umbilical, fallo CMA.

P-46 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS HERNIOPLASTIAS INGUINALES TIPO LICHTENSTEIN REALIZADAS EN RÉGIMEN AMBULATORIO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

M. Milla Dos Santos; I. Langara Céspedes; I. Tortosa Garrido; N. Ruiz de la Illa Barredo; P. Sendino Cañizares; P. Mifsut Porcel; G. Errazti Olartekoetxea; A. de la Quintana Basarrate

Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia

Objetivos: Examinar la efectividad, seguridad y complicaciones más frecuentes asociadas a la hernioplastia inguinal mediante la técnica de Lichtenstein en pacientes intervenidos en cirugía mayor ambulatoria (CMA) en nuestro centro.

Métodos: Se presenta un estudio descriptivo retrospectivo que incluye a 144 pacientes sometidos a hernioplastia inguinal tipo Lichtenstein por la Unidad de Pared en régimen ambulatorio de manera consecutiva durante los años 2022 y 2023. Las variables analizadas son: las características de los pacientes, el índice de visitas a urgencias y reingreso, las complicaciones desarrolladas en el postoperatorio y la tasa de recidiva.

Resultados: El 92 % de los pacientes son varones y la edad media es de 59 años. La mayoría presentan un índice ASA de I o II (95 %). En cuanto a los factores de riesgo, uno de cada cuatro son fumadores y menos del 12 % padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) y/o están inmunodeprimidos. Asimismo, la media del índice de masa corporal es de 25,5. Por otro lado, todas las hernias intervenidas son

primarias, en todos los casos se emplea una malla autoadhesiva y solo en el 5 % se da un punto de fijación al pubis. En el periodo postoperatorio inicial, 9 pacientes (6,25 %) acuden al Servicio de Urgencias, principalmente por dolor y serohematoma, habiendo un único caso de sobreinfección. Ninguno precisa reingreso. En la primera consulta de control, el 80 % de los pacientes se encuentran asintomáticos. Solo un 17 % requieren consultas sucesivas, siendo el motivo más frecuente el dolor, seguido de los problemas con la herida quirúrgica. Entre los pacientes con dolor o complicaciones a nivel de la herida quirúrgica, más de la mitad (54 %) tiene un IMC mayor de 25, es fumador o está inmunodeprimido. Por otro lado, no se relaciona el punto de fijación de la malla al pubis con el dolor postoperatorio. En cuanto a la recidiva herniaria clínica, se registran dos casos (incidencia del 1,38 %), ambos en pacientes con un IMC mayor de 25. En conclusión, la hernioplastia inguinal tipo Lichtenstein con malla autoadhesiva es una técnica segura y eficaz con una baja tasa de complicaciones para el tratamiento de la hernia inguinal primaria en régimen de CMA.

Palabras clave: Hernioplastia, Lichtenstein, complicaciones, recidiva, análisis.

P-48 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES PARA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

M. Foj Cabrerizo; A. Leceta Sáez de Cámara; M. Clari Comes; B. Gonzalvo Gargallo; A.M. Moreno Rueda

Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

Objetivos: La cirugía mayor ambulatoria (CMA) permite realizar procedimientos quirúrgicos sin necesidad de ingreso hospitalario, favoreciendo una recuperación rápida y una mayor eficiencia del sistema sanitario. En el ámbito de la Otorrinolaringología, los avances en técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas y anestesia ambulatoria han ampliado progresivamente el número de procedimientos realizables en régimen ambulatorio. Para estos procedimientos, la selección de pacientes es importante para minimizar complicaciones y garantizar la seguridad. El objetivo de esta comunicación es identificar los procedimientos y criterios de selección que han sido incorporados recientemente a esta modalidad asistencial, mediante una revisión de guías clínicas nacionales e internacionales.

Métodos: Revisión de guías clínicas y recomendaciones de sociedades científicas como la Sociedad Española

de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SEORL-CCC), la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR) y la American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery (AAO-HNS).

Conclusiones: Los criterios generales de inclusión para la CMA en Otorrinolaringología incluyen pacientes con clasificación ASA I–II, buena estabilidad clínica, edad adulta, según el procedimiento, soporte familiar o domiciliario adecuado y accesibilidad al hospital en caso de complicaciones. Además, deben tratarse de procedimientos de duración limitada, bajo riesgo de sangrado o complicaciones respiratorias, y con adecuada previsión de control del dolor postoperatorio.

Por otro lado, se consideran factores de exclusión la presencia de enfermedades sistémicas descompensadas, clasificación ASA IV, ausencia de soporte familiar o social, dificultad para acceder a servicios de urgencia en caso de necesidad, o procedimientos quirúrgicos con alto riesgo de complicaciones postoperatorias.

Entre los procedimientos tradicionalmente realizados en régimen ambulatorio destacan la exéresis de lesiones benignas de cavidad oral, la cirugía del oído externo, y determinados procedimientos cervicales menores, como la exéresis de adenopatías superficiales. No obstante, en los últimos años, y según las actualizaciones de la SEORL-CCC, se han incorporado progresivamente a la cirugía mayor ambulatoria otras intervenciones más complejas en pacientes seleccionados. Entre estas se incluyen la cirugía endoscópica nasal funcional limitada, la microcirugía laríngea para extirpación de lesiones benignas de cuerdas vocales, las timpanoplastias tipo I, cirugías de oído medio y la uvulopalatoplastia en casos leves de apnea del sueño.

En conclusión, la correcta selección de pacientes, basada en criterios clínicos estandarizados, resulta esencial para el éxito de la CMA. La incorporación de nuevos procedimientos ambulatorios puede considerarse segura siempre que se respeten dichos criterios. Además, ha sido posible gracias a los avances técnicos, la mejora de las técnicas anestésicas y una gestión más eficiente del proceso perioperatorio. Estas conclusiones refuerzan la necesidad de una revisión periódica de los protocolos asistenciales, con el fin de adaptar la práctica clínica a la evidencia más actual y seguir optimizando la calidad y seguridad del proceso quirúrgico.

Palabras clave: Cirugía Mayor Ambulatoria, procedimientos quirúrgicos ORL, selección de pacientes, guías clínicas.

P-49 PRÓTESIS DE PENE EN RÉGIMEN AMBULATORIO

N. García de Garayo Pires; N. Herrera Aranda; P. Arce Cuartango; P. San Martín Vilarriño; H. Ayerra Pérez; I. Merino Narro; I. Duque Martínez; I. Nicolás Jiménez
Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

Objetivos: Describir el protocolo desarrollado en nuestro centro para la implantación de prótesis de pene (IPP) de forma ambulatoria, así como analizar los resultados preliminares obtenidos.

Métodos: Descripción del protocolo desarrollado en nuestro centro, junto con el servicio de Anestesiología, para el manejo de los pacientes intervenidos de IPP con CMA. Análisis descriptivo de los 10 pacientes intervenidos desde la implantación del protocolo.

Resultados: Durante la valoración prequirúrgica, el equipo de Anestesia decide si los pacientes cumplen criterios para CMA.

De los 10 pacientes incluidos, 6 cumplían criterios de CMA, con una clasificación ASA de 2.

El procedimiento se realiza bajo anestesia raquídea o general con bloqueo del plano transversal del abdomen (TAP) y dorsal peneano.

La edad media de los pacientes incluidos es de 58.75 años con un IMC medio de 29,32. El tiempo quirúrgico medio fue de 126 minutos.

Tras la intervención, los pacientes se mantienen en observación entre 6 y 8 horas, tras lo cual, si no hay ningún inconveniente, son dados de alta con la prótesis activada y manteniendo el vendaje colocado.

Finalmente, 5 pacientes fueron realizados en régimen ambulatorio. El paciente restante, ante la presencia de dolor y mareo (Clavien Dindo tipo 1), tuvo que permanecer hospitalizado.

El protocolo de analgesia al alta consiste en paracetamol, dextetoprofeno/tramadol y metamizol durante 5-7 días.

Al día siguiente, son valorados en consultas de Urología, donde se desactiva la prótesis y se retira el vendaje.

Ninguno de los pacientes incluidos en el estudio ha presentado ninguna complicación en el postoperatorio inmediato. Según nuestra experiencia, la implantación de prótesis de pene en régimen ambulatorio es segura, factible y costoeficiente en aquellos pacientes seleccionados.

Palabras clave: Prótesis de pene, CMA.

P-50 REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LA HERNIA DE SPIEGEL EN RÉGIMEN DE CMA: EXPERIENCIA Y RESULTADOS

R. Ducaille Sinués; A. Vázquez Melero; I. Herrero López; M. Sánchez Rubio; M. Gómez Egaña; E. Tkacikova; J. Azaola Verón; M. Elorriaga Urruticoechea
Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

Objetivos: La hernia de Spiegel es una hernia infrecuente de la pared abdominal que surge entre la línea semilunar y el borde lateral del músculo recto abdominal.

Con una incidencia de entre 0,1-2 %, son hernias de difícil diagnóstico ya que a menudo producen escasa sintomatología y su localización anatómica hace que en muchas ocasiones no sean palpables en la exploración física. Es por ello que muchos pacientes requieren pruebas de imagen adicionales para el diagnóstico, siendo la ecografía y la tomografía computarizada (TC) las que ofrecen mayor rendimiento.

Dada su alta tasa de incarceration o estrangulación (24-27 %) por sus implicaciones anatómicas, su diagnóstico establece la indicación de cirugía.

El desarrollo de las técnicas laparoscópicas ha permitido que este abordaje sea seguro y efectivo en el tratamiento de estas hernias, disminuyendo las recurrencias, la morbilidad y la estancia hospitalaria.

Nuestro objetivo es revisar los resultados de todos los pacientes intervenidos en el Hospital Universitario de Álava hasta la fecha con diagnóstico de hernia de Spiegel en los años 2024 y 2025, con especial atención a aquellos intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) para examinar si la reparación ambulatoria de este tipo de hernias puede ser segura y eficaz para los pacientes.

Métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la hernia de Spiegel y su manejo empleando la plataforma PubMed, incluyendo todos los artículos de relevancia encontrados. Se han revisado los datos de todos los pacientes intervenidos de hernia de Spiegel en nuestro hospital en los años 2024-2025 y se ha realizado un análisis descriptivo.

Conclusiones: Se han intervenido 14 pacientes de hernia de Spiegel en este periodo de tiempo. Todos los pacientes se intervinieron de manera programada, a excepción de una intervención urgente. La media de edad fue de 69 años, siendo clasificados la mayoría de ellos como ASA II (71 %). Una mayoría de los pacientes se intervinieron mediante abordaje laparoscópico (57 %), siendo el TAPP con colocación de malla Ventralex la técnica más realizada. En el resto de los pacientes en los que se realizó una técnica abierta, al 83% se colocó una malla ventralex a excepción de una herniorrafia.

Tres pacientes presentaron complicaciones postoperatorias (Clavien-Dindo I). Dos de ellos seromas y uno hematoma, que no requirieron tratamiento. No se han objetivado recidivas en el seguimiento y 8 de los pacientes han sido dados de alta de las consultas tras el primer mes. El resto de los pacientes siguen pendientes de valoración y uno de ellos perdió el seguimiento por exitus previamente a su valoración.

El 71 % de los pacientes fueron programados en régimen de CMA y de estos, en 2 pacientes se suspendió la CMA. En un caso por dificultad para estar acompañado las primeras 24 horas postoperatorias y en el otro por malestar general y mareo, precisando posteriormente un único día de ingreso. En los pacientes programados con ingreso la estancia media fue de 4,6 días, precisando uno de los pacientes ingreso prolongado de 7 días por asociar una eventroplastia Rives.

Conclusión: El diagnóstico de una hernia de Spiegel, dado su aumentado riesgo de complicación establece la indicación de reparación quirúrgica.

A pesar de no disponerse de mucha literatura en este aspecto, el tratamiento quirúrgico de la hernia de Spiegel en régimen de CMA parece suponer una alternativa segura y efectiva para los pacientes.

El desarrollo y la implementación de las técnicas laparoscópicas ha supuesto un avance en este sentido, estando descrita la disminución en el número de recidivas, morbilidad y estancia hospitalaria como vemos en los resultados obtenidos en los pacientes intervenidos por el servicio de Cirugía General en nuestro hospital.

Palabras clave: Hernia, Spiegel, CMA, laparoscópico.

P-51 EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN EL HOSPITAL ESCUELA DEL LITORAL, PAYSANDÚ - URUGUAY CLÍNICA QUIRÚRGICA 3 - HOSPITAL DE PAYSANDÚ - FACULTAD DE MEDICINA - UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

G. Deleón Lagurara; G. Perrone; F. Madera; V. da Rosa; M. Cresci; C. Sorbara; F. Rodríguez; L. Irigaray
Hospital de Paysandú, Uruguay

Objetivos: En el Hospital de Paysandú se inició la implementación estructurada de una Unidad de CMA (UCMA) con foco en dos procedimientos de alta prevalencia: colecistectomía laparoscópica y hernioplastias.

El objetivo es evaluar la evolución anual (2022-2024) del volumen quirúrgico CMA, con énfasis en colecistectomías

y hernias, así como el impacto en los índices de ambulatorización y sustitución.

Métodos: Se trata de un estudio observacional descriptivo de tipo retrospectivo, basado en el análisis de datos institucionales recogidos entre los años 2022 y 2024, que describe la evolución de la actividad quirúrgica ambulatoria (herniorrafias y colecistectomías laparoscópicas) en términos de volumen, índice de ambulatorización e índice de sustitución, como indicadores de impacto de la implementación de una unidad de CMA en un hospital regional público. Se analizaron todos los procedimientos programados entre mayo 2022 y diciembre 2024. El año 2025 se produce reforma de sala de operaciones con la caída de la coordinación por el plan de contingencia. Se calcularon: Índice de ambulatorización: CMA/Cirugías potencialmente ambulatorias; Índice de sustitución: CMA / Total de cirugías programadas.

Resultados: Durante el periodo 2022-2024 se observó una progresiva incorporación de cirugías ambulatorias al circuito asistencial, con un aumento inicial en la proporción de casos tratados como CMA. Sin embargo, esta tendencia muestra un retroceso significativo en el primer cuatrimestre de 2025, lo que sugiere dificultades en la consolidación del modelo o la presencia de barreras estructurales y operativas que deben ser analizadas en profundidad.

A pesar de que una proporción relevante de las cirugías programadas son potencialmente ambulatorizables, el índice de sustitución (cirugías CMA realizadas sobre el total de cirugías ambulatorizables) permanece por debajo de los valores esperados según estándares nacionales e internacionales. Esto evidencia un subaprovechamiento de la modalidad CMA, que repercute en tiempos de espera, ocupación quirúrgica y costos hospitalarios.

Año	Cir Prog	Colelap CMA	Hernia CMA	Cir CMA	Cir Conv	Cir Pot	CMA IS	IA
2022	146	24	16	40	106	102	39,2 %	27,3 %
2023	203	50	23	73	130	146	50 %	35,9 %
2024	219	46	18	64	155	155	41,2 %	29,2 %
2025	65	1	3	4	61	45	8,8 %	6,1 %
TOTAL	633	121	60	181	452	448	40,4 %	28,5 %

Discusión: Por lo tanto, este análisis busca no solo describir los datos registrados, sino también interpretar sus implicancias clínicas, organizativas y de gestión. La discusión se centrará en identificar factores limitantes, revisar las estrategias actuales de selección y preparación de pacientes, y proponer líneas de acción que permitan aumentar la capacidad resolutive y sostenibilidad del modelo ambulatorio.

AÑO	Cirugías Programadas	Cirugías CMA	% CMA
2022	146	40	27,4 %
2023	203	73	36,0 %
2024	219	64	29,2 %
2025	6	4	6,2 %

Hay un crecimiento hasta 2023, con un descenso en 2024 y marcada caída en 2025 (posiblemente porque aún no ha finalizado el año y hay factores externos). Pico en 2023, con 73 cirugías CMA, representando el mayor volumen y porcentaje respecto al total.

AÑO	Cirugías Programadas	Cirugías CMA	% CMA
2022	102	40	39 %
2023	146	73	50 %
2024	155	64	41 %
2025	45	45	9 %

En el índice de sustitución se observa una mejora progresiva hasta 2023, pero nuevamente un retroceso en 2024-2025. El objetivo ideal en estándares internacionales es $\geq 0,6$ - $0,7$, lo que indica un subaprovechamiento de la modalidad ambulatoria. La Unidad CMA del Hospital de Paysandú ha mostrado un progreso inicial importante, pero aún hay un amplio margen de mejora en el aprovechamiento del potencial ambulatorio.

Conclusiones: Del análisis de los datos podemos ver que se implementó con éxito la CMA como modalidad quirúrgica desde 2022 y que se alcanzó un índice de sustitución del 50 % en 2023, indicador positivo. Sin embargo, el promedio del índice de ambulatorización para todo el periodo (0,285) es bajo comparado con estándares óptimos ($> 0,6$) a lo que se suma un retroceso en 2024 y 2025, con muy baja actividad en lo que va del último año. Tenemos que mejorar en implementar circuitos preoperatorios más eficientes para facilitar selección y preparación del paciente, así como la revisión de criterios de selección de CMA para ampliarlos y fortalecer el equipo quirúrgico, anestésico y de enfermería específico para CMA. Los recursos limitados de camas de internación ha sido uno de los motivos que decidió a la Dirección apoyar este proyecto, si bien seguimos luchando con la inercia institucional hacia la cirugía convencional, la falta de confianza en algunos cirujanos en la modalidad y la falta de incentivos o reconocimiento institucional a la modalidad CMA.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria, evaluación de resultados en la atención de salud, investigación en servicios de salud, colecistectomía laparoscópica, hernia inguinal / cirugía.

P-54 RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE NYHUS EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA): EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I. Bolinaga del Pecho; A. Vázquez Melero; M. Sánchez Rubio; I. Herrero López; P. Reurich Gómez
Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

Introducción: La reparación de hernias inguinales mediante la técnica de Nyhus es una opción bien establecida, especialmente en casos recidivados. Sin embargo, su aplicación en el contexto de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) no está ampliamente documentada. En nuestro hospital, se ha implementado esta técnica en CMA, buscando una alternativa segura y eficaz que optimice la recuperación del paciente sin ingreso hospitalario.

Objetivo: Analizar los resultados clínicos y quirúrgicos obtenidos con la técnica de Nyhus en pacientes intervenidos en régimen de CMA durante el año 2024, evaluando su seguridad y viabilidad en este contexto.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se revisaron los casos de hernia inguinal intervenidos quirúrgicamente en 2024. De un total de 586 hernias, 28 fueron tratadas mediante técnica de Nyhus. Se analizaron variables como modalidad de cirugía (programada vs. urgente), tipo de hernia (primaria vs. recidivada), lateralidad, sexo del paciente, complicaciones postoperatorias y régimen ambulatorio. Doce pacientes fueron programados como CMA, sin producirse reingresos ni necesidad de conversión a cirugía convencional.

Resultados: De los 28 casos operados con técnica de Nyhus:

- 21 (75 %) fueron cirugías programadas y 7 (25 %) urgentes.
- En 2 pacientes de los operados de urgencia se realizó resección intestinal.
- 17 (60,7 %) correspondían a hernias primarias y 11 (39,3 %) a recidivadas.
- 3 casos fueron bilaterales, 16 derechos y 9 izquierdos.
- 9 pacientes eran hombres (32,1 %) y 19 mujeres (67,9 %).
- 12 procedimientos se realizaron en régimen de CMA, sin fallos ni reingresos, el resto fue intervenido en régimen de hospitalización.
- En cuanto a complicaciones postoperatorias, se registró un caso de seroma y un caso de hematoma, ambos resueltos sin necesidad de intervención quirúrgica.

Conclusión: La técnica de Nyhus demuestra ser una opción segura y eficaz para la reparación de hernias inguinales, incluso en el contexto de la Cirugía Mayor Ambulatoria.

Nuestra experiencia sugiere que, con una adecuada selección de pacientes y un protocolo quirúrgico estandarizado, es posible incorporar esta técnica en CMA sin comprometer los resultados clínicos ni la seguridad del paciente.

Palabras clave: Hernia inguinal, técnica de Nyhus, CMA, seguridad quirúrgica.

P-55 ANÁLISIS EVOLUTIVO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE CMA EN CIRUGÍA DE HERNIA INGUINAL/CRURAL

M. Sánchez Rubio; I. Herrero López; A. Vázquez Melero; I. Bolinaga del Pecho; P. Reurich Gómez
Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

Introducción: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) para la reparación de hernias inguinales y crurales es una práctica segura, eficaz y coste-efectiva, que permite optimizar recursos sanitarios y mejorar la experiencia del paciente al evitar el ingreso hospitalario.

En nuestro hospital de tercer nivel contamos con un protocolo actualizado en enero de 2021 para la inclusión de pacientes en CMA. Sin embargo, tras un análisis realizado en 2022 sobre los resultados del periodo 2020-2021, detectamos que una proporción significativa de pacientes que cumplían criterios de CMA ingresaban tras la intervención debido a que no habían sido correctamente incluidos en el circuito desde la consulta. En concreto, el 41 % de los ingresos correspondían a pacientes que cumplían criterios pero no fueron incluidos adecuadamente.

Esta observación puso de manifiesto que, además de contar con un protocolo bien diseñado, es imprescindible su correcta aplicación desde el momento de la inclusión en lista de espera quirúrgica, así como su difusión y comprensión entre todos los profesionales implicados. Por ello, se plantearon acciones para mejorar la información y la formación sobre los criterios de inclusión, con el objetivo de lograr una mejora continua en nuestros resultados asistenciales.

Objetivo: El objetivo de este estudio es conocer si, tras el análisis de resultados realizado en 2022 y las acciones dirigidas a mejorar la difusión del protocolo de CMA entre los profesionales, se ha producido una mejora en los resultados en cuanto al porcentaje de pacientes incluidos correctamente en el circuito CMA desde consulta y la reducción de ingresos postoperatorios innecesarios en pacientes candidatos a CMA.

Métodos: Se revisaron retrospectivamente los pacientes intervenidos de hernia inguinal o crural programada durante

el año 2024, analizando cuántos fueron incluidos desde la consulta en el circuito CMA, cuántos de ellos completaron el proceso ambulatorio correctamente y cuántos ingresaron tras la intervención. Posteriormente, se compararon estos datos con los obtenidos en el periodo 2020-2021, antes de las acciones de mejora, para valorar si ha habido avances significativos.

Resultados: Durante el año 2024 se intervinieron un total de 789 pacientes por hernia inguinal o crural en nuestro centro. De ellos, 591 pacientes (lo que representa un 74,90 %) fueron incluidos desde la consulta en el circuito de CMA. De este grupo, 71 pacientes (12,01 %) requirieron ingreso hospitalario tras la intervención, ya fuera por complicaciones intraoperatorias, postoperatorias o por otros motivos que interrumpieron el circuito ambulatorio.

En comparación con los resultados obtenidos en el periodo 2020-2021, se observa una evolución favorable. Durante esos años, se operaron 1214 pacientes por la misma patología, siendo 871 (71,74 %) los incluidos en el circuito CMA desde consulta. Sin embargo, 195 pacientes (16 %) ingresaron tras la cirugía, no solo por complicaciones clínicas, sino también por errores en la aplicación de los criterios de inclusión, es decir, pacientes que cumplían los requisitos, pero no fueron correctamente canalizados a través del circuito ambulatorio.

Esta comparación refleja una mejora global tanto en la tasa de inclusión en CMA desde la consulta (que ha pasado del 71,74% al 74,90%), como en la reducción del porcentaje de ingresos postoperatorios entre los incluidos en CMA (que se ha reducido del 16 % al 12,01 %). Estos datos sugieren un avance en la eficacia del circuito y, especialmente, una mejor aplicación de los criterios de inclusión gracias a la labor de formación y difusión realizada en los últimos años.

Conclusiones: Las cifras actuales reflejan una tendencia positiva y consolidan la efectividad del protocolo de CMA para la cirugía herniaria en nuestro centro. La mejora en la inclusión desde consulta y la reducción de ingresos innecesarios tras la intervención son indicativos del impacto positivo que ha tenido la difusión activa de los criterios de inclusión entre los profesionales.

Estos resultados refuerzan la importancia de no solo contar con protocolos claros y actualizados, sino también de garantizar su correcta aplicación mediante la formación continua, la revisión periódica y la implicación de todos los profesionales en el circuito quirúrgico. La mejora continua es posible y está directamente relacionada con el compromiso institucional con la calidad asistencial.

Palabras clave: CMA, hernia, protocolo, criterios de inclusión, análisis de resultados.

ENFERMERÍA

P-56 IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA MEDIR GLOBO VESICAL CON ECÓGRAFO EN URPA

M. García Antolín¹; I. Gil Fernández¹; L. Ochoa Bordagaray¹; S. Ansotegui Arbeloa¹; C. Aragón Aller²; L. Valeria Ugartondo Sanabria³; J. E. Cabrera Gavilanez³; L. Castrillón Jiménez⁴

¹Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz; ²Osi ARABA; ³Diputación foral de Alava; ⁴IFBS

Objetivos: Conseguir mediciones eficaces del globo vesical con ultrasonografía en URPA.

Métodos: Tras realizar una observación clínica de la técnica utilizada en la medición del globo vesical con ecógrafo en URPA, se desarrolla una búsqueda bibliográfica sobre la correcta aplicación de esta técnica, además de realizar varios cursos homologados sobre ecografía para personal de enfermería.

Una vez se tiene información suficiente se procede a analizar las diferencias entre la práctica y la evidencia científica encontrada. Observándose diferencias importantes tanto en la técnica (que no recogía bien los parámetros) como en los valores de globo vesical medido (dando resultados inferiores al real de más de un 30 %). *El valor del globo vesical se comprobaba posteriormente con el sondaje evacuador en los pacientes con RAO.

Ante estos hallazgos, se crean charlas formativas para el personal de URPA basándonos en la bibliografía encontrada, además de un protocolo y un esquema visual con el paso a paso de la técnica para guardar junto con el ecógrafo de la unidad.

Resultados:

- Tras la implantación de una técnica de medición ecográfica correcta sobre el globo vesical, se consiguen mediciones más precisas y eficaces, con diagnósticos más reales de RAO en la unidad. *Esto se comprueba posteriormente al confirmar que los valores obtenidos en la medición coinciden con la cantidad de orina que evacúa el paciente tras el sondaje evacuador en los casos que precisan.
- Se consigue una mayor destreza del personal en el manejo del ecógrafo.

Conclusiones:

- Al contemplar los resultados, se puede concluir que tanto las charlas como el material utilizado fueron efectivos para conseguir una correcta medición del globo vesical con ecografía en URPA.

- La revisión y formación continua en técnicas de enfermería es esencial para establecer las bases de unos cuidados eficaces a nuestros pacientes.
- A su vez, cabe destacar la importancia de impulsar la divulgación científica para el crecimiento interprofesional.

Palabras clave: Ecografía, globo vesical, retención aguda de orina, enfermería.

P-57 ESKUTIK: CONECTANDO PACIENTES Y ACOMPAÑANTES EN TIEMPO REAL

C. García Sánchez; M. T. Ferrero Mozo; M. Revilla Cámara; Y. Holgado Rincón

Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

Objetivos:

- Informar de manera clara y concisa sobre el funcionamiento de Eskutik.
- Destacar la importancia del rol de enfermería en el momento del registro de intervenciones o de traslados del paciente en las diferentes plataformas de Osakidetza, ya que estas acciones están estrechamente ligadas a la información que se le da al paciente y acompañantes.

Métodos: Revisión bibliográfica en fuentes oficiales, como protocolos de Osakidetza y documentos internos de la Osi Araba, sitio web de la empresa desarrolladora y revisión de textos enviados en hospitales con el sistema implantado. Eskutik, implantado recientemente a finales del 2024, es la evolución de kirutrack.

Es un proyecto desarrollado por Innotu que consiste en la implantación de una solución inteligente e integrada, que permite automatizar los envíos de información mediante mensajes sms a los acompañantes de los pacientes durante el proceso quirúrgico en el que paciente y familiar están separados. Para ello se ha creado un sistema integrado de software hospitalario mediante protocolo HL7 gracias al cual recibe información de diferentes plataformas de Osakidetza en tiempo real sobre acciones realizadas sobre los paciente durante su proceso de salud.

El circuito del paciente en el sistema comienza cuando el paciente ingresa para operarse en el día (tipo 1), al día siguiente (tipo 2), o se le programa en una intervención estando ingresado (tipo 3). A través de una aplicación web se introduce 1 o 2 números de teléfono de los acompañantes y el idioma en el que quieren ser informados. Esto se hace en el momento del ingreso en admisión o en el caso de pacientes 3 en la hospitalización.

Los mensajes automáticos se activan cuando el paciente es trasladado al quirófano siguiendo la trazabilidad previamente acordada con el centro.

- Bienvenida al servicio de información KIRUTRACK.
- Traslado del paciente al quirófano.
- Traslado del paciente a la Unidad de Recuperación Postanestesia (URPA).
- Traslado del paciente a la Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI).

Conclusiones: Eskutik fusionan tecnología y trato humano para proporcionar una experiencia quirúrgica más segura, informada y empática para pacientes y acompañantes.

La implantación de un sistema que automatice las comunicaciones con los pacientes durante las intervenciones permite:

- Mejora de la información a los acompañantes a tiempo real.
- Mayor grado de satisfacción de los acompañantes en relación con la información recibida disminuyendo así su grado de ansiedad durante la espera.
- Mayor libertad de movimiento a los acompañantes durante el tiempo de espera lo que ayuda a cumplir mejor los aforos establecidos por el centro
- Disminución de la preocupación del paciente sobre si su entorno estará informado o no.

Palabras clave: Eskutik, kirutrack, información, intervención quirúrgica, acompañantes, tiempo real.

P-58 INTUBACIÓN CON VISIÓN DIRECTA

M. Revilla Cámara; M. T. Ferrero Mozo; C. García Sánchez; Y. Holgado Rincón; A. Revilla Cámara

Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

Objetivos: Dar a conocer los diferentes dispositivos existentes, así como sus características.

Métodos: Revisión bibliográfica libros, artículos científicos y guías clínicas.

Resultados: *Clasificación:* 1) Videolaringoscopios. 2) Fibrobronoscopios. 3) Videobronoscopios. 4) Laringoscopios de fibra óptica. 5) Dispositivos de estilete óptico. 6) Máscaras laríngeas con cámara incorporada. 7) Videotubos endotraqueales. 8) Dispositivos de intubación con estilete iluminado.

Características: 1) Cámara o fibra óptica incorporada. 2) Pantalla de visualización. 3) Luz LED o iluminación

incorporada. 4) Ángulos de visión mejorados. 5) Diseño portátil y ergonomía. 6) Compatibles con tubos endotraqueales. 7) Grabación y captura de imágenes. 8) Facilidad de uso. 9) Durabilidad y resistencia. 10) Variedad de tamaños.

Conclusiones: Los dispositivos con visión directa han revolucionado el proceso de intubación, ofreciendo mayor precisión y seguridad. El conocimiento de estos dispositivos por parte de la enfermería aporta una gran ayuda para el anestesista en el momento de tener que utilizarlos.

Palabras clave: Visión, directa.

P-59 USO DE LA RADIOFRECUENCIA EN EL TRATAMIENTO DE FÍSTULAS ANALES: UN ENFOQUE INNOVADOR EN ENFERMERÍA

M. T. Ferrero Mozo; C. García Sánchez; Y. Holgado Rincón; M. Revilla Cámara

Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

Objetivos: Analizar la efectividad de la radiofrecuencia en el tratamiento de las fistulas anales. Exponer dicho procedimiento y así optimizar el manejo fluido de enfermería en nuevas técnicas proctológicas.

Métodos: Las fistulas anales con conexiones anormales entre el canal anal y la piel circundante. Son una patología proctológica que tiene un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes, causando dolor, secreción persistente e infecciones recurrentes. Tradicionalmente su tratamiento ha requerido de cirugía invasiva que pueden conllevar a complicaciones como la incontinencia fecal.

En este contexto la radiofrecuencia ha emergido como una alternativa innovadora y mínimamente invasiva que permite el cierre del trayecto fistuloso con un menor daño tisular. La metodología ha consistido en realizar una revisión bibliográfica de estudios y artículos recientes en base de datos como Google Académico, Scielo, PubMed, sobre el uso de la radiofrecuencia en fistulas anales, así como el papel de enfermería en dicho procedimiento.

Conclusiones: La radiofrecuencia se basa en la aplicación controlada de energía térmica a través de un catéter fino, lo que permite eliminar el trayecto fistuloso, sin afectar los tejidos sanos.

Tras limpiar con un cepillo el trayecto fistuloso y cerrar el orificio interno, se inserta el catéter desde la abertura externa hasta el extremo interno. El electrodo emite radiofrecuencia

de manera controlada, generando calor que coagula y sella progresivamente. Se va retirando el catéter gradualmente, en segmentos de 0,5 cm mientras continua la aplicación de energía, asegurando el cierre homogéneo del trayecto.

La ablación por radiofrecuencia representa una alternativa prometedora en el tratamiento de fistulas anales ofreciendo una solución menos invasiva con una recuperación más rápida y menos complicaciones postoperatorias. Su implementación requiere de un equipo multidisciplinar capacitado. Por ello la importancia de la formación continua para los profesionales de enfermería en nuevas técnicas proctológicas.

Palabras clave: Fístula anal, radiofrecuencia, enfermería, proctología, tratamiento mínimamente invasivo.

P-60 RECAMBIO DE EXPANSOR POR PRÓTESIS MAMARIA TRAS LA MASTECTOMÍA: FIN DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

T. Huertes Serrano

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: El objetivo principal de este enfoque quirúrgico es cerrar un capítulo importante en el proceso de reconstrucción mamaria tras un diagnóstico de cáncer. Al mismo tiempo, busca ayudar a la paciente a recuperar la confianza en su cuerpo, mejorando su imagen y bienestar. Esto se logra mediante la colocación de una prótesis mamaria definitiva, que no solo restaura su figura, sino también su sentido de identidad y autoestima. Es decir, que junto a un resultado estéticamente satisfactorio, se logra cerrar la etapa quirúrgica reconstructiva.

Una de las grandes ventajas de este procedimiento es que, al ser relativamente sencillo, los pacientes pueden realizarlo en un solo día. Lo que reduce el tiempo en el hospital y facilita una recuperación más cómoda y rápida en su entorno familiar. De esta forma, se pone fin a las intervenciones previas y se mejora la calidad de vida del paciente.

Métodos: Cuando a una paciente se le realiza una mastectomía, el impacto psicológico y físico es decisivo, ya que la extirpación de la mama provoca una distorsión de la imagen corporal importante. Esto, que va más allá de las secuelas físicas, genera una alteración emocional y mental, debido a que la mama es una parte fundamental en la identidad femenina. Para poder recuperar su situación y la integridad de la figura, se lleva a cabo un proceso reconstructivo que a veces implica más de una etapa.

En un primer lugar, tras un diagnóstico de mama, se interviene a la paciente donde se le realiza la mastectomía. A continuación, tras un proceso de quimioterapia y/o radioterapia, se vuelve a intervenir a la paciente para colocarle un expansor mamario, con lo que se consigue dilatar gradualmente la piel y los tejidos circundantes para poder prepararla para la siguiente cirugía. Este proceso de expansión, que puede durar semanas o incluso meses, es crucial para asegurar que la piel y los músculos tengan la elasticidad necesaria para soportar el siguiente paso. Finalmente, en una tercera etapa, se realiza la última cirugía, que consiste en recambiar el expansor por la prótesis mamaria definitiva, lo que conlleva el fin de las operaciones en una paciente que ha pasado por un cáncer de mama y que ha necesitado de múltiples cirugías hasta conseguir un resultado óptimo y de calidad.

Es fundamental comprender que este proceso quirúrgico tiene un impacto profundo en la paciente, no solo desde el punto de vista físico, sino también emocional. Cada una de las etapas tiene un propósito en la reconstrucción, que no solo es el de la aparición de una mama de nuevo, sino que también busca ayudar a la recuperación del bienestar y la confianza de la paciente.

Conclusiones: Después de escuchar a las pacientes y analizar cómo se sintieron con los resultados de la cirugía, hemos llegado a la conclusión de que reemplazar el expansor mamario por una prótesis definitiva es una opción muy positiva para las mujeres que han pasado por una mastectomía y han tenido que someterse a varias intervenciones, dado que el expansor mamario no te asegura el fin de la reconstrucción. Este procedimiento, que es relativamente sencillo y seguro, se puede hacer de manera efectiva en una unidad de corta estancia, lo que significa que la paciente puede ingresar por la mañana y regresar a su casa el mismo día, con lo que se facilita su recuperación en un entorno más cómodo y familiar. Este tratamiento no solo acelera el proceso de recuperación, sino que también marca el final de su reconstrucción mamaria, lo que representa un paso crucial hacia su bienestar y la finalización de una etapa importante de su tratamiento.

Palabras clave: Cáncer, mama, mastectomía, prótesis, reconstrucción.

P-61 IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES DE CMA EN LA URPA

I. Gil Fernández; M. García Antolín; L. Ochoa Bordagaray; S. Ansotegui Arbeloa; S. Alonso Villa; G. Arenas Susunaga; U. Ceciaga Mendizábal; A. Zalama López
Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

Objetivos: Conseguir que en la URPA todo el personal, tanto el que desarrolla sus funciones en la unidad de manera continua, como el que lo hace de manera esporádica, tengan una referencia para poder prestar los cuidados necesarios que precisan las personas intervenidas de CMA y facilitar su recuperación de la manera más eficiente y eficaz.

Métodos: Se realiza un protocolo con las directrices que se tienen que llevar a cabo en la unidad con este tipo de cirugía (CMA), se presenta ante el personal que trabaja en la unidad y se deja colocado en determinados sitios para que sea visible y accesible para poder consultarlo siempre que sea necesario tanto para el personal propio como para el que no lo es y acude a la unidad de manera esporádica.

Resultados: Las expectativas que se tenían con la elaboración del protocolo se han cumplido en su totalidad, los profesionales han recurrido al protocolo como referencia, de tal manera que el cumplimiento de las necesidades requeridas por los pacientes que han sido sometidos a una intervención de CMA se han realizado manera totalmente satisfactoria y han referido una atención completa y de calidad.

Conclusiones: La elaboración de protocolos, en todos los ámbitos incluido el hospitalario, facilita la cumplimentación de las acciones precisas a desarrollar, evita las innecesarias y los errores que se puedan derivar por desconocimiento de las mismas.

El conocimiento por parte de los profesionales en este caso de la URPA de las funciones y los parámetros que se tienen que tener en cuenta con los usuarios que han sido seleccionados e intervenidos con criterios de CMA, es esencial para poder realizar un trabajo eficaz y seguro, de tal manera que se presta una atención de calidad necesaria para que estos tengan una óptima recuperación que facilite el objetivo de retorno domiciliario en las mejores condiciones, pilar fundamental en el que se basa la CMA.

Palabras clave: Protocolo, cuidados, CMA, URPA.

P-62 UTILIZACIÓN DEL TEST DE ALDRETE COMO HERRAMIENTA SEGURA PARA LA EVALUACIÓN DE ALTA DE URPA EN PACIENTE CON CRITERIOS DE CMA

L. Ochoa Bordagaray; M. García Antolín; I. Gil Fernández; A. Zalama López; U. Ceciaga Mendizábal; G. Arenas Susunaga; S. Alonso Villa; S. Ansotegui Arbeloa
Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

Objetivos: Valorar correctamente el despertar anestésico en el paciente postoperado. Asignando una puntuación correcta a los indicadores evaluados: Movilidad, circulación, respiración, nivel de conciencia y saturación de O₂.

Métodos: Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden, PubMed, Scielo. de las escalas más utilizadas en URPA para la valoración de la recuperación postanestésica en paciente con criterios de CMA.

Resultados: La escala de Aldrete modificada continúa siendo la herramienta más utilizada en la evaluación del momento del alta de los pacientes postoperados desde las URPA a las unidades de cirugía sin ingreso.

Conclusiones: La recuperación precoz, es el intervalo de tiempo durante el cual los pacientes recuperan el control de sus reflejos protectores y reinician su actividad motora inicial.

En este fase son asistidos en la URPA donde se realiza la monitorización continua de sus signos vitales y la SAT O₂, y se evalúa el estado cognitivo, la fuerza muscular y la respiración.

La escala de Aldrete modificada es ampliamente utilizada para valorar a los paciente y determinar su traslado a la unidad de cirugía ambulatoria, donde comienza la recuperación intermedia.

Palabras clave: Criterios de Aldrete, cuidados en URPA, anestesia, CMA, Criterios alta.

P-65 IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN LA CLÍNICA SANT JOSEP: UNA REVISIÓN DE LA EXPERIENCIA E IMPACTO EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTES PROCEDENTES DE MUTUAS Y PRIVADA

M. Guarido Montero; M. J. Torra Feixas; G. Casals Suau
Althaia Xarxa Assistencial Manresa. Clínica Sant Josep. Manresa, Barcelona

Objetivos:

1. Evaluar el impacto de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en la eficiencia del sistema sanitario y la reducción de la estancia hospitalaria en la Clínica Sant Josep.

2. Analizar la satisfacción del paciente con el modelo de CMA implementado.
3. Determinar las complicaciones postquirúrgicas asociadas a la CMA y compararlas con otros modelos asistenciales.
4. Revisar la evolución de los procedimientos quirúrgicos realizados en régimen ambulatorio e identificar áreas de mejora.

Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de las intervenciones realizadas en la Clínica Sant Josep desde la implementación de la CMA en 2022, con una evaluación de los tipos de procedimientos quirúrgicos, el tiempo medio de recuperación y la satisfacción del paciente. Se incluyeron pacientes sometidos a cirugías programadas en diferentes especialidades: traumatología, cirugía general, vascular, otorrinolaringología e infantil. Todos los pacientes fueron evaluados previamente por un equipo de profesionales que determinaban la viabilidad de la cirugía en régimen ambulatorio.

A partir de 2022, se empiezan a analizar y se valoran los indicadores de calidad mediante encuesta telefónica a las 24h postoperatorias de pacientes intervenidos en régimen de CMA, se miden indicadores de calidad, dolor con otras variables.

Conclusiones: Durante el periodo estudiado, se realizaron más de 6773 procedimientos bajo el modelo de CMA, con una tasa de éxito del 98,5 %. La mayoría de los pacientes fueron dados de alta el mismo día de la intervención, con un tiempo medio de recuperación de 4 horas. Las complicaciones postquirúrgicas fueron mínimas, con un 0,5 % de pacientes que requirieron ingresos postoperatorios adicionales.

La satisfacción del paciente fue del 100 %, con grado de satisfacción entre 8 y 10, según estándar, en encuestas postoperatorias sobre la atención recibida y el tiempo de recuperación.

La Cirugía Mayor Ambulatoria ha demostrado ser una herramienta eficaz para mejorar la gestión de las cirugías no complejas, con impactos positivos tanto en la calidad asistencial como en la satisfacción de los pacientes. Los resultados obtenidos en la Clínica Sant Josep subrayan la importancia de continuar con la implementación y expansión de modelos de CMA, adaptándolos a las necesidades particulares de la población y manteniendo un enfoque centrado en la persona.

Palabras clave: Cirugía Mayor Ambulatoria, calidad asistencial, satisfacción del paciente, eficiencia hospitalaria, modelo de salud.

P-67 TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LA IMPLANTACIÓN DEL RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO (PORT-A-CATH): PERSPECTIVA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

L. Caballero Ramírez de la Piscina; M. Altuna Peñacoba; A. C. San Martín Garraza

Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

Objetivos: El objetivo general de este trabajo es crear un protocolo para la OSI Araba, definiendo los criterios de actuación para brindar una atención segura y garantizar un recurso de referencia para el personal.

Métodos: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos sobre la colocación del reservorio venoso subcutáneo en diferentes bases de datos (Dialnet, Scielo y PubMed). Además, se han consultado diferentes protocolos de la institución.

Conclusiones: Con la información obtenida de los artículos y de los protocolos del reservorio Celsite, que es el utilizado en nuestro centro, se determinan tanto la técnica quirúrgica como el material necesario para esta intervención y los cuidados especializados de la enfermería quirúrgica.

Con la realización de este trabajo creamos un documento que servirá de referencia para el personal de enfermería y esto hará que se proporcione una mayor seguridad al paciente. Por otro lado, se consigue un mejor uso de los recursos y materiales, ya que se ha establecido cuáles son los necesarios. Además, acortamos el tiempo quirúrgico, ya que cuando todo el equipo domina el proceso, se refleja en una mayor eficiencia y un mejor trabajo.

Palabras clave: Reservorio, técnica, enfermería, protocolo.

P-68 ESTUDIO DE SOSTENIBILIDAD: USO DE CLORHEXIDINA ALCOHÓLICA AL 2 % EN CIRUGÍA DE HERNIA INGUINAL

M. Altuna Peñacoba; A. C. San Martín Garraza; L. Caballero Ramírez de la Piscina; A. Pérez Ramírez de Ocariz

Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

Objetivos: El principal objetivo de este trabajo es calcular la cantidad de clorhexidina alcohólica al 2 % desechada en

un total de 30 cirugías de hernia inguinal unilateral, con el fin de conocer tanto el gasto económico como el impacto medioambiental que genera el producto.

Métodos: Hemos realizado un estudio ciego en el cual hemos cuantificado la cantidad sobrante de antiséptico en las cirugías de hernia inguinal unilateral. Hemos contabilizado los volúmenes (ml) sobrantes tras la desinfección del campo quirúrgico en cada cirugía desde el día 05/11/2024 hasta el día 26/02/2025. También se ha consultado el precio de cada envase de clorhexidina alcohólica al 2 % (500 ml) para poder calcular el gasto económico que implica el producto desechado.

Conclusiones: La clorhexidina alcohólica al 2 % es el antiséptico de elección para la desinfección del campo quirúrgico. En esta era en la que la sostenibilidad juega un papel muy importante, las cantidades son esenciales para evitar el desperdicio del producto tras su utilización.

Por otro lado, desechar la clorhexidina de manera incorrecta, tiene un impacto medioambiental muy elevado, ya que al ser un biocida puede provocar la contaminación del agua, afectar a las plantas de tratamiento de aguas residuales o la corrosión de tuberías entre otras cosas.

Tras el análisis de los datos, se ha observado que se han desechado 984 ml de clorhexidina alcohólica al 2 % durante el periodo del estudio, lo que equivale a 9,94 euros. En cuanto al impacto medioambiental, se ha realizado un cálculo aproximado ya que depende de varios factores, así como la especie afectada y las condiciones específicas del entorno acuático. Para obtener una evaluación más precisa, sería necesario realizar estudios de toxicidad específicos para el tipo de ecosistema en cuestión. En términos generales, 984 ml de clorhexidina alcohólica al 2 % podrían contaminar aproximadamente 3,936 litros de agua si la concentración alcanza un nivel de 5 mg/l, que es la concentración que podría ser tóxica para algunos organismos acuáticos.

Mediante el presente estudio y con los resultados obtenidos se puede concluir que la cantidad desechada en las intervenciones quirúrgicas de hernia inguinal unilateral es alarmantemente alta, lo que deriva en un gran impacto ambiental y en un gran coste económico. Es necesario recalcar que el consumo calculado es únicamente en la cirugía de hernia inguinal unilateral, por lo que el gasto total de clorhexidina alcohólica al 2 % es notablemente mayor al utilizarse también en muchas cirugías realizadas a diario en nuestro centro hospitalario.

Palabras clave: Clorhexidina, sostenibilidad, antiséptico.

P-69 RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS A PACIENTES INTERVENIDOS DE EXÉRESIS DE QUISTE PILONIDAL CON CIERRE POR PRIMERA INTENCIÓN EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

A. San Martín Garraza; L. Caballero Ramírez de la Piscina; M. Altuna Peñacoba; A. Muñoz Expósito; A. Pérez Saez; E. Pérez de Mendiguren Mardones; X. Martínez Dolara; J. A. Barriuso Huerta
Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

Objetivos: En esta publicación, se pretende crear un documento de referencia con recomendaciones y cuidados en el postoperatorio con cierre por primera intención de un quiste sacrococcígeo. De esta forma, el paciente y profesionales contarán con instrucciones claras a seguir tras la intervención.

Métodos: Hemos realizado una revisión de la información proporcionada al paciente tras la intervención en Osakidetza y otros servicios de salud, además de búsquedas bibliográficas en PubMed, Dialnet y Scielo.

Conclusiones: Con la presente revisión se crea una hoja informativa en la que enumeran aspectos importantes a tener en cuenta en el cuidado domiciliario de la herida quirúrgica:

- Cura diaria de la herida.
- Evitar sentarse.
- Ejercicio físico moderado, evitando el sudor.
- Dieta rica en proteínas.
- Detección de signos de infección como enrojecimiento y calor localizado en la herida, supuración etc.

La extirpación de quiste sacro coccígeo es frecuente en nuestra sociedad. Numerosos pacientes tienen dudas acerca de los cuidados postoperatorios que deben llevar a cabo en su domicilio. Por lo que esta hoja informativa puede facilitar el proceso al paciente y a los familiares, proporcionándoles ayuda para conocer los cuidados, además de servir como recurso referente para los profesionales sanitarios.

Palabras clave: Pilonidal, cuidados, recomendaciones.

P-70 “EL SÍNDROME DEL RECOMENDADO”. UNA VISIÓN DEL PERSONAL SANITARIO DEL ÁREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL CIVIL DE MÁLAGA

E. Ruiz Gómez¹; E. Guerrero Ruiz²; R. Montero Vegas¹; M. Á. Urbano Bravo¹; M. P. Jiménez Lanzas¹

¹Hospital Regional Universitario de Málaga, Hospital de Civil de Málaga; ²Quiron Salud

Objetivos: El objeto primario de este trabajo fue conocer si existían publicaciones o estudios acerca de este “síndrome”, pensé que no encontraría nada al respecto y que lo que observacionalmente llamamos síndrome del recomendado era fruto de un imaginario colectivo del personal sanitario, donde los efectos indeseados o situaciones no habituales con este tipo de paciente solo responden a la excesiva atención que estábamos prestando a estos pacientes. Al encontrar varias publicaciones al respecto detallando la descripción, patogenia y tratamiento del mismo, el segundo objetivo que nos marcamos fue conocer de mano de los profesionales sanitarios de nuestro entorno, lo que significa para ellos el trabajar con este tipo de pacientes y lo que influye en el desarrollo de su ejercicio profesional diario.

Métodos: Realización de una revisión bibliográfica sistemática en PubMed, Cinhal.web, Biblioteca Cochrane, LILACS y Google Académico, para responder a la pregunta ¿existe el síndrome de paciente recomendado?, usando las palabras clave *paciente recomendado, seguridad, yatrogenia*, encontrando varios artículos de distintos países, circunscribiendo este estudio a artículos de países de habla hispana y españoles para centrarlos en la realidad social dónde desempeñamos nuestra labor profesional. Realización de encuesta web a los profesionales sanitarios del área quirúrgica y UCMA del hospital civil, para conocer lo que implica trabajar con este tipo de pacientes y los posibles riesgos que conlleva trabajar con ellos.

Conclusiones: *Revisión bibliográfica:* el “síndrome del paciente recomendado” se define como la aparición de complicaciones no habituales y sucesos inesperados en pacientes concretos que son objeto de una atención médica especial, más esmerada y personalizada, ya que son personas célebres o han sido recomendadas por motivos de posición social, fama, parentesco o amistad, etc, respecto de la atención médica habitual. Especial mención hay que realizar si el paciente recomendado es médico o personal sanitario de la propia institución dónde se realiza la atención.

Este síndrome es la consecuencia de muchas buenas intenciones que, de manera involuntaria se acompañan de una actuación poco acertada, y que los buenos deseos no siempre vienen acompañados de buenos resultados se debe a que los medios que se emplean tal vez no sean los más adecuados.

Patogenia del síndrome del recomendado (Origen de las causas):

- Solicitud de una atención especial por parte de los pacientes.

- Desorden en el empleo de los recursos sanitarios.
- Mala calidad en el registro de los datos, extravío o fragmentación de la historia clínica.
- Exceso de estudios diagnósticos complejos.
- Omisión de estudios sencillos habituales.
- Sobretratamiento y Yatrogenia.

Prevención: el mejor modo de prevenir el “síndrome del recomendado” es intentar mantener unas líneas de actuación básicas, comunes a todos los enfermos, y examinar periódicamente la propia conducta para corregir las desviaciones que se puedan introducir en la práctica habitual. Hay pasos elementales que se deberían mantener para evitar este síndrome:

Realizar y mantener unos registros clínicos reglados y al día.

Mantener un orden de horarios y citas, guardar un registro para comprobar las fechas y el cumplimiento del programa de salud correspondiente.

Identificar claramente al profesional responsable de sus cuidados, médico responsable, enfermera referente, que hagan de punto de apoyo y guía para el paciente y su familia.

Evitar la repetición de estudios.

Cuando el entorno del paciente empuja a desviarse a actitudes no contrastadas, es preciso mantener las líneas habituales tanto en la práctica común como bibliográfica, de “actuación sanitaria basada en la evidencia”.

Encuesta al personal sanitario.

Se envió el cuestionario a todo el personal sanitario del Bloque Quirúrgico del Hospital Civil, recolectando un total de 49 test contestados.

La primera pregunta hace referencia a la frecuencia con la que nos encontramos con “pacientes recomendados”, El 10,4 % contestó que solo se encuentran con este tipo de pacientes una vez al año, el 31,3 % mensualmente, el 33,3 % semanalmente y el 25 % de los encuestados trata a este tipo de pacientes a diario.

Preguntados sobre cuál es la principal incidencia que detectan al recibir a estos pacientes, el 18,4 % dicen haber alguna incidencia con la Historia Clínica, la ausencia de la misma o de parte de ella, el 32,7 % alegan que la principal incidencia es la exigencia de otros profesionales en la preferencia o alteración del orden de atención de los “recomendados”, el 40, 8% detectan la presencia de acompañantes, más de los permitidos o en zonas donde no deben permanecer los acompañantes, en el apartado “OTROS”, 1 describió que es la ausencia de identificación (pulsera) es la incidencia más reseñable, 1 dijo no haber encontrado ninguna incidencia y 2 dijeron que saltarse la cita o adelantarla fue lo más notable.

A la pregunta ¿Cómo crees que afecta la presencia del paciente recomendado a tu labor profesional?, el 28,6 % dicen sentirse vigilados y/o evaluados en su presencia, el

30 % sienten especial tensión para no cometer errores, el 28,6 % expresan que la presencia del paciente recomendado no altera su trabajo diario, el 8,2 % obvian algún paso en el protocolo de la recepción del paciente, en el apartado “Otros” 2 profesionales manifiestan que intentan tratarlos como si fueran de su familia.

Al preguntar ¿Cuál crees que es la causa principal de las complicaciones no habituales de estos pacientes?, el 12,2 % contestó que la causa principal de estos efectos no deseados es la exigencia en la atención del paciente o su familia, el 16,3% piensan que la causa de estas complicaciones es la exigencia de otros profesionales en anteponer la atención de los pacientes recomendados, también el 16,3 % dicen que las complicaciones vienen dadas por la interferencia de otros profesionales en su trabajo habitual, el 53,1 % manifiestan que la causa principal es que la atención de estos pacientes se realiza fuera de los circuitos/protocolos habituales, y en el apartado “Otros” 1 afirmó que es el azar el causante de estas complicaciones.

El 63,3 % de los encuestados han sido ellos o sus familiares pacientes recomendados y el 23,7 % han tenido complicaciones no deseadas o efectos adversos durante su asistencia como “pacientes recomendados”.

Palabras clave: Paciente recomendado, seguridad, yatrogenia.

P-74 LA LLAMADA DE CONTROL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: UNA HERRAMIENTA CLAVE PARA LA SEGURIDAD Y LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

M. Gómez Vela; N. Asensio Ilzarbe; F. J. Ibáñez Ascarza
Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

Objetivos: Evaluar la importancia de la llamada de control como parte del proceso asistencial en CMA, identificar los principales parámetros clínicos a monitorizar según la evidencia científica, y analizar su impacto en la satisfacción del paciente mediante datos propios de actividad.

Métodos: Revisión narrativa de la literatura científica sobre seguimiento telefónico en CMA en PubMed / MEDLINE, Scopus (Elsevier), Google Scholar y Revistas especializadas con las palabras: (“ambulatory surgery” OR “day surgery” OR “cirugía mayor ambulatoria”) AND (“telephone follow-up” OR “postoperative phone call” OR “seguimiento telefónico” OR “llamada postoperatoria”) AND (“patient satisfaction” OR “complication detection” OR “safety” OR “seguridad del paciente”).

Criterios de inclusión: años de publicación: 2014 a 2024. Idiomas: español e inglés. Tipos de documentos: estudios observacionales, revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica, documentos de consenso y en el contexto: Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) con seguimiento telefónico postoperatorio.

Criterios de selección: Relevancia clínica directa para la CMA, Calidad metodológica del estudio y la inclusión de indicadores como dolor postoperatorio, complicaciones, readmisión, dudas del paciente, y satisfacción global.

Posteriormente se procede a un análisis observacional retrospectivo de 581 llamadas realizadas en un centro hospitalario entre enero y junio de 2024, incluyendo datos clínicos, estado general y resolución de dudas durante el contacto telefónico.

Resultados: Según la evidencia científica y los datos locales analizados:

- El 33,7 % de los pacientes refirió dolor postoperatorio.
- Complicaciones leves: sangrado (4,1 %), supuración (1,0 %), náuseas o vómitos (2,1 %), mareos (3,4 %).
- Solo un caso de fiebre (0,2 %) fue detectado.
- El 64,2 % de los pacientes valoró su estado general como “bueno”.
- Un 1,0 % expresó dudas que fueron resueltas durante la llamada.

La literatura muestra que el seguimiento telefónico reduce consultas innecesarias, mejora la detección precoz de complicaciones y se asocia a una alta satisfacción del paciente (> 90 %). Los datos analizados localmente confirman esta tendencia.

Conclusiones: La llamada de control posquirúrgica es una intervención de bajo coste y alto valor clínico, que contribuye a mejorar la seguridad, resolver complicaciones menores precozmente y reforzar la confianza del paciente en el proceso asistencial. Su implantación sistemática es considerada una buena práctica en los circuitos de CMA.

Palabras clave: Llamada confort, CMA, seguridad paciente, satisfacción paciente.

P-75 ANÁLISIS DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

I. Fernández Díaz; E. Bastarrica Lizarralde; N. Hernández Regidor; I. Oyarzabal Ogueta; A. Ozaeta Díez; Á. Perales Vivancos; S. Txintxurreta
Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

Objetivos: El objetivo del estudio es valorar la satisfacción del paciente en el circuito de la CMA. Asimismo, se analiza la información que percibe el usuario por parte de los profesionales sanitarios.

Métodos: Se ha realizado la recopilación de datos obtenidos a través de una encuesta realizada por las enfermeras del Hospital de Día Quirúrgico y han sido dispensadas durante el ingreso en la unidad desde el 20 de febrero hasta el 11 de abril de 2025.

La encuesta consta de 16 preguntas de las cuales 8 son encuestas de respuesta sí/no, 7 de respuesta 9po escala Likert y 1 pregunta con respuesta abierta.

En esta se valora la información proporcionada por los distintos profesionales implicados en el proceso quirúrgico: cirujano, anestesista y enfermeras.

Además, se incluye la valoración de la información recibida por el paciente tanto en el periodo previo a la intervención quirúrgica como en el momento del alta desde Hospital de Día. Esta división permite analizar de forma específica la calidad de la comunicación en cada etapa del circuito.

Conclusiones: A través de las 411 encuestas recogidas en la unidad de Hospital de Día Quirúrgico, se obtienen los siguientes resultados: en cuanto al circuito de consultas, el 64 % de los pacientes que acudieron a consulta previa con el cirujano se mostraron totalmente satisfechos con la información obtenida. Asimismo, el 83 % de los pacientes encuestados tuvieron consulta de enfermería previa a la cirugía.

Por otro lado, en cuanto a la información proporcionada en el circuito intrahospitalario, el 72 % de los pacientes se mostraron totalmente satisfechos con la información recibida previa a la cirugía.

Con respecto a la información recibida el día de la intervención sobre los cuidados postoperatorios por parte del personal de enfermería, el 80 % de los usuarios se mostraron totalmente satisfechos con la información. Además, el 88 % de los pacientes se mostraron satisfechos con la explicación verbal y la documentación recibida sobre los cuidados al alta.

Por último, si se analiza el circuito completo de la CMA, desde la evaluación inicial hasta el alta, se observa que el 72 % de los pacientes se expresaron totalmente satisfechos con la información recibida a lo largo de todo el proceso. En conclusión, los resultados reflejan una alta satisfacción por parte de los pacientes encuestados en la CMA, lo que respalda su viabilidad como modelo asistencial al general resultados eficaces y sostenibles en el tiempo.

Palabras clave: Cirugía Mayor ambulatoria, satisfacción del paciente.

P-76 GUÍA DE CRITERIOS AL ALTA EN CMA PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

O. Martín Etzebarria; A. Corral Pérez; M. González Fernández; J. Larrubia Ruiz de Eguino
Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz

Objetivos: *Objetivo principal:* Elaboración de una infografía para aportar información clara y concisa que permita al personal de enfermería conocer los criterios de alta en CMA para actuar de forma segura.

Objetivos específicos:

- Garantizar la seguridad del paciente dentro del ámbito CMA, concretamente en las unidades UCSI de OSI ARABA.
- Reducir riesgos en el momento del alta, aclarando los criterios que se deben cumplir para que el paciente pueda irse a su domicilio.
- Proporcionar una atención de calidad, dando información concreta, veraz y adaptada al paciente para su total entendimiento.
- Asegurar el consenso entre profesionales, estandarizando las pautas a seguir durante el proceso del alta y la documentación que se debe entregar.

Métodos: Revisión del protocolo de actuación actual de CMA en OSI ARABA.

Conclusiones: Seguir los criterios de alta de forma sistemática, basados en el protocolo, garantiza la seguridad del paciente mediante la reducción de riesgos en el momento del alta. Además, permite que el paciente en el momento del alta cuente con la información necesaria para reducir la posibilidad de complicaciones en el postoperatorio.

La actuación sistemática de todos los profesionales sanitarios implicados en el circuito CMA, asegura el consenso entre profesionales de forma que la atención sea estandarizada, coordinada y de calidad.

Es necesario, por tanto, la actualización periódica del protocolo con el objetivo de una mejora continua que busque la excelencia y la reducción de complicaciones al mínimo en la CMA.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria, alta.

P-77 REVISIÓN DEL SEGUIMIENTO TELEFÓNICO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA-HUCA 2024

N. Pedregal Fernández
Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: En este trabajo se analizan los datos obtenidos del seguimiento telefónico realizado por personal de enfermería de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Universitario de Asturias.

Los objetivos serían guiar y acompañar al paciente en el post operatorio más inmediato; identificar precozmente complicaciones post operatorias y minimizar su impacto; y reconocer deficiencias y plantear acciones de mejora.

Métodos: Análisis estadístico de las llamadas realizadas y las incidencias reportadas por parte de los pacientes intervenidos desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024.

De un total de 4595 pacientes quirúrgicos, se han llevado a cabo 1135 llamadas, lo que supone un 24 % del total de pacientes.

Aquellos pacientes/procedimientos objeto de seguimiento post operatorio están recogidos en la tabla (procedimientos clasificados como ASI Index II o III), clasificación que se basa en la incapacidad postoperatoria en diferentes grados o niveles según el impacto de la cirugía en la funcionalidad y actividades diarias del paciente.

- C. General: colecistectomía, hernias, hemorroides.
- Trauma: artroscopias de hombro y rodilla, cirugía de pie abierta, hernias discales.
- Urología: hidrocele, crioablación sin SV al alta.
- Ginecología: LPC, TOT.
- C. Maxilo.: quistes maxilares.
- C. Mama: t. mama con VAX.
- Otorrino: amigdalectomías, septo y septorrinoplastias, timpanoplastias.
- C. Plástica: rizartrosis, tenoartroclisis, artrodesis, tenoartrodesis, artroscopia de muñeca.

Conclusiones: Tras analizar los datos obtenidos llama la atención que el servicio con mayor porcentaje de seguimiento telefónico es C. General; que la complicación más frecuente es el dolor por pauta insuficiente; y que el dolor peor controlado el de la Rizartrosis y la H. inguinal.

La importancia del seguimiento telefónico reside en garantizar la seguridad de nuestros pacientes quirúrgicos ambulatorios. El análisis de las incidencias surgidas en el post operatorio inmediato (24-48h) nos permite adaptar los protocolos y recomendaciones del régimen terapéutico.

Palabras clave: Seguimiento telefónico, enfermería, cirugía, ambulatoria.

P-78 ANÁLISIS DE LAS CANCELACIONES DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA, SEDE SANTIAGO

E. Bastarrica Lizarralde; I. Fernández Díaz; Á. Peralez Vivancos; N. Hernández Regidor; S. Txintxurreta Sanpedro; A. Ozaeta Díez; I. Oyarzabal Ogueta
Hospital Universitario de Araba. Sede Santiago

Objetivos: El objetivo es observar las causas más frecuentes de cancelaciones de intervenciones quirúrgicas programadas en la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en el Hospital Universitario de Álava en la sede de Santiago e identificar aquellas causas evitables susceptibles de intervención por parte del profesional de enfermería.

Métodos: Se realizó una revisión detallada de los motivos de cancelación de las cirugías en régimen de CMA en la Unidad de Hospital de Día Quirúrgico del Hospital Universitario de Álava-SEDE Santiago desde el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de marzo de 2025.

Para ello, se dividieron las causas en función de la posible actuación por parte de enfermería.

Por un lado, clasificamos como motivos de cancelación evitables los siguientes: enfermedad intercurrente, falta de pruebas complementarias, motivos personales en los que incidir, no cumplimiento de ayunas, no cumplimiento del tratamiento preoperatorio, olvido por parte del paciente y vivir solo o falta de soporte familiar durante las 24 h posteriores al procedimiento.

Conclusiones: Tras analizar los motivos de cancelación, se ha observado que realizar una llamada de seguimiento por parte del personal de enfermería un día antes de la cirugía, con el objetivo de repasar instrucciones y resolver inquietudes, podría contribuir a la prevención de la cancelación de intervenciones y procedimientos quirúrgicos.

Asimismo, recursos como las tecnologías de información de la comunicación (TICS), un recordatorio por SMS que incluya las pautas e indicaciones preoperatorias tales como: la hora de la cirugía, las pautas de ayuno y tratamiento preoperatorio, podría ser clave para reducir las cancelaciones de intervenciones quirúrgicas en el día.

Palabras clave: Cirugía Mayor Ambulatoria, cancelación.

P-79 ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE ANALGESIA DOMICILIARIA POSTOPERATORIA EN CIRUGÍAS MAYORES AMBULATORIAS CON PREVISIBLE DOLOR SEVERO

P. Monreal Bello
Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos:

- Principal: Implementar estrategias eficaces de analgesia domiciliaria en el postoperatorio de cirugías con dolor moderado-severo.
- Mejorar el bienestar del paciente en el domicilio.
- Disminuir los efectos adversos asociados una analgesia insuficiente o inadecuada.
- Fortalecer competencias del personal de enfermería de valoración del dolor postoperatorio para mejorar la eficacia del tratamiento analgésico.

Métodos: Diseñamos un estudio de tipo cuasi experimental, con enfoque observacional y analítico, para evaluar la eficacia de dos regímenes analgésicos en el control del dolor postoperatorio severo en pacientes atendidos en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en el periodo del 1 febrero al 30 abril.

La selección de procedimientos con probable dolor severo se hizo según bibliografía: hernia inguinal uni- y bilateral, hemorroides, fístula anal, varicocele, hallux valgus, fracturas óseas y rizartrosis.

La recogida de datos médicos basales se efectuará tras la firma de la autorización por el paciente, accediendo a su historia clínica. Además, registramos uso habitual o previo de opioides y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o dolor preexistente en la zona quirúrgica.

La asignación de uno u otro régimen analgésico se realizó mediante tabla informática aleatoria siendo el régimen 1 el preparado comercial conjunto de desketoprofeno y tramadol alternando con paracetamol en horarios descendentes tras varios días postoperatorios y el régimen 2 igual pero con el preparado comercial conjunto de celecoxib y tramadol. La enfermería de la CMA que recibe al paciente en CMA enseña a manejar y comprueba que entiende la escala de valoración del dolor elegida (EVA escala visual analógica) además de advertirle de la llamada a las 24 y 72 horas y 7 días tras la cirugía.

Son excluidos del estudio los pacientes que lo rechacen, con discapacidad sensitiva o mental, menores de 16 o mayores 80 años, insuficiencia renal grave ($\text{Clcr} < 30 \text{ ml/min}$), insuficiencia hepática moderada-grave (Albúmina sérica $< 25 \text{ g/l}$ o $\text{Chlid-Plug} > 10$), enfermedad inflamatoria intestinal (Colitis ulcerosa o Crohn) y alergia a AINE y/o tramadol.

Consideramos analgesia adecuada a la ausencia de dolor o dolor leve en las evaluaciones telefónicas postoperatorias.

Resultados: Se recogieron datos de 55 pacientes siendo excluidos 2 por no seguir el tratamiento ($n = 53$).

La distribución por patologías y régimen analgésico (1,2) fue similar en la hernia inguinal (13,14), hernia bilateral (2,4) y fístula anal (3,2) pero no así en hemorroides (1,11) y los pacientes de traumatología fueron muy pocos (rizartritis 0,2 y hallux 0,1).

Los pacientes traumatológicos sufrieron dolor moderado severo sin poder analizar más por la muestra escasa ($n = 3$). Analizamos, por tanto, el control del dolor en la patología de cirugía general ($n = 50$).

A las 24 horas, vimos un adecuado control (no dolor o leve) en el 84,6 % (11/13) de las hernias inguinales sin distinción por protocolo analgésico. Ninguno precisó más medicación que la prescrita y pudieron deambular el 91,6 % el día siguiente.

En las hernias bilaterales, 2 de los 4 pacientes con protocolo 2 sufrieron dolor moderado o severo. Ninguno precisó más medicación que la prescrita y deambularon el 100 %.

El control en hemorroides fue algo peor (25 % severo, 20 % moderado) sin poder distinguir entre protocolos analgésicos ya que el azar les asignó el régimen 2 a 11 de los 12 pacientes. De ellos, 1 acudió a urgencias por dolor severo y 3 precisó más medicación añadida. El 91,6 % deambuló sin más incidencias.

Las fístulas anales tuvieron un mejor control analgésico con el régimen 1 frente al 2 pero todos deambularon sin precisar analgesia añadida.

A las 72 horas, resultó analgesia adecuada en todas las herniorrafias salvo 2 bilaterales que aún manifestaban dolor moderado (6,06 %). En las hemorroides esta circunstancia se observó en el 41,66 % y un 20 % de las fístulas anales hasta el día 7 postquirúrgico.

Los efectos secundarios asociados a los regímenes fueron analizados de forma global por su escasez, solo 3 de los 50 pacientes, con náuseas y/o vómitos 0,6 % y mareo el 0,2 %.

Conclusiones:

1. La aplicación de un régimen analgésico que incluya tramadol en asociación con AINE en horario fijo es eficaz para el control del dolor a las 24 horas en la mayoría de los pacientes y patologías con supuesto dolor severo.
2. Los efectos secundarios son escasos y asumibles.
3. Es necesario ampliar el estudio para poder realizar un análisis estadístico más completo.

Palabras clave: Dolor postoperatorio, cirugía mayor ambulatoria, escala visual analógica, combinación a dosis fija, manejo del dolor.

P-80 DIVERSIDAD FUNCIONAL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: UNA DÉCADA DE HUMANIZACIÓN EN EL CUIDADO ODONTOLÓGICO

M. Rentero Cámara; S. Orozco García; M. M. Barrientos Bon; J. Gómez Batres; A. I. García Garbaya; A. García García

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción: La responsabilidad social y la inclusión son pilares fundamentales en la misión, visión y valores de las unidades de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

El Hospital General Universitario Gregorio Marañón habilitó un programa específico destinado a la población con trastorno del espectro autista (TEA) en el año 2009. Desde 2005, el Servicio de Estomatología y Odontología es centro de referencia para la atención bucodental de personas con discapacidad intelectual mayores de 18 años (pacientes con TEA, Síndrome de Down, Parálisis cerebral, Encefalopatías, Alzheimer y trastornos psiquiátricos de toda índole), llevando a cabo su actividad en régimen de hospitalización corta de 24 a 48 horas, hasta el año 2015. En este periodo se intervinieron un total de 1816 pacientes.

La unidad de CMA en 2015 diseñó y lideró la propuesta para implementar el circuito de ambulatorización de estos pacientes. En estos 20 años de atención el equipo multidisciplinar ha ido adquiriendo conocimientos específicos sobre el manejo de estos pacientes y en la última década con un total de 1800 pacientes ambulatorios, se ha consolidado una cultura de sensibilización, empatía y compromiso con la diversidad funcional.

Objetivos:

- Visibilizar la labor que desarrolla el equipo multidisciplinar de CMA en la atención a la diversidad funcional.
- Fomentar una asistencia sanitaria más humanizada en colectivos vulnerables.
- Dar soporte a los cuidadores principales.
- Minimizar la iatrogenia inherente a la atención quirúrgica.
- Transformar el entorno quirúrgico en un espacio más amigable para el paciente, empleando estrategias de distracción como la musicoterapia (con o sin imágenes de video), para reducir no solo los niveles de ansiedad sino el consumo de analgésicos.
- Coordinar el acto quirúrgico programado para realizar otras asistencias pendientes.

Métodos: El equipo multidisciplinar ha revisado minuciosamente las necesidades de los pacientes en cada una de las fases del perioperatorio y las adaptó para garantizar una atención individualizada y humanizada, minimizando el estrés quirúrgico y promoviendo la implicación de los cuidadores.

Las modificaciones realizadas incluyen:

- Vestimenta.
- Factores ambientales: ruido, luces, temperatura, número de profesionales implicados en la atención.
- Valoración física y emocional: contacto físico, distractores habituales, métodos de relajación...
- Comunicación: pictogramas, lengua de signos, intérpretes.
- Seguridad: listado verificación quirúrgica, manejo vía aérea, control sangrado, control hemodinámico.
- Valoración y tratamiento dolor.
- Adaptación de las medidas del postoperatorio inmediato: frecuencia, constantes vitales, soporte ventilatorio, tolerancia, tiempo adaptación al medio y alta.

Resultados:

Pacientes ambulatorios	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	128	161	175	232	106	153	245	209	391

La valoración de una asistencia humanizada suele basarse en los resultados de las encuestas de satisfacción y la calidad percibida por el paciente y/o cuidadores principales, puesto que ello son el centro de los cuidados, ese *feedback* se requiere para mejorar nuestra práctica.

Informalmente, el impacto positivo se evidencia en la interacción diaria con pacientes y familiares, quienes expresan su gratitud a través de palabras, gestos y detalles simbólicos. También se recibe en la llamada telefónica de seguimiento a las 24 horas que realiza enfermería o en los escritos de agradecimiento entregados en el Servicio de Atención al paciente.

El Servicio madrileño de Salud realiza encuestas anuales y publica sus datos a través de su Observatorio de resultados. El Índice de satisfacción con la humanización (ISH) en Cirugía ambulatoria agrupa diez preguntas de la encuesta de satisfacción que se agregan en seis dimensiones clave calculadas mediante el promedio de las siguientes variables: 1) Información: previa sobre la intervención + en que consiste la intervención, riesgos y beneficios + cuidados para casa; 2) Trato y amabilidad de médicos y enfermeros/as; 3) Dedicación y tiempo de médicos y enfermeras.

Índice de satisfacción con la humanización en cirugía ambulatoria (TODOS HOSPITALES).

	2016	2017	2018
CMA	89,79 %	91,31 %	90,03 %

En el año 2020 con motivo de la crisis sanitaria de la pandemia COVID -19 no se realizó la encuesta de satisfacción. A partir del 2021 los datos obtenidos han sido segregados

por grados de complejidad del hospital y unidades asistenciales.

	2019	2021	2022	2023
Alta complejidad H.G.U. Gregorio Marañón	91,51 %	91,57 %	91,27%	91,43 %

Desde 2023 se emplea la plataforma tecnológica RateNow Health para monitorizar la experiencia del paciente y su grado de satisfacción mediante el indicador internacional NPS (Net Promoter Score) Indicador ventajoso que pide una implicación activa del paciente, la de “recomendar” el servicio que ha experimentado. Este indicador se puntúa de 0 a 10:

- Se consideran detractores (no recomendarían la experiencia) a los valores entre 0 y 6.
- Las puntuaciones 6 y 7 son pasivos o neutros.
- Los valores 9 y 10 corresponden a los usuarios promotores.

El NPS es el resultado de la diferencia entre los promotores y detractores expresado en %:

- 100-0: necesidad de mejora.
- 0-30: bueno.
- 30-70: muy bueno.
- 70-100: excelente.

Los resultados obtenidos para el Servicio de Estomatología son:

NPS Gregorio Marañón	2023	2024	1.º trimestre 2025
Estomatología	91 %	89 %	87 %
Global CMA	82 %	82 %	82 %

Estratificación NPS	2023	2024	1.º trimestre 2025
Promotores	92 %	90,6 %	89,2 %
Pasivos	7,0 %	7,6 %	8,3 %
Detractores	1,1 %	1,8 %	2,5 %

Con un sistema de caras se contesta a la pregunta de valorar su experiencia en cirugía mayor ambulatoria:

Valoración experiencia CMA	2023	2024
Muy feliz	91,1 %	87,5 %
Feliz	6,3 %	8,9 %
Neutral		2,1 %
Triste		0,5 %
Muy triste		0,0 %

Conclusiones: La experiencia acumulada a lo largo de más de una década en la atención quirúrgica ambulatoria de pacientes con diversidad funcional ha permitido consolidar un modelo de atención basado en la humanización, la seguridad y el confort del paciente.

La implementación de estrategias adaptadas ha demostrado su eficacia en la reducción de la ansiedad preoperatoria y la mejora de la experiencia quirúrgica.

El trabajo interdisciplinar ha sido clave para el éxito de este modelo, favoreciendo una atención individualizada y centrada en las necesidades específicas de cada paciente. La utilización de herramientas de apoyo, como la musicoterapia, la ambientación amigable del entorno quirúrgico y la comunicación adaptada, han sido fundamentales.

Persisten áreas de mejora como la necesidad de seguir formando al personal sanitario en estrategias de manejo conductual y la búsqueda de alternativas que minimicen la necesidad de contención física. No obstante, los resultados respaldan la viabilidad y los beneficios de este modelo de atención, evidenciando que la cirugía mayor ambulatoria en pacientes con diversidad funcional es posible, segura y altamente beneficiosa cuando se implementan medidas adecuadas de adaptación y humanización.

Palabras clave: Humanización, diversidad funcional, Net promotore score.

P-83 CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA COMO NEXO ENTRE EL QUIRÓFANO Y LA ATENCIÓN PRIMARIA: EN EL CUIDADO DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

M. Montero Vegas¹; E. Guerrero Ruiz²; E. Ruiz Gómez¹; M. Urbano Bravo¹; P. Jiménez Lanzas¹

¹Hospital Regional Universitario de Málaga; ²Quiron Salud.

Objetivos:

- Mejorar el uso de registros estandarizados, que faciliten la comunicación entre hospitalización y primaria: poner en valor el informe de continuidad de cuidados al alta: ICA.
- Cuidado de la herida quirúrgica según la evidencia.
- Informar al paciente, su familia y enfermera de primaria del tipo de herida que presenta el paciente, así como su cuidado.
- Fomentar el autocuidado.

Métodos:

- Revisión de los tipos de heridas que presentan nuestros pacientes, búsqueda de evidencia para su cuidado.
- Búsqueda bibliográfica: Biblioteca Virtual del SSPA, Google scholar, Documentos Geneapp.

Conclusiones:

- Una parte muy importante de la atención a un paciente quirúrgico; son los cuidados de las heridas quirúrgicas, siendo estos llevados a cabo fundamentalmente por enfermeras.
- Suelen existir diferencias entre los aspectos que registran médicos y enfermeras.
- La correcta documentación de la valoración y cuidados de las heridas quirúrgicas es vital para una adecuada transmisión de la información entre los profesionales que hará que los cuidados sean de mejor calidad.
- Por otro lado, es necesario revisar los procedimientos y los productos indicados en el cuidado de la herida posquirúrgica y discutir la evidencia que los avala.

Palabras clave: Cuidados, herida quirúrgica, evidencia.

P-84 MÁS ALLÁ DEL MIDAZOLAM: LA DEXMEDETOMIDINA COMO ALIADA EN LA PREMEDICACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

A. Parra Pozo; E. Escobar Cuesta; R.V. Ghidini; R. Pujol Alcántara

Hospital Universitario de Mataró, Barcelona

Objetivos: Los objetivos generales son los siguientes:

- Revisar la bibliografía disponible en relación con la premedicación anestésica en los usuarios pediátricos.
- Analizar el impacto de la dexmedetomidina como fármaco de elección en la premedicación del usuario pediátrico en el contexto quirúrgico.
- Describir la experiencia disponible en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Universitario de Mataró respecto a la premedicación anestésica pediátrica.

Métodos: Este trabajo se ha elaborado con base en los protocolos, guías clínicas y planes de actuación propios del bloque quirúrgico y de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Universitario de Mataró. Asimismo, se han considerado los protocolos internos de pediatría y las recomendaciones del comité de ética del centro.

Paralelamente, se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica centrada en la premedicación anestésica en usuarios pediátricos, de la cual se seleccionaron tres publicaciones de especial interés.

Conclusiones: La experiencia de la que se dispone en la Unidad de CMA del Hospital Universitario de Mataró,

en el contexto de la premedicación anestésica pediátrica, se centra principalmente en el uso del midazolam como principal fármaco de elección. No obstante, esta práctica ha evidenciado un rechazo significativo por parte de los usuarios, debido al sabor desagradable que presenta y la complejidad de su vía de administración para este tipo de usuarios. Consecuentemente, esto genera, en la mayoría de casos, una ineficacia en la premedicación.

Tras una exhaustiva revisión bibliográfica y el análisis crítico de las publicaciones seleccionadas, se concluye que la dexmedetomidina ofrece mejores resultados en este contexto. Destaca por su mayor adaptabilidad en usuarios pediátricos y un impacto más positivo en cuanto al bienestar general y la calidad del postoperatorio. Motivo por el cual se plantea, desde un enfoque multidisciplinar, la posibilidad de actualizar el protocolo actual de premedicación anestésica pediátrica.

En términos generales, la dexmedetomidina se caracteriza por producir un efecto sedante prolongado, controlado y seguro durante todo el proceso quirúrgico. Mejora la sedación en el momento de separación del acompañante o familiar y facilita una mayor aceptación de la mascarilla facial en el momento de la inducción anestésica. En el postoperatorio se asocia a un mejor manejo del control del dolor, disminuye la agitación y, en consecuencia, acorta el tiempo de recuperación, mejorando además los parámetros hemodinámicos. Cabe destacar también, menor incidencia de efectos adversos y puesto que la vía de administración óptima es la intranasal, la absorción y adaptación para el usuario es más beneficiosa.

Nuestra visión de futuro por tanto, es incorporar en el menor tiempo posible el uso de la dexmedetomidina como principal fármaco de premedicación, con el objetivo de garantizar una técnica eficaz, segura y centrada en el bienestar del usuario pediátrico.

Palabras clave: Premedicación, paciente pediátrico, dexmedetomidina, cirugía mayor ambulatoria, cuidados enfermería.

P-85 DOLOR POSTOPERATORIO EN MIRINGOPLASTIAS

N. Asensio Ilzarbe; F. J. Ibáñez Ascarza; L. Gómez Vela
Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

Objetivos:

1. Analizar la relación de la duración del tiempo quirúrgico en miringoplastias con la aparición de dolor en el postoperatorio.
2. Revisar las posibles diferencias según se realice abordaje endaural o retroauricular durante el procedimiento.

3. Valorar la aparición de efectos indeseados tras la intervención y la efectividad del uso de fármacos para tratarlos.

Métodos:

1. Revisión de las de Historias clínicas de los pacientes sometidos a miringoplastias endaurales y retroauriculares en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria en nuestro hospital desde septiembre de 2024 hasta marzo de 2025, ambos incluidos. Fueron un total de 53 procedimientos. Se excluyeron los realizados con ingreso.
2. Recogida de los datos del intraoperatorio de cada paciente y de su estancia en nuestra unidad, tanto en URPA como en UCMA.
3. Recopilar los datos obtenidos mediante la llamada telefónica realizada a las 24 horas desde UCMA, para conocer el estado del paciente.
4. Comparar y analizar las diferencias de dolor según la vía de abordaje utilizada, su relación con la duración del tiempo quirúrgico y los síntomas indeseados que aparecieron. Valorar la efectividad del tratamiento analgésico utilizado.

Conclusiones:

1. 27 de las 53 miringoplastias realizadas fueron por vía endaural. Suponen el 50,94% del total.
2. Solo 1 de ellas (3,7 %) presentó náuseas, que cedieron con rescate de droperidol. De ello deducimos que la pauta antiemética utilizada durante el intraoperatorio es efectiva (dexametasona y ondansetrón). En 2 casos los pacientes refirieron dolor leve en URPA (7,4 %). A 9 de ellos (34,61 %) se les administró analgesia en URPA, a los 2 anteriores por dolor leve y a los otros 7 restantes de modo profiláctico (25,9 %). A las 24 horas, solo 3 pacientes refirieron tener dolor leve en su domicilio (11,11 %). Ninguno presentó náuseas. Todos consideraban que su estado general era bueno o excelente.
3. De las 53 miringoplastias, 26 se realizaron por vía retroauricular, representan el 49,06 % de los casos. Ninguno de ellos presentó náuseas ni vómitos durante el postoperatorio inmediato. 4 de ellos (14,81 %) refirieron dolor leve tras intervención, que se solucionó con rescate analgésico. 2 presentaron dolor moderado (7,69 %), en uno de ellos hubo que administrar opiáceos, además de Metamizol e Ibuprofeno, para solucionar el dolor. De los pacientes sometidos a miringoplastia retroauricular, se les administró analgesia extra en URPA a 11 (42,31 %), los 6 relatados anteriormente por dolor y otros 5 de modo profiláctico (19,23 %). A las 24 horas, 6 refirieron dolor leve en el domicilio (23,07 %), algo más del doble que por vía endaural.

Todos consideraban que su estado era bueno o excelente, al igual que los anteriores.

4. En URPA se administró analgesia a 21 de los 53 pacientes (39,62 %), siendo el analgésico más utilizado el Metamizol (57,14%).

Todos los pacientes pasaron a UCMA sin dolor.

5. Si atendemos a la duración de las intervenciones, solo el 10,53 % de los pacientes sometidos a procedimientos que duraron menos de una hora, presentaron dolor.

El porcentaje se dobla prácticamente a partir de la hora de duración: sube al 20 % si el tiempo fue de entre una y dos horas y se queda en el 21,43 % a partir de las 2 horas.

Palabras clave: Dolor, postoperatorio, miringotomía, tiempo, analgesia.

P-95 DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS: ESTRATEGIAS EFECTIVAS PARA EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA

M. Casanova Conde

Hospital Universitario de Álava Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz

Objetivos: Presentar los principales tipos de dispositivos supraglóticos, su uso clínico, técnica de colocación y beneficios frente a otras estrategias de manejo de la vía aérea.

Métodos: Los dispositivos supraglóticos son dispositivos médicos que permiten ventilar al paciente sin necesidad de intubación traqueal, colocándose por encima de la glotis, por lo que ofrecen una alternativa eficaz y menos invasiva. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica tanto en guías de anestesia como en Internet.

(Referencias: Cook TM, et al. Airway Management: Principles and Practice; ASA Difficult Airway Algorithm [última actualización]; Joffe AM, et al. Supraglottic airway devices in clinical practice).

Conclusiones: Los dispositivos supraglóticos son herramientas valiosas para asegurar la ventilación efectiva en múltiples contextos clínicos. Su conocimiento y uso correcto mejoran la seguridad del paciente, especialmente en situaciones de vía aérea difícil o emergente. Asimismo están indicados en procedimientos anestésicos de corta duración, ya que ofrecen una alternativa menos invasiva frente a la intubación endotraqueal.

Indicaciones:

- Ventilación difícil prevista o inesperada.
- Fallo de intubación endotraqueal.
- Manejo de vía aérea en RCP.
- Procedimientos anestésicos de corta duración.

Ventajas:

- Inserción rápida.
- Menor trauma.
- No se requiere laringoscopia directa.
- Menor riesgo de broncoaspiración (con algunos modelos).

Palabras clave: Mascarilla laríngea, dispositivo supraglótico, anestesia.

GESTIÓN Y CALIDAD

P-91 LA BIOÉTICA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: PRINCIPIOS, DESAFÍOS Y ROL DE LA ANESTESIOLOGÍA

A. Rodríguez Archilla¹; M. Flores Caballero²; G. Cordero Pearson¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla; ²Servicio Andaluz de Salud

Objetivos: El objetivo de este trabajo ha sido realizar una revisión bibliográfica de las aportaciones científicas que abordan la relación de la Bioética con la Cirugía Mayor Ambulatoria. Sus principios y sus desafíos. Prestando especial atención al papel de los profesionales especialistas en Anestesiología en el aseguramiento de esa relación de calidad.

Métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica de las publicaciones científicas durante el periodo 2020-2025 que han tratado sobre la relación de la Bioética y la Cirugía Mayor Ambulatoria, utilizando para ello buscadores que utilizan Inteligencia Artificial. Además, se ha revisado las declaraciones sobre Bioética de las Sociedades Científicas internacionales.

A partir de aquí se han seleccionado contenidos y reflexiones sobre las siguientes áreas temáticas:

- Principios bioéticos y CMA.
- Desafíos éticos y estrategia CMA.
- La anestesiología y los futuros desafíos.

Conclusiones: La CMA representa un paradigma quirúrgico alineado con las demandas de eficiencia contemporáneas, pero su éxito depende de una base ética sólida. Integrar los principios bioéticos en cada fase -desde el consentimiento hasta el seguimiento- requiere colaboración multidisciplinaria, innovación tecnológica responsable y un compromiso inquebrantable con la dignidad del paciente. Futuras investigaciones deberían cuantificar el impacto de intervenciones educativas en la competencia ética de los equipos y explorar modelos de gobernanza que equilibren la sostenibilidad financiera con la equidad en el acceso.

Solo así la CMA podrá cumplir su promesa de ser no solo segura y eficiente, sino también profundamente humana.

Palabras clave: Bioética, anestesia, cirugía mayor ambulatoria.

P-92 OPTIMIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO DE UN HOSPITAL TERCIARIO

M. J. Maroño Boedo; A. Guereca Gala; M. Bellido López; A. del Río Marcos; A. Zabal Maeztu; E. Ganuza Martínez; G. Ojinaga García

Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia

Objetivos: La cirugía mayor ambulatoria (CMA) se trata de un modelo de asistencia quirúrgica multidisciplinar que permite tratar a determinados pacientes de una forma segura y efectiva sin necesidad de ingreso en una cama de hospitalización. En todo momento se garantiza la calidad del acto anestésico-quirúrgico. La CMA correctamente utilizada puede ser beneficiosa tanto para el paciente, como para el entorno social y organización sanitaria. La adecuada elección del paciente y procedimiento quirúrgico unido a unos adecuados cuidados postoperatorios inmediatos son la clave para una evolución postoperatoria favorable.

Se tomaron una serie de medidas para optimizar la actividad dentro de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) de nuestro hospital terciario, con la meta de conseguir un mejor rendimiento del bloque quirúrgico manteniendo la calidad de los cuidados.

Métodos:

Entre los cambios que realizamos en la unidad para mejorar la eficiencia de la misma destacan:

1. Creación de un protocolo que unificase los criterios clínicos de recepción, monitorización, cuidados y alta del paciente durante su estancia UCSI.
2. Implantación de un protocolo de manejo de náuseas y vómitos postoperatorios.

3. Implantación de un protocolo de manejo de dolor agudo postoperatorio.

4. Para evaluar el cumplimiento del nuevo protocolo de ingreso y altas y la gestión de los eventos adversos, se realizó un registro de los ingresos no previstos pacientes en UCSI.

Conclusiones: La implantación de los nuevos protocolos por parte del personal transcurrió sin incidencias. No se apreció un mayor número de ingresos inesperados con el cambio de criterios de estancia media.

En la actualidad, ninguna sociedad científica ha establecido un tiempo mínimo de ingreso para cuidados postoperatorios tras CMA. Este varía según el procedimiento realizado, el tipo de anestesia empleada, y el cumplimiento de unos criterios clínicos previos al alta. En nuestro hospital, redujimos los tiempos mínimo de ingreso tras anestesia general, anestesia locorregional y sedación, además de estandarizar los criterios clínicos de alta del paciente.

La actualización de los tiempos obligatorios mínimos de estancia en la unidad permitió aumentar el número de ingresos en los horarios vespertinos, y disminuir así, la necesidad de hospitalización.

Los criterios de alta se recogieron a través de la escala modificada PostAnesthesia Discharge Scoring System o PADS, considerando a los con una puntuación en la escala PADSS de 9 aptos para el alta a domicilio.

La existencia de un protocolo de manejo de náuseas y vómitos y dolor agudo postoperatorio permite al equipo de enfermería de la unidad mayor autonomía, manteniendo la seguridad del paciente.

La estandarización de los criterios de acogida, monitorización de cuidados y alta del paciente en UCSI siguiendo las directrices de las sociedades científicas, es necesaria para garantizar una atención postoperatoria de calidad y optimizar la seguridad del paciente.

Es primordial realizar una evaluación continua de las unidades para lograr los niveles más altos de efectividad y seguridad clínica con el compromiso de la mejora continua.

Palabras clave: UCSI, CMA, Seguridad.