

VOLUMEN
31

NÚMERO
JUNIO

Suplemento I
2026

CMA
cirugía mayor ambulatoria

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

asecma
ASOCIACION
ESPAÑOLA DE
CIRUGIA MAYOR
AMBULATORIA



16.º SIMPOSIO NACIONAL CMA CELEBRADO LOS DÍAS 10-12 DE JUNIO DE 2026 EN VALLADOLID

RESÚMENES DE COMUNICACIONES ORALES

- Anestesia
- Cirugía
- Enfermería
- Gestión y calidad

RESÚMENES DE COMUNICACIONES PÓSTERES

- Anestesia
- Cirugía
- Enfermería
- Gestión y calidad

ÍNDICE DE AUTORES

Con la colaboración de:



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	Mayte Valle Vicente Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid
Ana Vázquez Lima Hospital Ribera Povisa. Vigo	Evelyn Escobar Cuesta Hospital de Mataró. Barcelona

Área de Especialidades Quirúrgicas	Área de Calidad y Gestión
Víctor Jacinto Ovejero Gómez Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander	Resi de Luna Díaz Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga
Jorge Alberto Saá Gómez Fundación Hospital de Jove. Asturias.	Carmen Sánchez Gutiérrez Hospital Militar. Virgen del Rocío Sevilla

Comité Científico Asesor

Santiago Azagra. Luxemburgo	Carlos Magalhaes. Oporto, Portugal
José Balibrea. Barcelona, España	Elena Martín Pérez. Madrid, España
José María Capitán. Jaén, España	Julio Mayol. Madrid, España
Gonzalo Deleon. Paysandu, Uruguay	Matthew A. Nehs. Boston, EE. UU.
Salustiano González. Santiago de Compostela, España	Patrizio Petrone. New York, EE. UU.
Luis Hidalgo. Mataró, España	Roberto de la Plaza. Guadalajara, España
Manuel López Cano. Barcelona, España	José Luis Porrero. Madrid, España
	Vicente Vieira. Oporto, Portugal

Comité Editorial Revista CMA

Inés Capitán del Río Hospital San Juan de Dios de Alfajare. Sevilla	M.ª Cruz Isar Santamaría Complejo Hospitalario de Toledo
Toñi Benítez Díaz Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga	María Isabel García Vega Fundación Jiménez Díaz. Madrid
María Eugenia Campo Cimarras Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz	Ágata de Laguno de Luna Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga
Paula Diéguez García Complejo Hospitalario Universitario A Coruña	Ana María Laza Alonso Complejo Hospitalario de Toledo



M. ^a del Mar Martínez Gómez Hospital Militar Virgen del Rocío. Sevilla	José Ignacio Rodríguez Hermosa Hospital Josep Trueta. Girona
Lourdes Muñoz Corsini Hospital Universitario de Guadalajara	Miguel Vicente Sánchez Hernández Complejo Hospitalario Universitario de Salamanca
Ana Belén Pérez Jiménez Centro de Salud Nuevo Cáceres-Sebastián Traba. Cáceres	Zoraida Valera Sánchez Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla
Belén Porrero Guerrero Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid	Juan Viñoles Pérez Hospital Pesset. Valencia

Junta Directiva de ASECMA

Presidente José Manuel Cordero Lorenzo	Vocal de Enfermería Evelyn Escobar Cuesta
Vicepresidenta Matilde Zaballos García	Vocal de Gestión María Teresa Valle Vicente
Secretario José María Capitán Vallvey	Vocal de Formación Fernando Docobo Durántez
Tesorero Miguel Vicente Sánchez Hernández	Presidente del Comité Científico Luis Antonio Hidalgo Grau
Vocal de Anestesia Ana Vázquez Lima Lourdes Muñoz Corsini	Director de la Revista CMA Dieter Morales García
Vocal de Cirugía Eva María García Torralbo	

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 2026. 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/ Irún, 21. 28008 Madrid. manuel.santiago@inspiranetwork.com

Edita: ASECMA

Secretaría Técnica y Coordinación Editorial: Inspira Network

Imprime: Diseño y Control Gráfico

SUMARIO

JUNIO 2026
VOL. 31 Supl. 1

COMUNICACIONES

**16.º SIMPOSIO NACIONAL CMA,
CELEBRADO LOS DÍAS 10-12 DE JUNIO DE 2026, EN VALLADOLID**

Resúmenes de comunicaciones orales

■ Anestesia / Anesthesia	1
■ Cirugía / Surgery	6
■ Enfermería / Nursery	10
■ Gestión y calidad / Management and quality	17

Resúmenes de comunicaciones pósteres

■ Anestesia / Anesthesia	22
■ Cirugía / Surgery	25
■ Enfermería / Nursery	34
■ Gestión y calidad / Management and quality	47

Índice de autores

■ Índice de autores / Author Index	51
------------------------------------	----

RESÚMENES DE COMUNICACIONES ORALES

ANESTESIA

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

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

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

Los pacientes recibieron:

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

Variable principal:

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

Variables secundarias:

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

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

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

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

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

No se observaron diferencias significativas en:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

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

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

Métodos: Tras la aprobación por el comité de ética se realizó un estudio observacional, prospectivo y unicéntrico en pacientes sometidos a procedimientos de Neumología intervencionista en los que el aporte de oxigenación se realizó con ONAF o con ML. Se analizaron variables demográficas y antropométricas (edad, sexo, peso, talla, IMC), clasificación ASA, predictores de vía aérea difícil, comorbilidades, tiempos anestésicos y del procedimiento. Se registraron los parámetros de oxigenación a lo largo del procedimiento, se registró la SpO₂ mínima y los episodios de desaturación < 90 % y su duración, complicaciones, estancia en URPA y satisfacción del neumólogo, anestesiólogo y paciente (escala 0-10).

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

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

No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en la SpO₂ basal ($96,2 \pm 2,1$ vs. $96,0 \pm 2,7$ %, $p = 0,8$) ni

en la SpO₂ mínima durante el procedimiento ($95,2 \pm 6,8$ vs. $94,4 \pm 5,6$ %, $p = 0,520$).

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

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

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

O-04 P-08 EFICACIA DE LA MASCARILLA DE PRESIÓN POSITIVA NASAL SUPERNO₂ VA™ FRENTE A OXIGENOTERAPIA CONVENCIONAL EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA AMBULATORIA: ESTUDIO OBSERVACIONAL

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

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

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

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

EDA bajo sedación anestésica. Para su control, se han descrito diferentes estrategias, siendo una de ellas el uso de la mascarilla SuperNO₂VA™, que aporta oxigenación nasal con presión positiva intermitente/continua, lo que podría reducir su incidencia sobre todo en pacientes con comorbilidades. El objetivo de este estudio fue analizar la eficacia de la mascarilla SuperNO₂VA™ en pacientes sedados evaluando parámetros de oxigenación, incidencia de complicaciones respiratorias y realización de la EDA sin interrupciones en comparación con la técnica de oxigenación convencional.

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

Resultados: Se estudiaron 140 pacientes que según la práctica clínica habitual y el criterio del facultativo se distribuyeron en dos grupos: grupo de oxigenoterapia convencional (n = 66) y grupo con mascarilla de presión positiva nasal SuperNO₂VA™ (n = 74). A pesar de partir de una saturación basal inferior (95 % vs. 97 %, $p < 0,001$), el grupo SuperNO₂VA™ alcanzó una saturación mínima superior (98 % vs. 95 %, $p < 0,001$), lo que supuso una mejoría respecto a la SpO₂ basal (mediana de cambio -2,0 vs. +1,5, $p < 0,001$). Tras el ajuste multivariable, el uso de técnica convencional asoció un riesgo de desaturación tres veces mayor (OR 3,26, IC 95 % 1,13-9,43, $p = 0,029$). Asimismo, la necesidad de maniobras de rescate (subluxación mandibular) fue significativamente menor en el grupo SuperNO₂VA™ (5,4 % vs. 24,2 %, $p = 0,001$), beneficio que fue más evidente en pacientes con obesidad y mayores de 65 años.

Conclusiones: La mascarilla SuperNO₂VA™ optimiza la oxigenación durante la endoscopia digestiva alta bajo sedación y reduce significativamente el requerimiento de maniobras de rescate de la vía aérea. Este beneficio es particularmente relevante en pacientes de riesgo como los pacientes con obesidad y edad avanzada lo que avala su implementación como una estrategia de seguridad en pacientes con comorbilidades facilitando el proceso de ambulatorización.

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

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

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

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

Los objetivos secundarios son:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Palabras clave: Checklist, docencia, seguridad, autorreflexión.

CIRUGÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

Palabras clave: Sinus pilonidal, láser, técnica LAST.

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

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

Hospital Universitari de Mataró, Madrid

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Palabras clave: Melanoma, ganglio centinela, cirugía ambulatoria.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Palabras clave: Adenopatía, biopsia escisional, cirugía ambulatoria.

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

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Palabras clave: Hernia inguinal, laparoscopia, formación.

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

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

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

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

Resultados: 481 pacientes intervenidos realizando 555 procedimientos: 259 fistulas perianales, 118 hemorroidectomías, 99 fisuras anales y 54 sinus pilonidales. 79 procedimientos excluidos (14,2 %) (sinus pilonidal y fistulas perianales [n = 20]). De los 476 incluidos 20,5 % (n = 98) pertenecían al Grupo B. *Aspectos demográficos:* edad media (años): Grupo A 53,2 ± 14,1 vs. B 52,7 ± 12,4 (p = 0,783). IMC (kg/m²): Grupo A 28,7 ± 5,8 vs. B 27,8 ± 4,7 (p = 0,226). Sexo varón: Grupo A 63,1 % (n = 239) vs. B 61,2 % (n = 60) (p = 0,738). ASA: II grupo A 51,1 % (n = 190) vs. B 54,1 % (n = 53) (p = 0,41). Turno mañana: grupo A 73,6 % (n = 279) vs. B 79,6 % (n = 78) (p = 0,224). UCAR: Grupo A 56,5 % (n = 214) vs. B 76,5 % (n = 75) (p < 0,001).

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

Estudio comparativo específico por patologías y grupo de estudio mostró:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fisura: PNP: ningún caso por grupos.

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

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

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

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

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

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

ENFERMERÍA

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

Y. Sánchez Herrera¹, C. García Sánchez², Y. Holgado Rincón¹, I. Ruiz de Zárate Ortiz², B. Silva Gordillo²

¹Hospital Universitario de Araba – Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz, ²Hospital Universitario de Araba – Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Palabras clave: Anafilaxia, simulación, enfermería.

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

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

Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M. Francisco¹, F. Aguilera Navarro², C. García Picón¹
¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Hospital Duques del Infantado. Sevilla

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

Objetivos específicos:

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

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

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

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

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

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

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

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

Distribución por especialidades e incidencias detectadas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario de Mataró, Barcelona

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

Objetivos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GESTIÓN Y CALIDAD

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

J. Pérez Montosa

Hospital del Mar. Barcelona

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

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

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

Conclusiones: En el GNE se incluyeron 887 pacientes, registrándose una tasa de cancelaciones del 1,7 % y de suspensiones del 2,1 %. Entre las causas de suspensión, la enfermedad intercurrente representó el 1,35 % y el incumplimiento del protocolo preoperatorio el 1 %. En el GE se incluyeron 731 pacientes, observándose una tasa de cancelaciones del 0,54 % y de suspensiones del 0,82 %. De estas, la enfermedad intercurrente supuso el 0,54 % y el incumplimiento del protocolo preoperatorio el 0,3 %. Se observó una disminución de las tasas de cancelación y suspensión en el GE respecto al GNE, así como una reducción en las causas relacionadas con enfermedad intercurrente y el incumplimiento del protocolo preoperatorio.

Los resultados muestran una tendencia favorable en los indicadores de cancelaciones y suspensiones en CMA, lo que sugiere un funcionamiento adecuado del proceso asistencial. Sin embargo, la presencia de casos evitables, especialmente por preparación incorrecta por parte del paciente, indica que aún existen áreas de mejora. Las suspensiones por enfermedad intercurrente, aunque difíciles de prever, y los fallos en la preparación prequirúrgica ponen de manifiesto la necesidad de reforzar tanto la valoración

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

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

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

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

555 procedimientos. Predominó el sexo masculino 64 % ($n = 308$), edad media 49,9 años (rango 14-84), un IMC medio de 28,2 kg/m² (rango 15,6-61,7), ASA II 49,2 % ($n = 233$).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESÚMENES DE COMUNICACIONES PÓSTERES

ANESTESIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resultados: Hasta el 1 de mayo de 2026 se incluyeron 29 pacientes. El 62 % fueron hombres. La edad media fue de 52,2 (DE 12) años y el IMC medio de 26,0 (DE 3,7) kg/m². ASA II fue la clasificación predominante (66 %). El 14 % eran hipertensos, el 9 % diabéticos y el 13 % fumadores.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CIRUGÍA

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

Y. Holgado Rincón¹, I. Ruiz de Zárate Ortiz², B. Silva Gordillo², Y. Sánchez Herrera¹, C. García Sánchez¹

¹Hospital Universitario de Araba-Santiago. Vitoria-Gasteiz, ²Hospital Universitario de Araba-Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Tisseel®, Tachosil®, Tissucol®.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Palabras clave: Angiomixoma profundo, tumor mesenquimal.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Palabras clave: Tumor, fibroso, solitario.

P-16 ESTATOCISTOMA SOLITARIO. UN TUMOR CUTÁNEO RARO

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

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

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

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

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

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

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

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

Palabras clave: Esteatocistoma, solitario.

P-17 HACIA EL FUTURO DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA

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

Hospital Universitario de Araba. Vitoria-Gasteiz

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

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

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

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

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

Palabras clave: Hamartoma, coloproctología, CMA.

P-19 HALLAZGO INFRECUENTE EN HEMORROIDECTOMÍA: HIDRADENOMA PAPILÍFERO PERIANAL

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

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

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

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

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

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

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

Palabras clave: Hidradenoma papilífero, coloproctología, CMA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

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

Métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo de los pacientes intervenidos entre enero de 2020 y junio de 2025 en nuestro centro con diagnóstico de fisura perianal, fisura anal, sinus pilonidal y hemorroides. Variables registradas: características demográficas (edad, sexo, índice de masa corporal [IMC], riesgo anestésico [ASA]), diagnóstico, régimen de intervención (ingreso o cirugía mayor ambulatoria [CMA]), centro de intervención

(hospital, unidad de alta resolución [UCAR]), asistencia a urgencias y sus causas. Análisis de datos con el programa SPSS.

Conclusiones: Durante el periodo de estudio se intervinieron 481 pacientes, sometidos a 555 procedimientos. El 91,4 % de los procedimientos se programaron en régimen de CMA (n = 507), para un total de 444 pacientes. Predominó el sexo masculino con el 63,1 % (n = 280). La edad media fue de 49,4 años (rango 14-84), el IMC medio del 28,2 kg/m² (rango 15,6-61-6), riesgo anestésico predominante ASA II 49,2 % (n = 216). Por orden de frecuencia las patologías tratadas fueron: fístula perianal 50,9 % (n = 258), hemorroides 19,9 % (n = 101), fisura anal 18,7 % (n = 95) y sinus pilonidal 10,5 % (n = 53). Las intervenciones se realizaron en el 66,7 % de los casos (n = 338) en nuestra UCAR y en turno de mañana en el 74,4 % (n = 377).

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

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

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

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

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

Palabras clave: proctología, cirugía mayor ambulatoria, urgencias.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ENFERMERÍA

P-30 PROTOCOLOS ERAS EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA GINECOLÓGICA

B. Silva Gordillo¹, Y. Sánchez Herrera², C. García Sánchez¹, Y. Holgado Rincón¹, I. Ruiz de Zárate Ortiz¹

¹Hospital Universitario de Araba-Txagorritxu, ²Hospital Universitario de Araba-Santiago. Vitoria-Gasteiz

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I. Ruiz de Zárate Ortiz¹, B. Silva Gordillo¹, Y. Sánchez Herrera², C. García Sánchez¹, Y. Holgado Rincón²

¹Hospital Universitario de Araba-Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz, ²Hospital Universitario de Araba-Santiago. Vitoria-Gasteiz

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C. García Sánchez¹, Y. Holgado Rincón², I. Ruiz de Zárate Ortiz¹, B. Silva Gordillo¹, Y. Sánchez Herrera²
¹Hospital Universitario de Araba-Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz, ²Hospital Universitario de Araba-Santiago. Vitoria-Gasteiz

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M. Muñoz Martínez

Hospital Universitario Parc Taulí. Barcelona

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M. Muñoz Martínez

Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell, Barcelona

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

T. Huertes Serrano

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Regional de Málaga

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L. Requena Portilla
Hospital Universitario de Guadalajara

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

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

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

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

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

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

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

A través de este protocolo se pretende:

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

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

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

Enfermería realiza educación sanitaria individualizada sobre:

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

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

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

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

Impacto asistencial: La aplicación del protocolo favorece:

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario de Guadalajara

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón

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

Objetivos específicos:

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

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

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

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

Las principales bases de datos consultadas fueron:

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

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

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

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

Publicaciones duplicadas en diferentes bases de datos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

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

Los principales objetivos fueron:

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

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

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

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

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

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

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

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

Palabras clave: Enfermería, consulta, catarata, valoración.

GESTIÓN Y CALIDAD

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

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

Hospital Universitario de Navarra

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El análisis económico mostró un ahorro significativo.

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Palabras clave: CMA, visitas institucionales.

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

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

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ÍNDICE DE AUTORES

ÍNDICE DE AUTORES

A

Aguado Saster P., 45
Aguilera Navarro F., 14
Aguirre Oteiza I., 28
Álvarez Talavera M. E., 13
Alvite Castro A., 43
Anaya Rojas M., 22
Ariceta Iraola J., 47
Arranz Gaisan L., 45
Arroyo Iglesias E., 2, 3
Asensio Ilzarbe N., 47
Atucha Badiola L., 22, 48

B

Barajas Cava L., 1, 4, 5
Barberà Ripoll R. M., 13
Barrio Saiz E., 23
Bayo Juanas P., 26, 27
Belinchón Abenójar V., 12, 40, 42
Benedetti P. A., 2
Bombuy Giménez E., 7
Braña Marcos B., 19
Bravo Ratón P., 33
Burgués Estrada S., 48

C

Cabañas Patiño M. Á., 43
Calvache González A., 7, 8
Campo Cimarras E., 28
Campo Eze J., 39
Carrascoso López A., 1, 4, 5
Casado Pardos R., 12, 40, 42

Casado R., 21

Cervera García D., 22
Contreras del Barrio Á., 23, 24, 48, 49
Corbalán Campillo D., 49
Cordero Lorenzo J. M., 48
Cortés Salas C., 22
Coves Luque A., 7
Criado Sanz M., 28
Cuevas González J., 28

D

de Castro M., 17
de la Cruz Verdún J., 7
de la Cuesta de la Llave M. C., 6
de la Fuente Tornero E., 2
de la Gala García F., 24, 49
Díez Vigil J. L., 10, 20, 32
Docobo Durántez F., 48
Dueñas López N., 23
Dueñas N., 21
Duro Penkova C., 7, 8

E

Escobar Cuesta E., 15, 41
Espínola Espigares J. M., 39
Establés Learte M., 48
Estébanez Peláez G., 26, 27

F

Fabregas Blanco I., 15
Fernández López E., 3
Figueras Cufí J., 17
Francisco M., 14
Francisco Pelegrina M. S., 46
Freije López C., 39

G

Galafate Andrades Y., 46
Galván Román F., 21, 22
Garcés Garmendia M. A., 28
García Álvarez C., 26, 27, 28
García García M. A., 12, 40, 42
García López A., 1, 4, 5
García López C., 22
García Martín A. I., 40
García Monferrer A., 32
García Picón C., 14
García Picón C., 46
García Sánchez C., 10, 25, 34, 36
García Sánchez J., 43
Garutti Martínez I., 22
Ginel Feito M. D., 22
Gómez Palomo I., 40
Gómez Rodríguez L., 2, 3
Gómez Rojas M., 22
Gómez Suárez L., 24
Gómez Vela M., 47
González de Godos A., 6, 26, 27, 28, 30, 31
González García C., 19
González Vinagre S., 7, 8
Guerra Garijo T., 26, 27
Guerrero Ortiz P., 7, 8
Guerrero Ruiz E., 38
Gutiérrez Fernández E., 18, 19, 44

H

Hidalgo Rivas E., 22
Higuero Hernando S., 27
Holgado Rincón Y., 10, 25, 34, 36
Huertes Serrano T., 38

I

Ibáñez Ascarza F. J., 47
Iglesias Gutiérrez S., 19, 44

J

Jiménez Lanzas P., 38
Jordana Ferrer M., 13
Juárez Martínez M. E., 18, 19, 44

L

Lara Suárez M. A., 13
Lledó García E., 48, 49
López Chuecos M. V., 24
López Gordo S., 32
López Herreros J., 6, 27

M

Magrach Barcenilla L., 28
Maldonado Rodríguez N., 22, 23
Manrique Montesinos M., 12, 42
Martí A., 32
Martín Acedo S., 7, 8
Martín Ayuso M. A., 43
Martín Barahona I., 26, 27, 28
Martínez A., 1
Martínez Burgos F., 7
Martínez Gómez M. M., 22, 48
Martínez Serrano A., 4
Maté Espeso A., 45
Monreal Bello P., 43
Montero Vegas R., 38
Morales García D., 48
Moreno Azuaga F., 38
Moreno Carrillo P., 11, 35
Moreno Fernández E., 10, 20, 32
Moreno Suero F., 9, 33
Muñoz Corsini L., 1, 4, 5, 43
Muñoz Martínez M., 36, 37
Muriel López J., 28

N

Nebot Galindo A., 15
Nicolau P., 32

Nieto Romero de Ávila G. M., 6, 27
Novoa Lago E., 21, 23, 24, 48

O

Ojeda Martínez M., 28
Omar López I., 47
Orellana Barnes J. T., 23, 24, 48, 49
Ortiz A. Caño, 49
Otero Roussel R., 6

P

Pacheco Sánchez D., 30, 31
Padillo Ruiz F. J., 9, 33
Parra Pozo A., 15, 41
Pedreira García R., 12, 42
Peláez Melo K. R., 4, 5
Pérez Montosa J., 16
Piñol Lázaro P., 13
Pizarro Lozano E., 7
Portas González M., 2, 3
Puerta Ordoñez M. J., 1, 4, 5
Pueyo Llena I., 11, 35
Pujol Alcántara R., 41

Q

Quemada Renedo C., 1, 4, 19

R

Radua V., 32
Ramírez Hallas L., 15, 41
Renate Pelaez K., 1
Rentero M., 21
Reñe de Antonio E., 15
Requena Portilla L., 41, 43
Reyes Fierro M. A., 2, 3, 21, 22, 23, 40, 42, 48, 49
Rodríguez Andrés P., 7, 8
Rodríguez Archilla A., 22, 48
Rodríguez Mogollo J., 9, 33
Rodríguez Sanz M. B., 6, 26, 27, 28, 30, 31
Rodríguez Vielba P. L., 30, 31
Roger Casco Fernández Y., 28

Romero Pareja R., 40
Ruiz de Zárate Ortiz I., 10, 25, 34, 36
Ruiz Gómez E., 38
Ruiz Marzo R., 47
Ruiz N., 32

S

Samaniego González C., 17
Sánchez Arteaga A., 9
Sánchez Cabrera R. M., 13
Sánchez Gutiérrez C., 22, 48
Sánchez Herrera Y., 10, 25, 34, 36
Seoane Vigo M., 7, 8
Serra C., 32
Serrano Martínez A., 5
Silva Gordillo B., 10, 25, 34, 36
Socias Portoles E., 13
Soriano Mas S. A., 11, 35
Suárez Grau J. M., 9, 48

T

Tallón Aguilar L., 9, 33, 48
Tinoco Carrasco C., 6, 26, 27, 28, 31
Tinoco González J., 9, 33
Turello Phillips I. E., 7, 32
Turiño Luque J. D., 10, 20, 32

U

Urbano Bravo M. A., 38
Uribazo Rodríguez M., 47

V

Vallina González M. A., 18, 19, 44
Vega las Heras M., 11, 35
Vela Pascual R., 3
Velasco Álvarez L., 22
Vera Sánchez M., 21, 23
Vidal Herrador B., 7, 8
Vitale S., 15

Z

Zaballos García M., 2, 3, 12, 21, 24, 40, 49