

## RESÚMENES DE COMUNICACIONES PÓSTERES

## ANESTESIA

## 01 ANESTESIA LOCORREGIONAL Y DOLOR POSTOPERATORIO EN CMA

Á. López Posada, L. M. Cano del Amo, S. Ramírez Vila-riño, L. Candel López, M. Martínez Brea, S. Dias Pravia  
*Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias*

**Objetivos:** La anestesia locorregional está actualmente integrada en nuestro día a día siendo cada vez más importante y habitual para el manejo anestésico perioperatorio. Está demostrado que su uso disminuye el consumo de opioides para control de dolor, reduciendo de tal forma sus efectos secundarios y aunque no está exenta de complicaciones brinda los suficientes beneficios para situarse como una de las principales técnicas a realizar en cualquier unidad de CMA.

Para analizar el uso y el control del dolor de la anestesia locorregional en la unidad de CMA de nuestro hospital hemos analizado las cirugías llevadas a cabo durante un mes completo de forma retrospectiva con el objetivo de buscar tendencias positivas y posibles aspectos a mejorar. De esta manera, al realizar el estudio a posteriori de las intervenciones, no interveníamos ni influenciábamos en la manera de anestesiar las diferentes intervenciones quirúrgicas, haciendo que los datos recogidos fuesen lo más representativos de cualquier período de tiempo habitual en nuestra unidad.

**Métodos:** Para el análisis de los datos se realizó un estudio observacional transversal de las cirugías de CMA llevadas a cabo durante un mes completo en nuestro hospital. Se recogieron como datos a estudio: intervención quirúrgica, EVA pre y postquirúrgico, técnica anestésica, edad, ASA y necesidad de ingreso hospitalario. Todos estos parámetros quedan recogidos en dos formularios que se han de realizar de manera obligatoria en cual-

quier paciente que sea intervenido a través del circuito de CMA en nuestro hospital.

Durante todo el proceso seleccionado se recogieron hasta 151 intervenciones.

Todos los datos de los pacientes han sido procesados únicamente utilizando su número de historia clínica hospitalaria a través de las propias listas de CMA del periodo seleccionado.

**Resultados:** Las intervenciones más realizadas en nuestra unidad de CMA son las oftalmológicas, destacando las vitrectomías y las faecoemulsificaciones de cataratas. Los dos tipos de anestesia más utilizadas en estas intervenciones son tópica o local con sedación 44 % y general 35 %.

Por otro lado, la anestesia locorregional es utilizada en un 21 % de las intervenciones de CMA en ocasiones combinadas con anestesia general y sedación. Para ella se han utilizado diferentes bloqueos de nervios periféricos, anestesia epidural o raquídea.

El EVA postquirúrgico medio ha sido inferior a 1 y solo han precisado de ingreso el 3 % de los pacientes (solo 1 de ellos por dolor mal controlado).

Las intervenciones quirúrgicas con mayor dolor postoperatorio fueron las escisiones de lesiones en mama y las extracciones de material de osteosíntesis (donde se registraron los EVAS más altos, 5).

Todas las intervenciones realizadas con anestesia locorregional durante el periodo seleccionado tuvieron un EVA postquirúrgico de 0, incluso en aquellas que partían de un EVA prequirúrgico distinto de 0.

**Conclusiones:** Tras el análisis de todos los datos analizados durante el período seleccionado llegamos a la conclusión de que las cirugías en el circuito de CMA tienen en general un buen control de dolor postoperatorio a pesar de las diferen-

cias epidemiológicas entre pacientes. Este control analgésico es significativamente bueno en las cirugías llevadas a cabo con algún tipo de anestesia locorregional.

A pesar de todo este análisis de pacientes sería necesaria una muestra mayor para poder establecer diferencias significativamente estadísticas entre técnicas de anestesia o incluso comparar mismos tipos de intervenciones en pacientes semejantes con diferentes técnicas para hallar datos más concluyentes.

*Palabras clave: ALR, CMA, dolor, cirugía.*

### **P-02 MASCARILLA LARÍNGEA DE TERCERA GENERACIÓN, VISIONMASK EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL (CENS), EN RÉGIMEN DE CMA, PERMITE MONITORIZAR ESPACIO PERIGLÓTICO DURANTE INTERVENCIÓN**

**J. M. Cordero Lorenzo, G. Cordero Pearson**  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

**Objetivos:** Los dispositivos de ventilación supraglóticos permiten ventilar al paciente sin intubarlo, evitando sus efectos secundarios. Además, el manguito periglótico permite proteger el espacio de sangre procedente de la cavidad nasal, así como de secreciones y lavados empleados durante la intervención. Mediante la visión continua, estamos visualizando el espacio hasta el despertar del paciente. La incidencia de laringospasmos es mínima con supraglóticos.

**Métodos:** Presentamos un caso de paciente de 55 años, con antecedentes de asma bronquial y artritis reumatoide, propuesta para CENS, 66 kg, 1,57 m de talla. Se decide empleo de VISIONMASK n.º 3.

**Resultados:** Tras inducción anestésica con relajación muscular, se inserta mascarilla n.º 3, al primer intento, presiones de sellado de 32 cm H<sub>2</sub>O, visualización óptima de glotis, presiones pico en vía aérea de 15 cm H<sub>2</sub>O, sangrado estimado de 700 cc y lavado de 300 cc de suero fisiológico.

Duración 1 h y 45 min, se visualiza durante todo el procedimiento glotis y espacio periglótico, protección total, no pasó nada de sangre o suero. Una vez revertida y despierta se procede a extracción suave de dispositivo inflado, sin ninguna complicación.

**Conclusiones:** Concluimos que la mascarilla de tercera

generación visonmask ha resultado eficaz y eficiente en este procedimiento avanzado, la visión continua glótica nos ofreció gran seguridad. “La tercera generación de supraglóticos ha llegado para quedarse”.

*Palabras clave: CMA, CENS, visionmask, mascarilla laríngea.*

### **P-03 ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE LA UTILIDAD DE UN DISPOSITIVO DE VENTILACIÓN SUPRAGLÓTICO DE TERCERA GENERACIÓN, VISIONMASK**

**J. M. Cordero Lorenzo<sup>1</sup>, G. Cordero Pearson<sup>1</sup>, M. Á. Astrain Aguado<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla;*

<sup>2</sup>*Complejo Hospitalario de Cartagena, Murcia*

**Objetivos:** La tercera generación además de las características de las de segunda generación, aporta la visión continua del espacio glótico y periglótico, pensando en su utilidad, especialmente en pacientes de CMA, decidimos estudiar clínicamente el dispositivo.

**Métodos:** Se estudiaron 26 pacientes, sometidos a diferentes procedimientos de cirugía mayor ambulatoria, se excluyeron pacientes con obesidad ,IMC mayor de 35, patología pulmonar e imposibilidad de insertarla por problemas mecánicos (apertura bucal limitada, tumoraciones, etc.). Se valoró la inserción al primer intento, visión glótica, presión de sellado, problemas ventilatorios durante la intervención y la educación. Se valoró la satisfacción del anestesiólogo con el dispositivo, de 1 a 5, siendo 1 muy mala y 5 muy satisfactorio.

**Conclusiones:** Edad media poblacional 48 años. Se realizaron 3 laparoscopias para colecistectomía y hernias inguinales, una cirugía endoscópica nasosinusal, 9 hernioplastias abiertas, cirugía ginecológica y coloproctología, en régimen de CMA. De los 26 pacientes, en 24 se insertó al primer intento, en los dos siguientes se cambió el número, consiguiéndose insertar, la presión de sellado fue mayor de 30 en todos los casos, la visión glótica fue muy buena en 25 pacientes. El índice de satisfacción con el empleo del dispositivo fue de 5. No existieron problemas ni durante la cirugía ni en la educación, con ausencia de laringospasmo. Se empleó el número 3 en 23 pacientes.

Consideramos que este dispositivo de ventilación supraglótico es un avance en el manejo de la vía aérea, eficaz, seguro, con unos parámetros ventilatorios muy adecuados,

muy recomendable en CMA. Ha llegado para quedarse, demostrando eficiencia, ya que apenas hay diferencia de precio, con los de segunda generación, a pesar de la tecnología que incorpora.

*Palabras clave: Mascarilla lagrimea de tercera generación, CMA.*

## P-04 PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA Y SU IMPLEMENTACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**M. Moreno Suárez, C. Romero Almaraz, N. Ortiz-Roldán Rodríguez, J. Díez Zapirain, C. Freije López, M. Alonso Fernández, P. Núñez Cuadros, A. Álvarez Cebrián**

*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander*

**Objetivos:** Presentar el protocolo de manejo de la anemia perioperatoria por parte del servicio de Anestesiología y Reanimación en el HUMV.

Resaltar la importancia de contar con protocolos institucionales para el manejo de la anemia perioperatoria.

Mostrar los resultados iniciales tras un año de su puesta en marcha.

**Métodos:** En el año 2022 publicamos en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla el "Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la anemia preoperatoria en el adulto", siendo gestionado por el Servicio de Anestesiología y Reanimación. En la consulta de valoración preanestésica se detectan los pacientes con hemoglobina menor de 12 g/dl que se van a someter a intervenciones de alto riesgo hemorrágico, una vez identificados se derivan para valoración por parte del anestesiólogo del Hospital de Día Quirúrgico. Dado que la anemia ferropénica es la más frecuente, en dichos pacientes se realiza estudio del metabolismo del hierro y en caso de ser necesario niveles de B<sub>12</sub> y ácido fólico, con el diagnóstico del tipo de anemia se indica el tratamiento correspondiente.

En caso de anemia ferropénica e intervención en un plazo menor de 4 semanas se recomienda administración de hierro endovenoso (carboximaltosa férrica), si el plazo excede las cuatro semanas se realizará tratamiento con sales de hierro por vía oral.

En caso de no evidenciarse anemia ferropénica, se amplía el estudio con niveles de B<sub>12</sub> y ácido fólico si hay deficiencia de estos se indica suplementar dichos sustratos. En

determinados casos muy seleccionados, por ejemplo enfermedad renal o anemia de trastornos crónicos, se valora la administración de eritropoyetina. Si existen dudas sobre el diagnóstico se solicitará valoración por hematología.

En todos los casos se entrega al paciente un folleto de recomendaciones dietéticas.

**Conclusiones:** Los programas PBM (*patient blood management*) recomiendan el tratamiento de la anemia preoperatoria, hasta el punto de que dicha condición se considera una contraindicación para la cirugía de alto riesgo hemorrágico. Observamos que desde que se publicó el protocolo de manejo de la anemia perioperatoria, el número de pacientes derivados a la valoración por el anestesiólogo del HDQ, aumentó de manera significativa. Se evidenció que más del 70 % de los pacientes anémicos que llegan a nuestra consulta, lo hacen con un tiempo entre valoración preanestésica-intervención quirúrgica menor de 2 semanas, con lo cual, no disponíamos de tiempo suficiente para hacer el tratamiento completo con hierro oral o EV.

*Palabras clave: Anemia perioperatoria, hierro, protocolo.*

## P-05 ANESTESIA LIBRE DE OPIOIDES EN CIRUGÍA AMBULATORIA DE MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

**C. Vila Comesaña, A. Román Fernández, I. Areán González, I. Rodríguez Salcedo, D. Melián Hernández, P. Area Iglesias, L. Castro Cabana, A. Rodríguez Faro**  
*Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra*

**Objetivos:** El cáncer de mama es el tumor más frecuentemente diagnosticado en las mujeres. La cirugía conservadora es la técnica quirúrgica de elección cuando es factible debido a su baja agresividad. Así, la cirugía mayor ambulatoria (CMA) de mama es un procedimiento cada vez más habitual en nuestras unidades.

El dolor postoperatorio puede variar, llegando a ser de moderado a intenso en algunos casos. La estrategia anestésica para el control del dolor perioperatorio suele implementar la utilización de opioides los cuales tienen efectos secundarios conocidos. En el postoperatorio de CMA dificultan el alta temprana por aumento de la incidencia de náuseas y vómitos, depresión respiratoria, sedación prolongada y globo vesical. Además, existen estudios que sugieren que podrían tener un papel negativo sobre la recurrencia del cáncer y de mayores casos de dolor crónico e

hiperalgesia. El bloqueo del erector de la espina (ESP) se ha descrito como una técnica regional guiado por ecografía con cobertura de la pared torácica. Parece poseer ventajas con respecto a los bloqueos neuroaxiales o paravertebrales por su menor riesgo de punción dural o pleural y menor bloqueo simpático.

Presentamos el caso de una paciente sometida a cirugía conservadora en régimen de CMA a la que se realizó anestesia libre de opioides (OLA). Como pilar fundamental para control del dolor perioperatorio realizamos un bloqueo del erector de la espina guiado por ecografía previo a la inducción anestésica.

**Métodos:** Mujer de 80 años con antecedentes de síndrome depresivo y dislipemia, diagnosticada de neoplasia de mama en cuadrante superoexterno de mama derecha, programada para cirugía conservadora. En consulta de preoperatorio se valoró positivamente para régimen de CMA y se programó para tumorectomía.

En la unidad de recuperación anestésica (URPA) de la CMA, se realizó bloqueo ESP. Con la paciente en sedación, se colocó la sonda de ultrasonidos lineal sobre las apófisis espinosas. Lateralmente se localizaron las apófisis transversas derechas de T5 y T6. Con una aguja de plexos de 85 mm se alcanzó la apófisis transversa de T5, se confirmó con hidrodissección y se depositaron 15 ml de levobupivacaína 0,5 %. Posteriormente se realizó en quirófano anestesia general sin intubación. La inducción anestésica tuvo lugar 30 minutos después del bloqueo, empleando lidocaína 2 % (1 mg/kg, 60 mg), dexametasona 8 mg y propofol en TCI (*target controlled infusion*) con el modelo de Schneider para peso de 60 kg y altura de 160 cm. Posteriormente se colocó una mascarilla laríngea AuraGain número 3 sin incidencias. Se administró precozmente sulfato de magnesio (1,5 g), dexketoprofeno 50 mg y paracetamol 1 g, así como ondansetron 4 mg i.v. La duración de la intervención fue de 30 minutos. Tras la educación, se trasladó a la paciente a la URPA sin incidencias. Se recogió el dolor postoperatorio según la escala visual analógica (EVA) a la hora y 2 horas de su llegada de quirófano, momento en el cual fue dada de alta a su domicilio. Se le entregó una hoja de recogida de datos para completar el EVA a las 3, 6, 12 y 24 horas.

**Resultados:** Durante el intraoperatorio no hubo ningún signo clínico que sugiriera mal control de la nocicepción (perfil hemodinámico, diámetro pupilar, movimientos espontáneos).

A continuación se recogen los EVA a la hora, 2, 3, 6, 12 y 24 h: 0, 0, 1, 2, 0. No presentó náuseas/vómitos ni otras complicaciones.

**Conclusiones:**

- En nuestro caso, la combinación de anestesia regional con general libre de opioides proporcionó un buen control analgésico en la cirugía conservadora de mama.
- Creemos que sería interesante para nuestras unidades implementar técnicas combinadas como la descrita, que reduzcan o eliminen los opioides y, por ende, sus diversos efectos adversos.

*Palabras clave:* Anestesia libre de opioides, bloqueo del erector de la espina, cirugía ambulatoria de mama, control de dolor perioperatorio.

## P-06 COMBINACIÓN DE BLOQUEO DE LA FASCIA CLAVIPECTORAL Y BLOQUEO DEL PLEXO CERVICAL SUPERFICIAL EN RESECCIÓN DISTAL DE CLAVÍCULA

**I. Rodríguez Salcedo, I. M. Rodríguez Naz, D. Melián Hernández, C. Vila Comesaña, D. Mundiña Gay, L. Muradás Cerviño, C. Consuelo Aparicio Cuenca, P. Area Iglesias**

*Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo, Pontevedra*

**Objetivos:** La fractura de clavícula es el traumatismo más frecuente de la cintura escapular, viéndose más frecuentemente afectado el tercio medio (80 % de los casos), seguido del tercio distal (20 %) y el tercio medial (1-2 %). En los últimos años se han descrito una serie de abordajes para proporcionar analgesia/anestesia para el abordaje quirúrgico de dichas fracturas. La inervación de la misma es compleja y depende principalmente de ramas del plexo braquial (n. supraescapular, n. subescapular, n. subclavio, n. pectoral lateral, n. axilar, n. torácico largo) y el plexo cervical superficial (n. supraclavicular). Para lograr analgesia/anestesia durante una intervención debemos abordar el bloqueo de ambos plexos, que cubran las ramas que aportan sensibilidad a la misma, frecuentemente bloqueo interescalénico y bloqueo del n. supraclavicular o, en su defecto, del plexo cervical superficial. Sin embargo, en 2017 Valdés describió el bloqueo clavipectoral. Este último consiste en la infiltración de anestésico local profundo a la fascia clavipectoral, afectando a los nervios que la atraviesan para llegar a la clavícula.

Se han descrito varios casos de cirugía de clavícula combinando el bloqueo del plexo cervical superficial, que proporciona anestesia a la zona cutánea sobre la clavícula, y bloqueo clavipectoral que cubre las ramas que inervan al hueso clavicular propiamente dicho.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 74 años de edad que acude para intervención programada sobre cla-

vícula por artrosis acromioclavicular, realizándose resección de clavícula distal tipo Mumford. Como antecedentes destaca diabetes mellitus insulino-dependiente, dislipemia, hipertensión arterial, ictus hace más de diez años con parálisis facial como secuela, hipotiroidismo post-tiroidectomía, síndrome de Raynaud y varices. No alergias medicamentosas conocidas.

Se realiza bloqueo del plexo cervical superficial ecoguiado, identificando el plexo braquial a nivel supraclavicular y siguiendo su trayectoria cranealmente, hasta identificar la vértebra C4 y su correspondiente raíz, identificándose a este nivel el plexo cervical superficial, profundo al músculo esternocleidomastoideo. Con una aguja de 35 mm, en un abordaje en plano de posterior a anterior se infiltran 7 ml de levobupivacaína 0,25 % + mepivacaína 1 %.

A continuación, se realiza un bloqueo clavipectoral. Se coloca la sonda ecográfica en un plano sagital, perpendicular al borde largo de la clavícula. Se realiza un barrido de la clavícula infiltrándose anestésico local en el borde lateral y medial de la misma (abordaje en plano, de caudal a craneal), utilizando una aguja de 50 mm. Se administran 15 ml a cada lado de levobupivacaína 0,5 % y mepivacaína 1 %. La cirugía se llevó a cabo sin incidencias ni complicaciones, salvo ligera tendencia a hipertensión arterial que precisó algún bolo puntual de urapidilo (total 15 mg). Como sedación se administraron 2 mg de midazolam, 100 microgramos de fentanilo y algún bolo puntual de propofol + ketamina (total 30 mg propofol + 15 mg ketamina).

La paciente se intervino de manera ambulatoria, recibiendo el alta hospitalaria el mismo día de la intervención a última hora de la tarde. Analgesia pautada para domicilio: tramadol 75 mg/paracetamol 650 mg 1 cápsula/8 horas + metamizol 575 mg/8 horas de rescate.

**Conclusiones:** La paciente se intervino de cirugía de clavícula realizándose bloqueo del plexo cervical superficial + bloqueo clavipectoral y sedación, obteniéndose un buen control del dolor tanto en el intraoperatorio como en el postoperatorio inmediato.

La combinación de estos dos bloqueos a diferencia del abordaje del plexo braquial no afecta a la movilidad del miembro superior. Es una técnica segura si se realiza bajo visión ecográfica, con escasas complicaciones. Además, permite reducir la incidencia de bloqueo del nervio frénico ipsilateral, cuya frecuencia en el bloqueo interescalénico es casi del 100 %, mientras en el plexo cervical superficial es mucho menos frecuente. La intervención bajo el efecto del bloqueo permitió el ahorro en la administración de antiinflamatorios y de opioides, tanto en el intra como en el

postoperatorio, minimizando los efectos secundarios de los mismos. El bloqueo clavipectoral consigue una analgesia correcta sobre intervenciones a nivel de la clavícula. Puede combinarse con un bloqueo del plexo cervical superficial para proporcionar anestesia a nivel de la región cutánea sobre la clavícula.

*Palabras clave:* Clavipectoral, analgesia, clavícula.

## P-07 PROTOCOLOS DE ANALGESIA PARA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA SEGÚN DOLOR ESPERADO: ¿LA MEJOR DEFENSA FRENTE AL DOLOR EN CMA?

**D. Melián Hernández, A. Carregal Raño, I. Rodríguez Salcedo, C. Vila Comesaña, I. Areán González, A. M. Santos Ruiloba, R. Acacio Jiménez, P. Remuiñán Fernández**

*Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra*

**Objetivos:** Registrar el dolor postoperatorio percibido mediante la escala visual analógica del dolor (EVA) a las 24 y 72 horas en intervenciones con régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) para, con dichos datos, valorar si las pautas analgésicas son las adecuadas.

**Métodos:** Se recogieron los datos vía telefónica de dolor postoperatorio medido según la escala de EVA a las 24 y 72 horas (mínimo y máximo valor en reposo y el valor en movimiento) de 33 pacientes sometidos a dos tipos de cirugías catalogadas como dolor esperado moderado (herniorrafia inguinal y cirugía correctora de hallux valgus), por ser las más frecuentes en nuestro ámbito y poseer datos más homogéneos. El muestreo se llevó a cabo durante 5 días. En concreto poseemos datos de 23 pacientes sometidos a herniorrafia inguinal y de 10 pacientes operados de hallux valgus. Por otro lado, se registró la pauta analgésica de los pacientes sin interferir en las pautas habituales del médico responsable (tipo de fármacos y hora de la toma, tipo de rescate y cumplimiento o no de la pauta).

**Resultados:** Para cirugía catalogada como dolor esperado moderado observamos que los pacientes sometidos a herniorrafia poseían escalas de EVA (hernia inguinal) menores que aquellos que se intervinieron de hallux valgus, poseyendo ambas cirugías un dolor esperado moderado. En concreto, para la herniorrafia se reflejaron escalas de EVA máximas, en movimiento y mínimas en las primeras 24 horas de 2,2, 3,2, 0,7, respectivamente. Si aumentamos el periodo de tiempo hasta 72 horas, los resultados serían

2,2 de EVA máximo, 3,2 de EVA en movimiento y 0,4 de EVA mínimo. Para la cirugía de hallux valgus se recogieron los siguientes datos a las 24 horas de la cirugía: dolor máximo 5,2; dolor en movimiento 4,5; dolor mínimo 2,9. Mientras que a las 72 horas se obtuvieron los siguientes resultados: dolor máximo 5,5; dolor en movimiento 5,1; dolor mínimo 2,4.

Respecto a las pautas farmacológicas, se constató que el 37 % del total de los pacientes fueron dados de alta con doble terapia analgésica (predominando entre los mismos el paracetamol alternando con otro fármaco). Además, la gran mayoría de ellos (82,8 %) poseían analgésico de rescate, siendo el más utilizado el metamizol. Aun así, más de la mitad de los pacientes (55,7 %) no siguieron la pauta de forma correcta.

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio retrospectivo muestran pautas de analgesia que no cubren las demandas de la mayoría de los pacientes sometidos a cirugía de hallux valgus alcanzando en la escala de EVA hasta 5,5 puntos; siendo menor en las herniorrafias, con EVA máxima de 3 puntos.

Creemos que gran parte del problema radica en la no existencia de pautas estándar para cada tipo de cirugía en función del dolor esperado de la misma. Además, las pautas empleadas en estos pacientes resultaban a priori erróneas dado que los fármacos se prescribían de forma alterna. Se vio que para herniorrafias la analgesia era suficiente, pero para cirugía de hallux valgus no, siendo uno de los puntos a mejorar.

Por ello, nuestra propuesta sería crear diversas combinaciones de fármacos con su tratamiento de rescate para protocolizar la analgesia ambulatoria de cara al alta en función del tipo y el dolor de cada cirugía.

Limitaciones: falta información sobre: demografía del paciente, dolor crónico y consumo crónico de analgésicos, tipo de técnica anestésica y pauta analgésica perioperatoria que podría arrojar datos que ayuden a disminuir el dolor postoperatorio.

*Palabras clave: Analgesia, multimodal.*

## CIRUGÍA

### P-08 RESULTADOS INICIALES DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE CMA CON HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

**A. García Monferrer, A. Hugué-Sánchez Ramón, L. Pulido Martínez, X. Potau Lahoz, E. Mans Muntwyler, E. Bombuy Giménez, L. Hidalgo Grau**  
*Hospital del Mataró, Barcelona*

**Objetivos:** La cirugía de la obesidad se considera una cirugía compleja y no exenta de complicaciones potencialmente muy graves. Los años de experiencia y los equipos especializados han logrado la reducción de las mismas. Hoy en día se equiparan con las de una colecistectomía. En la literatura se describen, sobre todo en países con sanidad privada, procesos ambulatorizados con estancia en un hotel cercano al centro hospitalario.

Nuestro centro, Hospital de Mataró, cuenta con una unidad de cirugía bariátrica fundada en 2007 y con una unidad de CMA desde 1999.

El objetivo principal es presentar los resultados iniciales de este proyecto novedoso en nuestro centro. El protocolo de CMA se inició en noviembre del 2023 seleccionando pacientes intervenidos de obesidad mórbida con hospitalización a domicilio como paso previo a la ambulatorización.

**Métodos:** Se realiza un análisis descriptivo de nuestra base de datos con los resultados de la puesta en marcha de un protocolo de CMA en cirugía bariátrica iniciado en noviembre del 2023. Des de la fecha de inicio del protocolo hasta abril 2024 se han incluido 9 pacientes.

Se recopilaron datos demográficos (edad, sexo, IMC), tipo de intervención realizada (sleeve/BPG), éxito CMA (sí/no), dolor y resultados analítica 24 h, reingreso, reconsulta y complicaciones, valoración clínica al mes, así como el grado de satisfacción. Todas las intervenciones fueron realizadas por los cirujanos de la Unidad Funcional de Obesidad Mórbida (UFOM) de nuestro centro.

**Resultados:** Nuestro centro ha puesto en marcha un protocolo de CMA con hospitalización a domicilio hace 6 meses, seleccionando un total de 9 pacientes.

Desde noviembre del 2023 hasta abril 2024 se han realizado un total de 38 cirugías bariátricas, con 9 (23,7 %) pacientes intervenidos en la unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA), obteniendo un éxito en 5 (55,6 %) pacientes ambulatorizados sin incidencia, y los restantes 4 (44,4 %) pacientes requirieron ingreso por distintos motivos, entre los más destacables: dolor (2), vómitos (1) y efecto adverso de la anestesia (1).

Desglosando los parámetros evaluados, a nivel demográfico, las intervenciones se realizaron a 6 (66,6 %) mujeres y 3 (33,3 %) hombres con una edad media de 50,6 años y un IMC medio de 42,8. La técnica quirúrgica realizada más

frecuente fue el bypass gástrico con 6 pacientes (66,6 %) y el sleeve con 3 pacientes (33,3 %).

En el postoperado inmediato, los pacientes presentan un EVA medio a las 24 horas de 1,33; la analítica a las 24 h refleja una media de valores de PCR 2,6 mg/dl, leucocitos de  $12,1 \times 10^3$  u/ml y hemoglobina de 13,6 g/dl.

Solo un paciente ha realizado 1 consulta (11,1 %) por fiebre de origen viral, no relacionado con la cirugía. Dos pacientes (22,2 %) presentaron complicaciones posoperatorias, una crisis comicial única y un edema de úvula. No se realizaron reingresos en ningún paciente.

Al mes en la consulta, los pacientes presentaron un buen estado general sin complicaciones tardías y con un grado de satisfacción elevado.

Como conclusión, creemos que es de gran importancia una buena selección de los pacientes para mejorar los resultados. Siguiendo la cronología hemos evidenciado una mala selección de los primeros pacientes.

**Conclusiones:** La técnica quirúrgica Sleeve presenta peor tolerancia, sin pacientes ambulatorizados hasta la fecha. Una de las posibles causas podría ser la ampliación del trocar de asistencia para extraer la pieza quirúrgica y posterior cierre con punto de sutura transmuscular (reverdin) lo que provoca dolor al paciente.

Aun así, con una buena selección de pacientes, un equipo especializado y un centro especializado en CMA, la ambulatorización de la cirugía bariátrica es una alternativa a considerar respecto la hospitalización convencional.

*Palabras clave:* Cirugía bariátrica, cirugía de la obesidad, ambulatorización, hospitalización a domicilio, obesidad.

## P-09 ¿HERNIA INGUINAL O CRURAL? DESCUBRIENDO CON LA TÉCNICA LAPAROSCÓPICA TAPP

**J. Soares<sup>1</sup>, C. Pinto<sup>1</sup>, C. Magalhães<sup>1,2</sup>**

*<sup>1</sup>Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório. Clínica Cirúrgica. ULS Santo António. Porto, Portugal; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas. Universidade do Porto*

**Objetivos:** Presentar un vídeo de una técnica de hernioplastia inguinal laparoscópica mediante abordaje preperitoneal transabdominal (TAPP), en un régimen ambulatorio.

**Caso clínico:** Presentamos el caso clínico de una mujer de 30 años, ASA II, quien fue evaluada por dolor inguinal izquierdo.

Se realizó ecografía de región inguinal, que demostró un defecto herniario en el lado izquierdo de dudosa procedencia, sin posibilidad de precisar si se trataba de una hernia inguinal o de una hernia crural.

Ante la incertidumbre diagnóstica, se propuso cirugía al paciente mediante abordaje laparoscópico TAPP para exploración intraoperatoria y corrección del defecto encontrado. La cirugía transcurrió sin complicaciones y el diagnóstico definitivo fue de hernia inguinal izquierda. El paciente fue dado de alta el mismo día, sin complicaciones.

**Conclusiones:** Nuestro abordaje demuestra la ventaja de la técnica laparoscópica como método diagnóstico definitivo luego de la exploración intraoperatoria y como tratamiento simultáneo en casos de duda diagnóstica persistente luego de exámenes de imagen.

*Palabras clave:* Laparoscopia, TAPP, hernia inguinal, pared abdominal, cirugía ambulatoria.

## P-10 SOSPECHA DE HERNIA INGUINAL RECURRENTE: TAPP COMO ABORDAJE EXPLORATORIO

**J. Soares<sup>1</sup>, A. Flores<sup>1,2</sup>, C. Magalhães<sup>1,2</sup>**

*<sup>1</sup>Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório. Clínica Cirúrgica. ULS Santo António. Porto, Portugal; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas. Universidade do Porto*

**Objetivos:** Presentar un vídeo de una técnica de hernioplastia crural laparoscópica mediante abordaje transabdominal preperitoneal (TAPP), en un régimen ambulatorio.

**Caso clínico:** Presentamos un caso clínico de un hombre de 59 años, ASA II, a quien se le realizó una hernioplastia inguinal bilateral mediante la técnica de Lichtenstein modificada, en octubre de 2023. Al tercer mes postoperatorio presentó dolor inguinal derecho recurrente y se sospechó recurrencia de hernia inguinal. Se realizó ecografía de región inguinal, que demostró la presencia de una hernia crural derecha, la cual no fue detectada en la primera intervención quirúrgica. Se propuso una nueva intervención mediante abordaje laparoscópico TAPP. La cirugía transcurrió sin complicaciones y el paciente fue dado de alta el mismo día, sin complicaciones.

**Conclusiones:** Nuestro abordaje demuestra la ventaja de la técnica laparoscópica en la exploración, visualización y corrección de todos los posibles defectos herniarios con-

mitantes de la pared abdominal, en un solo procedimiento quirúrgico, en relación al abordaje abierto, y sigue siendo la técnica recomendada en el manejo de hernias recidivantes.

*Palabras clave: Laparoscopia, TAPP, hernia crural, pared abdominal, cirugía ambulatoria.*

## P-11 PARATIROIDECTOMÍA EN RÉGIMEN DE CMA: NUEVOS HORIZONTES

**A. Pallarés Pereira, G. E. Matías Beteta, L. Hernández García, L. Busto Hermida, I. Troncoso Magdalena, R. Otero Bueno, R. Vázquez Bouzán, A. Climent Aira**  
*Hospital Ribera Povisa. Vigo, Pontevedra*

**Objetivos:** El hiperparatiroidismo constituye una patología de referencia para el cirujano endocrino, puesto que la intervención quirúrgica, la cual consiste en la exéresis de una o varias glándulas dependiendo de la etiología, constituye la opción definitiva ante un trastorno con limitadas alternativas de tratamiento farmacológico. En la actualidad, dicha intervención se realiza bajo régimen de hospitalización, con un ingreso cuya duración es variable en función de las posibles complicaciones tras la cirugía.

Dado el curso evolutivo favorable en la mayoría de los pacientes, y ante el advenimiento de nuevas técnicas operatorias mínimamente invasivas gracias en parte a la mayor precisión del estudio radiológico preoperatorio, nos hemos planteado como objetivo el determinar la factibilidad de un protocolo de intervención ambulatorio.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se incluyen aquellos pacientes operados entre los años 2010 y 2024 en el Hospital POVISA. Comprendiendo el análisis de las complicaciones que presentan durante el postoperatorio inmediato relacionadas con la propia intervención o patología de origen.

**Resultados:** Un 5,5 % de los pacientes manifiestan sintomatología mínima como molestias o dolor localizado a nivel de herida quirúrgica. Otro 24,4 % presenta valores diagnósticos de hipocalcemia en el estudio a las 24 horas tras la intervención, refiriendo clínica secundaria a la misma tan solo el 6,7 % de este grupo de pacientes. Las complicaciones graves propias del abordaje quirúrgico cervical como son las lesiones nerviosas y el hematoma sofocante fueron anecdóticas. El manejo quirúrgico del hiperparatiroidismo sin ingreso hospitalario, es una opción que podría ser factible bajo cirujanos experimentados y en un centro don-

de se realizan intervenciones ambulatorias de forma rutinaria. La selección adecuada de pacientes, y la utilización de técnicas de cirugía selectiva o mínimamente invasivas permitiría asegurar un postoperatorio seguro y reduciría tanto los costes como la morbilidad asociada a la hospitalización de los pacientes.

*Palabras clave: Hiperparatiroidismo, paratiroidectomía, CMA, ambulatorio, complicaciones.*

## P-12 COMPLICACIONES DE CIRUGÍA DE LA HERNIA INGUINAL EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. REVISIÓN DE CASOS EN NUESTRO CENTRO

**M. Iglesias Trigo, X. Rial Justo, R. Carracedo Iglesias, M. López Otero, R. Sánchez Santos, I. Ferreirós Losada, B. Abedini Nieto, N. Álvarez Garrido**  
*Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo, Pontevedra*

**Objetivos:** La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) ha ido en incremento en las últimas décadas, ya que permite tratar al paciente de una forma segura y eficiente sin necesidad de ingreso, de manera que supone un menor impacto en la vida cotidiana de los pacientes y les permite reintegrarse con más rapidez a sus actividades cotidianas. Este tipo de acto quirúrgico, al no requerir de ingreso, disminuye también los costes económicos que supondría una hospitalización. Una de las intervenciones que más se realiza en este régimen es la cirugía de la hernia inguinal, que ha sufrido una expansión progresiva en los últimos años, tanto por abordaje abierto como por laparoscópico.

Es importante resaltar que, junto con el equipo de anestesia, hay que hacer una buena selección de los pacientes, para evitar ingresos y complicaciones postoperatorias.

**Métodos:** Realizamos una revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos de hernia inguinal en régimen de CMA, en el Complejo Hospitalario de Vigo, entre los años 2017 y 2023.

Dentro de este grupo, seleccionamos un subgrupo de pacientes con alguna complicación postoperatoria en los 30 días posteriores a la fecha de intervención. Para ello, analizamos las asistencias a urgencias de cada uno de ellos.

**Resultados:** Entre los años 2017 y 2023 se intervinieron un total de 2602 pacientes intervenidos de hernia inguinal, en régimen de CMA. De ellos, un 9,6 % (233 pacientes)



precisaron asistencia a urgencias o ingreso hospitalario, que son los que analizaremos en nuestro estudio.

La edad media de los pacientes intervenidos que sufrieron complicaciones fue de 63 años, con un porcentaje de hombres del 85 %.

De ellos, un 89,27 % se intervino de hernia inguinales unilaterales y un 7,3 % se intervino bilateralmente en el mismo acto quirúrgico. Asimismo, un 3,43 % se trataron de hernias crurales (no asociadas a hernia inguinal). Un 11,15 % se trataron de hernias recidivadas. Las técnicas quirúrgicas utilizadas fueron: 48,7 % Lichtenstein, 22,8 % Rutkow-Robbins, 18,85 % endoscópicas (TEP/TAPP) y en un 9,65 % se realizaron otras técnicas distintas. El tiempo promedio de las intervenciones fue de 40 minutos.

Con respecto a los motivos de asistencia a urgencia, un 20 % de los pacientes, correspondieron a motivos médicos no relacionados con el proceso actual.

En cuanto a los motivos relacionados con la intervención, los síntomas o complicaciones más frecuentemente referidos en urgencias fueron el hematoma inguinal o escrotal en un 47,2 % de los pacientes, el dolor en un 24,6 %, el seroma en un 24,6 % y la dehiscencia de la herida en un 17,6 %. De estos pacientes, el 4,5 % precisaron de un ingreso hospitalario.

Para clasificar la morbilidad de los pacientes que acudieron a urgencias, utilizamos la escala Clavien-Dindo, presentando el 37,3 % un Clavien Dindo de I, el 7,73 % un Clavien Dindo de II y un 0,86 % un Clavien Dindo IIIb. De los pacientes con Clavien Dindo IIIb en uno de ellos se realizó una orquiectomía por compromiso vascular, otro fue una recidiva precoz tras hernioplastia inguinal y en otro se sospechó de una recidiva inguinal pero se trataba de una hernia crural.

**Conclusiones:** La cirugía de la hernia inguinal en régimen de CMA es un procedimiento seguro y eficiente, con una incidencia de complicaciones aceptable. Este régimen, como ya mencionamos ha ido adquiriendo mayor peso en los últimos años ya que disminuye el coste sanitario y supone un menor impacto en la calidad de vida de los pacientes. Sería conveniente, continuar realizando más estudios para obtener información que permita una mejor selección de los pacientes y mejorar los resultados de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Palabras clave: CMA, hernia inguinal.

## P-13 DOR INGUINAL CRÓNICA PÓS-HERNIOPLASTIA CRURAL- ABORDAGEM POR VIA LAPAROSCÓPICA EXTRAPERITONEAL (TEP) EM REGIME DE CMA

**F. Martins<sup>1</sup>, A. Flores<sup>2</sup>, C. Magalhães<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório, Clínica Cirúrgica, ULS Santo António. Porto, Portugal. Serviço de Oncologia Cirúrgica, IPO. Porto; <sup>2</sup>Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório, Clínica Cirúrgica. ULS Santo António. Porto, Portugal. ICBAS, University of Porto; <sup>3</sup>Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório, Clínica Cirúrgica. ULS Santo António. Porto, Portugal. ICBAS, University of Porto

**Objetivos:** A dor crónica pós hernioplastia inguinofemoral é definida como uma dor persistente após 4 meses da cirurgia. As quatro causas mais comum são a recorrência da hérnia, dor relacionada com o material protésico, dor relacionada com a manipulação dos nervos ou infeção.

A decisão de realizar uma revisão cirúrgica é mais fácil quando há evidência de recidiva herniária ou infeção da prótese, mas, nos outros casos, mesmo após insucesso de terapêutica médica, esta decisão é mais controversa.

**Métodos:** Neste trabalho apresentamos um vídeo que retrata uma revisão cirúrgica após hernioplastia crural direita por dor crónica.

**Conclusiones:** Tratava-se de uma doente do sexo feminino, 44 anos, saudável, submetida a uma hernioplastia crural direita por via aberta com fixação de um plug no espaço pré-peritoneal em 2019. A doente apresentava queixas de dor intensa na região inguinal direita com irradiação para a face interna da coxa ipsilateral com anos de evolução, sem resolução com analgesia oral, nomeadamente opióides, ou bloqueio neural.

Foi submetida a uma hernioplastia laparoscópica TEP bilateral, com constatação intraoperatória de plug de material protésico no orifício femoral direito e de hérnia femoral bilateral. Foi realizada a remoção do material protésico prévio e colocada prótese bilateral sem fixação. O procedimento decorreu sem intercorrências e a doente teve alta no mesmo dia. Na consulta de follow-up, 1 mês após a revisão cirúrgica, a doente encontrava-se assintomática e em desmame dos opióides.

Palabras clave: Dor crónica, TEP.

## P-14 FRACASO DEL RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN LA CIRUGÍA DE LA HERNIA INGUINAL. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

**X. Rial Justo, M. Iglesias Trigo, R. Carracedo Iglesias, M. López Otero, B. Abedini Nieto, I. Ferreirós Losada, C. Cruz Moure, R. Sánchez Santos**

*Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra*

**Introducción:** La cirugía mayor ambulatoria (CMA) suscita un interés creciente en las últimas décadas debido a su relación con una disminución de complicaciones asociadas con la hospitalización, menor impacto en la calidad de vida de los pacientes y disminución de los costes económicos. La cirugía de la hernia inguinal es uno de los procedimientos más frecuentemente realizados en el ámbito de la Cirugía General. Asimismo, supone uno de los procedimientos más frecuentemente realizados en régimen de CMA y ha sufrido una expansión progresiva de sus indicaciones en los últimos años.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de hernia inguinal en régimen de CMA en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo entre los años 2017 y 2023, ambos incluidos. De estos pacientes, se analizó el subgrupo de pacientes en los que alguna incidencia impidió completar la asistencia de forma ambulatoria según lo previsto y se estudiaron las causas por las cuales fracasó el régimen de CMA.

**Resultados:** Durante los años 2017 a 2023 se intervinieron 2602 pacientes de hernia inguinal en régimen de CMA en nuestro centro. En un 3,8 % de ellos se produjo fracaso del régimen de CMA previsto, con imposibilidad de alta ambulatoria y necesidad de prolongar la atención con un ingreso hospitalario. El 89 % de los pacientes fueron hombres y la edad media, 59,7 años. Las hernias intervenidas fueron: 83,7 % hernias inguinales unilaterales, 15,3 % hernias inguinales bilaterales, 1 % hernias crurales (no asociadas a inguinal). Todas ellas fueron hernias primarias, ninguna recidivada. Las técnicas de hernioplastia realizadas fueron: técnicas endoscópicas (TEP/TAPP) 51 %, Lichtenstein 33,7 %, Rutkow-Robbins 8,2 % y otras 7,1 %; con un tiempo quirúrgico medio de 49,9 minutos. Los motivos de conversión a ingreso más frecuentes fueron los siguientes: finalización de la intervención posterior al horario previsto, insuficiente para cumplir periodo de observación establecido: 29,6 %; ausencia de micción espontánea durante el periodo de observación establecido: 17,3 %; decisión del equipo quirúrgico por complicaciones, hallazgos intraoperatorios o procedimientos asociados a la hernioplastia: 16,3%; motivos sociales que impedían cumplimiento de

las condiciones para alta en régimen de CMA: 12,3 %, mal control del dolor: 12,2 %.

Entre los pacientes de este grupo analizado, se registraron las complicaciones postquirúrgicas según la clasificación de Clavien-Dindo: 12,2 % de los pacientes que precisaron ingreso presentaron alguna complicación Clavien-Dindo I; un 1 %, Clavien-Dindo II; un 1 %, Clavien-Dindo IIIB (correspondiente a una reintervención por sangrado). Conclusiones: La cirugía de la hernia inguinal en régimen de CMA es un procedimiento seguro, con una incidencia de complicaciones aceptable y que ha ido ganando indicaciones los últimos años. Son necesarios más estudios de cara a establecer posibles relaciones entre factores de riesgo y ajustar mejor los criterios de inclusión para este tipo de procedimiento.

*Palabras clave: Hernia inguinal, hernioplastia inguinal, cirugía mayor ambulatoria, CMA, morbilidad.*

## P-15 INFECCIÓN CRÓNICA POSTQUIRÚRGICA. UN RETO PARA EL PACIENTE Y PARA EL PROFESIONAL

**E. López-Mosquera, B. E. Álvarez Iglesias, J. C. Fernández Fernández, E. Vázquez Presa, S. Antuña Villa, S. González Estrada, B. Pérez Corrales**

*Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias*

**Objetivos:** La infección crónica postquirúrgica del material protésico es una complicación de la cirugía desoladora, tanto para el paciente como para el sistema sanitario. Representa un gran número de visitas del paciente al Hospital y Centro de Salud, prolonga las hospitalizaciones, satura las consultas de los profesionales sanitarios e incrementa las reoperaciones.

Es una complicación temida por los cirujanos. Se insta al paciente a un manejo conservador obligado por no afrontar el problema. Son pocos los casos que tienen una resolución espontánea. Es por esto que los profesionales deben tener criterios de actuación y seguimiento claros con el fin de minimizar los efectos colaterales derivados de la cronificación de esta complicación. Compartir nuestra experiencia en pacientes intervenidos de hernia inguinal a los que se les colocó material protésico y que cursaron con infección crónica.

**Métodos:** Se exponen una serie de 4 casos clínicos con diferente evolución. Pacientes con un denominador común

que es haber sido intervenidos de hernia inguinal en nuestro centro sanitario u otros centros, con colocación de prótesis quirúrgica y haber cursado con infección crónica en el postoperatorio inmediato. Para ello se han valorado los antecedentes de los pacientes, el número de intervenciones quirúrgicas relacionadas con el proceso, cuándo apareció el sinus, los recursos sanitarios utilizados (número de curas, de cultivos, antibioterapia, visitas a urgencias, consultas y pruebas diagnósticas complementarias).

**Conclusiones:** En estos casos hemos corroborado como los microorganismos se quedan acantonados en el material protésico produciendo una infección crónica refractaria a tratamiento conservador (con curas locales y antibioterapia dirigida) y de dificultosa resolución con tratamiento intervencionista. El proceso fistuloso cursó en todos los casos con uno o dos orificios que en dos de los casos cerraban puntualmente tras terapia antibiótica, reabriendo de nuevo y otros dos casos que nunca llegaron a cerrar. Los microorganismos habituales son: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus aureus multisensibile*, *Staphylococcus epidermidis*.

En todos los casos la cirugía fue abierta. En los cuatro casos la infección cursó en el postoperatorio inmediato, con cierre tras tratamiento conservador y con reaperturas que abocaron en una o más cirugías curativas y/o reparadoras. Los recursos sanitarios utilizados fueron: dos o más intervenciones quirúrgicas, múltiples consultas médicas, curas periódicas hospitalarias y Atención Primaria, infecciones intercurrentes con múltiples cultivos y antibioterapia dirigida, interconsultas a otros profesionales de otras especialidades por complicaciones concomitantes. Pruebas radiológicas diagnósticas: ecografía y TAC.

Cabría plantearse si los tratamientos antibióticos recurrentes son necesarios una vez diagnosticado el problema por las resistencias que se pueden producir. Tener en cuenta la repercusión física, psicológica, sanitaria y socioeconómica que provoca la dilatación el tiempo de los procesos. Se puede considerar una complicación postquirúrgica que requiere atención cercana durante todo el proceso e intervención consensuada con el paciente.

Relevante el diagnóstico y seguimiento por profesionales médicos y de enfermería expertos.

Los equipos de atención primaria deberían saber reconocer esta complicación como un signo de alarma que deben derivar a los especialistas. No se debe minimizar la situación al paciente. Como profesionales durante el proceso no hacerse falsas esperanzas de que va a cerrar cuando el sinus es milimétrico, ya que esto puede llevar a prolongar en el

tiempo la resolución quirúrgica del problema, por parte de los cirujanos y de resignación por parte de los pacientes.

*Palabras clave: Hernia inguinal, infección crónica, prótesis.*

## **P-16 SINUS PILONIDAL CON LÁSER EN CMA (SILAC). RESULTADOS TRAS 2 AÑOS**

**J. Suárez Grau, L. Tallón Aguilar, F. Moreno Suárez, A. Sánchez Arteaga, J. Tinoco González**  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

**Objetivos:** En los sinus uniorificiales, sin infección y con trayectos lineales realizamos tratamiento con sellado del trayecto mediante láser de diodo con técnica SILAC. No precisa exéresis de la zona y la herida es mínima (solamente el orificio de entrada de la fibra del láser).

**Métodos:** Analizamos nuestros 55 pacientes en los cuales hemos realizado SILAC (BioliTec). 35 pacientes varones y 20 pacientes mujeres recibieron el tratamiento. Edad media de 18-35 años. Todos los pacientes fueron tratados en el ámbito de CMA con anestesia local y sedación profunda en prono. Analizamos dolor postoperatorio, complicaciones infecciosas de la herida, curación reincorporación laboral.

**Resultados:** En 55 pacientes la recuperación fue total en 10 días, sin precisar curas ni tratamiento añadido de la zona. Con total incorporación a los 5-7 días a sus actividades v con aseo diario de la zona desde el primer día posoperatorio. Solamente 5 pacientes restantes presentaron infección superficial de la zona que requirió curas locales durante 15 días hasta total cicatrización. Estos 5 pacientes relataron la experiencia como poco compleja, ya que la herida era mínima, por lo que las curas podían ser domiciliarias, y compatibles con sus actividades cotidianas. Ningún paciente relató dolor posquirúrgico que precisara analgésicos y sin recidivas en consultas a los 6 meses de la intervención.

*Palabras clave: Sinus, láser, CMA, terapia vacío.*

## **P-17 CIRUGÍA PARATIROIDEA EN CMA. SEGUIMOS AVANZANDO**

**D. Morales, R. Soler, J. L. Fernández, N. Bregoli, G. Plata, P. Sánchez, M. D. Domínguez, L. T. Ocaña**

**Objetivos:** Presentar los resultados de una Unidad de Cirugía Endocrina en el manejo de la patología paratiroidea en régimen de CMA.

**Material y métodos:** Los criterios de selección de pacientes incluyen aquellos pacientes con diagnóstico de hiperparatiroidismo primario (HPT 1.º) por adenoma de paratiroides, con dos pruebas de localización positivas, de edades comprendidas entre 18 y 85 años, con una valoración preanestésica ASA I, II o III, que vivan a menos de una hora del centro hospitalario, dispongan de un teléfono de contacto y estén acompañados. Los pacientes acuden a la unidad de CMA a primera hora de la mañana el mismo día de la intervención quirúrgica, estando en ayunas desde las doce de la noche del día anterior. Durante la cirugía se realiza confirmación histológica mediante biopsia intraoperatoria, así como determinaciones de PTH según los criterios de Miami (basal, durante la manipulación quirúrgica y 10 minutos tras la exéresis de la lesión). Tras la intervención, los pacientes pasan a la zona de recuperación postanestésica y readaptación al medio. Si la tolerancia es correcta, el dolor postoperatorio está controlado y no existen datos de hipocalcemia clínica son dados de alta. A la mañana siguiente se les realiza una llamada telefónica para confirmar que se encuentran bien y solucionar alguna duda que les pueda surgir. Posteriormente realizarán su revisión al mes en consulta externa tanto de cirugía como de Endocrinología.

**Resultados:** Durante el periodo de febrero de 2019 a diciembre de 2023, se han intervenido en nuestra unidad 143 pacientes con diagnóstico de HPT 1.º, de los cuales, 76 (53,1 %) lo han sido en régimen de CMA. Se trata de 65 mujeres y 11 hombres con una edad media de 61 años (35-79 años). El tiempo medio de cirugía fue de 38 minutos ( $\pm 15$  minutos), en función sobre todo de resultados de anatomía patológica intraoperatoria y PTH intraoperatoria para criterios de Miami. El tiempo de permanencia en la unidad desde el ingreso a primera hora de la mañana hasta el alta fue de  $9 \pm 2$  horas, sin mortalidad ni reingreso y con un alto grado de satisfacción por parte de los pacientes, reflejado en la llamada telefónica postoperatoria y en la revisión en consulta. En cuanto a las complicaciones, tan solo un caso de hipocalcemia sintomática a las 48 horas, que precisó perfusión de calcio intravenoso en el área de observación de urgencias y dos seromas de herida.

#### Conclusiones:

- La cirugía del HPT 1.º, con una correcta selección de pacientes y en manos expertas, puede realizarse en régimen de CMA con total seguridad.
- Las complicaciones potenciales graves como el sangrado, habitualmente se manifiestan en las primeras 6 horas postoperatorias, es decir, antes del alta del paciente.

- El temor a la hipocalcemia postoperatoria no debe de ser una limitación, ya que, la caída de PTH y la fosfataasa alcalina preoperatoria nos orientan a la necesidad de profilaxis con calcio oral en el postoperatorio inmediato.
- La CMA en cirugía paratiroidea es segura y costo-eficiente y permite solucionar los problemas de gestión de la lista de espera.

## ENFERMERÍA

### P-18 SISTEMA DE TRAZABILIDAD DIGITAL DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO DEL HOSPITAL VALL D'HEBRON. LA DIGITALIZACIÓN SANITARIA YA ES UNA REALIDAD

**P. Moreno Carrillo, I. Pueyo, M. del Valle**

*UCSI. Hospital Universitario Valle de Hebrón. Barcelona*

**Objetivos:** Definir los conceptos claves del sistema de trazabilidad digital de los pacientes quirúrgicos en la Unidad de Cirugía sin Ingreso del Hospital Vall d'Hebron. Establecer la relación entre la utilización de la digitalización sanitaria con el aumento de la seguridad del paciente, la satisfacción de los familiares y profesionales, así como el aumento de la eficiencia de los flujos durante el proceso quirúrgico.

**Métodos:** En febrero del 2018, el Hospital Universitario Vall d'Hebron junto a Telefónica y MYSPHERA se unieron para mejorar la seguridad de los pacientes y la eficiencia de los flujos operatorios en el bloque quirúrgico implementando un innovador sistema de trazabilidad de los pacientes. Este sistema permite garantizar la correcta ubicación del paciente dentro del área de cirugía, gracias a que los movimientos se registran por bluetooth a través de un conjunto de balizas repartidas por todo el bloque quirúrgico.

Se trata de una solución bluetooth basada en tecnología de localización en tiempo real o Real Time Locating System (RTLS) que consta de:

1. Pulseras para los pacientes que constan de un dispositivo que detecta las balizas y de un botón que se debe pulsar para indicar en el momento del proceso en el que se encuentra el paciente.
2. Balizas distribuidas en varias ubicaciones del bloque quirúrgico, que detectan las pulseras y, por tanto, son capaces de saber la posición del paciente en tiempo real.
3. Pantallas distribuidas por el bloque quirúrgico que muestran, en tiempo real, la localización de los pacien-

tes y en qué etapa del proceso se encuentran mediante un código de colores.

4. Smartphones para los celadores, donde reciben las tareas que deben realizar.
5. App Vall d'Hebron conectada al sistema de trazabilidad donde los familiares y acompañantes pueden comprobar, en tiempo real, en qué punto del proceso se encuentra el paciente. También envía esta información a las pantallas de la sala de espera de los acompañantes, pero codificada para garantizar el anonimato de los pacientes.

Cuando un paciente llega a la Unidad de Cirugía sin Ingreso, se le coloca la pulsera con un tag que permite tener identificado todos sus movimientos en tiempo real durante todo su proceso quirúrgico. El sistema envía a todas las pantallas distribuidas en el área de cirugía información sobre la situación del paciente, además de un código de colores que acompaña a la información escrita y poder así seguir fácilmente el recorrido del paciente.

A través de este sistema también es posible enviar todo tipo de tareas al celador que les saldrán reflejadas en el smartphone.

**Conclusiones:** Los servicios de cirugía mayor ambulatoria son unidades con un gran volumen de cirugías, lo que se traduce en un gran movimiento de pacientes dentro del área quirúrgica y la presencia de un gran número de profesionales. Todo esto hace que puedan surgir errores durante el proceso quirúrgico de un paciente.

Con este sistema tecnológico de trazabilidad se logra potenciar la seguridad teniendo al paciente identificado y localizado en todo momento, mejorando la disponibilidad de información para los profesionales. El conocimiento de la ubicación en la que se encuentra cada paciente, así como de la situación de los quirófanos consigue eliminar las instrucciones verbales, mediante el envío automático de las tareas a realizar, y por lo tanto disminuir el error por variabilidad.

El paciente y sus acompañantes, especialmente en la cirugía mayor ambulatoria, son la piedra angular de cualquier proceso quirúrgico. Con la trazabilidad y la seguridad que ésta confiere potenciamos la satisfacción de los pacientes y sus acompañantes proporcionando información, en tiempo real, del punto del proceso en el cual se encuentra el paciente. Gracias a este sistema no tienen la incertidumbre que supone no saber en qué punto del circuito quirúrgico se encuentra su acompañante y como consecuencia aumenta la satisfacción y la confianza en la cirugía mayor ambulatoria. También hemos de tener en cuenta que con este sistema mejoramos la eficiencia del proceso. Su utilización mejora el flujo de pacientes y permite identificar y corregir cuellos

de botella e ineficiencias, lo que permite optimizar la programación quirúrgica y el uso de los quirófanos.

Uno de los puntos neurálgicos de los hospitales es el bloque quirúrgico. En la actualidad, las listas de espera hacen indispensable optimizar el uso de los quirófanos para garantizar la realización del mayor número de cirugías posibles, siempre con las mejores garantías para los pacientes y los profesionales.

Con este proyecto pionero en España de trazabilidad digital de los pacientes quirúrgicos, el Hospital Vall d'Hebron ha optimizado el proceso quirúrgico consiguiendo así eficiencia, ha aumentado la seguridad del paciente y además ha mejorado la información ofrecida a los familiares.

Con este sistema tenemos localizado al paciente durante todo su proceso quirúrgico, logrando mejorar la seguridad del paciente, la eficiencia del proceso y aumentando la información y satisfacción en pacientes y familiares.

*Palabras clave: Seguridad del paciente, satisfacción del paciente, Mysteria, trazabilidad, flujo de pacientes.*

## **P-19 CIRCUITO DEL PACIENTE DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA (URPA) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO DE ALBACETE (HUNSPS)**

**I. Martínez García, E. Coronado Sánchez, M. C. López Lorente, C. Segovia Herreros, F. Sánchez Motilla, I. Darriba Segovia, M. E. Buendía Alarcón, M. J. Martínez Tomás**

*Hospital Universitario Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Albacete*

### **Objetivos:**

- Describir los criterios que debe cumplir el paciente de CMA para poder recibir el alta domiciliaria.
- Presentar el formulario que se sigue en nuestra unidad.

**Métodos:** Se recomienda que el paciente tenga una enfermera responsable en cada fase de la recuperación post-anestésica. El alta la dará siempre el personal facultativo (anestesiólogo/a y cirujano/a responsable) junto con el personal de enfermería. La atención al paciente postquirúrgico se divide en dos fases:

- URPA: comprende desde que el paciente sale de quirófano hasta que cumple los criterios del test de recuperación post- anestésica de Aldrete para pasar a la sala de readaptación al medio (RM).
- RM: desde que el paciente llega a la sala de readaptación al medio hasta que cumple los criterios y acepta el alta.
  - Se inicia la ingesta oral, que debe ser tolerada.
  - Es necesario presentar micción espontánea positiva.
  - Se avalúa al paciente de forma integral nuevamente.
  - Se explica el informe de alta.
  - Se avisa al adulto responsable del paciente y se acompaña al mismo al vestuario.

#### Conclusiones:

- Mejora la comunicación entre profesionales y el trabajo en equipo.
- Permite, de forma intuitiva y rápida ver la evolución del paciente durante la estancia en URPA hasta el alta domiciliaria.

*Palabras clave: Anestesia, normas, pacientes, seguridad, enfermeros.*

## P-20 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTERVENIDO A CONSTRUCCIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN CIRURGÍA MAYOR AMBULATORIA

**D. Silva, M. Silva, M. Días**

*ULS Braga, Portugal*

**Objetivos:** La enfermedad renal crónica destruye progresiva e irreversiblemente el parénquima renal, lo que hace necesario un tratamiento sustitutivo de la función renal.

Actualmente existen dos modalidades sustitutivas, la diálisis, que incluye hemodiálisis y diálisis peritoneal, y el trasplante de riñón. Para realizar la hemodiálisis es necesario el acceso vascular, siendo el más común la fístula arteriovenosa por su sencillez de uso y menor riesgo de complicaciones. Como tal, el enfermero juega un papel importante en la identificación temprana de estas complicaciones y en el mantenimiento de la fístula arteriovenosa (FAV), por medio de la excelencia en la atención. Se efectúa una conexión directa entre una arteria y una vena, normalmente en las extremidades superiores, si es posible en el antebrazo no dominante. Los tres tipos más comunes son la FAV radiocefálica (la más común), FAV cubital-basílica (rara) y FAV braquiocefálica.

Este trabajo tiene como objetivos: describir las principales intervenciones de la enfermera perioperatoria en la construcción de FAV, desarrollar el autocuidado de los pacientes sometidos a cirugía de FAV a través de la enseñanza perioperatoria y Exponer las principales enseñanzas para los pacientes sometidos a cirugía de construcción FAV. **Métodos:** La metodología adoptada fue la revisión de literatura en libros, bases de datos (SciELO, BVS, LILACS) y artículos científicos.

**Resultados:** La construcción de la FAV es una técnica quirúrgica que tiene lugar en el quirófano, en su mayoría en CMA.

A pesar del bajo riesgo quirúrgico, la cirugía presenta complicaciones, que se pueden dividir en: inmediatas, tempranas y tardías.

Después de la construcción de la FAV, los cuidados postoperatorios son de gran importancia para el proceso de maduración de la fístula. Estos incluyen: mantener el brazo elevado para promover la circulación de retorno y evitar edema; evitar vendajes compresivos; evaluar el flujo sanguíneo diario y realizar ejercicios de compresión manual para acelerar y mejorar el rendimiento del acceso. Para prevenir complicaciones y mejorar la supervivencia de la FAV, hay algunos puntos llave que conviene reforzar, como:

- Lave el sitio del acceso vascular todos los días y manténgalo limpio y seco.
- Utilice el sitio de acceso únicamente para diálisis.
- Tenga cuidado de no golpear ni dañar el punto de acceso.
- Compruebe si hay un frémito (una vibración rítmica) en el sitio de acceso.
- No evalúe la presión arterial en el brazo de acceso.
- No levante objetos pesados con el brazo de acceso.
- Evite dormir con el brazo de acceso debajo de la cabeza o el cuerpo

En el postoperatorio inmediato el paciente adquiere una FAV en maduración (seis a doce semanas) para convertirse en un acceso adecuado para el tratamiento de hemodiálisis y apto para la canulación con dos agujas. La FAV se considera funcional cuando se canulan con éxito dos agujas, durante un periodo mínimo de 6 sesiones de hemodiálisis durante 30 días, y alcanza el flujo sanguíneo prescrito durante el tratamiento. Antes de la primera punción es deseable una evaluación ecodoppler y un examen físico completo entre cuatro y seis semanas para evaluar la maduración. La fístula no debe usarse hasta que esté completamente madura, ya que su uso temprano es una de las mayores causas de complicaciones y pérdida del acceso.

**Conclusión:** Es fundamental que la persona que inicia el tratamiento de hemodiálisis domine un conjunto de conocimientos y desarrolle cuidados específicos de la fístula arteriovenosa (FAV), con el fin de proteger el acceso vascular. Los cuidados de enfermería deben ser personalizados y dirigidos al autocuidado, tanto para la adquisición de conocimientos como para el desarrollo de conductas respecto al manejo de la FAV, con el fin de mantener su eficiencia y mejorar su bienestar.

*Palabras clave: FAV, enfermería perioperatoria, diálisis renal.*

## **P-21 INDICADORES Y EFICACIA DE LA LLAMADA DE CONFORT EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) (TIPO II) Y COMPLICACIONES EN EL PRIMER DÍA EN DOMICILIO ANÁLISIS RETROSPECTIVO DURANTE UN AÑO**

**M. Gómez Vela, N. Asensio Ilzarbe, F. J. Ibáñez Ascarza, L. Salamero Rasal**

*Hospital Universitario de Navarra*

### **Objetivos:**

- Conocer el impacto real de la atención en CMA-A del Hospital a lo largo de un año respecto a la actividad total del Hospital en un año.
- Medir y describir algunos indicadores de eficacia en CMA del Hospital y la relación de CMA-A en este.
- Comprobar la realización de la llamada de confort por parte del personal CMA-A tras 24 h de alta y describir si existen incidencias tras el alta.
- Verificar la efectividad de las altas dadas en CMA-A a lo largo de un año en las diferentes especialidades de nuestra cartera de Servicios, comprobando la existencia o no de complicaciones en el domicilio.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de los datos de actividad durante un año en nuestro hospital. Descripción y encuadramiento de la CMA-A en relación a estos datos.

Explotación de datos desde HCI, cuadros de mando (Tableau CMA que cruza datos de diferentes fuentes y programas relacionados con la actividad del Hospital) y, estadística cumplimentada en la propia CMA-A. Depuración y análisis de los datos obtenidos.

Tratamiento anónimo de los datos obtenidos.

Tratamiento mediante programa estadístico. Y muestra de los resultados.

**Conclusiones:** A lo largo del año 2023 el Hospital Universitario de Navarra (HUN) ha realizado en régimen de CMA 12182 procedimientos. EL HUN cuenta con 4 Unidades de CMA en los diferentes edificios que lo componen (UCMA-A, UCM-B general y UCMA-B materno-infantil y UCMA-D) 2033 han sido en la Unidad UCMA-A. Presentamos una tasa de pernoctas no planificadas superior a la tasa general del HUN; 5,36 % (2,25 % HUN). Esto se debe principalmente al Servicio de cardiología; este utiliza en determinadas ocasiones la CMA como lanzadera al ingreso. La tasa de ingreso de cardiología es del 9,11 %. Este Servicio no opera en el resto de UCMA del HUN. Respecto a la tasa de cancelaciones, ocurre similar, pacientes en ritmo sinusal o con INR inadecuado la elevan al 1,57 %. Presentamos así mismo una tasa de suspensiones por otros motivos de 1,8 %.

La llamada de confort, marcada obligatoria en nuestras UCMA, nos proporciona buenos datos, donde se demuestra la escasez de complicaciones en el postoperatorio inmediato en el domicilio. Forma parte de los indicadores de gestión y efectividad, demostrando que las altas y los procedimientos han sido adecuados ante la falta de complicaciones en el domicilio. Así, evidencia la calidad asistencial y deja constancia del estado general percibido por el usuario. De los 2033 procedimientos realizados, en UCMA-A se han realizado 1418 llamadas. Dentro de los pacientes atendidos, no se realiza la llamada a los pacientes que, por diferentes motivos, ingresan, así como las desprogramaciones y suspensiones de procedimientos y, pacientes del Servicio de Psiquiatría, pacientes crónicos ambulatorios no reciben llamada de confort. Se han realizado un 97,52 % de las llamadas de confort. Del porcentaje de llamadas realizadas, el 20% ha presentado algún tipo de complicación. Consideramos no apropiado un dolor, medido con escala EVA menor de 3 para el postoperatorio inmediato en el domicilio; recalca una falta de previsión del dolor del paciente con una analgesia inadecuada. La presencia de fiebre, sangrado o supuración de la herida debería ser mínimo, cierto grado de presencia de estos síntomas, no alarmante, siempre y cuando, no sea excesivo y delimitado en tiempo (+24 h). Respecto al estado general que cada paciente percibe al día siguiente a la intervención nos demuestra que un 96,55 % lo considera bueno o excelente; frente a un 3.45% que lo considera regular/malo.

La CMA es, por tanto, segura y fiable para el paciente con alta efectividad en las altas.

*Palabras clave: CMA, llamada confort, calidad percibida.*

## P-22 ANTERIOR CERVICAL DISCECTOMY AND FUSION EN CIRURGÍA MAYOR AMBULATORIA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

**D. Silva, D. Oliveira, J. Santos**

*ULS Braga, Portugal*

**Objetivos:** La calidad en salud es un aspecto esencial para asegurar que los pacientes reciban una atención segura, efectiva y centrada en sus necesidades. En el contexto de la CMA, la calidad se refiere a la capacidad de proporcionar procedimientos quirúrgicos seguros y eficientes, minimizando los riesgos para los pacientes y optimizando los resultados.

La cirugía ambulatoria contribuye a una recuperación más rápida, menor riesgo de infecciones nosocomiales y menor coste para los sistemas de salud. Sin embargo, la prevención de complicaciones posoperatorias sigue siendo una prioridad para asegurar la seguridad y el bienestar de los pacientes. Estudios recientes han destacado la importancia de implementar protocolos específicos para minimizar los riesgos y mejorar los resultados en cirugía ambulatoria (Dindo y cols., 2021).

La cirugía de ACDF (discectomía y fusión cervical anterior) es un procedimiento quirúrgico minucioso diseñado para abordar diversas patologías de la columna cervical. Este procedimiento está indicado para tratar patologías como hernias discales, estenosis espinal, degeneración discal, así como otras circunstancias que resultan en compresión nerviosa y dolor crónico refractario. Con ella es posible no solo aliviar el dolor agudo, sino también promover la estabilidad estructural y funcional de la columna cervical, contribuyendo a una mejora significativa en la calidad de vida del paciente.

Este trabajo tiene como objetivo diseñar, elaborar e implantar un tríptico informativo con consideraciones generales y recomendaciones para el paciente y la familia a tener en cuenta los días posteriores a la cirugía y un protocolo de actuación.

**Métodos:** La metodología adoptada fue la revisión de literatura en protocolos de nuestro hospital, bases de datos (Scielo, BVS, LILACS) y libros.

**Resultados:** Los pacientes serán programados para una consulta de cirugía ambulatoria, donde se le explica al paciente qué es la cirugía ambulatoria, qué debe hacer el día anterior, el día de la intervención.

El día de la intervención quirúrgica los pacientes serán preparados por la enfermera de la UCA según el protocolo de preparación del paciente, más identificación del collarín cervical.

La administración profiláctica de antibióticos en cirugía cervical ACDF se realiza 30 minutos antes de la incisión, cefazolina 2 g i.v. En las primeras 24 horas se debe administrar cefazolina 1 g cada 8 horas durante la recuperación.

- Durante la estancia de recuperación, el equipo de enfermería deberá:
- Mantener la terapia con suero en curso.
- Manejar la analgesia, náuseas y los vómitos según protocolo del hospital.
- Controlar los signos vitales.
- Evaluar signos de dificultad respiratoria o edema cervical.
- Empezar una dieta tan pronto como la tolere.
- Empezar a caminar tan pronto como lo tolere.

Después de ser dado de alta por el cirujano, el paciente y el adulto responsable que lo acompañe recibirán información para brindarle los siguientes cuidados postoperatorios:

- Cuidado del vendaje.
- Indicación de retirar puntos.
- Monitorear el estado de conciencia del paciente, que debe ser similar al que existía antes de la cirugía.
- Mantenimiento de las actividades de la vida diaria, con excepción del esfuerzo, impacto y rotación de la cabeza.
- Regreso esperado a la vida hogareña y al trabajo.
- Entrega de tríptico informativo.

**Conclusiones:** En este tríptico se dan unas recomendaciones postquirúrgicas a tener en cuenta en su domicilio, así como una frase reconfortante y el teléfono de contacto de la unidad. Es una forma práctica y beneficiosa donde la información llega de forma directa. Con ello se consigue disminuir los niveles de ansiedad que se generan ante lo desconocido. Es un formato atractivo visualmente, fácil de leer y de asimilar su contenido. Por lo tanto, toda esta información aporta seguridad al paciente y sus familiares.

Numerosos autores revelan que los pacientes que han recibido información sobre el proceso quirúrgico presentan una disminución de las visitas al servicio de urgencias. El tríptico es una herramienta útil para dar seguridad al profesional y unificar criterios de actuación. Por otro lado, el protocolo estandariza el plan de cuidados y su calidad.

*Palabras clave:* ACDF, CMA, cuidados de enfermería.



## P-23 PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA PACIENTE QUIRÚRGICO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

**M. Navarro García, A. Campos Letrán, Y. Galafate Andrade, I. Fonseca González, E. M. Romero Cabeza**  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

**Objetivos:** Destacar la importancia de mantener un entorno seguro y controlado en el quirófano de CMA, así como resaltar la efectividad de los protocolos estandarizados y la planificación anticipada de los cuidados en la seguridad del paciente.

**Métodos:** Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica relacionada con la seguridad del paciente en cirugía ambulatoria, centrándose en la implementación de protocolos estandarizados y el proceso de atención de enfermería. Se recopilaron datos relevantes de estudios y experiencias previas para respaldar los hallazgos presentados en este trabajo.

**Resultados:** Los resultados muestran que la implementación de protocolos estandarizados en el quirófano de CMA reduce la variabilidad en la práctica quirúrgica y minimiza los errores, lo que mejora significativamente la seguridad del paciente. Asimismo, la planificación anticipada de los cuidados a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) ha demostrado ser efectiva para minimizar los riesgos asociados con la cirugía y garantizar una atención personalizada y proactiva.

**Conclusiones:** Basado en los hallazgos presentados, se concluye que la implementación de protocolos estandarizados y una planificación detallada de los cuidados son pilares fundamentales para garantizar la seguridad del paciente en el quirófano de cirugía ambulatoria. Estas medidas no solo mejoran la calidad de la atención sanitaria, sino que también contribuyen al éxito de los procedimientos quirúrgicos y al bienestar general del paciente.

*Palabras clave: Seguridad del paciente, cirugía mayor ambulatoria, protocolos estandarizados, planificación de cuidados, proceso de atención de enfermería.*

## P-24 EL PODER DE LA CONEXIÓN

**S. Gil Zas, P. Castro Arias, O. Gavino García**  
*Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo*

**Objetivos:** Conectar con el paciente, praxis más humanizada, conocer la importancia del valor emocional y cómo funciona el cerebro en la interacción emocional en los procesos como los de CMA. Lograr cuidados más avanzados, calidad más alta, cirugías más autónomas, cirugías con mucho amor.

Entender la relación directa de las emociones como el miedo y el dolor. Y cómo estos influyen en la recuperación del paciente. Poder alcanzar un grado de empatía y profesionalidad que nos haga mejores y signifique lo que representamos como sanitarios.

La Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA) ya lleva más de dos lustros funcionando en constante evolución. La tendencia como en el resto de sus hermanas nacionales, es un crecimiento del número de intervenciones y perfeccionamiento de protocolos para dar cobijo asistencial a todos aquellos pacientes candidatos al uso de este tipo de servicio hospitalario. De todos es conocido las grandes ventajas que ofrece, ya que la mínima estancia hospitalaria del paciente para un proceso quirúrgico resulta más confortable, además de hacerle sentir más arropado personal y profesionalmente durante todo el proceso. La importancia de comprender y aplicar los protocolos y sistemas organizativos de la unidad se convierte en una prioridad diaria, para dar forma a nuestro trabajo de la manera más eficiente. La preparación de los partes quirúrgicos del día siguiente, la llamada a los pacientes para informarles de hora, lugar y requisitos, la atención y preparación prequirúrgica, la asistencia quirúrgica, el recibimiento postquirúrgico, la ayuda a la readaptación extra hospitalaria, la información al alta, la entrega y explicación de la medicación pautada, junto con la citación o la llamada del día siguiente para comprobar la evolución hace que tengamos un contacto mucho más estrecho con el paciente.

Todo el personal está debidamente cualificado para cada tarea enmendada y es llevada a cabo desde la profesionalidad y el amor vocacional a nuestra profesión. Esto se traduce en una praxis más humanizada, con mucho menos estrés, lo que facilita la conexión con el paciente y su correspondiente mayor bienestar que, a su vez, logra un mejor control de la ansiedad, y por tanto mejor control de los signos nocivos como el dolor, por su relación directa.

**Métodos:** Estudio observacional y estadísticas de intervenciones de La unidad CMA, completado con la reflexión de los estudios neurocientíficos. Basándonos en uno de los principios básicos de la terapia médica, dosis mínima efectiva, se crearon varios partes quirúrgicos, para llevar a cabo cirugías con anestésicos locales, sin la intervención directa de un anestesista.

**Resultados:** Un ejemplo de esto son las cataratas con anestesia tópica, de los 401 procedimientos realizados en 2023 solo fue necesaria la intervención del equipo de anestesia en 7 pacientes, por necesidad de control de la hipertensión arterial previa a la cirugía. Menos de un 2 % que no es significativo de complicación, presentando resultados tan favorables como las facoemulsificaciones realizadas bajo sedación. El manejo de estos pacientes se hace con ingreso en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA), tanto para su preparación prequirúrgica como para la atención postquirúrgica, la explicación de cuidados y la entrega de medicación. A la especialidad de Oftalmología se le unen el resto de especialidades, Cirugía general, Urología, cirugía plástica, etc., pudiendo realizar un porcentaje bastante amplio de cirugías con anestesia local, sin notar apenas diferencia con las mismas realizadas con sedaciones, reduciendo significativamente la estancia en la URPA y aumentando el confort y la comprensión del proceso quirúrgico.

Las entrevistas realizadas al paciente con la llamada del día siguiente arrojan buenos resultados del manejo del dolor y solo un 3,8 % presenta alguna complicación, siendo esta independiente de la anestesia.

**Conclusiones:** Tener en cuenta los estados de ánimo, las palabras usadas y las emociones personales, no es baladí. Son muchos ya los estudios que han evidenciado la importancia de los valores emocionales y como estos afectan a las personas, como por ejemplo en el dolor.

Hoy en día ya podemos afirmar que el dolor no solo puede ser interpretable por la magnitud de la lesión tisular, ya que en su configuración anatómica intervienen muchos procesos. Gracias a la resonancia magnética funcional se pudo observar que al inducir emociones negativas (causando dolor emocional) a una persona, se activaban las mismas partes del cerebro que se activan ante la presencia del dolor físico, como la corteza insular y la corteza cingulada anterior. En este complejo matriz del dolor, donde la experiencia dolorosa es fruto de multitud de factores en los niveles de los relevos sinápticos y en los que el cerebro no solo recibe la información de la vía nociceptiva, sino que a través de diferentes estructuras del sistema nervioso central interpreta, significa y organiza la información. Conocer la existencia de las áreas cerebrales interrelacionadas con el dolor y los aspectos afectivos, emocionales y cognitivos, como son las zonas corticales prefrontales o la amígdala, nos permite darnos cuenta de la importancia de eso invisible a los ojos y a veces desconsiderado por nuestra parte como son las emociones humanas y su verdadera implicación en los procesos hospitalarios. Y con esto actuar en consecuencia, dándonos cuenta del verdadero poder de la conexión, sabiendo que si actuamos con sentimientos y emociones

positivas, y con palabras amables, no solo mejoraremos nuestra dinámica de trabajo si no que estaremos contribuyendo en los procesos curativos de los pacientes. Y pese a lo intangible de esta interacción, saber que las realidades que no se pueden pesar ni medir, como bien acuñó uno de los padres de los trasplante y premio Nobel de Medicina, Alexis Carrel, son mucho más importantes que las que sí se pueden pesar y medir.

*Palabras clave: Dolor, amor, conexión, cerebro, CMA.*

## P-25 RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DE HERIDAS QUIRÚRGICAS EN DOMICILIO

**M. Carrasco Fernández, M. A. Martín Ayuso, Y. Jiménez Solís**

*Hospital Universitario de Guadalajara*

### Objetivos:

1. Asegurarnos que el paciente posee los conocimientos y habilidades para el autocuidado con el máximo nivel de independencia.
2. Reducir o eliminar el riesgo de infección asociada a una inadecuada manipulación.
3. Disminuir la morbilidad asociada.
4. Reducir el número de visitas a atención primaria.
5. Reducir el gasto sanitario asociado a los objetivos anteriores.

**Métodos:** Diseñamos un tríptico informativo con mensajes breves basados en la literatura e infografía relacionada descargada de la web. Consta de 3 partes: “cómo cuidar tu herida quirúrgica”, “sugerencias” y “5 signos de alarma”. Solicitamos a representantes de los servicios quirúrgicos que evalúen el tríptico y si lo consideran necesario que aporten modificaciones constructivas.

Diseñamos la técnica de revisión de la comprensión del tríptico por parte del paciente mediante el modelo *design thinking* en 3 fases: aportamos el tríptico a su llegada tras la cirugía a la UCMA, una segunda ronda a las 24 horas a través de llamada telefónica para comprobar si hubo alguna duda no detectada en el momento del alta, y una tercera a los 7 días, donde descartamos la aparición de algún problema en los cuidados de la herida o la aparición de alguno de los signos de alarma mencionados en el tríptico, así como asegurarnos del grado de satisfacción de la información facilitada a través del tríptico mediante la pregunta: “¿Le ha servido de ayuda?”

**Resultados:** Los servicios quirúrgicos consultados nos sugieren añadir “aplicar el jabón neutro con la mano” y “lavado con ducha”. La recogida de muestras se realiza entre el 1 y el 15 de abril de 2024. Recogemos datos de 26 pacientes con edades comprendidas entre los 84 años y 24 años; el grueso de la muestra (61,5 %) está en un rango de edad entre los 50 y 70 años. Hay 3 pacientes que entran a través de UCMA que tras la cirugía se decide ingreso, estos pacientes tienen más de 80 años (8,62 %). El 50 % de los pacientes, tras la llamada telefónica a los 7 días, objetivamos que no han tenido ningún problema en el entendimiento y ejecución de la cura, así como la ausencia de signos de alarma. El 26 % de los pacientes no contesta a la llamada a los 7 días. El 7,69 % de los pacientes presentan signos/síntomas de infección por lo que acuden al centro de salud. El 7,69 % de los pacientes son curados por sus familiares, importante barrera con el lenguaje.

**Conclusión:** A través del estudio realizado hemos comprobado que a pesar de ser una muestra muy pequeña, la educación a través del tríptico ha hecho que se cumplan los objetivos planteados en un 92,31 %.

*Palabras clave: Autocuidado, herida, paciente, información, infección.*

## P-26 ACOGIDA Y FUNCIONES DE LA/DEL TCAE EN LA UCMA

**A. Otero Cabanelas**

*Hospital do Meixoeiro. Vigo, Pontevedra*

**Objetivos:** Alcanzar la máxima eficiencia en la recepción y acogida del paciente en la UCMA.

**Métodos:** La identificación inequívoca del paciente a través de los distintos dispositivos protocolizados.

**Conclusiones:** Conseguir la excelencia en la acogida del paciente, con el resultado de no tener errores.

Este protocolo da unos resultados excelentes, sin errores, donde en todo momento sabemos qué paciente es y en qué sitio del servicio se encuentra: cama o sillón, quirófano, adaptación al medio, alta, etc.

Con la satisfacción del paciente y su acompañante, por lo que hemos instaurado una encuesta de satisfacción del paciente.

*Palabras clave: UCMA, paciente, TCAE, acogida, cirugía.*

## P-27 VITRECTOMÍA POSTERIOR: CÓMO ACTUAR DE MANERA SEGURA EN EL QUIRÓFANO DE OFTALMOLOGÍA DE UCMA

**M. L. Uzal Prado, C. López Vale**

*Hospital do Meixoeiro. Vigo, Pontevedra*

**Objetivos:** El objetivo principal es conocer la importancia de los cuidados de enfermería estandarizados en el éxito de las intervenciones de vitrectomía posterior. Los objetivos secundarios son: conocer la relación entre los cuidados de enfermería estandarizados y la seguridad del paciente en las intervenciones de vitrectomía posterior, y conocer la relación entre los cuidados de enfermería estandarizados y la calidad percibida en las intervenciones de vitrectomía posterior.

**Método:** Revisión de casos: revisión realizada sobre un total de 332 pacientes del Hospital Meixoeiro de Vigo durante el año 2023. Los casos revisados tenían los siguientes diagnósticos: desprendimiento de retina, complicaciones de la retina diabética (hemovitreo, DR traccionales, glaucomas neovasculares, membranas epiretinianas, agujeros maculares), vitrectomías asociadas a implantes secundarias LIO (Carlevaley Soleco), explante luxación LIO y complicaciones de cirugías de cataratas.

**Resultados:** Del total de 332 pacientes intervenidos (188 hombres y 144 mujeres), el número de reintervenciones ha sido de 5 (1,5 % de reintervenciones).

En el transcurso del año, se han realizado al azar, una vez al trimestre, inspecciones de “pulseración”, siendo las cuatro inspecciones correctas. No ha habido ninguna complicación tras las curas oclusivas realizadas (ausencia de úlceras corneales).

**Conclusiones:** El uso de nuevos avances y técnicas, junto con el trabajo de enfermería de esta unidad, garantiza la seguridad del paciente en todas las etapas por las que pasa. Estos cuidados y nuevos tratamientos permiten que el paciente se vaya a su domicilio en el día. Los cuidados de enfermería contribuyen al buen resultado de la cirugía. Se necesita formación específica para la enfermería en este ámbito. Es necesario contar con protocolos actualizados para evitar la variabilidad en los cuidados de enfermería dirigidos a los pacientes.

*Palabras clave: Vitrectomía posterior, cuidados de enfermería estandarizados, seguridad, UCMA.*

## P-28 CAMBIOS EN EL PLAN DE CURAS EN CIRUGÍA PROCTOLÓGICA EN CMA MEDIANTE EL USO DE LÁSER DE DIODO

**C. Rubio Chaves, C. Ramírez de Aguilera Segovia, R. García Granados, C. Rodríguez Sánchez, M. I. Gómez Espejo, J. M. Suárez Grau**  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

**Introducción:** Las nuevas técnicas mínimamente invasivas en proctología han mejorado la recuperación y minimizado la agresión quirúrgica. El plan de curas originariamente constaba de curas diarias y planificación semanal de la asistencia a la sala de curas del centro de CMA.

El objetivo es describir los cambios en la sistemática de curas de proctología básica cuando se realiza con cirugía láser de diodo (Biolitec).

**Métodos:** Descripción de las técnicas más habituales y plan de curas en las mismas.

**Hemorroides:** se usan técnicas endoluminales con láser (LHP y HELP). Técnica HELP (desarterialización guiada por doppler): todo se realiza endoluminal. En la técnica LHP (láser por punción hemorroidal) se puede advertir la zona de punción más externa, pudiendo tener leve sangrado o inflamación en esa zona solamente, incluso visualizándose trombosis leve externa hemorroidal.

**Fístula:** técnica láser (FILAC) a través del orificio fistuloso externo. Solamente queda orificio externo abierto ("core out") que puede dar secreciones (sanguinolentas, serosas o purulentas).

**Sinus pilonidal:** técnica láser (SILAC) a través de todos los orificios del sinus se realiza la inserción de la fibra y destrucción del tejido fistuloso.

**Conclusiones:** Técnica HELP: todo se realiza endoluminal, no precisa curas.

**Técnica LHP:** cuidado especial a las heridas más externas y la inflamación. Son curas planas evitando el arrastre. Podemos usar pomadas con anestésicos locales.

**Técnica FILAC:** hay que curar el orificio fistuloso externo intensamente y retirar esfacelos cada 2-3 días. Si se presenta supuración clara, habría que valorar si hay absceso interno residual o de nueva presentación. No canular la fístula de nuevo y no precisa introducir líquido por la misma, ya que desprende las escaras y cicatrices que se están formando.

**Técnica SILAC:** curas cada 2-3 días de los orificios y cura mediante aplicación de presión para evitar que se queden colecciones en su interior. No realizar introducción de gasas. Se puede realizar irrigación con suero fisiológico o antisépticos.

Como es patente las curas son diferentes a las habituales en hemorroidectomía, fístula y sinus. Por lo que debemos identificar la técnica quirúrgica y adaptar las curas a estas nuevas tecnologías para evitar que haya complicaciones por realizar actuaciones no requeridas.

*Palabras clave: Enfermería, curas, láser, CMA.*

## P-29 COMUNICAR ES CUIDAR: LA IMPORTANCIA DE LOS REGISTROS

**M. Castro Fernández, S. Santiago Goyanes, M. J. Rodríguez Álvarez, M.C. Ramírez Salinas**  
*Hospital Abente y Lago. A Coruña*

**Objetivos:** Mejorar la calidad de los datos obtenidos de la comunicación y su registro.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo del análisis de las llamadas recibidas entre junio del 2023 a marzo del 2024. En un documento Excel se registran las llamadas, si fueron resueltas de modo telemático o necesitaron análisis presencial y las incidencias. Se realiza un análisis de los datos para establecer un plan de mejora.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se recibieron 52 llamadas. Del total de incidencias, el 74 % fueron resueltas por las profesionales de enfermería y en un 26 % fue necesario la presencia del médico cirujano.

**Conclusiones:** La capacidad de resolución de incidencias de enfermería fue muy alta. Los datos aportan conocimiento, pero es necesario incorporar el registro de los mismos a la historia clínica del paciente.

El registro de la comunicación paciente-enfermera visibiliza nuestro trabajo, aporta continuidad en los cuidados y evita pérdidas de información. Un análisis de los mismos es necesario para poder establecer mejoras de la calidad asistencial.

*Palabras clave: Comunicación, registro, incidencias.*

## P-30 EL VALOR DE LA INFORMACIÓN ES CUIDADO

**S. Santiago Goyanes, M. Castro Fernández, M. J. Rodríguez Álvarez, M. C. Ramírez Salinas**  
Hospital Abente y Lago. A Coruña

**Objetivos:** Explotar los datos obtenidos de las llamadas telefónicas postcirugía para analizar el grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

**Métodos:** Estudio cohorte para evaluar el grado de satisfacción mediante llamada telefónica con la atención recibida por las mujeres tras un procedimiento oncológico de mama a las 24 horas tras el alta y a los 3 meses postcirugía. La medición se realizó utilizando una escala verbal de muy satisfecha, satisfecha, poco satisfecha, muy insatisfecha. **Resultados:** El estudio incluye las respuestas de 43 cuestionarios a las 24 horas, y 11 a los 3 meses. El 100 % de las pacientes se muestran muy satisfechas a las 24 horas y 100 % a los tres meses.

**Conclusiones:** El grado de satisfacción con la atención recibida de las mujeres tras un procedimiento oncológico de mama fue elevado tanto a las 24 horas como a los 3 meses. Non hay diferencias en los resultados obtenidos en los periodos de tiempo analizados. Los datos nos ayudaron a mejorar los cuidados para seguir dando una atención de calidad.

*Palabras clave: Información, satisfacción, postcirugía.*

## P-31 ESTRÉS LABORAL DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL ABENTE Y LAGO

**M. Ramírez Salinas, S. Santiago Goyanes, M. J. Rodríguez Álvarez, M. Castro Fernández**  
Hospital Abente y Lago. A Coruña

**Introducción:** Uno de los problemas de los profesionales de la salud es el estrés laboral, que repercute sobre la calidad de la atención y sobre la salud de los trabajadores. Disminuir los factores de estrés y aumentar la motivación es una obligación de la organización. Para ello es necesario consensuar estrategias para mejorar el bienestar, estas pasan por fomentar el equilibrio entre el trabajo y vida personal para evitar el desgaste profesional, lo que implica agotamiento emocional, despersonalización y sentimiento de baja realización profesional.

**Objetivo:** Evaluar el estrés laboral de los profesionales de la planta de corta estancia quirúrgica del Hospital Abente y Lago, así como de los agentes que favorecen el estrés.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional, llevado a cabo en abril de 2024 entre profesionales que trabajan en la planta de hospitalización quirúrgica de corta estancia. Se reclutó a todos los profesionales que dieron su consentimiento y cumplieron el cuestionario “Nursing Stress Scale (NSS)” que mide al nivel de estrés a través de 34 ítems.

**Resultados:** Completaron el estudio 19 trabajadores sanitarios de la planta de hospitalización. La media de puntuación en la escala NSS fue de 34,42 puntos. Fueron factores estresantes la mala comunicación, el exceso de carga de trabajo y la percepción de falta de apoyo.

**Discusión:** La prevalencia de estrés laboral fue de nivel moderado en los profesionales de la unidad de corta estancia quirúrgica. Presentaron mayor nivel de estrés el personal eventual y los profesionales con menos experiencia laboral. Los factores estresantes detectados pueden provocar una mala calidad de los cuidados. Sería recomendable que las autoridades sanitarias creen instrumentos de medida del estrés de sus profesionales periódicamente y aplicar estrategias para disminuir los factores estresantes.

*Palabras clave: Estrés, cuidados, NSS.*