

ZARAGOZA



V CONGRESO NACIONAL DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL

22-24 MARZO 2023

www.congresogerm.es/2023

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

© Copyright 2023.

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



MEJORES COMUNICACIONES

ANESTESIA

O.AN-1	Programa Patient Blood Management en cirugía colorrectal electiva abierta en un hospital terciario: resultados y análisis retrospectivo 2015-2021	1
O.AN-2	Cirugía colorrectal asistida por robot. Implicaciones a nivel de analgesia perioperatoria comparada con la laparoscópica convencional	2
O.AN-3	Impacto clínico y económico de la prehabilitación multimodal en pacientes adultos sometidos a cirugía oncológica digestiva en un hospital de tercer nivel prepandemia	3

CIRUGÍA

O.CI-1	Protocolo ERAS en la reconstrucción mamaria: evaluación de resultados	5
O.CI-2	Resultados de un ensayo clínico de un protocolo de prehabilitación multimodal ambulatorio en cáncer colorrectal: ¿influye en la salud mental?	6
O.CI-3	Efecto de la prehabilitación sobre la mejoría en la condición física medida por ergoespirometría y el test de la marcha de los seis minutos en pacientes con cáncer colorrectal	7

ENFERMERÍA

O.EN-1	Educación y ejercicios de fuerza en pacientes que van a ser intervenidos de artroplastia de rodilla mediante cirugía "fast-track": un estudio aleatorizado controlado	9
O.EN-2	Impacto de la obesidad y sarcopenia en pacientes incluidos en el programa de rehabilitación multimodal en cirugía colorrectal	10
O.EN-3	Transformación digital del proceso Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)	12

NUTRICIÓN

O.NU-1	Evaluación de un protocolo preoperatorio de cribado y tratamiento de desnutrición en el programa de recuperación intensificada de cirugía de cáncer colorrectal	13
O.NU-2	Valoración nutricional previa a la cirugía colorrectal a través del método Must en nuestro servicio	14
O.NU-3	Masa muscular y capacidad funcional previa a la cirugía colorrectal	15

COMUNICACIONES POSTER

ANESTESIA

P.AN-01	Asociación de factores preoperatorios y complicaciones postoperatorias a los 0 días en pacientes adultos sometidos a cirugía colorrectal electiva	16
P.AN-02	Hipotensión intraoperatoria en cirugía mayor en el Hospital Universitario de Guadalajara: análisis retrospectivo	17
P.AN-03	Impacto del inicio precoz vs. tardío de la TRRC en el paciente con fallo renal asociado a la sepsis	18
P.AN-04	Cumplimiento de indicadores anestésicos dentro de un protocolo de recuperación intensificada en cirugía ginecológica. Nuestra experiencia como hospital de tercer nivel acreditado	19
P.AN-05	Papel del anestesiólogo en los programas de recuperación intensificada en cirugía colorrectal. "Kit rica" Hospital Ramón y Cajal	20
P.AN-06	Cirugía mayor ambulatoria en prostatectomía radical laparoscópica robótica. Resultados tras un año de implementación	21
P.AN-07	Protocolo ERAS en resección de recto: a propósito de un caso	22
P.AN-08	Reducción de la transfusión durante los primeros años de implantación de un programa de recuperación intensificada en cirugía colorrectal	23

V CONGRESO NACIONAL DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL

P.AN-09	Implementación de la rehabilitación multimodal en cirugía hepática en un hospital universitario	25
P.AN-10	Variación del volumen sistólico como predictor de la respuesta a fluidoterapia en pacientes obesos sometidos a gastrectomía vertical laparoscópica	26
P.AN-11	Grado de cumplimiento de programa ERAS en cirugía urgente en el Servicio de Anestesiología del Hospital de Galdakao	26
P.AN-12	Barreras de implementación de medidas ERAS en cirugía urgente en el servicio de Anestesiología de un centro de excelencia en recuperación intensificada colorrectal	28
P.AN-13	Implementación de un programa de prehabilitación multimodal en cesárea electiva	29
P.AN-14	TAP preincisional vs. infiltración de puertos laparoscópicos en la cirugía oncológica colorrectal laparoscópica: valoración del dolor postoperatorio	30
P.AN-15	Auditoría de sostenibilidad de un programa de recuperación intensificada en cirugía colorrectal durante los primeros años postimplantación	32
P.AN-16	Recuperación mejorada tras cesárea: a propósito de un caso	33
P.AN-17	Implantación de un circuito de prehabilitación preoperatorio en un hospital de tercer nivel	34
P.AN-18	Infecciones relacionadas con la atención sanitaria y del sitio quirúrgico durante la implementación y primeros años de un programa de recuperación intensificada en cirugía colorrectal	35
P.AN-19	Resultados de la implantación de un protocolo de recuperación intensificada en cirugía colorrectal en un hospital de tercer nivel	36
P.AN-20	Resultados y experiencia de más de dos años de programa ERAS en cirugía hepática robótica	37
P.AN-21	Evolución de la glucemia intraoperatoria tras la administración de Sugarmix®	38
P.AN-22	¿Utilizas analgesia multimodal en anestesia para cirugía ginecológica? Encuesta y resultados	40
P.AN-23	Propuesta de protocolo eras para cirugía oncológica de cabeza y cuello	41
P.AN-24	Monitorización de nocicepción para una recuperación precoz	42
P.AN-25	Anemia previa al alta y supervivencia a año en pacientes de cirugía colorrectal oncológica: análisis retrospectivo unicéntrico	44
P.AN-26	Anemia preoperatoria y supervivencia a año en cirugía colorrectal oncológica: estudio retrospectivo unicéntrico	45
P.AN-27	Prevención de la hipotermia intraoperatoria no intencionada con manta de aire convectivo en cirugía laparoscópica de cáncer colorrectal	46
P.AN-28	Instauración de protocolo analgésico en planta basado en bombas multimodales libres de opioides para cirugías dolorosas: calidad analgésica, seguridad y valoración de efectos secundarios	47
P.AN-29	Asociación mes: ¿lo estamos haciendo bien? medición de la experiencia reportada por el paciente en un programa de prehabilitación basado en la comunidad	48
P.AN-30	Valoración de la capacidad funcional y fuerza prensil manual antes y después de la realización de un programa de prehabilitación basado en la comunidad	50
P.AN-31	Anemia preoperatoria y resultados a largo plazo en pacientes de cirugía colorrectal en un programa de recuperación intensificada postoperatoria bien implementado	52
P.AN-32	Demasiado ruido para estar seguros: estudio observacional sobre el ruido dentro del quirófano durante inducción anestésica	53
P.AN-33	Efectos a largo plazo de la anemia al alta tras cirugía colorrectal en el contexto de un programa de recuperación mejorada después de la cirugía bien establecido	54
P.AN-34	Manejo de la anestesia general en pacientes sometidos a cirugía colorrectal electiva: subestudio del European Postoperative Outcomes Within Enhanced Recovery After Surgery Protocol Study (Europower)	54
P.AN-35	Evolución de las pacientes con histerectomía siguiendo el protocolo ERAS	55
P.AN-36	Abordaje multidisciplinar de la glucemia en la cirugía del insulinoma	56

CIRUGÍA

P.CI-03	“PREAPP”: aplicación para la prehabilitación ambulatoria en pacientes con patología oncológica abdominal	59
P.CI-04	Implantación de programa de prehabilitación multimodal preoperatoria en el paciente frágil en cirugía mayor abdominal	60



P.CI-05	Índice de sustitución en la cirugía laparoscópica de la apendicitis aguda no complicada en un protocolo ERAS < 4 h postoperatorias: estudio ambispectivo comparativo	62
P.CI-06	El trabajo social sanitario en el programa de Recuperación Intensificada EN LA Cirugía (RIC) del Hospital Vall D'hebron: la perspectiva social del paciente en el contexto quirúrgico	63
P.CI-09	Protocolo de valoración y manejo del anciano frágil con cáncer colorrectal en un protocolo RICA	64
P.CI-10	Importancia de la cirugía mínimamente invasiva dentro de un programa de rehabilitación multimodal en cistectomía radical	66
P.CI-11	Efecto de la prehabilitación en la capacidad física de los pacientes y utilidad del test de los minutos como screening de pacientes frágiles	67
P.CI-12	Implantación del estudio prospectivo multicéntrico Sarcopamh	68
P.CI-13	Fisioterapia respiratoria perioperatoria en cáncer colorrectal: resultados tras implementación de un programa específico de cribado	69
P.CI-14	Unidad geriátrica aguda quirúrgica: análisis de resultados en pacientes ≥ 0 años intervenidos de cirugía digestiva urgente en un periodo de años	70
P.CI-15	Consulta de prehabilitación trimodal en cáncer colorrectal: cumplimentación y grado de satisfacción de los pacientes. nuestros resultados en un año	71
P.CI-16	Prehabilitación en pared abdominal compleja: protocolo adaptado a la patología benigna	73
P.CI-17	Resultados tras meses de la implantación de la vía RICA en cirugía ortopédica en el Hospital Comarcal García Orcoyen de Estella (Navarra)	74
P.CI-18	Evaluación del impacto nutricional con la prehabilitación. ¿Qué armas tenemos para valorarlo?	74
P.CI-19	Aplicación de la vía RICA para disminuir tiempo de ingreso tras hemicolectomía izquierda en un hospital de segundo nivel	76
P.CI-20	Impacto de la recuperación intensificada tras la cirugía (RIC) en el inicio del tratamiento oncológico adyuvante en pacientes con cáncer de ovario avanzado	77
P.CI-21	Estudio comparativo de futilidad cuantitativa quirúrgica vs. mortalidad a 0-90 días en pacientes ≥ 0 años intervenidos de cirugía digestiva urgente, de la unidad geriátrica aguda quirúrgica	78
P.CI-22	Importancia de la composición corporal en la cirugía abdominal. ¿Cómo medirla?	79
P.CI-23	Problemas gastrointestinales postcirugía colorrectal relacionados con falta de actividad física previa en un entorno ERAS	80
P.CI-24	Estudio de la sarcopenia y su asociación a complicaciones postquirúrgicas en pacientes con neoplasia maligna esofagagástrica	81
P.CI-25	Impacto del tratamiento preoperatorio de la anemia en pacientes candidatos a resección quirúrgica electiva por cáncer colorrectal en un protocolo RICA	82
P.CI-26	Complicaciones pre y postimplementación del protocolo ERAS-RICA en cirugía de aneurisma de aorta abdominal	83
P.CI-27	Accesibilidad universal al protocolo de rehabilitación multimodal del paciente con cáncer colorrectal	84
P.CI-28	Impacto de la implementación de la rehabilitación multimodal en nuestro servicio en cuanto a la mortalidad y estancia hospitalaria en cirugía colorrectal oncológica	87
P.CI-29	Test de la marcha: predictor de complicaciones en cirugía de carcinomatosis peritoneal	87
P.CI-30	Papel de la preparación intestinal en cirugía colorrectal dentro de un programa de rehabilitación multimodal	88
P.CI-31	Implementación de una terapia de rehabilitación multimodal siguiendo el protocolo de la vía rica 021 en nuestro servicio. ¿Cambio real con respecto a lo que se hacía hasta ahora?	89
P.CI-32	Rehabilitación multimodal en cirugía de la pared abdominal compleja: nuevos horizontes	90

ENFERMERÍA

P.EN-01	Adherencia del paciente quirúrgico no frágil a las recomendaciones de la EPA (Enfermera de Práctica Avanzada) en la consulta de prehabilitación del Hospital Vall D'hebrón: visitas de seguimiento	92
P.EN-02	Apoyo psicológico en el tratamiento integral del paciente incluido en el protocolo vía RICA	93
P.EN-03	Yeyunostomía de alimentación fantasma: descripción técnica y resultados de nuestra experiencia inicial	94
P.EN-04	Estudio piloto sobre la calidad de vida en pacientes sometidos a cistectomía en programa ERAS	95
P.EN-05	La información como primer paso hacia la implementación de la prehabilitación multimodal ERAS raquis	96

P.EN-06	Proyecto enfermero para el empoderamiento del paciente en la fase intrahospitalaria. Equipo multidisciplinar RIC de ginecología del Hospital Universitario Vall D'hebrón	98
P.EN-07	Proyecto de implementación del protocolo Enhanced Recovery After Surgery en el proceso de trasplante hepático en el Hospital Universitario de Bellvitge	99
P.EN-08	Experiencia de los pacientes incluidos en un programa de recuperación intensificada en la cirugía colorrectal y pancreática	101
P.EN-09	Empleo de dispositivos de compresión neumática intermitente en cirugía electiva: revisión bibliográfica	102
P.EN-10	Resultados postquirúrgicos con un programa de prehabilitación quirúrgica liderada por enfermería de práctica avanzada con apoyo del médico internista	104
P.EN-11	Evaluación de valores analíticos en pacientes que han recibido tratamiento con hierro antes de una intervención quirúrgica	105
P.EN-12	Análisis DAFO según ítems de la vía RICA en el postoperatorio de cirugía colorrectal	107
P.EN-13	Satisfacción del paciente sometido a una cistectomía radical con derivación urinaria con un programa de recuperación intensificada	108
P.EN-14	La visita de seguimiento: clave del éxito para el cumplimiento del programa de prehabilitación multimodal	109
P.EN-15	Rehabilitación multimodal prelarinsectomía total	110
P.EN-16	Análisis de la experiencia y la calidad de vida previas a la implementación del programa de recuperación intensificada en ginecología	111
P.EN-17	Estudio de la satisfacción y calidad asistencial en pacientes sometidos a programas de rehabilitación multimodal y prehabilitación en cirugía colorrectal	113
P.EN-19	Tengo cáncer de colon. ¿Y ahora qué?	114
P.EN-20	La enfermera de práctica avanzada en la optimización de la anemia prequirúrgica	115
P.EN-21	Análisis de la morbimortalidad en los pacientes intervenidos de cirugía aórtica abdominal tras prehabilitación según nuestro protocolo ERAS-RICA	117
P.EN-22	Indicación de prehabilitación psicológica: estudio descriptivo	117
P.EN-23	Valoración de la satisfacción de los pacientes que forman parte de la implementación del programa de recuperación intensificada en cirugía de adultos (vía RICA) de nuestro hospital	118
P.EN-24	Rol de la enfermera RICA: ¿es una enfermera de práctica avanzada?	120
P.EN-25	Preparándose para prehabilitar: itinerario formativo para enfermería	122

NUTRICIÓN

P.NU-01	Estado nutricional de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía colorrectal	124
----------------	---	------------

MEJORES COMUNICACIONES

ANESTESIA

O.AN-1

PROGRAMA PATIENT BLOOD MANAGEMENT EN CIRUGÍA COLORRECTAL ELECTIVA ABIERTA EN UN HOSPITAL TERCIARIO: RESULTADOS Y ANÁLISIS RETROSPECTIVO 2015-2021

M. Hormigón Ausejo; P. Herranz Andrés; S. Rasal Miguel; B. Romero Iñiguez; M. V. Duque Mallén
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Objetivos: Es sabido que la transfusión de sangre alogénica conlleva desventajas clínicas y económicas, asociándose a una mayor estancia hospitalaria, morbimortalidad, riesgo de infección y una menor autoinmunidad, causa de mayor probabilidad de recaída en oncológicos. Es por ello que desde 2010 la Organización Mundial de la Salud recomienda aplicar programas PBM para reducir la tasa transfusional hospitalaria, incluidos en documentos de consenso y guías de recuperación intensificada como un estándar de calidad asistencial. El objetivo de este trabajo es analizar la implementación del PBM en la cirugía colorrectal electiva abierta del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza de 2015 a 2021.

Métodos: Se estudian los informes de 2016, 2018, 2020 y 2021 elaborados por el proyecto Maturity Assessment Patient Blood Management (MAPBM), que evalúa el PBM en 49 hospitales españoles. Si bien este programa tiene 3 pilares de actuación (optimización del volumen sanguíneo, minimización de hemorragia, optimización de la tolerancia anémica), para esta cirugía solo se analizan los pilares I y III.

Resultados: A pesar del empeoramiento de los datos de 2016 a 2018 y la pandemia COVID-19, los indicadores del pilar I muestran un gran avance en 2020 y, sobre todo, 2021. La solicitud preoperatoria de hemoglobina roza en 2021 el 90 %, mientras que la petición de metabolismo del hierro y los anémicos tratados alcanzan el 80 %, lo que supone un aumento del 65-70 % desde 2018 y, entre otros aspectos, ha eliminado la necesidad de transfusión preoperatoria. Esta mejora de los indicadores en 2021 se debe a una modificación del circuito que siguen los pacientes: en lugar de ser captados desde la consulta de Cirugía General, como sucedía antes, son remitidos desde la misma consulta de Digestivo, donde son derivados en caso de colonoscopia positiva para malignidad o desde el Comité de Tumores multidisciplinar. Esto permite tratar más casos y ganar tiempo para la administración prequirúrgica de hierro intravenoso.

Pese a estos progresos, todavía hay un 48 % de pacientes que se intervienen con anemia, lo cual puede explicarse por el carácter hemorrágico de estos tumores, que siguen sangrando mientras no son resecaados, y porque, al ser una cirugía oncológica no diferible, no puede seguirse la recomendación de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación y la vía clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto (RICA) de demorar cirugías electivas con riesgo de sangrado si hay anemia.

Los indicadores postoperatorios del pilar III también muestran importantes progresos en 2021: la hemoglobina pretransfusional media ha disminuido hasta 7,7g/ dl, inferior a la media nacional, y ninguna transfusión ocurre con más de 8 g/dl, siguiendo la recomendación de no transfundir en caso de estabilidad hemodinámica sin afectación cardiológica y/o neurológica con más de 7 g/dl. Los actos transfusionales por unidad también han aumentado desde 2020, pasando del 50 % al 100 %.

Así, la tasa transfusional en esta cirugía ha disminuido del 36 % de 2016 al 13,5 % de 2021, dándose la mayor reducción entre 2020 y 2021.

Conclusiones:

1. Ver el progreso de los indicadores con el PBM, así como el impacto real de las modificaciones aplicadas, anima a seguir trabajando en esta línea y corregir aquellas debilidades susceptibles de mejorar la calidad del proceso.
2. Los puntos clave del proceso a seguir trabajando son: circuito rápido de diagnóstico, derivación y tratamiento de anemia preoperatoria; control de hipotermia intraoperatoria; valoración de otros factores, además de la hemoglobina, para indicar la transfusión y campañas informativas que impulsen la transfusión de 1 en 1.

Palabras clave: Patient Blood Management, transfusión de sangre alogénica, anemia, cirugía colorrectal abierta, resultados.

O.AN-2

CIRUGÍA COLORRECTAL ASISTIDA POR ROBOT. IMPLICACIONES A NIVEL DE ANALGESIA PERIOPERATORIA COMPARADA CON LA LAPAROSCÓPICA CONVENCIONAL

S. Sánchez Navas; L. Castelltort; H. Rivera; C. Moreno; I. Romero; M. Sadurní

Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: Los beneficios de la cirugía colorrectal asistida por robot en relación con la cirugía laparoscópica convencional son controvertidos. No existe mucha evidencia de su efecto a nivel de analgesia perioperatoria.

El objetivo del estudio es valorar si la cirugía robótica está asociada a un menor dolor intra y postoperatorio.

Métodos: Tras aprobación por parte del comité de ética se diseñó un estudio retrospectivo en los pacientes intervenidos en 2022 de cirugía colorrectal electiva.

Se dividió a los pacientes en 2 grupos según el tipo de abordaje quirúrgico: robot *versus* laparoscópico convencional.

Todos los pacientes se intervinieron de acuerdo con los preceptos de la vía RICA (Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal). A nivel de analgesia intraoperatoria, todos los pacientes de ambos grupos se manejaron mediante anestesia multimodal con fentanilo (a demanda según hemodinamia), lidocaína (2 g/kg en bolus + perfusión a 1,5 mg/kg/h), ketamina (0,5 mg/kg después de la inducción), sulfato de magnesio (10 mg/kg/h) y dexmedetomidina (0,3 µg/kg/h). En el postoperatorio la pauta analgésica consistió en paracetamol 1 g/6 h + dexketoprofeno 50 mg/8 h.

Se recogieron las variables demográficas de los pacientes (sexo, edad, IMC, ASA) y también el tipo (hemicolectomía derecha, sigmoidectomía o resección anterior baja de recto) y duración de la cirugía.

Los resultados valorados fueron el dolor intraoperatorio (valorado según consumo de fentanilo en µg/kg/h) y el dolor postoperatorio (valorado según % de pacientes con alguna determinación de EVA > 3 o EVA > 7 en la planta de hospitalización en las primeras 48 h postoperatorias).

Análisis estadístico: t de student para variables cuantitativas (consumo de fentanilo intraoperatorio) y chi cuadrado para cualitativas (% pacientes con EVA > 3 o EVA > 7).

Resultados: Se recogieron 72 pacientes (grupo robot = 41 y grupo laparoscopia = 31).

Sin diferencias entre los dos grupos en las variables demográficas y tipo de IQ. La duración de la cirugía fue mayor en el grupo robot (273 ± 83 vs. 234 ± 60 minutos).

El consumo de fentanilo intraoperatorio fue estadísticamente superior en el grupo laparoscopia respecto al grupo robot (1,43 ± 0,67 µg/kg/h vs. 1,13 ± 0,53 µg/kg/h; $p < 0,05$).

En el grupo laparoscopia, un 52 % de los pacientes presentaron alguna determinación de EVA > 3 (dolor moderado) en el postoperatorio comparado con el 15 % de los pacientes en el grupo robot ($p < 0,05$).

En el grupo laparoscopia un 9,5 % de los pacientes presentaron alguna determinación de EVA > 7 (dolor severo) en el postoperatorio comparado con el 2,5 % de los pacientes en el grupo robot ($p = 0,18$).

Conclusiones: La cirugía robótica, aunque tiene una duración mayor precisa de menor cantidad de opioides para mantener una correcta analgesia intraoperatoria.

La cirugía robótica permite un mejor control analgésico en las primeras 48 h postoperatorias.

Palabras clave: RICA, cirugía colorrectal, laparoscopia, robot, dolor.

O.AN-3

IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO DE LA PREHABILITACIÓN MULTIMODAL EN PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A CIRUGÍA ONCOLÓGICA DIGESTIVA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL PREPANDEMIA

E. Moret Ruiz; M. Sendra; Y. Jiménez-Capel; A. Avecilla; V. López; C. Costa; M. Suárez; R. Hernández
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona

Objetivos: La prehabilitación multimodal (PM) puede reducir las complicaciones postoperatorias y su severidad, pero su sostenibilidad y su impacto económico siguen generando discusión y controversia. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el impacto clínico y económico de nuestro programa de PM en pacientes sometidos a cirugía oncológica digestiva en los 3 últimos años previos a la pandemia.

Métodos: Durante los 3 años previos a la pandemia (2016-2018), implementamos gradualmente un programa de PM en nuestro centro. Todo el personal multidisciplinar implicado se formó previamente. Se incluyó un total de 307 pacientes adultos (199 hombres (64,8 %)/108 mujeres (35,2 %), edad 64 ± 5,1 años) programados para cirugía electiva por cáncer esofágico, hepático o pancreático. Se informó exhaustivamente y firmó un consentimiento informado cada paciente. Se excluyeron aquellos pacientes que no consintieron. La PM basado en un trabajo en equipo, consistió en los siguientes ítems: corrección de la anemia, deshabitación de hábitos tóxicos, *screening* de fragilidad, de desnutrición y de ansiedad y estrés, cuestionarios de actividad física y diario nutricional, soporte

V CONGRESO NACIONAL DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL

nutricional, psicológico y entrenamiento físico mínimo 4 semanas antes de la operación (sesión semanal de 6 horas presencial por la tarde). Las variables principales recogidas fueron: edad, género, estancia hospitalaria/UCI, mortalidad hospitalaria, reingreso en los 30 días postoperatoria y su mortalidad. Los datos se presentan en números absolutos, medias (\pm DS) y/o porcentajes.

Año	Pacientes	Estancia hospital (días)	Estancia en UCI (días)	Mortalidad hospital	Reingreso 30 (días)	Mortalidad reingreso
2016	83	19,6	7,5	3 (3,61 %)	8 (9,64 %)	0
2017	106	14,2	5,4	2 (1,89 %)	9 (8,49 %)	0
2018	118	12,7	3,9	2 (1,69 %)	12 (10,17 %)	0

Resultados: Durante el periodo estudiado, se alcanzó una reducción de la estancia hospitalaria en 3,3 días y de la estancia en la UCI en 3,6 días; dicha reducción nos permitió operar a más pacientes. La mortalidad hospitalaria fue un 1,92 % más baja con tasa de reingresos muy similar. Considerando los costes diarios de la estancia en nuestro hospital y en la UCI, una reducción de 3 días supone para una muestra de 120 pacientes/año un ahorro de 490.695 €/año; los costes del personal (anestesiólogo, enfermería, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, rehabilitador, personal administrativo) y los materiales asociados a la PM (cuestionarios, podómetros, dinamómetros, cronómetros, etc.) se estimaron en 45.710 €/año.

Conclusiones: La prehabilitación multimodal añade valor al proceso quirúrgico sin aumentar el gasto global sanitario. Se alcanzó un ahorro significativo al reducir la tasa de complicaciones postoperatorias y las estancias hospitalarias y en UCI. La PM es una intervención multidisciplinar segura, eficiente y coste-efectiva que debe formar parte del “gold standard” de la optimización preoperatoria del paciente quirúrgico de alto riesgo programado para cirugía mayor (oncológica o no). Son necesarios más estudios aleatorizados y multicéntricos centrados en este tipo de pacientes (frágiles, vulnerables, polipatológicos, polimedicados) y en ciertos tipos de cirugías mayores (según especialidad) para confirmar nuestra hipótesis.

Palabras clave: Prehabilitación, cirugía, oncología, impacto, costes.

CIRUGÍA

O.CI-1

PROTOCOLO ERAS EN LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

A. Padullés Escarré¹; J. A. Jerez González¹; A. López Ojeda¹; S. Barrantes Verdoy¹; A. Sánchez Egea²; ERAS Plastic Surgery Study Group¹

¹Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona; ²Universitat Politécnica de Catalunya. Barcelona

Objetivos: Los protocolos Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) pretenden optimizar y agilizar el proceso quirúrgico en beneficio del paciente, disminuyendo la morbimortalidad postoperatoria. Este estudio tiene como objetivo evaluar el protocolo ERAS en la reconstrucción mamaria con colgajo Deep Inferior Epigastric Perforator (DIEP), comparando los resultados antes y después de la implementación del protocolo.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva de una muestra de 244 pacientes intervenidas en la unidad de cirugía plástica estética y reparadora del Hospital Universitari de Bellvitge. Se crearon dos grupos, el grupo de atención clínica tradicional después de la cirugía (TRAS) con 174 pacientes y el grupo de pacientes incluidos dentro del protocolo ERAS (ERAS) con 70 pacientes. Para ello se recogieron datos clínicos, demográficos, complicaciones inmediatas (a 30 días) y estancia hospitalaria. Se analizaron con un nivel de confianza $\alpha = 0,05$ las diferencias de proporciones y medias con los test Chi Cuadrado y ANOVA mediante SPSS®.

Conclusiones: Tras analizar los datos se observó una disminución significativa en la estancia media hospitalaria (de 6,4 a 4,6 días; $p < 0,001$). Asimismo, se apreció que las complicaciones postoperatorias durante los 30 primeros días tras la intervención (dehiscencia mamaria y dehiscencia abdominal, infección, hematoma y seroma) fueron significativamente menores ($p = 0,003$, $p = 0,027$, $p = 0,025$, $p < 0,001$, $p = 0,002$, respectivamente) en el grupo ERAS en comparación con el grupo control TRAS. Además, tras el análisis multivariante entre resultados postoperatorios y estancia hospitalaria, se observó que la dehiscencia mamaria y la infección fueron determinantes significativos para reducir el tiempo de ingreso ($p = 0,011$ y $p = 0,004$, respectivamente) y la dehiscencia abdominal, aunque no alcanzó significación estadística ($p > 0,05$) también puede ser determinante en los tiempos de hospitalización.

Palabras clave: Enhanced recovery after surgery, reconstrucción mamaria, DIEP.

O.CI-2

RESULTADOS DE UN ENSAYO CLÍNICO DE UN PROTOCOLO DE PREHABILITACIÓN MULTIMODAL AMBULATORIO EN CÁNCER COLORRECTAL: ¿INFLUYE EN LA SALUD MENTAL?

Á. Soler Silva; S. Quinto; C. López de Lerma; A. Sanchís; F. López Rodríguez; M. J. Alcaide; L. Sánchez-Guillén; A. Arroyo

Hospital General Universitario de Elche, Alicante

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es valorar la variación de calidad de vida a través de un cuestionario estandarizado tras la realización de un protocolo de prehabilitación multimodal ambulatorio (PPMA) en pacientes sometidos a cirugía colorrectal. Los objetivos secundarios son evaluar las esferas físicas y mentales.

Métodos: Se realizó un ensayo clínico aleatorizado piloto aleatorizando la realización de un PPMA en 88 pacientes, 43 grupo control y 45 grupo prehabilitación, intervenidos de cáncer colorrectal. Se analizó la calidad de vida el día previo y tras 6 semanas de la intervención mediante los cuestionarios SF-36 (v2.0) y HADS. El PPMA consistió en realizar, durante 3 semanas, 30-40 minutos de ejercicio aeróbico/día, ejercicios de musculación 3 días/semana, ejercicios de relajación y suplementación nutricional proteica de 1,2 g/kg/día. Se realizó un contraste de hipótesis de t-Students, considerándose diferencias significativas $p < 0,05$, (SPSS v.25.0 IBM corporation).

Resultados: La comparación entre las puntuaciones obtenidas de ambos grupos en los test HADS y Sf-36, en la semana 0 (basal) y la semana 6 (3.ª semana postquirúrgica), obtuvo diferencias significativas en las puntuaciones medias de las esferas: salud mental (-0,9; $p = 0,04$), en la semana 0; y salud mental (+5,969; $p = 0,003$) y vitalidad (+ 8,38; $p < 0,001$) en la semana 6.

En el resto no se obtuvieron diferencias significativas. El cumplimiento del PPMA fue superior al 90 % en los pacientes.

Conclusiones: El PPMA ofrece una mejora en la percepción de calidad de vida postoperatoria de los pacientes prehabilitados a nivel de salud mental y vitalidad.

Palabras clave: Prehabilitación, cáncer colorrectal, cirugía mínimamente invasiva: suplementación nutricional.

O.CI-3

EFFECTO DE LA PREHABILITACIÓN SOBRE LA MEJORÍA EN LA CONDICIÓN FÍSICA MEDIDA POR ERGOESPIROMETRÍA Y EL TEST DE LA MARCHA DE LOS SEIS MINUTOS EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL

C. Lillo-García¹; D. Triguero Cánovas²; F. López Rodríguez-Arias¹; C. López de Lerma Martínez de Carneros¹; L. Sánchez-Guillén¹; A. Arroyo Sebastián¹

¹Hospital General Universitario Elche, Alicante; ²Hospital Universitario de Torrevieja, Alicante

Objetivos: La prehabilitación pretende optimizar al paciente antes de la intervención quirúrgica y así atenuar la pérdida de función cardiorrespiratoria en el postoperatorio precoz. Una baja función cardiorrespiratoria, la desnutrición o sarcopenia, se asocian a peores resultados quirúrgicos y oncológicos. La capacidad funcional puede cuantificarse utilizando pruebas como el test de la marcha de los seis minutos (6MWD) y mediante ergoespirometría en equivalentes metabólicos (MET). Sin embargo, el valor de la ergoespirometría como prueba preoperatoria para predecir las complicaciones postoperatorias en el cáncer colorrectal (CCR) se desconoce. El objetivo del estudio es evaluar el efecto de la prehabilitación sobre la condición física de los pacientes con CCR tratados quirúrgicamente, mediante ergoespirometría y el 6MWT.

Métodos: Estudio piloto aleatorizado y controlado con un grupo de prehabilitación y un grupo control de atención estándar. Se incluyen los pacientes con CCR quirúrgico siguiendo los protocolos de rehabilitación multimodal (ERAS), intervenidos de octubre de 2018 a febrero de 2020 y de septiembre de 2020 a septiembre de 2021. La COVID-19 obligó a realizar el estudio en 2 periodos diferentes. Se excluyen pacientes con metástasis, tratamiento neoadyuvante y suplementación nutricional en el momento del diagnóstico.

Las variables principales fueron los cambios en la condición física, medidos por MET (ergoespirometría) y distancia recorrida en metros (6MWT). Además, se analizaron variables clínicas (edad, sexo, IMC, comorbilidades, ASA), estadio tumor, tipo de intervención quirúrgica, estancia hospitalaria y morbimortalidad a los 30 días. Se recogieron en el diagnóstico, el día antes de la cirugía (en el grupo prehabilitación) y a las 6-8 semanas después de la cirugía.

Las variables cuantitativas se describieron como mediana y desviación estándar, y las variables cualitativas como frecuencias y porcentajes. Se consideraron significativos los valores $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó un total de 60 pacientes, aleatorizados 30 en cada grupo. Hubo 16 pérdidas en el seguimiento: 11 por COVID-19 y 5 por cardiopatía detectada por ergoespirometría que contraindicó la cirugía. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las variables clínicas y demográficas.

La distancia mediana en el 6MWT al diagnóstico fue de $344,9 \pm 138,6$ m control vs. $300,6 \pm 85,6$ m prehabilitación ($p = 0,216$). En el postoperatorio, el grupo control presentó una distancia mediana de $313,9 \pm 154,2$ m vs. $372,1 \pm 115,7$ m prehabilitación. Se observa un empeoramiento en el grupo control de $27,2 \pm 59,5$ m y una mejoría en el de prehabilitación, $68,9 \pm 129,8$ m ($p = 0,01$).

La función cardiorrespiratoria medida por ergoespirometría en el momento del diagnóstico mostró una mediana de $10,5 \pm 3,43$ MET en el grupo control vs. $10,36 \pm 2,99$ MET en el grupo prehabilitación ($p = 0,85$). En el postoperatorio, en el grupo control se observó una mediana de $9,65 \pm 3,53$ MET vs. $11,15 \pm 3,27$ MET en prehabilitación. La diferencia observada entre el diagnóstico y el estudio postoperatorio fue de $-0,84 \pm 0,99$

V CONGRESO NACIONAL DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL

MET en el grupo control y de $0,79 \pm 1,9$ MET en prehabilitación ($p = 0,001$).

La correlación de Pearson entre las mediciones realizadas con ergoespirometría y el 6MWT presentó una fuerte correlación de $0,767$ ($p < 0,001$).

Las complicaciones postoperatorias fueron menores en el grupo prehabilitación que en el grupo control (17,4 % frente a 33,3 %; $p = 0,22$) y la estancia hospitalaria también (5,74 frente a 6,67 días; $p = 0,30$).

Conclusiones: La prehabilitación disminuye significativamente la pérdida de capacidad funcional en pacientes quirúrgicos con CCR. El 6MWT es una prueba eficaz para estudiar la capacidad funcional de los pacientes con una buena correlación con la ergoespirometría.

Palabras clave: Prehabilitación, cáncer colorrectal, ergoespirometría, test de la marcha de los seis minutos.

ENFERMERÍA

O.EN-1

EDUCACIÓN Y EJERCICIOS DE FUERZA EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA DE RODILLA MEDIANTE CIRUGÍA “FAST-TRACK”: UN ESTUDIO ALEATORIZADO CONTROLADO

M. Gutiérrez Giménez
Hospital MAZ. Zaragoza

Objetivos: El propósito de este estudio fue evaluar la efectividad de un programa de educación mediante una sesión informativa y de un programa de ejercicios de fuerza con bandas elásticas en pacientes que van a ser intervenidos de artroplastia total de rodilla (ATR) mediante cirugía Fast-track.

Métodos: 48 pacientes programados para ATR en el primer semestre del 2021 participaron en este ensayo aleatorizado controlado. Todos completaron un cuestionario para valorar la ansiedad que presentaban antes y después de la sesión informativa. Posteriormente a la sesión, el grupo control realizaba los ejercicios según protocolo establecido en el hospital y el grupo intervención realizaba además unos ejercicios con bandas elásticas, un mes antes de la cirugía y un mes después de la misma, mientras duró la investigación. Se evaluó el dolor, la rigidez y la capacidad funcional mediante el cuestionario Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC) en tres momentos: un mes antes de la cirugía (T1), quince días después de la cirugía (T2) y al mes de la intervención (T3).

Resultados: Todos los participantes reconocían una disminución de su ansiedad tras la sesión informativa. Tanto el grupo intervención como el grupo control obtuvieron mejoras estadísticamente significativas en las evaluaciones del cuestionario WOMAC a los 15 días y a mes de la cirugía si bien el grupo que hizo ejercicios de fuerza con bandas elásticas obtuvo resultados mejores estadísticamente significativos.

Conclusión: En primer lugar, la educación al paciente con una sesión informativa disminuye la ansiedad ante la cirugía y en segundo lugar, un programa de ejercicios de fuerza pre y postoperatorio de ATR con bandas elásticas mejora la eficacia del programa tradicional, disminuyendo el dolor y rigidez, mejorando su autonomía y su calidad de vida.

Palabras clave: Artroplastia, Fast-track, movilización precoz, fuerza, sesión informativa.

O.EN-2

IMPACTO DE LA OBESIDAD Y SARCOPENIA EN PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA COLORRECTAL

A. Blanco Álvarez; I. Ávila Ranchal; C. Cañete Cavanillas; V. Herrera Rodríguez; B. Miguel Huguet; S. GROUP*
Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos:

- » Evaluar el impacto de la obesidad y la sarcopenia en relación con el cumplimiento dentro del programa de rehabilitación multimodal de pacientes sometidos a cirugía colorrectal.
- » Analizar las complicaciones post operatorias, la estancia hospitalaria y la supervivencia en dichos pacientes.

Métodos: El protocolo de este estudio se basa en un análisis de datos retrospectivo observacional en pacientes operados de neoplasia de colon dentro del programa de rehabilitación multimodal en el Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona), del año 2020 al 2022.

Se estima un reclutamiento en el estudio de 180 pacientes.

Se incluirán pacientes mayores o igual a 65 años con intervención electiva de cirugía mayor colorrectal; excluyendo aquellos que no hayan participado en el programa de rehabilitación multimodal y con previsión de cirugía simultánea o urgente.

La variable principal del estudio serán las complicaciones postoperatorias que se medirán con la escala Clanvien Dindo. Como variables secundarias se analizarán el cumplimiento del programa de rehabilitación multimodal y los días de estancia hospitalaria.

La obesidad será una de las variables explicativas y se medirá con el índice de masa corporal (IMC > 30) en el estudio basal del paciente al diagnóstico de la neoplasia colorrectal.

La sarcopenia será la otra variable de la hipótesis; se medirá mediante el test fuerza de presión palmar (FPP), medición radiológica del área muscular del psoas iliaco a nivel L3 y test VREM (versión reducida en español del cuestionario de actividad física en el tiempo libre de Minnesota).

También se analizarán otras variables: demográficas (edad /género), porcentaje de pérdida corporal, albúmina preintervención y riesgo quirúrgico.

Se aplicará un análisis estadístico multivariante de regresión logística cuyo objetivo es estudiar la relación de las variables explicativas con el efecto en la variable principal, controlando por otras variables de ajuste.

Conclusiones: La primera hipótesis tras el análisis de los datos del estudio se prevé observar un aumento en el no cumplimiento de los indicadores del programa de rehabilitación multimodal en los pacientes en los que se detecten las variables obesidad y sarcopenia.

Como segunda hipótesis se pronostica un mayor número de complicaciones postoperatorias inme-

diatas y un aumento de días de estancia hospitalaria, en el mismo grupo de muestra. El diagnóstico precoz de la obesidad y sarcopenia en pacientes de cirugía colorrectal podría mejorar el cumplimiento del programa de recuperación, optimizando los resultados de salud y calidad de vida de los pacientes.

Por este motivo, se debería aplicar un plan de cuidados específico durante la prehabilitación de dichos pacientes con una actuación multidisciplinar y un seguimiento estricto del cumplimiento del mismo.

Bibliografía recomendada:

1. Cadavid Sierra J, de Aguilar-Nascimento JE, Borges Dock-Nascimento D. Prehabilitación en el paciente con sarcopenia candidato a procedimientos quirúrgicos. Rev Nutr Clin Metab. 2021;4(1):120-6. DOI: 10.35454/rncm.v4n1.193.
2. Chaplin A, Rodriguez RM, Segura-Sampedro JJ, Ochogavía-Seguí A, Romaguera D, Barceló-Coblijn G. Insights behind the Relationship between Colorectal Cancer and Obesity: Is Visceral Adipose Tissue the Missing Link?. Int J Mol Sci. 2022;23(21):13128. DOI: 10.3390/ijms232113128.
3. Donini LM, Busetto L, Bischoff SC, Cederholm T, Ballesteros-Pomar MD, Batsis JA, et al. Definition and Diagnostic Criteria for Sarcopenic Obesity: ESPEN and EASO Consensus Statement. Obes Facts. 2022;15(3):321-35. DOI: 10.1159/000521241.

**Study Group: José A. Jerez, J. Ricardo Frago, Esther Kreisler, Laura Veza, Inmaculada Camprubi, Montserrat Carcamo.*

Palabras clave: Obesidad, sarcopenia, neoplasias colorrectales, prehabilitación, enfermería.

O.EN-3

TRANSFORMACIÓN DIGITAL DEL PROCESO ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS)

R. Díaz García; J. Magri Gallard; A. Monforte Martínez; R. Navas Correrá; F. J. Quilez Castillo; M. A. Barberá Pla
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Objetivos:

- » Diseñar una herramienta digital que facilite el seguimiento y la participación del paciente en el proceso quirúrgico dentro de los protocolos Enhanced Recovery After Surgery (ERAS).
- » Empoderar al paciente en el proceso asistencial.
- » Disminuir las visitas presenciales.
- » Crear un canal de comunicación entre el paciente y los profesionales.

Métodos: Dentro del contexto de la consulta de recuperación intensificada de la cirugía del adulto (RICA), dirigida por enfermería, se diseñó una aplicación móvil.

A través de la dirección de transformación y salud digital del hospital se creó un grupo de trabajo formado por un cirujano, una enfermera asistencial, la supervisora de cirugía, la directora y la enfermera de transformación y salud digital, para identificar y consensuar los formularios y la visualización de la aplicación, de modo que el contenido fuese apareciendo de manera programada y progresiva al paciente. En este grupo de trabajo también se implicaron otros servicios del hospital como rehabilitación y nutrición con los que se trabajaron y acordaron consejos, recomendaciones y retos que también se les ofrecían a los usuarios de la aplicación.

Resultados: Se desarrolló una aplicación móvil en la que se incluía toda la información clínica registrada en la historia clínica de los pacientes. En caso de alteraciones en los registros clínicos, se genera una alerta para la enfermera de la consulta RICA. Además, durante el ingreso tras la cirugía, el paciente va recibiendo formularios de seguimiento de adherencia a la vía RICA. Esta aplicación permanece operativa para el paciente durante un mes posterior al alta, es entonces cuando recibe una encuesta de satisfacción. La aplicación también supone una herramienta de comunicación con la consulta de enfermería mediante un correo electrónico genérico.

Actualmente la aplicación está en fase de implementación.

Conclusiones: La creación de un espacio digital orientado específicamente al seguimiento del proceso quirúrgico, incluyendo pre y post, favorece el empoderamiento del paciente y disminuye la carga asistencial de los profesionales sanitarios.

Palabras clave: App, enfermería, empoderamiento, ERAS.

NUTRICIÓN

O.NU-1

EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO PREOPERATORIO DE CRIBADO Y TRATAMIENTO DE DESNUTRICIÓN EN EL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA DE CIRUGÍA DE CÁNCER COLORRECTAL

L. Díaz Naya

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias

Objetivos: Evaluación del protocolo preoperatorio de cribado y tratamiento de riesgo de desnutrición dentro del programa de recuperación intensificada (PRI) de la cirugía de cáncer colorrectal.

Métodos: Este estudio es una investigación de cohorte observacional prospectiva en pacientes mayores de 18 años que se sometieron a cirugía por cáncer colorrectal en nuestro centro durante el periodo de enero de 2019 a junio de 2020 dentro del PRI. Se utilizó el Malnutrición Universal Screening Tool (MUST) como test de cribado de desnutrición. Los pacientes con MUST ≥ 1 y/o niveles de albúmina plasmática $\leq 3,1$ g/dl fueron evaluados por la enfermera de la Unidad de Nutrición. Los pacientes recibieron educación nutricional para aumentar su ingesta calórico-proteica (25-30 Kcal/kg y 1,2-1,5 g proteína/kg) y suplementos nutricionales antes de la cirugía. Se extrajeron de la base de datos electrónica nacional de la vía clínica de recuperación intensificada en cirugía del adulto los siguientes datos: edad, sexo, IMC, comorbilidades asociadas, tiempo de estancia hospitalaria, complicaciones quirúrgicas, sépticas y médicas, tasa de reingreso y mortalidad a los 30 días. Además, se recogió el valor del test MUST y los niveles plasmáticos de albúmina, glucosa, hemoglobina, neutrófilos, leucocitos, colesterol, proteína C reactiva, y HbA1c. Se evaluaron las diferencias entre los grupos mediante pruebas t-Student para variables cuantitativas y pruebas de χ^2 para variables cualitativas, con un nivel de significancia $p < 0,05$. Se analizaron usando IBM SPSS Statistics para Windows v.25.

Resultados: Se obtuvieron datos de 187 pacientes, edad media $69,33 \pm 9,66$ años (36-86) (IC 95 % 67,8-70,7); hombres 117 (62,6 %). El IMC preoperatorio fue: $27,69 \pm 4,94$ kg/m² (18-40) (IC 95 % 27,0-28,4). Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (47,1 %), anemia (29,9 %) y diabetes mellitus (17,6 %), no tenían ninguna comorbilidad 50 (26,7 %) pacientes. El nivel ASA fue I en 26 (13,9 %), II: 115 (61,5 %), III: 45 (24,1 %), IV:1 (0,5 %). Referían pérdida de peso 82 pacientes (43,9 %), porcentaje de pérdida de peso, mediana 4,7 (RIQ:2,8-8,6). Riesgo de desnutrición se detectó en 42 pacientes (22,4 %), MUST 1: 28 y MUST 2: 14; en todos se confirmó desnutrición. Dos pacientes, con MUST 1 y MUST 2, tenían un nivel de albúmina $\leq 3,1$ g/dl. Preoperatoriamente hubo diferencias significativas entre los pacientes desnutridos y normonutridos en relación con la edad: $66,3$ (IC 95 % 62,7-70,0) vs. $70,1$ (IC 95 % 68,7-71,6) años, $p = 0,023$; nivel de hemoglobina: $11,8$ (IC 95 % 11,2-12,5) vs. $13,1$ (IC 95 % 12,8-13,5) g/l, $p < 0,001$; albúmina: $39,1$ (IC 95 % 37,8-40,3) vs. $40,7$ (IC 95 % 40,1-41,3) g/dl, $p = 0,015$; y PCR: $18,4$ (IC 95 % 9,0-27,8) vs. $7,1$ (IC 95 % 5,5-8,7), $p < 0,001$. No se identificaron diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes en cuanto a complicaciones quirúrgicas, sépticas, médicas, estancia media hospitalaria, $11,5$ (IC 95 % 8,7-14,2) vs. 10 (IC 95 % 8,6-11,5) días, $p = 0,364$ y el número de reingresos. No hubo ningún exitus antes de los 30 días del alta hospitalaria.

V CONGRESO NACIONAL DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL

Conclusiones: Los resultados obtenidos indican que el protocolo de detección y tratamiento preoperatorio de desnutrición en pacientes con cáncer colorrectal dentro del programa de recuperación intensificada es eficaz, ya que iguala los resultados posoperatorios entre los pacientes desnutridos y normonutridos.

Palabras clave: Cribado, desnutrición, PRI.

O.NU-2

VALORACIÓN NUTRICIONAL PREVIA A LA CIRUGÍA COLORRECTAL A TRAVÉS DEL MÉTODO MUST EN NUESTRO SERVICIO

D. Sánchez Relinque; L. Argüeso Camacho; M. Valenzuela Mateos; J. Díaz Jiménez; A. García García; E. Sánchez Sánchez

Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

Objetivos: Valorar el estado nutricional de pacientes previo a cirugía colorrectal a través del Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) tomando como referencia los criterios Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM).

Métodos: Estudio descriptivo transversal en una cohorte (pacientes que van a ser sometidos a cirugía programada colorrectal entre el 20 de octubre de 2022 y el 13 de enero de 2023, y utilizando una tabla de contingencia donde poder contrastar los resultados obtenidos aplicando el método MUST (nivel bajo/medio/alto de desnutrición) con los obtenidos según los criterios GLIM (no desnutrición/moderada/severa).

Resultados: Se estudiaron un total de 15 pacientes, 66,7 % hombres y 33,3 % mujeres, con una edad media de 67,2 años. Según los criterios GLIM, el 66,7 % no sufría desnutrición y el 33,3 % restante desnutrición moderada teniendo en cuenta tantos los criterios fenotípicos como etiológicos. La escala MUST nos informa de un 60 % en riesgo bajo, un 13,3 % medio y un 26,7 % en riesgo alto de desnutrición. De la tabla de contingencia resultante obtenemos un valor de p tras realizar el Xi cuadrado de 0,002 con un intervalo de confianza del 95 %.

Conclusiones: El método MUST es un método de cribado adecuado, tomando como referencia los criterios GLIM, para la valoración preoperatoria de desnutrición en pacientes oncológicos en patología colorrectal. Aumentar el número de casos resulta fundamental en este tipo de estudios para apoyar fehacientemente sus resultados.

Palabras clave: Desnutrición, GLIM, MUST, cirugía, colorrectal.

O.NU-3

MASA MUSCULAR Y CAPACIDAD FUNCIONAL PREVIA A LA CIRUGÍA COLORRECTAL

M. Valenzuela Mateos; D. Sánchez Relinque; L. Argüeso Camacho; J. Díaz Jiménez; A. García García; E. Sánchez Sánchez

Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

Objetivos: Conocer el estado de la masa muscular y su funcionalidad en pacientes que van a ser sometidos a cirugía colorrectal y valorar la relación existente entre la masa muscular y la capacidad funcional.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en una cohorte (pacientes que van a ser sometidos a cirugía colorrectal). Para la medición de la masa muscular se utiliza la dinamometría a través del dinamómetro Jamar® y la funcionalidad o el rendimiento a través del Short Physical Performance Battery (SPPB), que evalúa tres conceptos o dimensiones: equilibrio, fuerza y marcha. El equilibrio se evalúa por la capacidad de pararse erguido en tres posiciones diferentes durante 10 segundos cada una: pies juntos; con un pie parcialmente adelantado; y con un pie adelante. La fuerza y la marcha se evalúan primero por la capacidad para realizar las tareas de levantarse y sentarse en una silla cinco veces consecutivas y realizar la prueba de velocidad de marcha (3 a 4 metros) y, segundo, por el tiempo que tarda el individuo en completar las tareas.

Resultados: Se estudiaron un total de 15 pacientes, el 33,3 % eran mujeres y el 66,7 % hombres. La edad media fue $67,2 \pm 12,6$ años. El 13,3 % de los pacientes estaban por debajo del percentil 10, el 40,0 % por debajo del percentil 50 y el 46,7 % por encima del percentil 50, según edad y sexo. Los resultados en el test SPPB mostraron que el 13,3 % presentaron discapacidad/desempeño muy bajo, el 40,0 % rendimiento moderado y el 46,7 % desempeño bueno. Los pacientes puntuaron peor en la dimensión marcha y presentaron mejor rendimiento en el equilibrio y fuerza. Aquellos pacientes con un resultado de la dinamometría por encima del percentil 50 presentaron un mejor desempeño en la prueba SPPB, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,374$).

Conclusiones: La dinamometría puede ser un marcador útil sobre la capacidad funcional o rendimiento físico, aunque se debe seguir investigando, ampliando el tamaño de la muestra a estudio.

Palabras clave: Cirugía colorrectal, dinamometría, masa muscular.

COMUNICACIONES PÓSTER

ANESTESIA

P.AN-01

ASOCIACIÓN DE FACTORES PREOPERATORIOS Y COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS A LOS 30 DÍAS EN PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A CIRUGÍA COLORRECTAL ELECTIVA

A. Abad Gurumeta¹; J. Ripollés Melchor¹; A. Abad Motos²; A. Bueno Balboa³; C. Acosta Sánchez³

¹Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid; ²Hospital Universitario de Donosti, Gipuzkoa; ³Universidad Complutense de Madrid

Objetivos: El cáncer colorrectal se trata del tercer cáncer en frecuencia en nuestro medio y los pacientes que lo padecen suelen poseer distintas comorbilidades asociadas. La cirugía suele ser uno de los tratamientos más frecuentemente utilizado en estos pacientes, en donde las distintas comorbilidades preoperatorias se han asociado a peores resultados a largo plazo. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el efecto de los distintos factores preoperatorios sobre las complicaciones postoperatorias en pacientes adultos sometidos a cirugía colorrectal electiva.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo unicéntrico que incluye pacientes sometidos a cirugía de cáncer colorrectal entre 2009 y 2017 en el Hospital Universitario Infanta Leonor. El objetivo principal fue analizar el efecto de varios factores preoperatorios: enfermedad preoperatoria, sexo, edad (menor o mayor de 70 años) y estado clínico ASA en las complicaciones postoperatorias incluidas a los 30 días. Por otro lado, el objetivo secundario fue estudiar la influencia del tipo de cirugía colorrectal en los resultados postoperatorios. Las complicaciones postoperatorias se calcularon mediante las pruebas de Fisher y Chi-cuadrado, Odds ratio y Regresión logística.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 747 pacientes con una edad media de 70 años ($\pm 12,6$), de los cuales 368 (49,8 %) padecían anemia. Se observó que en los mayores de 70 años era más frecuente que los pacientes desarrollasen complicaciones postoperatorias (196 no [54,60 % de los pacientes que no desarrollaron complicaciones] vs. 243 sí [62,79 % de los que sí desarrollaron complicaciones] $p < 0,05$), así como en los varones (207 no [57,50 %] vs. 263 sí [67,96 %] $p < 0,01$) (Odds ratio = 1,89 [Wald IC 95 %: 1,047-3,408]). Por otra parte, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica preoperatoria (Odds ratio = 5,39 [Wald IC 95 %: 1,271 - 22,852]) también se asoció con una mayor tasa de complicaciones postoperatorias $p < 0,05$. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre los pacientes anémicos y no anémicos (52,7 % vs. 51,5 %, $p = 0,74$). Por otro lado, el estado clínico ASA y el tipo de cirugía colorrectal ($p > 0,05$) tampoco se asociaron con mayor riesgo de complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: Los factores que se asociaron con más complicaciones postoperatorias a los 30 días fueron ser varón, tener más de 70 años y padecer una enfermedad pulmonar obstructiva preoperatoria. Por el contrario, el tipo de cirugía colorrectal al que fueron sometidos los pacientes, padecer anemia preoperatoria o presentar un estado clínico ASA no se asociaron a complicaciones postoperatorias a los 30 días.

Palabras clave: ERAS, cirugía colorrectal, factores preoperatorios, complicaciones postoperatorias.

P.AN-02

HIPOTENSIÓN INTRAOPERATORIA EN CIRUGÍA MAYOR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO

M. Cabellos Olivares; B. Amorós Alfonso; M. Pretel Merlo; L. Barajas Cava; M. Pérez Ochando; J. R. Rodríguez Fraile
Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos: Conocer los datos de prevalencia de hipotensión intraoperatoria (HIO) en cirugía mayor en el Hospital Universitario de Guadalajara.

Métodos: Se analizaron de forma retrospectiva los datos y la gráfica de presión arterial media registrada en la Plataforma de monitorización EV1000, usando la tecnología no invasiva ClearSight® de los 66 pacientes consecutivos ASA II-III, operados de cirugía programada según un protocolo Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) (cirugía de obesidad [bypass gástrico o gastrectomía vertical] y cirugía oncológica colorrectal) de marzo a diciembre de 2022 en el Hospital Universitario de Guadalajara. Se considera HIO todo registro de TAM < 65 mmHg en cualquier momento de la cirugía con una duración mayor a 1 minuto. Los datos del monitor se registraron desde antes de la inducción anestésica del paciente hasta la educación. Se analizó la frecuencia de los eventos HIO, duración en minutos (mediana) y la severidad, además de TWA under the threshold MAP < 65 mmHg (tiempo ponderado de área bajo la curva de TAM < 65 mmHg), entendiéndose como el área bajo la curva dividido por el tiempo total de monitorización de la cirugía del paciente.

Resultados: Se monitorizaron con la tecnología ClearSight® una mediana de 180 minutos por paciente. 45 (68 %) de los 66 pacientes tuvieron algún evento de HIO durante la cirugía, habiéndose descrito un total de 201 eventos, 3±4 eventos de media de HIO por paciente, con una duración de 1 minuto de mediana por cada evento de HIO. La duración total de los eventos HIO por paciente fue 2,8 min. Se hicieron 4 cohortes con esos pacientes, según la duración de la cirugía, agrupándolos en cirugías > 3 horas de duración (28 pacientes), > 4 horas (23 pacientes) y > 5 horas (10 pacientes), objetivando que al considerar todos los pacientes: la duración de la HIO por paciente fue de 2,8 minutos de mediana (TWA-AUT: 0,09 mmHg); > 3 horas: 80 % de los pacientes tuvieron HIO, con una mediana de 3,7 minutos por paciente (TWA-AUT: 0,07 mmHg); > 4 horas: 82 % de los pacientes tuvieron HIO, con un tiempo acumulado de 4 minutos por paciente (TWA-AUT: 0,08 mmHg), y > 5 horas: 100 % de los pacientes tuvieron HIO con un tiempo acumulado de 7,7 minutos por paciente, (TWA-AUT: No separarAl dividir a los pacientes en cuartiles según el tiempo que pasaron en HIO, se objetivó que a mayor tiempo de HIO, el riesgo de daño renal (AKI) y daño miocárdico (MINS) se aumentaba de forma significativa, principalmente si el tiempo de HIO acumulativo era >13 minutos.

Conclusiones: Se debe monitorizar la presión arterial (TA) de forma exhaustiva durante la cirugía (principalmente en cirugías prolongadas) y tratarla lo antes posible, para minimizar la duración e intensidad de este evento, pues esto se asocia a mayor morbilidad y/o mortalidad. Con la utilización de monitores no invasivos de TA además de su monitorización precisa, podremos poner tratamiento eficaz basándonos en datos objetivos, de forma precoz. Recientes estudios han publicado que el uso de tecnología basada en Inteligencia Artificial que predice la HIO, puede reducir considerablemente su aparición.

Palabras clave: Hipotensión, intraoperatorio, tensión arterial.

P.AN-03

IMPACTO DEL INICIO PRECOZ VS. TARDÍO DE LA TRRC EN EL PACIENTE CON FALLO RENAL ASOCIADO A LA SEPSIS

M. Ortigosa Mateo; P. Lledó Manchón; A. Sierra Cuenca; F. Guillén Alcolea; L. Martínez Pérez; J. L. Muñoz Rodes

Hospital General Universitario de Elche, Alicante

Introducción: La sepsis y la lesión renal aguda asociada a sepsis (S-AKI) constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en las unidades de críticos con tasas de incidencia crecientes. Los últimos datos epidemiológicos apuntan a que ambos procesos coexisten en el 40-50 % de los pacientes ingresados en UCI, estando fuertemente asociados con malos resultados clínicos: mayor riesgo de muerte intrahospitalaria, una estancia en UCI más prolongada con una mortalidad global entre el 28 y el 90 %. Las terapias de reemplazo renal continuas (TRRC) y en concreto la hemodiafiltración veno-venosa continua (HDFVVC) representan un pilar fundamental en el manejo de estos enfermos. Recientes investigaciones apuntan a que un inicio precoz de esta terapia se asocia a mejores resultados clínicos; no obstante, la literatura al respecto sigue siendo contradictoria.

Objetivos: El objetivo primario fue evaluar si el inicio temprano de HDFVVC (primeras 48 horas de ingreso en UCI/UCIQ) se traducía en una menor mortalidad a los 28 días. También se analizó de forma secundaria si esta precocidad permitía reducir la morbilidad (días de estancia, necesidad de aminas vasoactivas...).

Métodos: Se llevó a cabo un estudio analítico de tipo observacional retrospectivo. Para ello revisamos las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de S-AKI ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI y UCI-Q) del Hospital General de Elche, entre enero de 2015 y enero de 2021 tratados con HDFVVC. Posteriormente se analizaron las variables recogidas para dar respuesta a nuestros objetivos.

Resultados: Se seleccionaron 48 pacientes que cumplían los criterios de inclusión, con una edad media de 65,9 años y mayoritariamente varones (73 %). La principal indicación de la TRRC fue la anuria (85,4 %) y el tiempo medio de terapia fue de 5,3 días. La mortalidad general a los 28 días fue de un 60,4 %.

No hubo diferencias significativas entre la mortalidad a 28 días de la estrategia temprana y tardía para el inicio de TRRC (60 % vs. 60,8 %). Sin embargo, se redujo de manera significativa la estancia en UCI (11,9 vs. 31,8 días) y el requerimiento de drogas vasoactivas (7 vs. 23,5 días) en el grupo de terapia temprana. No sucedió así con el uso de ventilación mecánica y la duración de la TRRC.

Conclusión: Según nuestros resultados, el inicio de TRRC en las primeras 48 horas no parece traducirse en una menor mortalidad a corto plazo.

Palabras clave: Sepsis, lesión renal aguda asociada a sepsis (S-AKI), hemodiafiltración veno-venosa continua (HDFVVC), precocidad, mortalidad.

P.AN-04

CUMPLIMIENTO DE INDICADORES ANESTÉSICOS DENTRO DE UN PROTOCOLO DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA. NUESTRA EXPERIENCIA COMO HOSPITAL DE TERCER NIVEL ACREDITADO

S. Maldonado Moyano; S. Manrique Muñoz; M. E. Sánchez Royo; V. Alonso Mendoza; J. L. Sánchez Iglesias; P. Gutiérrez Barceló

Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona

Objetivos: Nuestro objetivo principal es analizar el grado de cumplimiento de los indicadores anestésicos perioperatorios establecidos por la ERAS Society durante el proceso de acreditación. Planteamos como objetivo secundario la detección de puntos potenciales de mejora.

Métodos: Se han recogido datos de una muestra de 50 pacientes sometidas a cirugía ginecológica en el Hospital Vall d'Hebrón a lo largo del año 2021, durante el proceso de auditoría de resultados, y se han analizado un total de 14 indicadores anestésicos de proceso a lo largo de todo el perioperatorio.

Se considera una buena adherencia un cumplimiento de los indicadores superior al 70 %.

Resultados: El análisis de los resultados indica un alto nivel de cumplimiento global de las recomendaciones de la ERAS Society en cuanto al manejo anestésico (78,5 %). En 10 de los 14 indicadores analizados el cumplimiento es > 90 %.

En cuanto al análisis individual de las estrategias anestésicas, observamos mayor margen de mejora principalmente en dos de ellas:

El uso de anestesia intravenosa como método mantenimiento anestésico (recomendado como medida preventiva de NVPO), empleado únicamente en un 14 % de las pacientes.

El uso de opioides mayores y de larga acción. A nivel intraoperatorio destaca el uso de opioides de larga acción como principal estrategia analgésica en un 56 % de las pacientes. En el postoperatorio, el análisis de datos revela que un 38 % de las pacientes ha requerido administración de opioides mayores endovenosos en las primeras 24 horas postoperatorias para lograr un EVA < 3, y un 24 % de ellas en las primeras 48 horas.

Conclusiones: El alto grado de adherencia global de las estrategias anestésicas perioperatorias, especialmente en un centro de tercer nivel, es el resultado de un protocolo correctamente elaborado y un equipo de trabajo consolidado y comprometido.

Se necesitan más estudios para establecer si el bajo grado de cumplimiento en los dos aspectos mencionados afecta a los indicadores de resultado estudiados en nuestro centro.

La detección de puntos con una menor adherencia en el proceso es clave dentro de un marco de mejora continua de la calidad asistencial.

Palabras clave: Recuperación intensificada, ginecología, anestesia.

P.AN-05

PAPEL DEL ANESTESIÓLOGO EN LOS PROGRAMAS DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA COLORRECTAL. “KIT RICA” HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL

I. Ruíz Torres; M. González Penas; M. Lázaro Cardona; I. Munguira Alonso

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Objetivos: El cáncer colorrectal supone según la OMS la tercera causa de muerte oncológica a nivel mundial. De ahí que la cirugía colorrectal suponga un elevado porcentaje de los procedimientos quirúrgicos realizados en los grandes hospitales.

La aplicación de protocolos de recuperación intensificada ha revolucionado a lo largo de los años el curso postoperatorio de la cirugía colorrectal.

La implantación del protocolo RICA en un hospital supone una estrategia multimodal de cuidados cuyo objetivo principal es la reducción de las complicaciones postoperatorias y el estrés quirúrgico. El paciente encara el proceso quirúrgico con altos niveles de estrés, por eso una adecuada información preoperatoria y su participación activa son muy importantes para el buen funcionamiento y éxito de este programa.

Exigen un equipo multidisciplinar compuesto por cirujanos, anestesiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas y enfermeras, cada uno de los cuales cuenta con un papel definido para lograr los objetivos del programa.

Los programas de prehabilitación trimodal son la base de cualquier programa RICA.

El objetivo de este proyecto es describir la importancia del anestesiólogo como parte del equipo multidisciplinar en los programas de recuperación intensificada (PRI) y su papel en la optimización preoperatoria del paciente.

Métodos: Los pacientes se incluirán en el protocolo desde la consulta de cirugía y se les entregará un CI. Desde allí, serán derivados a la consulta de preanestesia, donde el servicio de Anestesiología le hará entrega de las instrucciones para una correcta preparación en su domicilio junto con el “Kit RICA RYC”. El “kit” consta de: 1 incentivador respiratorio, 1 jeringa precargada de HBPM, 4 fórmulas modulares ricas en carbohidratos, sobres para preparación de colon junto con antibióticos orales (ciprofloxacino y metronidazol) y suplementos nutricionales si los necesita. Junto con el kit se darán una serie de recomendaciones, como el abandono de hábitos tóxicos, ajuste de su medicación habitual o la optimización preoperatoria de la anemia con la activación del protocolo PBM.

El anestesiólogo participa por tanto activamente en la prehabilitación trimodal, realizando una valoración médica exhaustiva. Ese mismo día, el paciente será valorado además por un fisioterapeuta y un nutricionista del equipo. De esta manera queda completo el circuito de prehabilitación.

Conclusiones: La participación del paciente de forma activa en el proceso de recuperación es imprescindible, por ello, recibir una información exhaustiva y una optimización preoperatoria adecuada hacen que el paciente encare la cirugía en las mejores condiciones posibles.

El papel del anestesiólogo en todo el proceso es fundamental, además de las medidas intraoperatorias que exige el protocolo, la implicación desde el inicio del proceso nos hace también más partícipes.

El servicio de anestesiología juega un rol protagonista en los programas de recuperación intensificada, la prehabilitación es un pilar fundamental para disminuir las complicaciones y la morbimortalidad.

La experiencia en nuestro centro es muy satisfactoria. Los pacientes llegan a la cirugía optimizados, bien informados y sobre todo formando parte activa del proceso.

Palabras clave: RICA, PRI, cirugía colorrectal, anestesiólogo.

P.AN-06

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA ROBÓTICA. RESULTADOS TRAS UN AÑO DE IMPLEMENTACIÓN

M. Corcoy Bidasolo; A. Vilches; L. Fumadó; C. Solá; J. M. Abascal; A. Pardo

Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: En las últimas décadas se han desarrollado mejoras en las técnicas quirúrgicas y anestésicas, así como la implementación de protocolos de rehabilitación multimodal (PRM) que permiten disminuir la estancia hospitalaria e incluso conseguir la cirugía sin ingreso.

La prostatectomía radical ambulatoria asistida por robot (PRAR) aún no se ha adoptado ampliamente, ya que no hay datos suficientes que demuestren su seguridad y viabilidad. Nuestro objetivo es la implementación de un programa de cirugía mayor ambulatoria en PRAR a través del proceso de auditoría de nuestra experiencia en PRAR.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo incluyendo pacientes intervenidos de PRAR con un PRM. Se reclutaron 11 pacientes entre enero y diciembre de 2022. Los criterios de inclusión fueron pacientes con enfermedad localizada que cumplieren los criterios de cirugía ambulatoria (disponibilidad de acompañante, proximidad de la vivienda y ascensor), firmando consentimiento para cirugía ambulatoria en la consulta de urología.

Los criterios de exclusión fueron clasificación IV ASA, IMC > 35 kg/m², edad > 74 años, tratamiento antiplaquetario y anticoagulante, sangrado intraoperatorio > 500 ml.

Se realizó PRM según las recomendaciones de las guías RICA (recuperación intensificada en cirugía abdominal). Después de 6 horas de estancia en la unidad de recuperación se valoraron los criterios de alta de cirugía ambulatoria para decidir el alta del paciente a su domicilio. Se realizó llamada postoperatoria a las 24 h.

Resultados: 11 pacientes firmaron el consentimiento informado para ser operados sin ingreso: 9,1 % eran ASA I, 63,6 % ASA II y 27,3 % ASAIII. La edad media fue de 64,6 años (DE ± 8,2). El 72,7 % de los pacientes cumplían los criterios de alta hospitalaria a las 6 horas de la cirugía, sin embargo, solo 45,5 % fue PRAR mientras que el 54,5 % fue dado de alta al día siguiente de la cirugía. Las causas

fueron una sección accidental del uréter (n = 1), mal control del dolor (n = 1), negativa del paciente (n = 1) y escasa familiaridad del PRM por parte del equipo de guardia de Urología (n = 3). 3 pacientes del grupo PRAR consultaron a urgencias (hematuria, retención urinaria aguda tras retirar la sonda vesical y fiebre) frente a 2 pacientes del grupo de hospitalización (hematuria y sensación de oliguria a pesar de un correcto funcionamiento de la sonda urinaria), pero ninguno en las primeras 48 horas.

Ninguno de los pacientes con PRAR tuvo complicaciones graves.

Conclusiones: Parece que la PRAR es segura y factible en pacientes seleccionados, aunque el tamaño de la muestra es pequeño.

Cuatro pacientes no lograron la cirugía ambulatoria, a pesar de cumplir criterios de alta; esto podría haberse evitado mejorando la comunicación interdisciplinaria.

Palabras clave: Cirugía ambulatoria, prostatectomía radical, robótica, rehabilitación multimodal.

P.AN-07

PROTOCOLO ERAS EN RESECCIÓN DE RECTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Vázquez Martínez; I. Cuberta González; E. Oviedo Casado; J. M. Requena Mora; J. Alcázar Esteras; V. Pedroviejo Zaez

Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz, Madrid

Introducción: Los protocolos de recuperación intensificada en cirugía abdominal (RICA) aplicados a cirugías colorrectales aumentan la calidad asistencial, mejorando los resultados postoperatorios, acelerando la recuperación, reduciendo el riesgo de complicaciones y la estancia hospitalaria.

Descripción del caso: Mujer de 76 años, ASA III, diagnosticada de neoplasia de recto alto de 20 mm de diámetro programada para resección de recto vía laparoscópica, con extracción de la pieza por incisión tipo Pfannesteil y anastomosis término-terminal. Sin alergias medicamentosas conocidas. Entre sus antecedentes médicos es hipertensa y SAHS leve. Fue intervenida de *bypass* iliaco-femoral izquierdo, antiagregada con adiro.

Evolución: Se optimiza preoperatoriamente, se suspende antihipertensivo la mañana de la cirugía y se recomienda continuar con el antiagregante. Se prepara el colon el día de la intervención (laxante y antibioterapia oral), suplemento de bebida carbohidratada 2 horas antes de la intervención y profilaxis antitrombótica con heparina.

En CMA se canaliza VVP 18 G, se administra profilaxis antibiótica y 2 mg de midazolam.

En el quirófano, previa monitorización hemodinámica, se coloca catéter epidural T12-L1 sin incidencias y se procede a la anestesia general con TCI propofol y remifentanilo previa oxigenación. Intubación sin incidencias, con ventilación de protección pulmonar manteniendo una FiO2 0.6. Se canaliza VVP 14G con calentador, vía arterial radial derecha y sondaje vesical. Previa incisión quirúrgica, analgesia multimodal intravenosa y perfusión por catéter epidural de levobupivacaína 0,125 % (6 ml/h),

manteniendo remifentanilo a dosis bajas (0,01 ug/kg/min). Fluidoterapia guiada por objetivos (2 ml/kg/h). Se mantiene la normotermia (36,6 °C), normotensión (TAM 70 mmHg) sin necesidad de drogas vasoactivas y diuresis (> 0,5 ml/kg/h). Previo a cierre de herida quirúrgica, profilaxis antiemética. Se procede a la educación tras reversión con sugammadex, sin incidencias. Se coloca mascarilla Ventimax 0,5 trasladándose a URPA hemodinámicamente estable, sin dolor.

En URPA se mantiene Ventimax 0,5 durante 2 horas, junto con fluidoterapia restrictiva, normotermia y se controla el dolor (EVA 2) con PCA epidural sin necesidad de opioides. Tras 6 horas de la cirugía, se inicia tolerancia con batidos y profilaxis antitrombótica, junto con movilización a sillón.

En planta, dolor controlado con PCA epidural (6 ml/h, 5 ml bolos a demanda, bloqueo de 20 minutos) junto con analgesia convencional, manteniendo el dolor controlado (solo un bolo de rescate administrado) ni de derivados mórficos. Se conserva movilidad y sensibilidad, sin signos de retención urinaria. El 2.º día postoperatorio se retira catéter epidural sin incidencias, comienza la deambulación y se controla el dolor solo con analgesia convencional. Se decide alta el 5.º día postoperatorio tras evolución favorable, con pauta de profilaxis antitrombótica durante 5 semanas y analgesia convencional para el control del dolor.

Conclusiones:

- » Las resecciones de recto asocian mayor riesgo de complicaciones y estancias prolongadas, por lo que la aplicación de un protocolo ERAS es altamente beneficioso en estos pacientes.
- » La optimización preoperatoria y el control analgésico multimodal con dosis mínimas de opiáceos pueden ser puntos clave en la recuperación precoz de estos pacientes.
- » La elección de una técnica analgésica neuroaxial frente a un bloqueo periférico en cirugía laparoscópica sigue siendo un tema controvertido.
- » La preparación mecánica del colon podría no ser adecuado de manera rutinaria en cirugía colónica, aunque sí parece ser beneficiosa en cirugía rectal con anastomosis.

Palabras clave: ERAS, RICA, analgesia multimodal.

P.AN-08

REDUCCIÓN DE LA TRANSFUSIÓN DURANTE LOS 5 PRIMEROS AÑOS DE IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA COLORRECTAL

R. Guzmán Carranza; M. Barbero Mielgo; J. Bel Díaz; A. Pérez Garnelo; J. Lozano López; J. García Fernández
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid

Objetivos: Estudiar la transfusión sanguínea en pacientes sometidos a cirugía colorrectal (CCR) en un periodo de 7 años durante el cual se implementó un protocolo ERAS en nuestro centro. *Objetivos secundarios:* estudiar el porcentaje de pacientes que recibieron optimización preoperatoria de la anemia, la proporción de pacientes anémicos y con anemia grave en los 5 primeros días postoperatorios (PO), y la relación entre la transfusión sanguínea, la estancia hospitalaria y la recuperación funcional.

Métodos: Estudio de comparación de tres cohortes: una retrospectiva que incluye todos los pacientes sometidos a CCR programada en el periodo junio-octubre de 2015 (cohorte control, que recibió cuidados perioperatorios tradicionales) y dos cohortes prospectivas, la cohorte ERAS que incluye los pacientes operados inmediatamente después de la implementación del protocolo ERAS (enero de 2017-junio de 2018); y la cohorte ERAS 5 que incluye los pacientes operados el 5.º año tras su implementación (enero de 2022-junio de 2022).

Se estudió el cumplimiento de la estrategia de optimización preoperatoria de la anemia y las variables intraoperatorias relacionadas con el sangrado, como el tipo de cirugía y la duración. Se recogió el nivel de hemoglobina (Hb) en los días 1.º, 3.º y 5.º POs, incidencia de anemia y anemia grave en esos momentos (definiéndolas como Hb menor de 13 g/dl y menor 9 g/dl, respectivamente), la transfusión PO, estancia hospitalaria y recuperación funcional (cumplimiento de unos criterios de alta objetivos en el día 5 PO).

Se analizó el impacto de la transfusión sobre la estancia media y la recuperación funcional mediante una regresión lineal y otra logística.

Resultados: Se incluyeron 515 pacientes: 97 en el grupo control, 313 en el grupo ERAS y 105 en el grupo ERAS5.

Se observó un aumento de la optimización preoperatoria (grupo control 23,4 %; grupo ERAS 51,6 %; grupo ERAS 5 67,5 %) y una reducción de la transfusión (18,6 % vs. 10,6 % vs. 3,8 %), ambas significativas ($p < 0,001$).

El porcentaje de pacientes con anemia o anemia grave es significativamente menor todos los días PO estudiados ($p < 0,001$).

En los pacientes no transfundidos la reducción de tres días promedio de estancia observada tras la implementación del ERAS se mantiene en el tiempo. Los pacientes transfundidos tienen estancias mayores en todos los grupos, observándose un aumento de estancia media en los pacientes transfundidos tras la implementación del ERAS (de 18 días a 26).

La probabilidad de recuperación funcional, al ajustar por la transfusión, aumenta a lo largo del tiempo desde el 24,5 % en el grupo control (95 % CI 15,8; 33,3); al 52 % en el ERAS (95 % CI 46,5; 57,2) y el 61,3 % en ERAS 5 (95 % CI 52,5; 70,0), lo que supone que la recuperación funcional, ajustada a la transfusión, se multiplica 3,5 veces en el grupo ERAS y 5 veces en el grupo ERAS5 respecto al control.

Conclusiones: Con la instauración del programa ERAS y en su mantenimiento los 5 primeros años se ha disminuido de forma significativa la transfusión.

En este tiempo ha aumentado la optimización de la anemia y se ha reducido la proporción de anemia y anemia grave en el postoperatorio.

En todos los grupos estudiados los pacientes transfundidos tienen estancias más prolongadas; la probabilidad de recuperación funcional, ajustada a la transfusión, es 3,5 veces mayor en el grupo ERAS y 5 veces mayor en el ERAS5.

Palabras clave: Transfusión, anemia, recuperación funcional, estancia.

P.AN-09

IMPLEMENTACIÓN DE LA REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA HEPÁTICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

G. Villén Santiago; P. García Martín; M. Pérez Reyes; G. J. Pérez Villarejo; B. Sánchez Pérez
Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: El protocolo ERAS aplicado a la cirugía hepática consiste en la aplicación de un conjunto de medidas para minimizar el estrés quirúrgico al que se someten los pacientes y, consecuentemente, disminuir las complicaciones y la estancia hospitalaria. Para su correcta aplicación es necesaria una buena colaboración entre enfermeros, anestesiólogos y cirujanos.

Objetivos: Se muestran los ítems aplicados en el protocolo ERAS implantado en el Hospital Regional Universitario de Málaga, así como los resultados obtenidos tras su aplicación.

Métodos: Los pacientes sometidos a cirugía hepática son valorados en consulta de preanestesia, llevando a cabo una optimización nutricional y valoración cardiológica y la entrega del consentimiento informado. Dos horas antes del comienzo de la intervención se les suplementa a los pacientes con una bebida carbohidratada 12,5 % de maltodextrina 400 cc, así como profilaxis péptica con omeprazol 40 mg y dosis única de glucocorticoides. Entre 30 y 60 minutos previos a la incisión quirúrgica se administra profilaxis antibiótica siguiendo la guía antimicrobiana de nuestro hospital. Tras la inducción anestésica colocamos medias compresivas, sonda vesical, canalizamos una vía central y arteria invasiva en aquellos pacientes con alteraciones cardíacas graves. Realizamos monitorización hemodinámica con sistema FLOTRAC para mantener $IC > 2,5 \text{ l/min/m}^2$, así como temperatura para mantener normotermia con mantas térmicas y calentadores de fluidos. Llevamos a cabo fluidoterapia guiada por objetivos (perfusión continua 3-5 ml/kg) y control de la glucemia para evitar niveles $> 180 \text{ mg/ml}$. Profilaxis NVPO según escala Apfel. En el caso de cirugía abierta colocamos catéter epidural torácico T6-T8 o, en caso de contraindicación, realizamos bloqueo TAP. En el postoperatorio inmediato evitamos la administración de mórnicos y llevamos a cabo fluidoterapia restrictiva.

Resultados: Los estudios iniciales en una cohorte de 101 pacientes han demostrado una disminución en la tasa de complicaciones y en la gravedad de las mismas. Se observó una estancia media hospitalaria de 2,7 días en los pacientes de < 70 años y de 3,07 días en los > 70 años. No obstante, debido a la reciente implementación del protocolo es necesario continuar recogiendo datos para mayores resultados.

Conclusiones: Se ha demostrado que los protocolos ERAS en cirugía hepática disminuye los efectos adversos, la estancia hospitalaria y, consecuentemente los costes hospitalarios.

Palabras clave: Rehabilitación multimodal, anestesia, cirugía hepática, protocolo ERAS.

P.AN-10

VARIACIÓN DEL VOLUMEN SISTÓLICO COMO PREDICTOR DE LA RESPUESTA A FLUIDOTERAPIA EN PACIENTES OBESOS SOMETIDOS A GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

J. Irlés Moreno; D. Pardo Crespo; R. Bueno Ruiz; J. Monserrat Nondedeu; J. López Amorós; J. L. Muñoz Rodas
Hospital General Universitario de Elche, Alicante

Objetivos: El objetivo primario del estudio fue evaluar la capacidad predictora de la VVS en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica para la respuesta a fluidos tras la administración de un test de *fluid challenge*.

Métodos: Se trata de un subestudio observacional descriptivo de los pacientes diagnosticados de obesidad mórbida y sometidos a cirugía bariátrica laparoscópica donde se empleó un protocolo de fluidoterapia guiada por objetivos desde enero de 2014 a diciembre de 2015 en el Hospital General Universitario de Elche. Creamos una base de datos sobre los pacientes del grupo experimental (sometidos a un protocolo de fluidoterapia guiada por objetivos) reclutados en un estudio previo realizado. Cuando se alcanzaba la estabilidad hemodinámica recopilábamos los datos del volumen sistólico (VS), índice cardíaco (IC), tensión arterial media (TAM) y la VVS en los siguientes puntos: postinducción, previo al inicio de la laparoscopia, tras la laparoscopia, al inicio de la administración de 250 ml de coloide (test fluid challenge) y cinco minutos después. Dividimos a los pacientes en respondedor o no respondedor en base a si aumentaban el VS más de un 10 % tras el fluid challenge. Posteriormente analizamos la capacidad predictora de la VVS.

Resultados: Se recogieron los datos hemodinámicos completos de 41 pacientes. 21 fueron respondedores y 20 no respondedores. La VVS previa al fluid challenge fue mayor en el grupo de respondedores frente al de no respondedores de forma estadísticamente significativa ($12,8 \pm 4,3$ vs. $17,3 \pm 8,4$, $p < 0,05$). Sin embargo, el área bajo la curva para la VVS fue 0,65 (IC 95 %: 0,48 a 0,82, $p = 0,085$).

Conclusiones: La VVS no es un buen predictor de respuesta a fluidoterapia en pacientes sometidos a gastrectomía vertical laparoscópica, puesto que solo son fiables valores extremos. En su lugar podemos emplear protocolos de optimización hemodinámica basados en la optimización del VS mediante fluid challenge.

Palabras clave: Variación del volumen sistólico, respuesta a fluidoterapia, gastrectomía vertical laparoscópica.

P.AN-11

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE PROGRAMA ERAS EN CIRUGÍA URGENTE EN EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL DE GALDAKAO

S. Postigo Morales; B. Ugarte Sierra; M. Sanjuan González; J. Etxabe Gurrutxaga; S. Telletxea Benguria; F. J. Ibáñez Aguirre

Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, Bizkaia

Introducción: La rehabilitación multimodal ha supuesto en los últimos años una revolución en el manejo perioperatorio de los pacientes sometidos a cirugía colorrectal electiva.

Los buenos resultados obtenidos han permitido que la mayoría de las medidas perioperatorias se hayan extrapolado a otro tipo de cirugía electivas, formando parte de nuestra práctica clínica habitual.

Aunque el factor excluyente principal es la presentación clínica urgente, desde el Servicio de Anestesiología del Hospital de Galdakao nos preguntamos si es ético no seguir también estas directrices en este tipo de pacientes.

Coincidiendo con la publicación en el año 2022 por parte del GERM de los protocolos de rehabilitación multimodal para algunas intervenciones urgentes, nos planteamos conocer el grado de cumplimiento de los aspectos ERAS en cirugía urgente de úlceras pépticas perforadas, colecistectomías y apendicectomías.

El objetivo del estudio es describir el grado de cumplimiento de las medidas ERAS relacionadas con el Servicio de Anestesiología en cirugía urgente. Además, buscaremos áreas de mejora por parte de Anestesiología previo a la monitorización de resultados en este tipo de pacientes.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo prospectivo donde se analiza la realización o no de los diferentes ítems relacionados con anestesiología en las cirugías urgentes seleccionadas. En total se recogen datos de 206 pacientes entre noviembre de 2021 y julio de 2022.

Resultados: Los aspectos ERAS relacionados con Anestesiología en las cirugías urgentes elegidas tienen un grado de cumplimiento mayor del 80 % en todos los campos intraoperatorios.

Sin embargo, nos encontramos con 13 pacientes que no tiene registro de dolor (Escala Visual Analógica EVA) en el postoperatorio inmediato. Aunque el grado de cumplimiento en este ítem sigue siendo mayor al 80 %, establecemos como área de mejora conseguir un 100 % de registros. Para ello realizamos una sesión recordatoria de cómo y cuándo registrar el EVA de los pacientes en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA).

Además, encontramos que un 6,5 % de los pacientes intervenidos de colecistectomía presentan un EVA 4-5 durante su estancia en la URPA. Sabiendo que el estándar de calidad es un EVA menor o igual a 3, realizamos una revisión de la analgesia postoperatoria estandarizada en este subgrupo de pacientes, con la idea de mejorar la calidad ofrecida.

Conclusiones: Aunque aún estamos lejos de disponer de una evidencia que avale los programas ERAS en cirugía urgente al mismo nivel que en cirugía electiva, sí existe una tendencia a aplicar estos protocolos también en este entorno.

El hecho de estandarizar los cuidados perioperatorios en cirugía urgente, junto a la posterior monitorización de los resultados permitirán identificar áreas de mejora en este grupo de pacientes, así como establecer nuevas evidencias científicas.

Tras valorar el grado de implementación que existe en nuestro servicio de este programa, actualmente nos encontramos en la fase de recogida de datos sobre resultados de los programas ERAS en cirugía de urgencia.

Palabras clave: ERAS, cirugía urgente, cumplimiento, anestesiología.

P.AN-12

BARRERAS DE IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS ERAS EN CIRUGÍA URGENTE EN EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA DE UN CENTRO DE EXCELENCIA EN RECUPERACIÓN INTENSIFICADA COLORRECTAL

S. Postigo Morales; B. Ugarte Sierra; M. Sanjuan González; N. Ortega Machón; S. Telletxea Benguria; F. J. Ibáñez Aguirre

Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, Bizkaia

Introducción: Existe un gran número de barreras en la implementación de medidas ERAS que dificultan el éxito de estos programas a pesar de ser muy accesibles.

Si a estas barreras unimos la escasa evidencia de los aspectos ERAS en la cirugía urgente, cabe esperarse que las dificultades en esta área puedan ser todavía mayores.

Objetivos: Describir las barreras de implementación de las medidas ERAS de Anestesiología en patología quirúrgica urgente en un centro de excelencia en recuperación intensificada en cirugía colorrectal.

Métodos: Se realiza una revisión no sistemática de las principales barreras de implementación de los aspectos ERAS en cirugía electiva e identificamos cuáles de estas barreras existen para cirugía urgente. Se analizan también otras posibles barreras que no pudieran aparecer en entornos electivos.

Resultados: Se realiza un listado de las principales barreras de implementación que encontramos en la literatura:

- » *Factores relacionados con el paciente (comorbilidades):* en cirugía urgente no encontramos barreras debido, principalmente, a la ausencia de prehabilitación.
- » *Factores relacionados con los profesionales (resistencia al cambio, sobrecarga de trabajo, temor a documentar los resultados obtenidos, desconfianza y coordinación multidisciplinar):* la resistencia al cambio desaparece en la cirugía urgente porque la mayoría de los aspectos ERAS en anestesiología forman ya parte de nuestra práctica clínica habitual. Desaparece la desconfianza que estos programas generaban al principio debido a los resultados y las evidencias obtenidas. Por otro lado, desde la primera implementación de medidas hace 7 años hemos aprendido a trabajar en equipo y coordinarnos con el resto de especialistas implicados. Esta barrera se empezó a superar con la auditoría de cumplimiento, así como la extensión a otras especialidades (ginecología, urología, traumatología...).
- » *Factores relacionados con la práctica clínica (cumplimientos de los preceptos):* actualmente, el cumplimiento que encontramos en Anestesiología de los preceptos en cirugía urgente es mayor del 80 %. Hemos conseguido que los aspectos ERAS sean nuestro estándar de cuidados perioperatorios.
- » *Factores relacionados con el sistema (recursos):* existe una gran sobrecarga de trabajo por la necesidad de adaptar los protocolos a nuestro entorno, desarrollar soportes informáticos y circuitos internos de derivación, recogida de datos para su posterior análisis de los resultados

obtenidos, etc., es la única barrera que persiste y parece fundamental el papel de las direcciones hospitalarias, ofreciendo los recursos necesarios, especialmente humanos, para superarla.

Conclusiones: La implementación no ocurre de la noche a la mañana ni tampoco podemos aspirar a poner en marcha todos los aspectos a la vez. Sin embargo, parece fundamental la existencia de un equipo motivado que persevere en el cambio de rutinas, la comunicación de resultados preliminares y las auditorías de cumplimiento de estrategias.

La implementación en cirugía urgente, a pesar de la escasez de evidencias, cuenta con un menor número de barreras por la adopción de medidas ERAS como práctica estándar y por el aprendizaje adquirido en cuanto a trabajo en equipo multidisciplinar.

Palabras clave: Implementación, barreras, ERAS, cirugía urgente, anestesiología.

P.AN-13

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CESÁREA ELECTIVA

M. E. Sánchez Royo; S. Manrique Muñoz; S. Maldonado Moyano; F. J. Barranco Martínez; E. Suárez Edo; L. Porteiro Mariño

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

Objetivos: La cesárea es la cirugía practicada con mayor frecuencia en Europa, por ello parece apropiado adaptar el programa ERAS (Enhanced Recovery after Surgery) a este tipo de cirugía. Dadas las peculiaridades de esta intervención, es posible que los indicadores tradicionales de los programas de rehabilitación multimodal puedan diferir en el caso de la cesárea electiva.

El objetivo es diseñar un protocolo para la implementación de un programa de prehabilitación multimodal en pacientes sometidas a cesárea electiva.

Métodos: Tras una revisión bibliográfica actualizada, se elabora el protocolo ERAS para cesárea electiva. En el diseño participan los servicios de Anestesiología y Reanimación, Obstetricia y Ginecología y Pediatría, así como el equipo de enfermería de sala de partos y de planta de hospitalización obstétrica del Hospital Vall d'Hebron.

Conclusiones: Las pacientes que van a ser sometidas a cesárea electiva deben ingresar en el hospital el mismo día de la intervención. Antes de la cirugía deberá corroborarse las horas de ayuno: 6/8 horas para sólidos (comida ligera/grasa) y 2 horas para líquidos claros. Se recomienda la ingesta de bebidas carbohidratadas no particuladas o zumos de fruta sin pulpa en pacientes no diabéticas (hasta 45 g HC). No se recomienda el uso de sedantes preoperatorios. Administración profiláctica de antibiótico i.v. 30-60 min antes de la incisión quirúrgica. Una vez en quirófano, realizar monitorización estándar siguiendo el modelo de "cesárea pro-vínculo". Siempre hay que primar el uso de anestesia regional priorizando el uso de mórficos neuroaxiales de larga duración (morfina 100 mcg intratecal o 1,5 mg peridural), considerando el uso de TAP-block o infiltración local de cicatriz con anestésico local al finalizar la cirugía si no se han podido administrar. Se debe minimizar el riesgo de hipotensión materna instaurando una perfusión continua profiláctica de fenilefrina o noradrenalina.

Mantener la normotermia mediante el uso de manta térmica y calentador de fluidos, y la euvolemia. Usar la mínima dosis efectiva de uterotónico para conseguir un adecuado tono uterino minimizando los efectos adversos (oxitocina 1UI i.v. previo a una infusión de mantenimiento de 20 UI en 500 ml a pasar en 4 horas o carbetocina 50 mcg). Como profilaxis de náuseas y vómitos se recomienda la administración de dos antieméticos (ondansetron 4 mg, dexametasona 4 mg y/o metoclopramida 10 mg i.v.). En el periodo postoperatorio se recomienda una analgesia multimodal que incluya el uso de antiinflamatorios no esteroideos y paracetamol. Se debe reiniciar la tolerancia oral de manera progresiva durante las primeras 4 h postcesárea. Retirar el sondaje vesical tras reversión del bloqueo neuroaxial para favorecer una movilización temprana. Se aconseja iniciar profilaxis tromboembólica en todas las pacientes. Si no hay contraindicación, se recomienda el alta el 2.º día postcesárea.

Estas recomendaciones tienen como objetivo disminuir la estancia hospitalaria y el consumo de opioides en el postoperatorio, así como mejorar la tasa de éxito de la lactancia materna, el vínculo materno-neonatal y la satisfacción materna respecto a la asistencia recibida. Se planea una recogida de datos que permita valorar el cumplimiento de los indicadores, así como su repercusión en los resultados esperados, siendo fundamental para ello una buena comunicación y colaboración de todo el equipo multidisciplinar.

Palabras clave: Prehabilitación multimodal, anestesia, obstetricia, cesárea, gestante.

P.AN-14

TAP PREINCISIONAL VS. INFILTRACIÓN DE PUERTOS LAPAROSCÓPICOS EN LA CIRUGÍA ONCOLÓGICA COLORRECTAL LAPAROSCÓPICA: VALORACIÓN DEL DOLOR POSTOPERATORIO

D. Jareño Torrente; G. del Río Altaba; C. Peris Raimundo; T. Vilalta Camps; R. Higuera Castellanos; S. A. Gómez Abril

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Objetivos: En la cirugía colorrectal del adulto se busca el control del dolor asociando la menor dosis de opiáceo posible por sus efectos adversos eméticos y de reducción de motilidad intestinal que se relacionan con un incremento del tiempo de ingreso hospitalario y los costes al sistema sanitario además de empeorar la satisfacción del paciente¹.

Dentro de la analgesia multimodal, dos opciones para el control del dolor postoperatorio en cirugía laparoscópica son el bloqueo del plano transversal del abdomen (TAP) y la infiltración de los puertos de laparoscopia con anestésico local por parte de los cirujanos².

El objetivo principal del estudio es evaluar el dolor postoperatorio y el consumo de opioides en pacientes intervenidos de cirugía colorrectal oncológica laparoscópica a los que se les realiza TAP preincisional o infiltración de los puertos al finalizar la intervención.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo del consumo de opiáceos y la intensidad del dolor (escala numérica NRS 1-10) en las primeras dos horas postoperatorias de los pacientes intervenidos por cáncer colorrectal mediante abordaje laparoscópico.

Se incluyeron los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal en el Hospital Doctor Peset en los años 2021 y 2022 a los que se les realizó bloqueo TAP preincisional bilateral (grupo T; 20 ml de levobupivacaína 0,375 % + 2 mg de dexametasona por cada lado) o infiltración de puertos laparoscópicos con anestésico local (grupo P; levobupivacaína 0,25 % 10 ml).

Resultados: Se analizó el consumo de opiáceos y la intensidad del dolor en las primeras 2 horas postoperatorias en 118 pacientes: 17 con bloqueo TAP preincisional y 101 con infiltración de puertos laparoscópicos al final de la intervención.

En el grupo P se utilizaron opiáceos mayores y menores en 56 pacientes (55,45 %) en 45 de los cuales (44,55 %) fueron opiáceos mayores. En el grupo T se administraron opiáceos en 10 pacientes (58,82 %) 5 de los cuales (29,41 %) fueron opiáceos mayores.

El opiáceo menor en todos los casos fue tramadol. El opiáceo mayor usado fue morfina (94 %), dolantina (2 %), dolantina y morfina (2 %), o fentanilo (2 %).

El NRS máximo en las primeras 2 horas postoperatorias fue, de media 6,21 y de mediana 7 en el grupo P y 6,29 de media y 7 de mediana en el grupo T.

Conclusiones:

- » El consumo de opiáceos mayores sería menor tras el TAP preincisional.
- » El dolor postquirúrgico sería similar tanto en el grupo de TAP preincisional como en el grupo de infiltración de puertos laparoscópicos al final de la intervención.
- » Se necesitarían más estudios para validar las diferencias en el manejo del dolor postoperatorio con las diversas opciones de analgesia multimodal.

Bibliografía:

1. Macías AA, Finneran JJ. Regional Anesthesia Techniques for Pain Management for Laparoscopic Surgery: a Review of the Current Literature. *Curr Pain Headache Rep.* 2022;26:33-42. DOI: 10.1007/s11916-022-01000-6.
2. Cai Q, Gao ML, Chen GY, Pan LH. Transversus Abdominis Plane Block versus Wound Infiltration with Conventional Local Anesthetics in Adult Patients Underwent Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Biomed Res Int.* 2020;2020:8914953. DOI: 10.1155/2020/8914953.

Palabras clave: TAP, opiáceos, laparoscopia, infiltración de puertos.

P.AN-15

AUDITORÍA DE SOSTENIBILIDAD DE UN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA COLORRECTAL DURANTE LOS PRIMEROS 5 AÑOS POSTIMPLANTACIÓN

J. Bel Díaz; M. Barbero Mielgo; A. Pérez Garnelo; R. Guzmán Carranza; P. de la Fuente Ruiz; J. García Fernández
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid

Objetivos: El objetivo principal del estudio es analizar el cumplimiento de cada estrategia, así como el cumplimiento global de un programa ERAS CCR consolidado a lo largo de los 5 primeros años de implementación. Como objetivos secundarios se estudia la incidencia de las complicaciones postoperatorias (PO) (según la clasificación Clavien-Dindo [CD]), así como la estancia media, la recuperación funcional y el reingreso a lo largo de este tiempo.

Métodos: Estudio de comparación de dos cohortes prospectivas que incluyen todos los pacientes sometidos a CCR programada en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPH): cohorte ERAS, incluye los pacientes operados en el periodo inmediatamente posterior a la implementación del protocolo (enero de 2017-junio de 2018), y cohorte ERAS 5, recoge los pacientes intervenidos entre enero y junio de 2022 (5.º año de la implementación). Ambos grupos de estudio siguieron el mismo protocolo ERAS basado en las guías ERAS internacionales y recomendaciones de la guía RICA.

Se analizó el cumplimiento de cada una de las 21 estrategias perioperatorias que conforman el protocolo y el cumplimiento global, entendiéndose como una escala porcentual.

Por último, se recogieron todas las complicaciones postoperatorias (PO), destacando la transfusión, las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IRAS) y el íleo PO, organizándolas según la clasificación CD, además de la estancia hospitalaria, el reingreso y la recuperación funcional (cumplimiento de unos criterios objetivos de alta el 5º día).

Resultados: Se incluyeron 409 pacientes, 313 en el grupo ERAS y 106 en el grupo ERAS 5.

Se observó un aumento significativo del cumplimiento global (88,2 % vs. 84,2 %, $p < 0,01$). Aumentó significativamente el cumplimiento de la realización de fisioterapia respiratoria preoperatoria, profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) de acuerdo con la escala Apfel, y en el uso de analgesia multimodal perioperatoria ($p < 0,05$). Disminuyó significativamente la optimización nutricional, la fluidoterapia restrictiva o guiada por objetivos, y la no colocación de sonda nasogástrica (SNG) ($p < 0,05$).

Se objetivó una disminución en la incidencia de cada uno de los tipos de complicaciones PO de la clasificación CD, siendo en las complicaciones de tipo CD-II cercana a la significación (25,9 % ERAS vs. 17,1 % ERAS5, $p = 0,07$). También se observó una disminución significativa de la transfusión (10,6 % ERAS vs. 3,8 % ERAS5) y las IRAS (25,6 % vs. 8,6 %) (ambas $p < 0,05$). La incidencia de íleo PO apenas se redujo (17,6 % vs. 17,1 %) ($p = 0,91$).

La estancia hospitalaria disminuyó de forma significativa (6 [5-11] vs. 5 [5-10], $p = 0,05$) sin aumento significativo del reingreso.

La recuperación funcional (51,9 % vs. 64,8 %) ($p = 0,067$), así como el porcentaje de pacientes que tienen una estancia hospitalaria menor a 5 días, aumentaron en estos 5 años (40,3 % vs. 50,5 %) ($p = 0,07$).

Conclusiones: A lo largo de los primeros 5 años de la implementación de un protocolo ERAS en CCR se ha aumentado el cumplimiento global de forma significativa. Paralelamente, se ha mejorado los resultados en cuanto a complicaciones, estancia hospitalaria y recuperación funcional.

Palabras clave: Cumplimiento, estancia, protocolo, estrategias, recuperación.

P.AN-16

RECUPERACIÓN MEJORADA TRAS CESÁREA: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Cuberta González; L. Vázquez Martínez; E. Oviedo Casado; J. Alcázar Esteras; J. M. Requena Mora; V. Pedroviejo Sáez

Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz, Madrid

Objetivos: La recuperación mejorada tras la cirugía (ERAS) es un concepto desarrollado inicialmente para pacientes sometidos a cirugía colorrectal, siendo adoptado por otras especialidades quirúrgicas con resultados positivos similares. La recuperación mejorada después de una cesárea (ERAC) incrementa los principios de ERAS para aplicarlos a contextos obstétricos específicos y la adopción de la misma está cobrando impulso. El protocolo de ERAC incluye todos los componentes de la vía preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria. En la fase preoperatoria, el protocolo aplicado a este grupo de pacientes reduce el intervalo de ayuno. En la vía intraoperatoria, los componentes aplicados fueron la prevención de la hipotensión, el mantenimiento de la normotermia, la administración óptima de uterotónicos, la profilaxis de náuseas y vómitos, la analgesia multimodal y la optimización en la administración de fluidos. En el postoperatorio se favoreció la tolerancia oral y movilización precoces, retirada de sonda urinaria, profilaxis del tromboembolismo venoso, analgesia multimodal y control glucémico.

Descripción del caso: Mujer de 35 años, ASA II, tercigesta (semana 39 +1) y sin otros antecedentes médicos, es programada para cesárea electiva y salpinguectomía bilateral por cesárea iterativa tras 2 cesáreas previas. Se realizó evaluación preanestésica comprobándose ausencia de comorbilidades.

Evolución: La paciente ingresó el mismo día de dicha intervención donde se canalizó acceso venoso periférico, se realizaron pruebas cruzadas y se administraron profilaxis antiácida y antibiótica previas a la intervención. Es trasladada a quirófano, donde previa monitorización no invasiva “pro vincte” se realiza anestesia intradural (bupivacaína hiperbárica 0,5 % 11 mg). Se emplean medidas para prevenir la hipotensión con fluidoterapia, fenilefrina y colocación en decúbito lateral izquierdo. Se incluyó la prevención de hipotermia con colocación de PAD térmico. La intervención se realiza sin incidencias, empleándose carbetocina como profilaxis de atonía uterina. Una vez finalizada la cirugía, se realiza bloqueo TAP bilateral ecoguiado infiltrándose L-bupivacaína 0,25 % 15 ml en cada lado. Posteriormente, se trasladó a paritorio en donde se inició perfusión de elastómero. Fue a reevaluarla durante las horas posteriores, refiriendo buen control analgésico, adecuada contracción uterina, pudiendo deambular por la unidad a las 8 horas y cuidando de forma independiente a su recién nacido. La evolución fue favorable, sin evidenciarse complicaciones postoperatorias agudas, refiriendo

dolor controlado con analgesia oral, recuperación de independencia para actividades básicas de la vida diaria y adecuada tolerancia a dieta oral por lo que fue dada de alta con control ambulatorio.

Conclusiones: El abordaje ERAS para la cesárea se asocia con mejores resultados que incluyen disminuciones en las tasas de infección, el uso de opioides, la duración de la estancia intrahospitalaria y los costes.

Recomendaciones: La implementación exitosa de un protocolo ERAC requiere de objetivos que deben establecerse y revisarse periódicamente para identificar el cumplimiento y las oportunidades de mejora. Además, precisa la coordinación con un equipo multidisciplinar para garantizar la mejor evidencia en el cuidado de este grupo de pacientes. Existe una amplia variabilidad en los componentes de los protocolos ERAC, por lo que son necesarios futuros estudios sobre el desarrollo y la evaluación del impacto de los mismos.

Palabras clave: Cesárea, recuperación mejorada, ERAS.

P.AN-17

IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE PREHABILITACIÓN PREOPERATORIO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Lázaro Cardona; I. Ruiz Torres; M. González Penas; I. Munguira Alonso
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Objetivos: La puesta en marcha de un protocolo de recuperación intensificada (PRI) requiere de un equipo multidisciplinar y son muchas las barreras para su implantación. Además de la coordinación de los especialistas implicados en el proceso, se suma la dificultad que supone el cambio del paradigma tradicional.

Los PRI suponen el inicio y pilar fundamental para que el paciente encare el proceso de recuperación en las mejores condiciones posibles.

Tras el visto bueno de la Dirección del hospital, la Unidad de Calidad y el Comité de Ética, pusimos en marcha el circuito de prehabilitación RICA haciéndolo coincidir con el día que el paciente acude a la consulta de valoración preanestésica.

El objetivo de este proyecto es explicar la puesta en marcha de un circuito de prehabilitación como parte de un protocolo de recuperación intensificada.

Métodos: Se creó un circuito único en el que se integra el mismo día los tres pilares de la prehabilitación, y gracias a ello, todos los pacientes ingresan directamente la mañana de la intervención, habiendo realizado en el domicilio, la preparación preoperatoria indicada en consulta.

Se creó una analítica preoperatoria especial RICA que incluye perfil nutricional y perfil de anemias.

El anestesiólogo realiza una historia clínica detallada, una valoración de la vía aérea, del riesgo anestésico y ajusta su medicación habitual. Su papel es también clave en la detección de la anemia preoperatoria y la activación del circuito PBM (Patient Blood Management).

A continuación, se llevará a cabo los tres pilares de la prehabilitación trimodal con la participación de los integrantes del equipo multidisciplinar del circuito:

- » Prehabilitación funcional: el paciente recibirá una valoración por parte del fisioterapeuta del programa. Le hará entrega del incentivador respiratorio y una guía con una serie de ejercicios sencillos.
- » Prehabilitación nutricional: a continuación, será valorado por el nutricionista con la escala de MUST y una serie de parámetros antropométricos y bioquímicos. Se pautarán suplementos nutricionales según dicha valoración.
- » Prehabilitación cognitiva: la última y fundamental incorporación al circuito ha sido una “enfermera RICA”, cuyo papel es fundamental para una correcta información preoperatoria al paciente y será la encargada del seguimiento de los mismos con un “Check list” postoperatorio. Realizará además, la prehabilitación cognitiva y un seguimiento telefónico y encuesta de calidad percibida al alta.

Conclusiones: Gracias a la creación de un circuito de prehabilitación único quedan integrados todos los pilares, con lo que el paciente llega a quirófano en las mejores condiciones, disminuyendo la estancia hospitalaria. El seguimiento en el postoperatorio es también fundamental y se ha conseguido gracias a la creación de un grupo de trabajo y un equipo multidisciplinar que se reúne periódicamente para auditar los resultados.

Palabras clave: Prehabilitación, protocolo de recuperación intensificada, multidisciplinar.

P.AN-18

INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN SANITARIA Y DEL SITIO QUIRÚRGICO DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN Y 5 PRIMEROS AÑOS DE UN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA COLORRECTAL

A. Pérez Garnelo; M. Barbero Mielgo; J. Bel Díaz; R. Guzmán Carranza; J. García Fernández; G. de Miguel Robledo
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid

Objetivos: El principal objetivo es el análisis de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) e infecciones en el sitio quirúrgico (ISQ), durante la implementación, y al 5.º año postimplementación de un programa ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) en cirugía colorrectal (CCR) programada. Como objetivo secundario, se estudió la relación de estas infecciones con la estancia hospitalaria y la recuperación funcional (cumplimiento de unos criterios objetivos de alta el 5.º día postoperatorio).

Métodos: Estudio observacional unicéntrico de comparación de tres cohortes de pacientes operados de CCR programada en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: grupo control, cohorte retrospectivo que recibió cuidados tradicionales (junio-octubre de 2015) y dos cohortes prospectivas que siguieron el mismo protocolo ERAS, grupo ERAS (enero de 2017-junio de 2018) y grupo ERAS5 (enero-junio de 2022).

Se recogieron las variables demográficas, características quirúrgicas y el cumplimiento de las estrategias relacionadas con la infección, la incidencia de los distintos tipos de IRAS, las flebitis, sepsis, fiebre sin foco, la estancia hospitalaria, reingreso y la recuperación funcional.

Se analizó la relación entre IRAS e ISQ con la estancia hospitalaria y la recuperación funcional mediante regresiones lineales y logísticas.

Conclusiones: Se incluyeron 515 pacientes; 97 en el grupo control, 313 en el ERAS y 105 en el ERAS5.

No se observaron diferencias significativas en las variables demográficas, aunque sí se encontraron en las estrategias perioperatorias estudiadas.

Se observó una disminución de todos los tipos de IRAS, siendo significativa la reducción de IRAS en conjunto (37,1 % en grupo control; 25,6 % en ERAS y 8,6 % en ERAS5), de ISQ (26,8 %; 15,3 % y 6,7 %, respectivamente) y de infección de tracto urinario (ITU) (5,2 %, 3,9 % y 1 %) con $p < 0,01$.

Presentar una IRAS prolonga la estancia hospitalaria 8,1 días [IC 95 % 6,1;10,1] independientemente del grupo estudiado. Los pacientes con ISQ tienen estancias mayores en todos los grupos, observando un aumento en los pacientes con ISQ tras la implementación del ERAS (de 17 a 20 días).

Respecto al grupo control, los pacientes del grupo ERAS multiplican por 3,5 [IC 95 % 0,14;0,38] veces la posibilidad de alcanzar la recuperación funcional, y los del grupo ERAS5 por 4,78 [IC 95 % 2,52;9,07] veces. Tener una IRAS disminuye un 76 % la posibilidad de alcanzar la recuperación funcional. Los pacientes con ISQ tienen una probabilidad menor de alcanzar la recuperación funcional en todos los grupos estudiados excepto en el grupo ERAS5 donde la probabilidad aumenta de 63,26 % a 85,71 %.

Durante los 5 primeros años de implementación, tanto las IRAS como las ISQ se asociaron a estancias hospitalarias mayores y retraso en la recuperación funcional.

Palabras clave: IRAS, ISQ, infección, CCR, ERAS.

P.AN-19

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA COLORRECTAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I. Ruiz Torres; I. Munguira Alonso; M. González Penas; M. Lázaro Cardona
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Objetivos: Los programas PRI surgen como una nueva propuesta para la optimización del paciente en el periodo perioperatorio desde un punto de vista multidisciplinar. En nuestro centro hemos iniciado el programa en cirugía colorrectal y actualmente se ha expandido al resto de procedimientos mayores.

El objetivo de este estudio es describir los datos obtenidos sobre los pacientes primeros pacientes incluidos el Protocolo RICA en el Hospital Universitario Ramón y Cajal desde enero 2020 hasta octubre 2021.

Métodos: Hemos realizado un estudio observacional descriptivo sobre una población de 78 pacientes que fueron intervenidos de cirugía colorrectal en nuestro centro, incluidos en el protocolo RICA. Hemos recogido variables directamente relacionadas con los ítems más destacados del PRI.

El cirujano incluye al paciente en el protocolo y se deriva a la consulta de anestesia, donde se llevará a cabo la optimización preoperatoria y se hará entrega del “Kit RICA RYC” para la preparación en su domi-

cilio. Serán valorados ese mismo día por un fisioterapeuta y un nutricionista y se realizará la optimización de la anemia.

Conclusiones: Del total de 78 pacientes, 38 fueron mujeres y 39 varones. La comorbilidad más frecuente fue la HTA (39 %), seguida de DM (11,7 %). Se incluyeron pacientes ASA I (15,4 %), ASA II (70,5 %) y ASA III (12,8 %).

El diagnóstico más frecuente fue la neoplasia de colon (69,2 %), seguida de la neoplasia de recto (12,8 %) incluyéndose también patología no oncológica como diverticulitis (6,4 %), enfermedad inflamatoria intestinal (3,8 %) o endometriosis (1,3 %). Un 84,1 % de los pacientes fueron intervenidos por laparoscopia.

En el periodo preoperatorio se hace entrega del kit RICA al 100 % de los pacientes. Un 53,9 % recibió valoración nutricional, un 61,8 % realizó fisioterapia preoperatoria y un 22,4 % optimización de la anemia y sólo precisó transfusión un 4,3 % de los pacientes. Durante los procedimientos, se evitó la colocación de sonda nasogástrica en el 100 % de los casos y de drenajes en un 27,5 %. En más de un 98 % se cumplieron algunos de los principales ítems que propone el protocolo.

En el postoperatorio, se inició tolerancia oral en un 91,2 % de los pacientes en las primeras 24 h y se inició la deambulación en el 97,1 %. Del total de pacientes incluidos, un 16,2 % presentó complicaciones tras la cirugía, siendo la más frecuente el íleo paralítico (7,7 %). Un 58,8 % realizó fisioterapia respiratoria postoperatoria. La estancia media fue de 8,61 días y la moda de 5 días. Tras el alta hospitalaria, ningún paciente del estudio requirió reingreso a los 30 días.

El Protocolo RICA mejora la atención al paciente quirúrgico y le hace partícipe de su proceso de recuperación. Requiere, sin embargo, una estrecha coordinación entre diferentes servicios y un seguimiento más estrecho del paciente. Esperamos, que dados los beneficios que se obtienen en la calidad asistencial continúe implementándose e implantándose en el resto de áreas quirúrgicas.

Es necesario hacer más estudios sobre nuestro protocolo, para ver si la implementación de dichas medidas mejora aún más los resultados y la calidad asistencial.

Palabras clave: PRI, resultados, hospital de tercer nivel.

P.AN-20

RESULTADOS Y EXPERIENCIA DE MÁS DE DOS AÑOS DE PROGRAMA ERAS EN CIRUGÍA HEPÁTICA ROBÓTICA

M. Manzanares Bonilla; S. Lechuga Carbajo; I. López García; M. Diéguez López; P. López-Toribio López; P. Pérez Navero

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Objetivos: Durante los últimos años se ha producido un incremento del empleo de la laparoscopia robótica en múltiples procedimientos quirúrgicos entre los que se incluyen la cirugía hepatobiliar. La aparición de abordajes mínimamente invasivos como la laparoscopia robótica y la implementación de programas de recuperación intensificada (Enhanced Recovery After Surgery, ERAS) han supuesto una mejora en los resultados perioperatorios y la recuperación de los pacientes. El objetivo de

nuestro estudio es describir y analizar los resultados obtenidos tras 29 meses de aplicación de programa ERAS en cirugía hepática robótica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 63 pacientes sometidos a resección hepática por abordaje robótico entre septiembre de 2020 y enero de 2023 (33 ERAS vs. 30 control). Se recogieron variables demográficas, comorbilidades y patología intervenida (maligna vs benigna), técnica anestésica de mantenimiento, requerimientos transfusionales, empleo de drogas vasoactivas y antifibrinolíticos, técnica de Pringle, duración del procedimiento (minutos), estancia hospitalaria (días) y aparición de complicaciones intraoperatorias, tempranas (< 24 horas) y tardías (24 h – 30 días). Se realizó un análisis descriptivo y comparativo mediante el software R-Commander empleando el test de chi-cuadrado para variables cualitativas y el test T de Student o Wilcoxon para variables cuantitativas. Se presentan los resultados como porcentajes en variables discretas; y media y desviación estándar en variables continuas.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas entre grupos respecto a variables demográficas, con una edad media de 59 años, y comorbilidades. La indicación y técnica quirúrgica fue similar en ambos grupos (ERAS 30,3 % patología benigna y 69,7 % maligna; frente al grupo control con una incidencia de 43,3 % patología benigna y 56,7 % maligna). Tampoco se hallaron diferencias significativas en cuanto a técnica anestésica de mantenimiento (inhalatoria vs total intravenosa); empleo de fármacos vasoactivos (en el grupo ERAS se emplearon en un 39,4 % de los casos vs grupo control en un 46,7 %; $p = 0,5602$), empleo de antifibrinolíticos (en el grupo ERAS se empleó ácido tranexámico en el 25 % de los casos, mientras que en el grupo control en un 46,7 %; $p = 0,07477$) y necesidad de maniobra de Pringle (necesidad de ³2 Pringles en grupo ERAS 34,92 % vs. grupo control 30 %; $p = 0,4347$). En el grupo ERAS el empleo de hemoderivados (0 % vs. 16,7 %; $p = 0,014$), la aparición de complicaciones intraoperatorias (9,1 % vs. 33,3 %; $p = 0,017$) y la estancia media hospitalaria en días ($4,15 \pm 2,63$ vs. $10,73 \pm 19,77$; $p = 0,001$) fueron significativamente menores. Asimismo, la duración en minutos del procedimiento fue menor en el grupo ERAs ($219,24 \pm 75,80$ vs. $247,4 \pm 96,55$; $p = 0,328$) aunque no se encontraron diferencias significativas.

Conclusiones: La aplicación de programa ERAS en cirugía hepática robótica en esta serie ha demostrado disminuir los requerimientos transfusionales, la aparición de complicaciones perioperatorias y la estancia media hospitalaria. El estudio presenta limitaciones como el reducido tamaño de la muestra y su carácter unicéntrico.

Palabras clave: ERAS, cirugía hepática, transfusiones, complicaciones.

P.AN-21

EVOLUCIÓN DE LA GLUCEMIA INTRAOPERATORIA TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE SUGARMIX®

C. Peris Raimundo; D. Jareño Torrente; G. del Río Altaba; T. Vilalta Camps; J. Baldó Gosálvez; S. A. Gómez Abril

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

Introducción: Los pacientes con diabetes mellitus representan más del 15 % de la población quirúrgica, sin embargo, faltan estudios que evalúen la seguridad de las bebidas carbohidratadas en estos pacientes.

Laffin y cols.¹ no encontraron ninguna diferencia significativa en la incidencia hiperglucémica entre los grupos de diabéticos con y sin carga de carbohidratos. No obstante, otros estudios han informado de altas tasas de resultados adversos. En consecuencia, debe seguir estudiándose la repercusión en la glucemia de la carga preoperatoria de carbohidratos en pacientes diabéticos.

La administración de estas bebidas en los pacientes no diabéticos se ha demostrado que es segura y no se asocia con mayor riesgo de aspiración.

Objetivos: El objetivo principal es describir la evolución de las glucemias horarias durante el intraoperatorio en la población no diabética y diabética tipo 2 en tratamiento con ADO sometidas a cirugía de cáncer colorrectal y que han recibido 400 ml de bebida carbohidratada con 49,2 g de dextrinomaltoza, para poder establecer el control óptimo de la glucemia intraoperatoria.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la medición de las glucemias horarias durante el intraoperatorio, en dos grupos de pacientes “no diabéticos” y “diabéticos” tipo 2 en tratamiento con ADO y HbA1c < 7,5 g/dl, intervenidos de cirugía colorrectal en el Hospital Doctor Peset entre 2019 y 2022.

2 horas antes de la intervención, a todos los pacientes se les administraba 400 ml de bebida carbohidratada (Sugarmix®).

A la llegada al quirófano se les realizaba una glucemia digital (glucómetro FreeStyle Optium Neo) registrándose la glucemia basal. Posteriormente se determinaban mediciones de glucemia horarias hasta el final de la cirugía. En el caso de glucemia > 180 mg/dl, se administraba insulina intravenosa; en caso de glucemia < 80 mg/dl, se administraba glucagón, en ambos casos según protocolo RICA hospitalario.

Resultados: Se analizaron las glucemias de 88 pacientes, de los cuales 80 eran no diabéticos y 8 diabéticos tipo 2 en tratamiento con ADO y HbA1c < 7,5.

Encontramos que los niveles de glucemia en el grupo de “no diabéticos” se situaban en un intervalo entre 63-244 mg/dl, y en el grupo de “diabéticos” entre (64- 280) mg/dl.

Se documentaron glucemias superiores a 180 mg/dl en un 10 % de los “no diabéticos”, y en un 37,5 % de los “diabéticos”. Se observaron glucemias inferiores a 80 mg/dl en un 5 % de los “no diabéticos”, y en un 12,5 % de los pacientes de los “diabéticos”.

Conclusiones:

- » La evaluación horaria de la glucemia durante el intraoperatorio en pacientes diabéticos tipo 2 y pacientes no diabéticos, permite un control estricto de estas, detectando la presencia de hiperglucemia e hipoglucemia.
- » La administración de bebidas carbohidratadas en pacientes diabéticos tipo 2 implicaría que estos controles horarios sean más necesarios, ya que la tendencia a la hiperglucemia es mayor que en los pacientes no diabéticos.
- » La presencia de hipoglucemias, pese a la administración de las bebidas carbohidratadas, se presenta en ambos grupos de pacientes.

- » Se necesitarían más estudios para determinar las implicaciones directas en la variación de la glucemia durante el intraoperatorio en pacientes que han tomado previamente bebidas carbohidratadas.

Bibliografía:

1. Laffin MR, Li S, Brisebois R, Senior PA, Wang H. The Use of a Pre-operative Carbohydrate Drink in Patients with Diabetes Mellitus: A Prospective, Non-inferiority, Cohort Study. *World J Surg*. 2018;42(7):1965-70. DOI: 10.1007/s00268-017-4413-9.
2. Lin XQ, Chen YR, Chen X, Cai YP, Lin JX, Xu DM, et al. Impact of preoperative carbohydrate loading on gastric volume in patients with type 2 diabetes. *World J Clin Cases*. 2022;10(18):6082-90. DOI: 10.12998/wjcc.v10.i18.6082.
3. Vía RICA 2021 [Internet]. Grupogerm.es.; 2021 [recuperado el 4 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://grupogerm.es/rica/>

Palabras clave: Bebidas carbohidratadas, ayuno, cirugía, diabéticos.

P.AN-22

¿UTILIZAS ANALGESIA MULTIMODAL EN ANESTESIA PARA CIRUGÍA GINECOLÓGICA? ENCUESTA Y RESULTADOS

E. Vilà Barriuso; M. Nuñez Oliva; A. C. Carpintero Cruz; E. X. López Arguello; C. Rodríguez Cosmen
Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: El protocolo ERAS (Enhanced Recovery after Surgery) de cirugía ginecológica nos recomienda el uso de los distintos fármacos de la analgesia multimodal para conseguir la antinocicepción durante la anestesia general. Encontramos una enorme variabilidad de su uso en nuestro centro según el anestesiólogo en la cirugía ginecológica.

Por ello nos planteamos elaborar un protocolo basado en la evidencia de analgesia multimodal en la subespecialidad de cirugía ginecológica. Ante la escasez de publicaciones sobre el tema y la variabilidad tanto de dosis, fármacos y mezclas de los trabajos publicados, nos planteamos conocer su uso en los Hospitales cercanos para aprender de su experiencia y ayudarnos a decidir.

Métodos: Se realizó una encuesta en español en un formulario de Google que se envió a través de mensajes por correo electrónico o redes sociales (Whatsapp y Twitter). En el mismo se preguntó el uso de la analgesia multimodal en cirugía ginecológica y de cuatro de los fármacos: lidocaína (L), ketamina (K), sulfato de magnesio (SMg) y dexmedetomidina (D). Para cada uno de ellos se preguntó las dosis en bolo y/o perfusión continua (PC). Se preguntó el uso de la “preemptive analgesia” con AINE/paracetamol y la premedicación con gabapentinoides. Además, se consultó el uso sistemático de la infiltración de la herida quirúrgica y el momento, así como la analgesia locorregional para la cirugía laparoscópica y la laparotomía media supra-infraumbilical.

Resultados: Contestaron un total de 55 anestesiólogos de distintos hospitales de España, mayoritariamente de la provincia de Barcelona (49 %). De los 55 encuestados, 40 usan analgesia multimodal con fármacos antinociceptivos.

La frecuencia de uso fue de L 95 %, K 67,5 %, 62,5 % SMg y 32,5 % D. Las dosis medianas con sus valores mínimos y máximos fueron de:

- » L Bolo: 1,125 mg/kg (0,85-2) y PC 1 mg/kg/h (0,4-2).
- » K bolos: 0,3 mg/kg (0,1-2) y PC 0,25 mg/kg/h (0,1-1).
- » SMg bolo: 20 mg/kg (15-50) y PC: 10 mg/kg/h (7-20).
- » D bolo: 0,1 µg/Kg (0,1-1,05) y PC 0,20 µg/kg/h (0,05-0,30).
- » Las combinaciones más frecuentes fueron en un 27,5 % L-K-SMg (en un 27,5 %) y en un 25 % L-K-SMg-D.

Está extendido el uso de la preemptive analgesia (52,7 %), así como la infiltración sistemática de la herida quirúrgica (83,6 %) al finalizar la intervención (80,4 %) y la epidural para laparotomía media (96,4 %). Escasos centros utilizan premedicación con gabapentinoides (3,6 %).

Conclusiones: Existe una gran variabilidad de fármacos antinociceptivos utilizados y de dosis, muchas veces sin protocolos exclusivos para cirugía ginecológica y distintos dentro del servicio de anestesiología de un mismo centro. Conocer la experiencia en los otros centros nos ha permitido un punto de partida para plantear un protocolo de analgesia multimodal en cirugía ginecológica basado en la evidencia.

Palabras clave: Analgesia multimodal, cirugía ginecológica.

P.AN-23

PROPUESTA DE PROTOCOLO ERAS PARA CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE CABEZA Y CUELLO

H. Montes Hijosa; S. Postigo Morales; R. Crespo Sainz-Aja; J. Vargas Caño
Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Bizkaia

Objetivos: Los protocolos ERAS tienen como objetivo implementar algoritmos de tratamiento para optimizar el manejo perioperatorio de los pacientes intervenidos de diferentes cirugías y así reestablecer su nivel de actividad basal lo más rápido posible.

Pero a día de hoy todavía no existen grandes evidencias sobre la implantación de estas medidas en cirugía de cabeza y cuello. Por eso, hemos desarrollado un protocolo de cuidados perioperatorios estandarizado para este tipo de intervenciones, extrapolando aspectos de la cirugía colorrectal que han demostrado ser efectivos.

Métodos: Para lograr el objetivo se ha realizado una revisión no sistemática de la bibliografía relacionada con rehabilitación multimodal en cirugía de cabeza y cuello, publicada en los últimos cinco años.

Resultados: Este tipo de intervenciones tiene aspectos específicos e importantes tanto a nivel preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. En el preoperatorio será importante realizar una buena evaluación de la vía aérea, ya que podría estar alterada por la presencia del tumor. Además, un manejo satisfactorio implica una adecuada coordinación entre los diferentes profesionales. Por este motivo, durante esta fase se trabajará en estrecho contacto con los especialistas de endocrinología

por el componente de malnutrición asociado a los tumores de cabeza y cuello, con los logopedas para la evaluación de disfagia y aspiración, y con los psicólogos y psiquiatras para minimizar el riesgo de depresión en el postoperatorio.

En el preoperatorio inmediato utilizaremos la analgesia multimodal y un ansiolítico de corta duración. Pondremos especial atención a la profilaxis tromboembólica por tratarse de pacientes con riesgo moderado-alto y a la profilaxis antibiótica, que será de 48 h en el caso de colgajos libres.

A nivel intraoperatorio, es importante monitorizar la temperatura y mantener una normotermia, un balance de fluidos neutro guiado por objetivos para minimizar las complicaciones en los casos en los que se realice un colgajo y administrar profilaxis antiemética según la escala de Apfel.

En cuanto al postoperatorio, la necesidad de UCI para el control de las primeras horas tras la cirugía tiene que ser individualizada en cada paciente, ya que se ha demostrado que no hay diferencia en la morbilidad entre los pacientes ingresados en unidades de críticos y los controlados en plantas especializadas. Tendremos especial cuidado con el inicio precoz de la nutrición enteral, así como la movilización precoz. Se recomienda evitar la traqueotomía o decanular lo antes posible. Se debe realizar una monitorización exhaustiva en caso de colgajo libre y utilizaremos preferentemente apósitos oclusivos o VAC en la zona donante de injerto, con el objetivo de favorecer la cicatrización y disminuir el dolor.

Conclusiones: Todavía no existe evidencia de la mejora en la morbilidad de estos pacientes utilizando los algoritmos de ERAS, pero los buenos resultados obtenidos en otro tipo de cirugías, como la cirugía colorrectal, nos indican que, si adaptamos estas medidas a las necesidades particulares de las cirugías oncológicas de cabeza y cuello, los resultados obtenidos podrían ser óptimos. Además, la estandarización de medidas nos permitirá analizar nuestros resultados y detectar áreas de mejora para su posterior implementación, basándose en las evidencias más recientes.

Palabras clave: Rehabilitación multimodal, cuidados perioperatorios, cirugía de cabeza y cuello.

P.AN-24

MONITORIZACIÓN DE NOCICEPCIÓN PARA UNA RECUPERACIÓN PRECOZ

L. Alós Zaragoza; Y. Fernández Fernández; E. Biosca Pérez; M. Roselló Chornet; J. Catalá Bauset; J. de Andrés Ibáñez

Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos: El correcto control analgésico durante el proceso quirúrgico es vital para la recuperación del paciente. EL uso de técnicas locorreregionales permite una recuperación precoz, minimiza el uso de opioides y por tanto reduce los efectos secundarios derivados de su uso.

Métodos: Varón de 80 años (HTA, DM tipo 2, FA anticoagulada con HBPM, hábito enólico y antiagregación con AAS 300 mg por ictus previo) que presenta úlcera intestinal. Se propone resección intestinal por imposibilidad de control del sangrado mediante procedimientos endoscópicos. En la analítica preoperatoria destaca hemoglobina 11,5 g/dl, plaquetas $238 \cdot 10^9/L$, INR 1,4. Antiagregación sustituida por adiro 100 mg según recomendaciones y HBPM administrada 24 h previas a la intervención.

Dado que presenta coagulopatía leve por sangrado reciente y toma crónica de antiagregantes con posibilidad de cirugía abdominal ampliada abierta se planteó la realización de un bloqueo erector para control analgésico en paciente frágil y con necesidad de recuperación precoz. Se realizó la punción ecoguiada bilateral a nivel T7-8 con la administración de levobupivacaína 0,25 % 30 ml y posteriormente se instaura anestesia general balanceada con bloqueo neuromuscular. Además, se decide la colocación intraoperatoria de un monitor de nocicepción NOL que cuantifica mediante un índice la puntuación de varios parámetros (fotopletismografía, respuesta galvánica de la piel, temperatura y acelerómetro) de 0 a 100, siendo entre 10-25 un valor adecuado para un control analgésico óptimo durante la anestesia general. En nuestro caso el valor se mantuvo dentro de este rango, el consumo de opioides se limitó a 200 mcg de fentanest durante la intubación y el procedimiento quirúrgico, el VAS a las 24 h postoperatorias fue menor de 3 lo que permitió el alta a domicilio a las 48 h de la intervención.

Resultados: Al inyectar el anestésico local en el plano interfascial profundo del músculo erector de la columna a través de las aberturas existentes en la pared de la fascia anterior, el anestésico difunde tanto a la rama ventral como a la dorsal de los nervios espinales y proporciona analgesia somática y visceral para las cirugías torácicas y abdominales. Además, se produce migración del fármaco cráneo-caudal a lo largo de la fascia siendo la reabsorción del mismo limitada. Es considerado un bloqueo superficial y, por tanto, seguros bajo los efectos de fármacos anticoagulantes y antiagregantes, así como en presencia de coagulopatía.

El objetivo de monitorizar la nocicepción es cuantificar objetivamente las respuestas inducidas por el estrés quirúrgico para ayudar a mantener un equilibrio nociceptivo-anti nociceptivo¹. En sujetos inconscientes los cambios en el control autonómico cardiaco, el aumento de la vasoconstricción periférica, la dilatación pupilar y el aumento de la conductancia galvánica de la piel ofrecen un acceso relativamente fácil a la evaluación de dicha respuesta simpática. Además de estas reacciones, el estrés puede influir en la variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC), los patrones electroencefalográficos y electromiográficos y el umbral de los reflejos periféricos. El monitor NOL propone una medida fiable de estimulación nociceptiva moderada e intensa y supera los parámetros clásicos en discernir estímulos nocivos de no nocivos. Además, la dosificación de opioides intraoperatoria guiada por NOL ofrece menor puntuación de dolor en el postoperatorio inmediato, así como una disminución de hormonas de estrés (ACTH, Cortisol) comparándolos con manejo estándar². En cirugía abdominal guiada por NOL, al sincronizar la administración de opioide con el estímulo nociceptivo real, se observa una disminución del dolor postoperatorio atribuida a una más objetiva dosificación lo que contribuye a un nivel menor de activación simpática y estrés quirúrgico³.

Conclusiones: La analgesia guiada por monitores de nocicepción ayuda a reducir la administración de opioides y sus efectos adversos y acortar el tiempo de extubación, sin incrementar el grado de dolor postoperatorio. Ha demostrado una disminución de dolor postoperatorio en anestesia general lo que permite una recuperación precoz del paciente y un tratamiento más individualizado.

Bibliografía:

1. Ledowski T, Schneider M, Gruenewald M, Goyal RK, Teo SR, Hruby J. Surgical pleth index: prospective validation of the score to predict moderate-to-severe postoperative pain. *Br J Anaesth.* 2019;123(2):e328-e332. DOI: 10.1016/j.bja.2018.10.066.

2. Meijer FS, Niesters M, van Velzen M, Martini CH, Olofsen E, Edry R, et al. Does nociception monitor-guided anesthesia affect opioid consumption? A systematic review of randomized controlled trials. *J Clin Monit Comput.* 2020;34(4):629-41. DOI: 10.1007/s10877-019-00362-4.
3. Meijer F, Honing M, Roor T, Toet S, Calis P, Olofsen E, et al. Reduced postoperative pain using Nociception Level-guided fentanyl dosing during sevoflurane anaesthesia: a randomised controlled trial. *Br J Anaesth.* 2020;125(6):1070-8. DOI: 10.1016/j.bja.2020.07.057.

Palabras clave: Minimizar opioides, recuperación precoz, monitorización nocicepción, erector espinal.

P.AN-25

ANEMIA PREVIA AL ALTA Y SUPERVIVENCIA A 1 AÑO EN PACIENTES DE CIRUGÍA COLORRECTAL ONCOLÓGICA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO

A. Abad Motos¹; C. Moreno de Alborán Montesinos²; A. Blanco Barrón²; A. Ortega Martín²; P. Alavedra Martínez²; A. Abad Gurumeta³

¹Hospital Universitario Donostia-San Sebastián; ²Universidad Complutense de Madrid; ³Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Objetivos: La anemia preoperatoria es común en pacientes con cáncer colorrectal. Además, la probabilidad de que los pacientes previamente no anémicos presenten anemia postoperatoria es elevada. La anemia postoperatoria se ha asociado con transfusión de hemoderivados y una mayor duración de la estancia hospitalaria. Se ha planteado la hipótesis de que la anemia podría afectar a los resultados oncológicos. La hipoxia de las células tumorales se ha postulado como promotora de la progresión maligna y de la resistencia a la terapia adyuvante. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el efecto de la anemia antes del alta sobre la supervivencia a 1 año en pacientes sometidos a cirugía colorrectal oncológica.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo unicéntrico que incluye pacientes intervenidos de cáncer colorrectal entre 2009 y 2017. Los pacientes se agruparon según la presencia o no de anemia antes del alta. La anemia se definió como hemoglobina < 12 g/dl para mujeres y < 13 g/dl para hombres. La medida de resultado primaria fue la supervivencia a 1 año. Las medidas de resultado secundarias incluyeron complicaciones posoperatorias a los 30 días, transfusión de glóbulos rojos y duración de la estancia hospitalaria. La supervivencia global se calculó con el método de rango logarítmico de Kaplan-Meier y la regresión de riesgo proporcional de Cox basada en la anemia al alta.

Resultados: Se incluyeron 680 pacientes con una edad media de 70 años ($\pm 12,4$), de los cuales 559 (82,2 %) presentaban anemia antes del alta. La hemoglobina media de toda la cohorte fue de 12,6 (± 2) g/dl antes de la cirugía y de 10,9 ($\pm 1,6$) g/dl 1 antes del alta. No hubo diferencias en las complicaciones posoperatorias entre pacientes anémicos y no anémicos (52,9 vs. 47,1 % $p = 0,25$). Los pacientes con anemia antes del alta recibieron más transfusiones de glóbulos rojos durante los períodos intra (9,7 % vs. 3,6 % $p < 0,05$) y postoperatorio (18,6 % vs. 7,3 % $p < 0,05$). La estancia hospitalaria fue menor en pacientes no anémicos (7 [RIC 5-13] vs. 5 [RIC 4-7], $p < 0,05$). No hubo diferencias en la supervivencia global a 1 año (HR 1,21; IC 95 % 0,82-1,81; $p = 0,332$).

Conclusión: La anemia postoperatoria en pacientes intervenidos por cáncer colorrectal fue fre-

cuenta en nuestra cohorte, aunque esta no se asoció con una disminución de la supervivencia a 1 año. Los pacientes con anemia antes del alta recibieron más transfusiones sanguíneas en el período intra y postoperatorio y tuvieron una mayor duración de la estancia hospitalaria.

Palabras clave: Anemia, cirugía colorrectal, cáncer, transfusión.

P.AN-26

ANEMIA PREOPERATORIA Y SUPERVIVENCIA A 1 AÑO EN CIRUGÍA COLORRECTAL ONCOLÓGICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO

A. Abad Motos¹; P. Alavedra Martínez²; A. Ortega Martín²; C. Moreno de Alborán Montesinos²; A. Blanco Barrón²; A. Abad Gurumeta³

¹Hospital Universitario Donostia-San Sebastián; ²Universidad Complutense de Madrid; ³Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Objetivos: La anemia es frecuente en pacientes con cáncer colorrectal. La anemia preoperatoria se asocia de forma independiente con morbilidad y mortalidad postoperatorias y con una mayor probabilidad de recibir transfusión de hematíes. Además, se ha asociado con peores resultados a largo plazo en pacientes sometidos a cirugía oncológica. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el efecto de la anemia preoperatoria sobre la supervivencia al año en pacientes intervenidos de cirugía colorrectal oncológica.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo unicéntrico que incluye pacientes intervenidos de cáncer colorrectal entre 2009 y 2017. Los pacientes se agruparon según la presencia o no de anemia preoperatoria. La anemia se definió como hemoglobina < 12 g/dl para mujeres y < 13 g/dl para hombres. La medida de resultado primaria fue la supervivencia a 1 año. Las medidas de resultado secundarias incluyeron complicaciones posoperatorias a los 30 días, transfusiones de hematíes y duración de la estancia hospitalaria. La supervivencia global se calculó con el método de rangos logarítmicos de Kaplan-Meier y la regresión de riesgo proporcional de Cox basada en la anemia al alta.

Resultados: Se incluyeron 739 pacientes con una edad media de 70 años ($\pm 12,6$), de los cuales 368 (49,8 %) presentaban anemia. No hubo diferencias en las complicaciones postoperatorias entre pacientes anémicos y no anémicos (52,7 % vs. 51,5 %, $p = 0,74$). Los pacientes anémicos recibieron más transfusiones de hematíes durante los periodos intra (53 [16,4 %] vs. 7 [2,1 %] $p < 0,05$) y postoperatorio (78 [24,3 %] vs. 32 [10 %] $p < 0,05$), y tuvieron un aumento de la estancia hospitalaria (7 [RIC 5-13] vs. 6 [RIC 5-11], $p < 0,05$). No hubo diferencias en la supervivencia global a 1 año (HR 1,09; IC 95 % 0,83-1,43; $p = 0,547$).

Conclusiones: En esta cohorte unicéntrica de pacientes sometidos a cirugía colorrectal, la anemia preoperatoria no se asoció con una disminución de la supervivencia a 1 año ni con complicaciones postoperatorias a los 30 días. La anemia preoperatoria se asoció con la transfusión de hematíes y el aumento de la estancia hospitalaria.

Palabras clave: Anemia, transfusión, cirugía colorrectal, cáncer.

P.AN-27

PREVENCIÓN DE LA HIPOTERMIA INTRAOPERATORIA NO INTENCIONADA CON MANTA DE AIRE CONVECTIVO EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE CÁNCER COLORRECTAL

G. del Río Altaba; C. Peris Raimundo; D. Jareño Torrente; T. Vilalta Camps; S. A. Gómez Abril; R. Higuera Castellanos

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

Objetivos: Existe una amplia evidencia de que la inducción de la anestesia, tanto general como regional, puede ocasionar un descenso de la temperatura del organismo como consecuencia de una redistribución del calor corporal desde el compartimento central hacia la periferia. Este fenómeno se ha asociado con incremento de la morbilidad postquirúrgica (cicatrización deficiente, aumento de infección de la herida quirúrgica, complicaciones cardiovasculares, temblor y aumento de las pérdidas sanguíneas), retraso en el alta hospitalaria, así como aumento de los costes por proceso, entre otros.

El objetivo principal es monitorizar la temperatura corporal intraoperatoria en pacientes sometidos a cirugía laparoscópica de cáncer colorrectal para evitar la hipotermia intraoperatoria no intencionada, utilizando una manta de aire convectivo en la parte superior del cuerpo.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la medición de la temperatura corporal intraoperatoria en una muestra de 100 pacientes intervenidos de cirugía laparoscópica de cáncer colorrectal, en el Hospital Dr. Peset entre 2021 y 2022.

Cuando el paciente entraba en el quirófano, tras la inducción anestésica, se le realizaba sondaje vesical según protocolo RICA hospitalario (sonda Foley con sensor de temperatura desechable Level 1, Smiths Medical®) y posteriormente se le colocaba una manta de aire convectivo para la parte superior del cuerpo (cobertor pequeño para la parte superior del cuerpo SWU-2010, Smiths Medical®) a una temperatura de 37 °C (dispositivo calentador convectivo Level1, Smiths Medical®).

Se obtuvieron determinaciones basales y horarias durante el transcurso del proceso quirúrgico. Simultáneamente, se midió la temperatura del quirófano mediante un termómetro digital ambiental (reloj de pared digital con medidor de temperatura TECHNICUS®).

Con los datos obtenidos, se realizaron las medias de temperatura corporal de cada paciente y del quirófano, en cada intervención quirúrgica.

Por último, se calculó la media muestral, tanto de la temperatura corporal como de la temperatura en el quirófano.

Resultados: La media de la temperatura corporal fue de 36,16°C. El 29 % de los pacientes tuvo una temperatura media entre 35-36 °C y el 67 % de los pacientes entre 36-37 °C.

Solo el 2 % de los pacientes tuvo una temperatura media superior a 37 °C (media máxima registrada, 37,05 °C). Por otra parte, el 2 % de los pacientes tuvo una temperatura media menor de 35 °C (hipotermia leve; media mínima registrada, 34,90 °C).

La media de la temperatura en el quirófano fue de 21,53 °C, con unas temperaturas medias mínima y máxima de 18 °C y 24 °C, respectivamente. La temperatura media en el quirófano fue aumentando 0,235 °C cada hora.

Conclusiones:

1. La manta de aire convectivo para la parte superior del cuerpo evitaría el 98 % de casos de hipotermia intraoperatoria no intencionada en cirugía laparoscópica de cáncer colorrectal.
2. La climatización de los quirófanos de nuestro centro permitió una temperatura media óptima para el desarrollo de la actividad quirúrgica.

Palabras clave: Hipotermia intraoperatoria.

P.AN-28

INSTAURACIÓN DE PROTOCOLO ANALGÉSICO EN PLANTA BASADO EN BOMBAS MULTIMODALES LIBRES DE OPIOIDES PARA CIRUGÍAS DOLOROSAS: CALIDAD ANALGÉSICA, SEGURIDAD Y VALORACIÓN DE EFECTOS SECUNDARIOS

E. Rivero; A. Juanola; K. Salazar; L. Cao; A. Bataller; C. Ramírez

Centro Médico Teknon. Barcelona

Objetivos: Reducir el consumo de opioides perioperatorios manteniendo un esquema analgésico eficaz con reducción de efectos secundarios. Adicionalmente, prevenir la aparición de dolor crónico tras procedimientos invasivos de alto riesgo algésico posoperatorio. En la fase de instauración se valoran la aparición de efectos secundarios o inesperados.

Métodos: De acuerdo con el servicio de farmacología y la aprobación del comité técnico y la dirección médica del hospital se realiza un protocolo multimodal con bomba endovenosa OFA (Opioid Free Anestesia) para infusión continua las primeras 24 hasta 72 horas postoperatorias. La mezcla se compone de Ketamina (0,05 mg/kg/h), dexmedetomidina (0,05 mcg/kg/h) y de lidocaína (0,5 mg/kg/h). El protocolo complementa la OFA con paracetamol 1 g/8 h, dexketoprofeno 50 mg/8 o celecoxib 200 mg/ día, baco-feno 10 mg/12 h, Nolotil® 1, 5 g /12 h, dexametasona 8-12 mg, haloperidol 2,5 mg/12 horas y se da la opción de administrar previamente a la cirugía 100 mcg de morfina intratecal. Los rescates por EVA > 5 se realizan con metadona intravenosa en reanimación y con metadona subcutánea en planta.

Los candidatos seleccionados para este tipo de analgesia son aquellos pacientes del Centro Médico Teknon sometidos a cirugías definidas como dolorosas o los pacientes con dolor crónico moderado-intenso antes de una cirugía, o bien que tomen analgesia con opioides de más de 3 meses de duración. Se contraindica el uso OFA en aquellos casos donde uno de los 3 medicamentos de la mezcla esté contraindicado por alergia a los componentes o patologías de base, en aquellos en los que no se siga un protocolo OFA intraoperatorio y en aquellos pacientes que el anestesiólogo decide aplicar un protocolo basado en opioides como primera línea analgésica. En casos seleccionados se hace uso de anestesia regional (bloqueos interfasciales, entre otros) con estricto cuidado para evitar intoxicación por A. Locales.

Se realiza el seguimiento de los pacientes intervenidos desde el año 2020 hasta el 2022. Las visitas de control se realizan cada día de ingreso alrededor de las 20 horas y se valora el estado general del paciente, el EVA referido, la necesidad de rescate con opioide y la aparición de efectos adversos.

Resultados: En el seguimiento de los pacientes no se han detectado efectos adversos inesperados, y como efectos secundarios más habituales destacan las náuseas y vómitos, pesadillas nocturnas a partir de las 48 horas de infusión y somnolencia leve.

Desde su instauración en 2020 se ha conseguido reducir el número de pacientes que experimentaban EVA postoperatorio superior a 5 en un 33 %, y las náuseas y vómitos postoperatorios se han reducido alrededor del 10 %. Actualmente el 55 % de los pacientes beneficiados de este protocolo no superan el EVA de 3 (dolor controlado) durante su estancia hospitalaria.

La satisfacción por parte de los equipos quirúrgicos es elevada, ya que permite una buena tolerancia digestiva, reducción de las náuseas y vómitos postoperatorios con una sedestación y deambulación mejor tolerada.

Conclusiones: La instauración de protocolos OFA en cirugías mayores asociadas a dolor severo posoperatorio aporta considerables ventajas, mejorando la calidad analgésica postoperatoria y reduciendo los efectos deletéreos de los opioides, en especial en aquellos casos donde los fenómenos de sensibilización central y periférica demandan un uso justo de medicamentos asociados a hiperalgesia. Es importante empezar el protocolo OFA ya en el intraoperatorio para llegar a concentraciones plasmáticas analgésicas antes de iniciar la bomba postoperatoria y poder garantizar adecuado control del dolor evitando los efectos deletéreos conocidos de los opioides, reduciendo la activación autonómica y neuroendocrina desde el inicio de la agresión quirúrgica, tratando la hiperalgesia muchas veces presente desde el preoperatorio.

Es necesario seguir vigilantes a la posibilidad de aparición de efectos adversos y en la seguridad de los pacientes. Ante la falla de respuesta analgésica adecuada creemos que tratar el dolor agudo posoperatorio con antihiperalgésicos cambia paradigmas que dan mejores resultados a los pacientes en pacientes bien seleccionados.

Palabras clave: Analgésicos, OFA (Opioid Free Anestesia), antihiperalgésicos, multimodales.

P.AN-29

ASOCIACIÓN MES: ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN? MEDICIÓN DE LA EXPERIENCIA REPORTADA POR EL PACIENTE EN UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN BASADO EN LA COMUNIDAD

J. Peligero Deza¹; E. E. Villarroel Pino¹; A. E. Sánchez Jiménez¹; I. L. Bergua Abad²; M. Gálvez Nájjar³; Y. Inchausti García¹
¹Hospital Universitario San Jorge. Huesca; ²Fibersalud. Huesca; ³Universidad de Bilbao

Introducción: En el 2019, se puso en marcha una iniciativa basada en la comunidad para prehabilitar a pacientes pendiente de cirugía por cáncer de colon o de vejiga. Para tal fin, se creó la “Asociación MES, activamos tu mejoría” formada por voluntarios para educar a la población susceptible mediante talleres presenciales.

Es indispensable mejorar la atención brindada a los usuarios en los talleres de prehabilitación, siendo necesario aplicar mecanismos de medición de la Experiencia Reportada por el Paciente (Patient Reported Experience, PREM).

El CQI (Consumer Quality Index) es un cuestionario de experiencia del paciente que indaga si se produjeron ciertos procesos y eventos, mediante preguntas sobre valores y expectativas con respecto al cuidado de la salud. Permite así, obtener información sobre la calidad de la atención sanitaria.

Objetivo: Evaluar la calidad asistencial percibida en los talleres de prehabilitación de MES mediante el cuestionario CQI modificado.

Métodos: Se reclutaron 20 pacientes de la Consulta de Prehabilitación del Hospital Universitario San Jorge pendientes de cirugía mayor abdominal.

Los pacientes acudieron de manera voluntaria a talleres impartidos por la Asociación MES con una frecuencia semanal y duración de 90 minutos.

- » Charla educativa sobre la importancia de prehabilitar (beneficios y contenido del programa).
- » Explicación y ejecución guiada de ejercicios de fuerza, interválicos de alta intensidad y de acondicionamiento aeróbico.
- » Recomendación de pauta nutricionales.
- » Explicación y monitorización de ejercicios respiratorios.
- » Explicación y ejecución de ejercicios de atención plena.
- » Tiempo de preguntas y espacio para compartir las experiencias personales relacionadas con el proceso.

El cuestionario CQI validado para clínicas ambulatorias se seleccionó como *outcome* primario. En un intento de minimizar la carga para los pacientes se seleccionaron las 10 preguntas más relevantes, según recomendaciones CQI. Al mes del postoperatorio se proporcionó el cuestionario.

Se dividió 4 escalas (puntuación del 0 al 10 cada una):

- » Acogida/recepción en el taller.
- » Ambiente.
- » Tratamiento del personal voluntario.
- » Valoración general.

Además, se recogieron valoraciones sobre la adherencia al programa mediante registro de asistencia semanal y el autorregistro de actividad diaria en casa.

Resultados: La edad promedio fue 74,74 (11,84) años, 70 % hombres (n = 14), IMC 27,10 (5,13).

La puntuación general del CQI fue de $9,21 \pm 1,45$, siendo las preguntas con menor puntuación las que indagaban sobre el espacio físico ($9 \pm 1,07$) y el tiempo del voluntario ha sido suficiente ($9 \pm 2,07$).

En cuanto a las escalas encontramos: Acogida/recepción $9,31 \pm 1,25$; Ambiente $9 \pm 1,07$; Tratamiento del voluntario $9,23 \pm 1,67$ y Valoración general $9,19 \pm 1,28$.

La asistencia fue de $3,1 \pm 0,97$ sesiones. El autorregistro diario en casa fue de $21,08 \pm 6,58$ sesiones.

Conclusiones: PREM genéricos no están dirigidos a una condición específica, sino que se centran en un entorno de atención (los talleres de prehabilitación) permitiendo capturar información sobre temas infra-valorados de la calidad asistencial. A pesar de las limitaciones del cuestionario, podemos observar una valoración muy positiva de los talleres impartidos. La creación de la asociación constituye una oportunidad de mejorar la calidad de la atención sanitaria del paciente quirúrgico, permite la apertura del servicio de anestesiología a la comunidad y empodera al paciente como agente activo en su recuperación.

Palabras clave: Prehabilitación, experiencia reportada, comunitario, calidad.

P.AN-30

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y FUERZA PRENSIL MANUAL ANTES Y DESPUÉS DE LA REALIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN BASADO EN LA COMUNIDAD

J. Peligero Deza¹; E. E. Villarroel Pino¹; I. L. Bergua Abad²; A. Sánchez Pardo³; H. Quito Ramos¹; C. Julià Romero¹
¹Hospital Universitario San Jorge. Huesca; ²Fibersalud. Huesca; ³Universidad de Zaragoza

Introducción: La valoración de la capacidad funcional del paciente del Programa de prehabilitación se puede realizar a través del test de 6 minutos marcha (T6MM). Este test aporta información de la capacidad submáxima que puede alcanzar un paciente y permite medir el efecto de intervenciones farmacológicas, quirúrgicas o de rehabilitación sobre la capacidad física de los pacientes.

La fuerza muscular puede determinarse mediante la dinamometría isométrica de la mano o fuerza prensil manual (FPM). Este método estima con elevada fiabilidad la fuerza global muscular del organismo. El Grupo de Trabajo Europeo sobre Sarcopenia en Personas de Edad Avanzada (EWGSOP) recomienda esta técnica para detectar riesgo de sarcopenia.

Objetivos:

- » Evaluar si existe mejoría de la capacidad funcional del paciente del programa de prehabilitación, mediante la prueba de los 6 minutos.
- » Medir la variación de la FPM en pacientes antes y después de la realización del programa de prehabilitación.

Métodos: Se reclutaron 20 pacientes con neoplasia de colón pendientes de cirugía mayor abdominal. En la consulta de prehabilitación se realizó una evaluación preparatoria completa (que incluyó despistaje de riesgo nutricional, estudio básico de anemia y valoración de la ansiedad y depresión). Para valorar la capacidad funcional del paciente se optó por el test de la marcha de los 6 minutos (inicial, la semana previa a la intervención y al mes de operado). El paciente acudió a talleres formativos semanales donde se explicaba la importancia de la prehabilitación y los ejercicios físicos necesarios para mejorar el estado basal. Se calculó si hubo diferencia significativa mediante el análisis de t de student (nivel de significancia alfa de 0,5 %, $p < 0,05$).

Para la interpretación de resultados de este test se toman en cuenta los valores absolutos de distancia recorrida medidos y su expresión en relación con el valor referencial calculado con la edad, talla y peso del paciente mediante la fórmula de Casanova:

$361 - (\text{edad años} \times 4) + \text{altura cm} \times 2 + (\text{HRmax}/\text{H max \% pred} \times 3) - (\text{peso kg} \times 1,5) - 30$ (en el caso de mujeres).

La medición de la FPM se realizó mediante la dinamometría digital (Jamar TM Hand Dynamometer, Preston, Jackson, Missouri. EEUU). La American Society of Hand Therapist (ASHT) recomienda la posición II para la medición de la fuerza máxima. Esta evaluación se lleva a cabo con el sujeto sentado en una silla con respaldo, hombros aducidos y sin rotación, codo a 90°, antebrazo y muñeca en posición neutra (en extensión entre 0-30° y con una desviación ulnar de 0-15°), con ambos pies apoyados en el suelo y con la espalda apoyada en el respaldo. El brazo evaluado no se apoya en superficie alguna y el dinamómetro se utiliza en posición vertical. El participante realizó una fuerza de presión máxima durante 3 segundos, con reposo de 1 minuto entre cada repetición, realizando 3 intentos. Se realizó un promedio de los 3 intentos.

Resultados: En cuanto a las variables demográficas encontramos: edad promedio de 74,74 (11,84) años, 70 % hombres ($n = 14$), peso promedio 75,15 (18,83) kg, IMC 27,10 (5,13). La hemoglobina inicial fue de 12,04 (2,05) mg/dl y en la segunda consulta fue de 12,59 (1,41) mg/dl.

El TóM inicial fue de 387,89 (91,87) m; en la segunda consulta fue de 420 (114,17) m y al mes de la intervención fue de 406,25 (88,23) m.

Al comparar el valor de TóM inicial con el de la segunda consulta se evidencia una diferencia estadísticamente significativa. Prueba t de Student: 3,21 con un error estándar de 10,72. Siendo el valor de $p = 0,002941$ ($p < 0,05$).

La media de FPM previa a los talleres de prehabilitación fue para mujeres 23,35 (3,16) kg y para hombres 43,64 (9,82) kg, encontrándose en todos los casos dentro de los valores de normalidad estimados para la población española según Sánchez y cols. (2017). Al reevaluar la FPM la semana previa a la intervención quirúrgica se evidenció un aumento del 10,71 %, diferencia estadísticamente significativa. Prueba T de Student: 5,12 con un error estándar: 0,93, siendo el valor de $p = 0,0006$ ($p < 0,05$).

Conclusiones: Se observó una mejoría en la capacidad funcional de los pacientes comparando la consulta inicial con la segunda consulta, que se podría atribuir al impacto positivo de la prehabilitación. Se evidenció una mejoría del estado basal al mes de la intervención quirúrgica, comparado con el inicial, no fue estadísticamente significativa. Con el Programa de Prehabilitación se logró un incremento significativo de la FPM.

Palabras clave: Sarcopenia, capacidad funcional, prehabilitación, dinamometría.

P.AN-31

ANEMIA PREOPERATORIA Y RESULTADOS A LARGO PLAZO EN PACIENTES DE CIRUGÍA COLORRECTAL EN UN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA POSTOPERATORIA BIEN IMPLEMENTADO

P. Soto García; A. León Bretscher; J. de Ramón Suárez; P. Chaib Gutiérrez; C. Moreno de Alborán; A. Abad Gurumeta

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Objetivos: La anemia preoperatoria es común en los pacientes con cáncer colorrectal (CCR) y, cada vez más, es optimizada preoperatoriamente. Nuestro objetivo fue evaluar la prevalencia y los efectos a corto y/o largo plazo de la anemia preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía de CCR en el contexto de un programa de recuperación mejorada después de la cirugía (ERAS) bien establecido¹.

Métodos: Se analizaron los datos demográficos, los detalles quirúrgicos y los resultados postoperatorios de los pacientes. El análisis de supervivencia global basado en la anemia preoperatoria se realizó a través del modelo logarítmico de Kaplan-Meier y del modelo de regresión de Cox.

Resultados y discusión: Se incluyeron un total de 750 pacientes con una edad media de $70 \pm 12,6$ años. La Hb media preoperatoria fue de $12,6 \pm 2$ g/dl. Un total de 368 pacientes tenían anemia preoperatoria, los pacientes con anemia preoperatoria recibieron más transfusión de concentrados de hemáties intraoperatorios y postoperatorios. (comparados con los no anémicos) Los pacientes anémicos no tuvieron más complicaciones postoperatorias, pero tuvieron una estancia hospitalaria más corta en comparación con los pacientes anémicos. (6 [RIQ 5-11] vs. 7 [RIQ 5-13]). Los pacientes anémicos en el momento de la cirugía tenían una supervivencia menor a los 5 años (53,9 % frente a 44 %, $p < 0,05$). La mediana de supervivencia fue de 5 años (RIC 0,8-5) en pacientes no anémicos y de 3,42 años (RIC 0,5-5) en pacientes con anemia preoperatoria. Aunque la anemia preoperatoria modificable sigue siendo común y, a pesar de la introducción de programas de manejo de sangre del paciente y del reconocimiento en las guías ERAS como un elemento perioperatorio tratable clave, su optimización aún no está bien establecida. Los resultados de este estudio muestran la importancia de reconocer y tratar la anemia preoperatoria con implicación en los resultados oncológicos a largo plazo.

Conclusión: Los pacientes con anemia preoperatoria tienen un mayor riesgo de no supervivencia a los 5 años de seguimiento en comparación con los pacientes sin anemia preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía de CCR dentro de un programa ERAS.

Palabras clave: Cirugía no cardíaca.

P.AN-32

DEMASIADO RUIDO PARA ESTAR SEGUROS: ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE EL RUIDO DENTRO DEL QUIRÓFANO DURANTE INDUCCIÓN ANESTÉSICAP. Soto García¹; E. Martínez Hurtado¹; R. Navarro Pérez²; B. Escontrela¹; B. Nozal Mateo¹; E. Sáez Ruiz¹¹Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid; ²Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos: El ruido en quirófano es común y se asocia con eventos adversos para los anestesiólogos, cirujanos y pacientes. La inducción anestésica es uno de los periodos perioperatorios con mayor contaminación acústica. A pesar de su carácter crucial, de representar el punto más crítico para el anestesiólogo y de probablemente ser también el momento más temido por el paciente hay pocos datos sobre los niveles de ruido durante la inducción.

Métodos: Nuestro objetivo fue cuantificar la exposición al ruido durante la inducción anestésica en pacientes que requieren anestesia general en cirugía no cardiaca electiva en 3 quirófanos de un solo centro durante 2 semanas. Los decibelios se midieron utilizando la aplicación calibrada Sound Meter IOS (Apple). Los decibelios (dB) se registraron desde la canulación de vías periféricas en quirófano hasta el control capnográfico tras la intubación orotraqueal, tiempo que representa el período de mayor estrés tanto para el paciente como para el anestesiólogo a cargo. Los datos fueron recopilados de manera unipersonal, posicionándose en cada ambiente en una localización lo más cercana posible del anestesista (para representar la perspectiva del anestesista con mayor precisión) sin causar ninguna obstrucción o interferir con el ambiente de trabajo.

Resultados: Se incluyeron 42 casos de registro. La media y la desviación estándar (DE) de los niveles de ruido medios fueron 70,9 (6), mientras que los niveles de ruido mínimos medios fueron 56 (11) y los niveles máximos de ruido fueron 86 (8,4). El pico de ruido máximo fue de 115,8 dB. El tiempo medio de seguimiento fueron 5 minutos y 6 segundos. Los niveles de ruido pueden ser un factor que contribuye a la aparición de eventos de seguridad del paciente; uno de los efectos agudos más perjudiciales de la contaminación acústica en el quirófano es la interferencia que impone en la comunicación verbal, que es necesaria durante la fase crítica de la inducción anestésica. Mientras que el ruido promedio observado es aceptable, los promedios máximos de ruido y los picos son inaceptables.

Conclusión: Documentamos niveles de ruido muy por encima de los niveles recomendados durante la inducción anestésica que pueden comprometer la calidad de la anestesia.

Palabras clave: Seguridad.

P.AN-33

EFFECTOS A LARGO PLAZO DE LA ANEMIA AL ALTA TRAS CIRUGÍA COLORRECTAL EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN MEJORADA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BIEN ESTABLECIDO

P. Soto García; M. Ramírez Bescós; P. Gil Nagel Rodríguez; C. Márquez Guemez; A. Blanco Barrán; A. Abad Gurumeta

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Objetivos: Se presta poca atención a la prevalencia y las consecuencias de la anemia postoperatoria. Nuestro objetivo fue evaluar la prevalencia y los efectos a corto y/o largo plazo de la anemia al alta después de la cirugía colorrectal en el contexto de un programa de recuperación mejorada después de la cirugía (ERAS) bien establecido.

Métodos: Se registraron los datos demográficos de los pacientes, los detalles quirúrgicos y los resultados posoperatorios. El análisis de supervivencia global basado en la anemia al alta se realizó a través del modelo logarítmico de Kaplan-Meier y del modelo de regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron un total de 750 pacientes con una edad media de entre 70 y 12,6 años. La Hb media al alta fue de 11,6-1,8 g/dl. El 9,2 % de los pacientes recibieron transfusión de concentrados de hematíes perioperatorios. Los pacientes anémicos al alta no tuvieron más complicaciones postoperatorias, pero tuvieron una estancia hospitalaria más prolongada en comparación con los pacientes anémicos (7 [RIQ 5-13] vs 6 [RIQ 5-11]). Los pacientes anémicos al alta tuvieron menor supervivencia global (HR 95 IC 2.663 (1619-4379) $p < 0,001$). La mediana de supervivencia fue de 5 años [RIC 1,1 -5] en pacientes sin anemia al alta y de 4,2 años [RIC 0,6-5] en aquellos pacientes con anemia al alta. Estos resultados implican que los programas ERAS deben repensar el abordaje de la anemia, no solo enfocándose en el manejo de la anemia preoperatoria, pero también en el manejo de la anemia postoperatoria, ya que su presencia reduce la probabilidad de supervivencia a los 5 años.

Conclusión: La anemia en el momento del alta después de la cirugía electiva de cáncer colorrectal dentro de una vía ERAS es común y tiene un impacto negativo en la supervivencia general a largo plazo.

Palabras clave: Cirugía gastrointestinal.

P.AN-34

MANEJO DE LA ANESTESIA GENERAL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA COLORRECTAL ELECTIVA: SUBESTUDIO DEL EUROPEAN POSTOPERATIVE OUTCOMES WITHIN ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY PROTOCOL STUDY (EUROPOWER)

P. Soto García; A. León Bretscher; M. Ramírez Bescós; P. Fernández Valdes Bango; A. Abad Gurumeta

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Objetivos: La mejoría de los resultados después de la cirugía colorrectal se ha relacionado con el tratamiento de recuperación intensificada postoperatoria, en contraposición con los cuidados convencionales. Sin embargo, persisten las incertidumbres sobre cómo la monitorización afecta a

los resultados posoperatorios. Este estudio buscó determinar si el uso de técnicas de optimización anestésica, como el índice bispectral (BIS), el gasto cardiaco (GC), la temperatura y el bloqueo neuromuscular, estaba relacionado con una reducción de los resultados posoperatorios.

Métodos: El estudio EUROPOWER reclutó a 2841 adultos consecutivos programados para cirugía colorrectal electiva de 185 centros en 21 países europeos diferentes en el transcurso de un mes en 2020. El resultado principal del estudio fueron el porcentaje de complicaciones postoperatorias moderadas-graves dentro de los 30 días posteriores a la cirugía. Se recogieron las características de los pacientes y datos relacionados con GC, BIS, bloqueo neuromuscular y monitorización de la temperatura. Para determinar las características que llevaron al uso de monitorización anestésica se utilizó un modelo de regresión logística multivariable.

Resultados y discusión: Los pacientes tuvieron monitorización de GC, BIS, bloqueo neuromuscular, temperatura y bloqueo neuromuscular en el 23 %, 45 %, 58 % y 64 % de los casos, respectivamente. Los 2 factores asociados a la monitorización de GC fueron la presencia de un tumor sólido metastásico (OR [95 % intervalo de confianza (IC)]: 10,24 [1,46-71,95], $p = 0,019$) y la presencia de albúmina preoperatoria (OR [95 % IC]: 0,34 [0,14-0,85], $p = 0,02$). La creatinina preoperatoria (OR [IC 95 %]: 0,75 [0,61-0,92], $p = 0,005$) se asoció con la monitorización del BIS. La presencia de comorbilidades se asoció con la monitorización del bloqueo neuromuscular (OR [IC 95 %]: 5,25 [1,03-26,6] $p = 0,046$). Duración de cirugía (OR [IC 95 %]: 1,00 [1,00-1,00] $p = 0,015$) se asoció con la monitorización de la temperatura. No hubo correlación entre el uso de monitorización o todas las combinaciones de monitorización y reducción de complicaciones postoperatorias (OR [IC 95 %]: 0,66 [0,36-1,22] $p = 0,186$).

Conclusión: La monitorización no se lleva a cabo atendiendo a las recomendaciones para pacientes sometidos a cirugía colorrectal en Europa; en este subestudio, un mayor control no se vinculó con mejores resultados postoperatorios.

Palabras clave: Complicaciones, cirugía, postoperatorio, monitorización, actividad del anestesista.

P.AN-35

EVOLUCIÓN DE LAS PACIENTES CON HISTERECTOMÍA SIGUIENDO EL PROTOCOLO ERAS

A. González Martínez; C. Cassinello; B. Bueno; N. Flores; E. Alba

Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid

Objetivos: Análisis de evolución de las pacientes intervenidas de histerectomía con adherencia al protocolo ERAS entre los años 2020-2023 en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo donde se analizaron las variables: edad, clase ASA, tipo de anestesia, monitorización, balance de fluidos, y abordaje quirúrgico, y se correlacionaron con los resultados en tasa de transfusión intra y postoperatoria, de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO), dolor en la escala EVA en la URPA y al día siguiente de la cirugía, satisfacción de los pacientes, estancia hospitalaria y reingresos a los 30 días.

Resultados: Se realizaron 53 HT siguiendo el programa ERAS. Las pacientes tenían una edad media de: $45,52 \pm 7,11$ años (rango 24 a 65). La HT se indicó por miomas gigantes en 32 pacientes (60 %),

6 pacientes por cáncer endometrial (13 %), 5 por metrorragias anemizantes (11 %), 5 por cáncer de cérvix (11 %) y 5 pacientes por cáncer ovárico (11 %). La clasificación ASA fue ASA I: 20 pacientes (37 %), ASA II 32 pacientes (60 %) y ASA III 1 paciente (1,88 %). Se realizó un abordaje laparoscópico en 52 pacientes (96,22 %) y laparotomía media en 1 paciente (3,8 %). En los miomas gigantes se realizó una histerectomía supracervical laparoscópica con morcelación, extracción de los fragmentos y revisión posterior del útero. Se realizó anestesia multimodal en todos los casos, libre de opioides en 18 (28 %) pacientes y con $\leq 5 \mu\text{g}/\text{kg}$ de fentanilo en 35 (72 %). Se utilizó propofol en 52 pacientes (96,22 %), AINE en 52 (96,2 %) dexmedetomidina en 1 (1,88 %), lidocaína i.v. en 45 (85,4 %), ketamina en 32 (58,3 %), magnesio en 32 (60,4 %) y paracetamol en las 53 pacientes (100 %). No se realizó analgesia epidural torácica en ninguna paciente, y se realizaron bloqueos nerviosos periféricos en el 70 % de los pacientes (TAP, ilioinguinal y de la vaina de los rectos). La profilaxis antiemética consistió en dexametasona (100 %) y ondansetrón (90 %) intraoperatorios y dehidrobenzoperidol de rescate en la URPA 12 pacientes (22,64 %). Presentaron NVPO 12 pacientes (22,64 %), sin correlación con el uso de opioides, AINE, lidocaína, ketamina, dexmedetomidina o magnesio ($p > 0,05$, respectivamente). Recibieron hierro i.v. (15,6 %) y oral el 90 %. Solo la paciente con hemoperitoneo requirió transfusión intraoperatoria y ninguna requirió transfusión postoperatoria. La estancia media fue de $2,4 \pm 0,8$ días (IC 95 %: 2,17-2,63). El nivel medio de dolor en la URPA fue $2,67 \pm 1,9$ y al día siguiente de la cirugía de $3,45 \pm 2$. Hubo 2 reintervenciones: 1 perioperatoria por hemoperitoneo (1,88 %) y otra por un absceso pélvico (1,88 %) en el mes siguiente a la cirugía. El grado de satisfacción de los pacientes con la información recibida, el trato y el nivel de dolor perioperatorio fue bueno (40 %) y muy bueno (60 %).

Conclusiones: La implementación y seguimiento del protocolo ERAS en nuestro hospital ha demostrado una baja morbimortalidad y un nivel alto de satisfacción de los pacientes intervenidos de histerectomía.

Palabras clave: ERAS, histerectomía, laparoscopia, multimodal.

P.AN-36

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA GLUCEMIA EN LA CIRUGÍA DEL INSULINOMA

A. Tejedor Bosqued; A. Sainz Pardo; L. Blasco Muñoz; B. Pascual Rupérez; R. de Miguel Garijo; M. Nasarre Puyuelo

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Objetivos: El insulinoma es un tumor neuroendocrino funcionante derivado de las células β de los islotes pancreáticos. Se manifiesta como una hipoglucemia asociada a niveles altos o inadecuadamente normales de insulina plasmática, péptido C y proinsulina. La mayoría de los insulinomas son benignos y de pequeño tamaño, y su tratamiento es la resección quirúrgica. Intraoperatoriamente, la manipulación tumoral produce episodios de hipoglucemia severos, mientras que la escisión tumoral provoca hiperglucemia sostenida. Las complicaciones por un inadecuado manejo de la glucemia perioperatoria pueden ser graves, siendo necesario un abordaje multidisciplinar de esta cirugía tan infrecuente. El objetivo de la comunicación es realizar una revisión bibliográfica de los principales artículos que reportan información sobre el manejo anestésico del insulinoma, tanto en su optimización, como en el intra y postoperatorio inmediato.

Material y métodos: Se han revisado documentos correspondientes a revisiones bibliográficas redactadas de sociedades científicas de Endocrinología y Anestesiología. Se han considerado documentos de Pubmed y Cochrane. Se han analizado las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados con el fin de rescatar otros estudios potencialmente incluíbles para la revisión.

Resultados: *Efectos de la anestesia sobre el control de la glucemia:* el estrés derivado de la cirugía y de la anestesia general libera hormonas contrarreguladoras como el glucagón, el cortisol y la hormona del crecimiento. Esta respuesta genera una resistencia periférica a la insulina, una disminución del uso periférico de glucosa y una disregulación en la secreción insulínica. Todo ello conduce a una hiperglucemia perioperatoria.

La anestesia general se asocia a un mayor número de anormalidades metabólicas comparada con la anestesia epidural.

El objetivo glucémico perioperatorio hoy en día no queda claro, existiendo poca evidencia para sostener targets específicos. La Asociación Americana de la Diabetes (ADA) sugiere una glucosa objetivo entre 80-180 mg/dl.

Manejo de la hipoglucemia preoperatoria e intraoperatoria del insulinoma: de manera previa a la cirugía, es prioritario asegurar glucemias mayores a 50-70 mg/dl. Para ello, se administra dextrosa al 10 % durante las 12 horas previas al quirófano, con bolos complementarios de glucosa. Se debe monitorizar la glucemia capilar de manera horaria.

En el intraoperatorio, la monitorización de la glucemia debe ser bioquímica, cada 15-30 minutos, alejándose de los signos clínicos a menudo enmascarados por la anestesia.

Manejo de la hiperglucemia tras la resección quirúrgica del insulinoma: Tras la resección quirúrgica, la glucemia aumenta hasta 120-140 mg/dl, entre los 30 y los 90 minutos siguientes a la extirpación tumoral. Se debe mantener la solución glucosada al 10 %.

La administración de dextrosa debe continuar durante al menos un periodo de 24 horas. Durante ese tiempo, los niveles de glucosa pueden elevarse hasta 180-230 mg/dl, a veces siendo necesario emplear insulina.

Otras consideraciones del manejo anestésico:

- » Bloqueo epidural: además de un control eficaz del dolor, se ha demostrado que la anestesia general en combinación con un catéter epidural evita la hiperglucemia en mayor medida que una anestesia general sin bloqueo del neuroeje.
- » Terapia con glucocorticoides: se ha demostrado que dosis antieméticas de dexametasona (4-8 mg i.v.) generan cambios mínimos en la glucemia, tanto en pacientes adultos diabéticos como en no diabéticos.

Conclusiones: Se debe realizar un abordaje adecuado de la hipoglucemia antes y durante la cirugía, así como de la hiperglucemia tras la resección. Las complicaciones por un mal manejo de la glucemia intrahospitalaria son graves, y pueden tener consecuencias a largo plazo.

Bibliografía recomendada:

1. Cryer PE, Axelrod L, Grossman AB, Heller SR, Montori VM, Seaquist ER, et al. Evaluation and management of adult hypoglycemic disorders: An endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(3):709-28. DOI: 10.1210/jc.2008-1410.
2. Medina Zamora P, Omar J, Figueroa L. Insulinoma: revisión actual de manejo y tratamiento. *Rev Med (Puebla).* 2016;7(04):83-90.
3. Steib A, Freys G, Beller JP, Lantz JM, Jaeck D. Anaesthesia for insulinoma surgery. *Ann Fr Anesth Reanim.* 1986;5(6):608-11. DOI: 10.1016/S0750-7658(86)80072-7.

Palabras clave: Insulinoma, glucosa, hipoglucemia, hiperglucemia.

CIRUGÍA

P.CI-03

“PREAPP”: APLICACIÓN PARA LA PREHABILITACIÓN AMBULATORIA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA ONCOLÓGICA ABDOMINAL

A. Fierro Aguilar; A. Valverde Martínez; S. Roldán Ortiz; M. A. Mayo Ossorio; J. M. Pacheco García
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Objetivos: La prehabilitación se define como el conjunto de intervenciones preoperatorias que pretenden la mejora de la reserva fisiológica del paciente, de forma que estos puedan lidiar mejor con proceso quirúrgico, alcanzando una recuperación funcional temprana. El paciente oncológico es un enfermo generalmente desnutrido y con una importante sarcopenia, con una escasa capacidad funcional que le permita tolerar la cirugía de forma óptima. Por ello, y debido a que el establecimiento de un circuito de prehabilitación conlleva unos gastos sanitarios importantes así como un importante compromiso familiar con el proceso, hemos desarrollado y patentado desde nuestro centro una aplicación móvil para iOS y Android, con la que los pacientes y familiares puedan comenzar este proceso de prehabilitación en domicilio, disminuyendo gastos y aumentando la adherencia al proyecto por parte de pacientes y familiares.

Métodos: Para la realización de la aplicación, hemos utilizado la página web online thinkable.com, donde hemos dividido el proceso en tres bloques: ejercicio físico, alimentación y salud mental. Para el bloque de ejercicio físico, hemos revisado las recomendaciones de la Asociación Americana del Deporte; para el bloque nutricional, hemos contado con la ayuda de una nutricionista y seguido las guías de la Sociedad Europea para la Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN); y para el bloque de psicoterapia hemos revisado diferentes revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre psicoterapia y *mindfulness*.

Conclusiones: La aplicación se divide en tres secciones que los pacientes han de realizar 30 días previos a la intervención quirúrgica. En la primera sección, ejercicio físico, los pacientes pueden elegir entre ejercicio físico diario 30 minutos al día (caminar, trote, correr, nadar...) y ejercicio cada 72 horas, siendo este último un circuito de una hora de ejercicio aerobio y anaerobio que pueden realizar ambulatoriamente con los materiales de los que dispongan en domicilio.

En el segundo apartado, alimentación, hemos contado con la ayuda de una nutricionista con la que hemos desarrollado cuatro menús diarios sencillos con adecuado aporte calórico-proteico entre los que los pacientes pueden elegir. De esta forma, esperamos mejorar el perfil nutricional de los mismos y disminuir la sarcopenia preoperatoria.

En el tercer apartado, salud mental, contamos con diferentes enlaces webs donde los pacientes pueden acceder para la realización de ejercicios que mejoren su perfil cognitivo y escuchar audios de una sesión de *mindfulness* que ayude a reducir su estrés y ansiedad preoperatoria (una vez cada tres días).

La prehabilitación está demostrando la recuperación funcional temprana tras la intervención quirúrgica de nuestros pacientes. Sin embargo, su aplicabilidad se ve limitada por el costo de personal

y material a nivel hospitalario, así como la necesidad de un compromiso y esfuerzo por parte de pacientes y familiares en su realización.

Desde nuestro centro, apostamos por la instauración de esta aplicación móvil para nuestros pacientes que, al ser accesible, libre y cómoda de acceder para todos ellos sin coste, nos permitirá mantener una adecuada adherencia de los pacientes a este proceso preasistencial quirúrgico, mejorando la capacidad funcional del paciente y favoreciendo la recuperación temprana postoperatoria.

Palabras clave: Prehabilitación, ejercicio, nutrición, fast-track surgery.

P.CI-04

IMPLANTACIÓN DE PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN MULTIMODAL PREOPERATORIA EN EL PACIENTE FRÁGIL EN CIRUGÍA MAYOR ABDOMINAL

A. Fierro Aguilar; A. Valverde Martínez; S. Roldán Ortiz; M. A. Mayo Ossorio; J. M. Pacheco García
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Objetivos: La prehabilitación es el conjunto de procedimientos preoperatorios que pretenden optimizar las reservas fisiológicas del paciente que permitan afrontar el estrés quirúrgico. El paciente frágil es aquel que presenta una disminución en sus reservas fisiológicas, y por tanto una peor respuesta ante situaciones estresantes, lo que se traduce en aumento de la morbimortalidad postoperatoria y aumento de los días de hospitalización.

Los objetivos primarios de este estudio son demostrar los beneficios de la aplicación de un protocolo de prehabilitación trimodal basada en la preparación física, nutricional y psicológica al paciente frágil. Como objetivo primario hemos establecido determinar la diferencia en el número de complicaciones postoperatorias (clasificación Clavien-Dindo) del grupo experimental que ha realizado prehabilitación, frente a un grupo control histórico comparable que no realizó prehabilitación. Entre los objetivos secundarios de nuestro estudio encontramos entre otros, determinar la diferencia de estancia hospitalaria entre el grupo experimental sometido a prehabilitación y el grupo control histórico, así como estimar en el grupo experimental la recuperación de la capacidad funcional postoperatoria (física y respiratoria) mediante el test de la marcha de los 6 minutos (TM6M) y la espirometría.

Métodos: El presente estudio es un proyecto de investigación clínica analítico, cuasiexperimental, longitudinal, unicéntrico con muestreo no probabilístico consecutivo. Dada la naturaleza del estudio, no conlleva aleatorización ni asignación de brazos de tratamiento, se compararán los resultados referidos anteriormente con un grupo control histórico no sometido a prehabilitación.

Los criterios de inclusión del estudio serán:

- » Edad igual o superior a 18 años.
- » Fragilidad leve o moderada: definido como paciente con IF-VIG 0,2-0,55).
- » Paciente asignado a realizar una cirugía mayor abdominal, definida como aquella cirugía intra o extraperitoneal que requiere de anestesia general balanceada con expectativa de hospitalización de más de dos días (esofagogástrica, hepatobiliopancreática, colorrectal).

Los criterios de exclusión serán:

- » Fragilidad avanzada: definido como paciente con IF-VIG \geq 0,55.
- » Enfermedad física-neurológica que comprometa capacidad de realización de actividades propuestas.
- » Pacientes en tratamiento activo actual con carbidopa, levodopa, donezepil o antidepresivos.

Los pacientes serán sometidos en una primera consulta a escalas de cribado (TM6M, espirometría, Malnutritional Universal Screening Test, Hospital Anxiety and Depression Scale) para valoración de sus capacidades físicas y cognitivas, así como del estado nutricional, durante el mes previo a la intervención.

Conclusiones: El mes previo a la intervención, los pacientes del grupo experimental realizarán un programa de prehabilitación consistente en la optimización de los tres pilares de la misma.

El mes previo a la cirugía, el paciente realizará a una primera valoración por el especialista de rehabilitación/fisioterapeuta donde se realizará un test de la marcha de los 6 minutos y una espirometría, y además se le indicará el ejercicio físico domiciliario aeróbico, junto a clases de actividad física dos veces en semana.

- » Ejercicio aeróbico (domiciliario):
 - Frecuencia: 5 días por semana.
 - Intensidad: moderada (comenzando por un 45 % del Heart Rate Reserve [HRR] y ascendiendo semanalmente hasta el 60 %).
 - Tiempo: 30 minutos diarios.
 - Tipo de ejercicio: caminar, trotar, bicicleta o nadar en función de la capacidad del paciente.
- » Ejercicio en clase de actividad física (médico rehabilitador, fisioterapeuta):
 - Frecuencia: dos días por semana.
 - Tiempo: una hora de actividad física.
 - 10 minutos de calentamiento.
 - 20 minutos de ejercicio moderado (45-60 % HRR): bicicleta estática.
 - 15 minutos de ejercicio intenso (60 % HRR / 80 % HRR): sentadillas, flexiones, lungs + ejercicios de pesas para bíceps, tríceps, piernas, pecho, deltoides. 4 series de 8-12 repeticiones.
 - 15 minutos de estiramientos.

El paciente acudirá además, en una ocasión, a la consulta de endocrinología, donde el endocrinólogo realizará evaluación de analítica solicitada previamente, se pasará la escala de la Subjective Global Assessment para una valoración nutricional completa y se darán consejos dietéticos así como soporte nutricional a aquellos pacientes que lo necesiten. Los pacientes llevarán previamente a la consulta un dietario cumplimentado con su alimentación habitual los tres días anteriores a la consulta. El objetivo será una ingesta de 1,5 g/kg de proteínas, el ajuste calórico, la regularidad intestinal y el control glucémico.

Finalmente, una vez a la semana, tendrá lugar la sesión de psicoterapia por parte del enfermero experto en salud mental o psicólogo del equipo en la consulta de prehabilitación. En esta visita, el paciente se iniciará en la práctica de técnicas de relajación para lidiar con la ansiedad, se reforzarán

pautas para juegos de memoria a practicar en domicilio y se darán herramientas para eliminar o disminuir el consumo de tabaco y alcohol previo a la cirugía.

Toda esta actividad estará apoyada por la aplicación para móviles iOS y Android desarrollada desde el Servicio de Cirugía General de nuestro centro, PreApp.

Nuestra iniciativa, así, es uno de los primeros estudios centrados en la optimización de todas las vertientes de este nuevo concepto de prehabilitación, que pretende demostrar el impacto y mejoría de esta en los pacientes frágiles sometidos a cirugía mayor abdominal.

Palabras clave: Prehabilitación, cirugía, frágil, ejercicio físico.

P.CI-05

ÍNDICE DE SUSTITUCIÓN EN LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA APENDICITIS AGUDA NO COMPLICADA EN UN PROTOCOLO ERAS < 24 H POSTOPERATORIAS: ESTUDIO AMBISPECTIVO COMPARATIVO

M. Artigot Pellicena; X. Viñas Trullén; E. Macarulla Sanz; A. Zumel Marne; J. Marín García; R. Hernando Tavira
Hospital Universitario de Igualada, Barcelona

Objetivos: Comparar los índices de sustitución (IS) de la apendicectomía laparoscópica (AL) por apendicitis aguda no complicada en un protocolo de ERAS < 24 h.

Métodos: Estudio ambispectivo comparativo de la AL con una estancia < 24 h en el año 2021 grupo 1 (G1) vs. el año 2022 grupo 2 (G2). Los criterios de inclusión fueron: edad entre 16-70 años, St. Antoine Score 5-4, COVID-19 negativo, ubicación domiciliaria en un radio de 50 km, sin tratamiento con anticoagulación, sin enfermedad psiquiátrica, sin problemas anestésicos/quirúrgicos pre-intraoperatorios.

Se analizó las variables entre los dos grupos: IS, edad, sexo, inicio de la dieta oral, efectos adversos con la clasificación de Clavien-Dindo (CD), estancia postoperatoria, causas de no cumplimentación del protocolo, reingresos y morbimortalidad a los 90 días.

Se empleó el programa estadístico STATA 14 para el análisis estadístico, utilizando los test del Chi Cuadrado y Krustal-Wallis, según el tipo de variables, y se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: De un total de 226 apendicectomías realizadas en ambos grupos, 136 pacientes (60 %) cumplieron los criterios de inclusión, 58 pacientes fueron incluidos en el G1, 35 cumplieron el protocolo y 23 No: IS del 60 %. 78 pacientes en el G2, 58 cumplieron el protocolo y 20 No: IS del 74 % ($p = 0,082$). La edad media fue $32,5 \pm 12,9$ años (G1) vs. $29,3 \pm 12,9$ años (G2) ($p = 0,116$); la distribución de sexo fue 25M/33H (G1) vs 39M/39H (G2) ($p = 0,426$); el Score St. Antoine 5 fue 46 (G1) vs. 53(G2); Score St. Antoine 4 fue 13 (G1) vs. 25 (G2) ($p = 0,164$); sobre el inicio de la dieta oral encontramos diferencias estadísticamente significativas entre grupos: $7,37h \pm 1,59$ (G1) vs. $6,14 \pm 0,91$ (G2) ($p < 0,001$); efectos adversos 3 CD I (G1) vs. 3 CD I (G2) ($p = 0,520$); estancia postoperatoria $21 \pm 2,4$ horas (G1) vs. (G2) $19,64 DS \pm 2,98$ horas ($p = 0,027$); reingresos 2 CD II (G1) vs. 1 CD I (G2) ($p = 0,395$); sin mortalidad en ningún grupo.

De un total de la serie con 136 pacientes, 43 no cumplieron protocolo (31 %) 6 por presentar efectos adversos efectos Clavien-Dindo I (4,3 %) y los 37 restantes por una disminución de la adherencia del cirujano al protocolo, siendo en 3 cirujanos de 14 monitorizados, donde se objetivó una disminución porcentual (50 %) de la aplicación del mismo.

Conclusiones: Los dos grupos son homogéneos respecto a las variables demográficas, así como para el tipo de apendicitis no complicada, los efectos adversos, reingresos y mortalidad.

Se evidencia una disminución estadísticamente significativa respecto al inicio de la dieta oral y la estancia hospitalaria para el G2, así como, un aumento porcentual del 14 % en el IS en este grupo, aunque sin significación estadística.

Debemos monitorizar a los cirujanos que disminuyen su adherencia al protocolo para facilitar una mayor cumplimentación del mismo.

Palabras clave: ERAS, apendicitis, ambulatorización, índice sustitución.

P.CI-06

EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN EL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN LA CIRUGÍA (RIC) DEL HOSPITAL VALL D'HEBRON: LA PERSPECTIVA SOCIAL DEL PACIENTE EN EL CONTEXTO QUIRÚRGICO

J. Felipe Álvarez; C. Sánchez Mariano; E. Fernández Mondragón; E. Sánchez Echevarría; E. Blanco Vázquez
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

Antecedentes/Introducción: En el año 2020 se incorpora la figura del Trabajador Social Sanitario (TSS) dentro del programa RIC del Hospital Vall d'Hebron. De esta forma, se engloba la intervención desde una perspectiva multidisciplinar con el objetivo de tener una visión holística de la persona (Psicología, Nutrición, Terapia Ocupacional, Enfermería, Anestesia, Fisioterapia y Rehabilitación).

La vía RICA (2021) en sus 135 líneas de recomendaciones publicadas no contempla la perspectiva social sobre la prehabilitación del paciente quirúrgico, circunstancia que puede desfavorecer la planificación del alta hospitalaria al no contemplar los condicionantes sociales que pueden comprometer la continuidad en la atención al paciente. El estudio realizado en la unidad RIC del Hospital Vall d'Hebron determina que durante los años 2021 y 2022 han sido objeto de intervención social por parte del Trabajador Social Sanitario (TSS) un total de 1129 pacientes.

La intervención del TSS previa a la cirugía permite abordar los condicionantes sociofamiliares del paciente y su entorno, que dificultarían la planificación al alta hospitalaria, realizando un diagnóstico social sanitario y previniendo de esta manera que se prolonguen los ingresos por causa social.

Este estudio está vinculado con el objetivo número 3 (Salud y bienestar) de desarrollo sostenible de la Agenda 2030.

Objetivos:

- » Explicar la importancia de la incidencia de los determinantes sociales en salud sobre el paciente quirúrgico.

- » Diseñar la intervención del TSS en el programa RIC.
- » Integrar la perspectiva sociosanitaria en el programa RIC.

Métodos: Diseño del estudio. Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y cualitativo.

Mediante el cribado de fragilidad social con la tabla de indicadores de riesgo social (TIRS) se determina la vulnerabilidad social de la persona activando la figura del TSS, quien con su metodología de intervención establece el diagnóstico social sanitario y el plan de trabajo acordado con el paciente en el proceso perioperatorio.

La intervención del TSS en el programa RIC sobre pacientes en contexto de vulnerabilidad social evita la prolongación de ingresos hospitalarios, facilita la planificación sociofamiliar y realiza soporte al paciente respecto a posibles dificultades sociales vinculadas al ingreso, estableciendo coordinación con recursos sociosanitarios del territorio para garantizar el continuum asistencial.

Entre el año 2021 y 2022 se han realizado un total de 1129 valoraciones sociales de pacientes del bloque quirúrgico en relación a 14 especialidades médicas.

Conclusiones: La figura del TSS dentro del programa RIC es una pieza clave en el equipo multidisciplinar en la prehabilitación del paciente dado que aporta un diagnóstico social sanitario a su historia clínica, incide en sus dificultades sociofamiliares y plantea alternativas ante indicadores de vulnerabilidad de cara a la cirugía.

El programa RIC del Hospital ha sido pionero en la inclusión de la figura del TSS en Cataluña. Tras la implementación de esta figura profesional dentro del circuito RIC se pretende replicar en otros hospitales con el mismo programa dentro de la comunidad autónoma.

A partir de la intervención del TSS se pretende reducir la estancia media hospitalaria del paciente quirúrgico previendo los condicionantes sociales que pueden existir sobre el alta hospitalaria.

Palabras clave: Trabajo social sanitario, riesgo social, intervención social, prehabilitación, recuperación intensificada en la cirugía.

P.CI-09

PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL ANCIANO FRÁGIL CON CÁNCER COLORRECTAL EN UN PROTOCOLO RICA

M. Córcoles Córcoles; S. A. Gómez-Abril; M. Martínez Reig; R. Higuera Castellanos; T. Vilalta Camps; Á. Pérez-Rubio

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

Objetivos: La situación funcional y la fragilidad del paciente anciano han demostrado influir en el resultado quirúrgico y deben ser los pilares de la valoración previa. Nuestro objetivo es crear un Protocolo de Valoración Geriátrica Integral (VGI) y posterior intervención en pacientes ancianos frágiles diagnosticados de cáncer colorrectal, e incluirlo en el algoritmo empleado en nuestro centro de la vía clínica de recuperación intensificada en cirugía abdominal (RICA).

Métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura existente sobre prehabilitación del paciente quirúrgico de edad avanzada, haciendo hincapié en la patología oncológica colorrectal, y se ha diseñado un protocolo de VGI e intervención en el anciano frágil en el pre, peri y postoperatorio de acuerdo con las recomendaciones de las principales sociedades científicas internacionales, incluyéndolo en el algoritmo creado en 2018 en nuestro centro para la vía RICA en cáncer colorrectal (CCR).

Resultados: Con el fin de poder identificar a los pacientes ancianos con mayor riesgo de peores resultados debido a su situación basal y fragilidad, se ha decidido realizar en la consulta de cirugía general, un *screening* de fragilidad en pacientes ≥ 70 años que son diagnosticados de cáncer colorrectal y son candidatos a tratamiento activo. Para dicho *screening* se emplea la escala G8: se trata de un test de 8 preguntas, desarrollado específicamente para pacientes geriátricos oncológicos. Una puntuación menor de 15 se considera anormal (sensibilidad 65-92 %, especificidad 60 %). Aquellos pacientes con un resultado en la escala G8 ≤ 14 serán derivados desde la consulta de cirugía general a la consulta de geriatría para realización de una VGI.

La VGI incluye la valoración de: situación funcional, fragilidad, sarcopenia, nivel cognitivo, nivel afectivo, estado nutricional, entorno social, comorbilidad, fármacos y supervivencia estimada libre de cáncer.

Tras la realización de la VGI, el paciente se clasifica como: robusto (candidato a tratamiento estándar); prefrágil (candidato a tratamiento adaptado) y; frágil y/o dependiente (a valorar tratamiento adaptado vs tratamiento conservador).

Tras la VGI se plantea una intervención individualizada que incluye un abordaje nutricional/derivación a la unidad de nutrición, prescripción de ejercicio físico adaptado, abordaje de comorbilidad, de polifarmacia y de otras áreas de la valoración geriátrica afectas si procede (cognición, depresión, caídas...).

Con esta intervención se pretende optimizar el estado preoperatorio de los pacientes candidatos a tratamiento activo (especialmente prefrágiles y frágiles) y permite replantear la actitud terapéutica en casos de mejora del estado de robustez/fragilidad del paciente.

Finalmente, tras la intervención se realiza un seguimiento durante el ingreso por parte de geriatría de aquellos pacientes calificados como frágiles o prefrágiles, y uno posterior en consultas para valorar situación funcional y estado después de la cirugía.

Los pacientes seleccionados para valoración serán incluidos en nuestra base de datos para poder evaluar en un futuro el rendimiento del Protocolo.

Conclusiones: La VGI y la participación de geriatría deben ser consideradas una parte fundamental en el proceso quirúrgico de los pacientes ancianos, ya que permite detectar a pacientes con mayor riesgo de peores resultados debido a su situación basal y fragilidad. De este modo, actuaremos de forma individualizada tratando de mejorar la situación basal del paciente y ofreciendo el tratamiento que más se adecue a cada paciente.

Palabras clave: Ancianos, frágiles, cáncer colorrectal, geriatría, RICA.

P.CI-10

IMPORTANCIA DE LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CISTECTOMÍA RADICAL

A. Montero Martorán

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Objetivos: La rehabilitación multimodal (RM) en cistectomía radical se implantó en nuestro servicio en el año 2011.

Es una estrategia que se basa en la mejora de condiciones preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias del paciente.

El objetivo de este trabajo es evaluar la influencia de la cirugía mínimamente invasiva dentro de un programa de rehabilitación multimodal.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye 250 pacientes sometidos a cistectomía radical por carcinoma vesical desde 2011 a 2020. Se dividió a los pacientes en dos grupos según el abordaje quirúrgico (cirugía abierta [CA] y cirugía mínimamente invasiva [CMI]). Se compararon analizando las siguientes variables: edad, sexo, obesidad, índice de Charlson, ASA, derivación urinaria, tiempo quirúrgico, sangrado intraoperatorio, estancia postoperatoria, complicaciones, tasa transfusión y tasa de reingreso.

Resultados: El 42,8 % de los pacientes pertenecen al grupo de cirugía abierta frente al 57,2 % de cirugía mínimamente invasiva. Los grupos son comparables en cuanto a edad, sexo, obesidad, Charlson y ASA, con diferencias respecto al tipo de derivación urinaria realizada.

Existen diferencias estadísticamente significativas respecto a:

- » Tiempo quirúrgico: significativamente mayor en el grupo de CMI ($p < 0,001$).
- » Sangrado: 877cc en grupo CA vs. 417cc en CMI ($p < 0,001$).
- » Estancia postoperatoria: 20,05 días en el grupo de CA vs. 11,3 días en el grupo de CMI, con una mediana de 14 y 7 días respectivamente ($p < 0,001$).
- » Complicaciones (considerando Clavien > 0): 86,9 % en grupo CA vs. 43,4 % en CMI ($p < 0,001$).
- » Complicaciones mayores (Clavien ≥ 3): 34,6 % en grupo CA vs. 18,9 % ($p = 0,005$).
- » Tasa de transfusión: 78,5 % en grupo de CA vs. 29,3 % en CMI ($p < 0,001$).
- » Reingreso: 70,6 % en grupo CA vs. 29,4 % en CMI ($p < 0,001$).

Conclusiones: La cirugía mínimamente invasiva dentro de un programa de rehabilitación multimodal disminuye significativamente, por sí misma, el sangrado intraoperatorio, estancia postoperatoria, complicaciones, tasa de transfusión y tasa de reingreso.

Palabras clave: Cistectomía, cirugía mínimamente invasiva, rehabilitación multimodal.

P.CI-11

EFFECTO DE LA PREHABILITACIÓN EN LA CAPACIDAD FÍSICA DE LOS PACIENTES Y UTILIDAD DEL TEST DE LOS 6 MINUTOS COMO SCREENING DE PACIENTES FRÁGILES

S. Quinto Llopis; C. López de Lerma Martínez de Carneros; F. López Rodríguez-Arias; M. J. Alcaide Quirós; L. Sánchez-Guillén; A. Arroyo Sebastián
Hospital General Universitario de Elche, Alicante

Objetivos: Analizar la distancia en metros del test de los 6 minutos y estudiar aquellos factores que se relacionen una menor distancia en dicho test.

Métodos: Se realizó un ensayo clínico randomizado y multicéntrico en pacientes intervenidos de cáncer colorrectal que comparó a un grupo que realizó un programa de prehabilitación con suplementación nutricional hipercalórica e hiperproteica, ejercicio físico y recomendaciones cognitivas frente a un grupo control sin este programa.

El estudio se realizó por el servicio de cirugía general y del aparato digestivo. Todos los pacientes fueron tratados por miembros de la unidad de coloproctología siguiendo los protocolos de rehabilitación multimodal de la vía RICA.

El programa de prehabilitación se inició en el momento del diagnóstico hasta el momento de la intervención tras 4 semanas y se prolongó durante 6-8 semanas tras la intervención quirúrgica.

La variable principal fue el análisis de la capacidad funcional mediante la distancia en metros obtenida en el test de los 6 minutos (T6M) en el momento del diagnóstico, el día anterior a la cirugía y a las 6-8 semanas postoperatorias. Se evaluó también el grado de asociación entre la distancia obtenida en el T6M al diagnóstico con distintos factores.

Resultados: Se analizaron un total de 91 pacientes desde enero 2020 hasta diciembre 2022. La media de edad fue de 68 años. El 40,6 % de los pacientes eran hipertensos, el 17,6 % diabéticos y el 15,4 % fumadores y la mediana en la clasificación ASA fue de 2.

Al diagnóstico, los pacientes del grupo control y prehabilitación recorrieron una distancia media en el T6M de 332,53 y 349,56 metros, respectivamente ($p = 0,5$). A las 6 semanas, los pacientes del grupo prehabilitación presentaron una mejoría media respecto a antes de la cirugía de 59 metros. A las 6-8 semanas tras la cirugía la diferencia entre grupos fue de 337,8 vs. 403,6 metros ($p = 0,014$) a favor del grupo prehabilitación.

Entre los factores que se relacionaron con una menor distancia en el T6M en el momento del diagnóstico destacamos la edad (tener más de 70 años: 278 vs. 381,2 metros; $p < 0,001$), la clasificación ASA (Tener un ASA ≥ 3 : 258,8 vs. 357,6 metros; $p < 0,001$) y la presencia de HTA (ser hipertenso: 301,8 vs. 368,7 metros; $p = 0,012$). No se observaron diferencias en los pacientes fumadores o diabéticos.

Conclusiones: La aplicación de un programa de prehabilitación ha facilitado que el tratamiento quirúrgico sea accesible y posible en pacientes con elevada comorbilidad, gracias a la mejora de la capacidad funcional de estos pacientes.

Diversos estudios han evaluado que a una menor distancia recorrida a los 6 minutos hay un mayor aumento de la morbimortalidad y de la estancia hospitalaria.

El T6M es una prueba económica y fácil de realizar que nos permite identificar a pacientes frágiles, teniendo una relación directa con la edad, la puntuación obtenida en la clasificación ASA o la presencia comorbilidad como la HTA.

Palabras clave: Prehabilitación, test de los 6 minutos, fragilidad.

P.CI-12

IMPLANTACIÓN DEL ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO SARCOPAMH

L. Pérez Santiago; D. Dorcaratto; B. Alabadi Pardiñes; M. Garcés Albir; L. Sabater Ortí; SARCOPAMH Collaborative Group

Hospital Clínico Universitario de Valencia

Objetivos:

1. Determinar si la presencia de sarcopenia (calculada con parámetros clínicos, analíticos, nutricionales, antropométricos, de composición corporal y de funcionalidad muscular) y el estado nutricional preoperatorios están relacionados con la aparición de complicaciones postquirúrgicas (CPO) tras resección quirúrgica de neoplasias periampulares.
2. Estudio nutricional y de la prevalencia de sarcopenia, obesidad sarcopénica y fragilidad en pacientes que se someten a resección de patología periampular maligna.
3. Determinar la precisión de las pruebas nutricionales preoperatorias clínicas, analíticas, antropométricas y de composición corporal en la predicción de las CPO.

Métodos: Estudio observacional prospectivo multicéntrico en el que se incluyen a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de neoplasias periampulares que van a ser intervenidos quirúrgicamente mediante duodenopancreatectomía cefálica abierta o mínimamente invasiva.

Todos los pacientes pasan por la unidad de composición corporal donde se les realiza una serie de pruebas para diagnosticar correctamente sarcopenia y desnutrición. En esta visita se determinan parámetros clínicos, antropométricos, de capacidad funcional y de composición corporal. Para la obtención de estos últimos parámetros se utilizan diferentes técnicas: bioimpedancia, ecografía densitometría de cuerpo entero y además se analiza la masa muscular a nivel de L3 en el TAC.

El diagnóstico de sarcopenia se realiza mediante el algoritmo propuesto por el Grupo Europeo de Trabajo sobre Sarcopenia en Personas Mayores¹ mientras que el diagnóstico de desnutrición se realiza mediante los conocidos como criterios GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition)².

Por otro lado, se registran las complicaciones postoperatorias ocurridas durante los 90 días tras la cirugía considerándose como complicación cualquier evento fuera del curso normal postoperatorio, que requiera un cambio en el manejo clínico postoperatorio habitual del paciente y se clasifican en: médicas, médicas infecciosas, quirúrgicas y quirúrgicas infecciosas.

Resultados: En el momento actual están participando prospectivamente en la recogida de datos del estudio un total de nueve hospitales nacionales. Llevamos recogidos 67 pacientes que cumplen los requisitos de inclusión y a los cuales se les ha realizado el estudio de composición corporal antes de haber sido intervenidos quirúrgicamente. Aún quedan muchos datos por analizar, pero hemos encontrado una elevada incidencia de desnutrición (casi 60 %) según criterios GLIM, siendo la incidencia de sarcopenia más baja (casi 20 %). Esperamos pronto poder informar de más resultados.

Conclusión: Con la realización de este estudio, el primero en realizarse de forma multicéntrica y prospectiva, podremos confirmar si la desnutrición y la sarcopenia son factores que influyen de forma negativa el curso postoperatorio. Además, podremos encontrar aquellos parámetros nutricionales preoperatorios que nos permitan identificar con mayor precisión los pacientes con alto riesgo de padecer complicaciones postoperatorias. Los resultados de este estudio constituirían las bases científicamente sólidas para la creación de protocolos de prehabilitación nutricional en pacientes que se sometan a cirugía oncológica pancreática. La implementación de dichos protocolos, basados en estudios clínicos como el que aquí proponemos, podrá disminuir la tasa de la morbilidad postoperatoria, la estancia hospitalaria, los gastos sanitarios e incrementar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Bibliografía:

1. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16-31. DOI: 10.1093/ageing/afy169. Erratum in: *Age Ageing*. 2019;48(4):601.
2. Jensen GL, Cederholm T, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition: A Consensus Report From the Global Clinical Nutrition Community. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2019;43(1):32-40. DOI: 10.1002/jpen.1440.

Palabras clave: Sarcopenia, multicéntrico, desnutrición, cáncer de páncreas.

P.CI-13

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA PERIOPERATORIA EN CÁNCER COLORRECTAL: RESULTADOS TRAS IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA ESPECÍFICO DE CRIBADO

L. Pérez Santiago; L. P. Garzón Hernández; S. A. García Botello; A. Yuste Sánchez; D. Moro Valdezate; A. Espi Macías

Hospital Clínico Universitario de Valencia

Objetivos: Evaluar la eficacia en la adherencia a la fisioterapia postquirúrgica temprana y complicaciones respiratorias postquirúrgicas comparando una enseñanza de ejercicios respiratorios básicos impartida por cirujanos en la consulta de prehabilitación con una consulta específica e individualizada de fisioterapia respiratoria impartida por fisioterapeutas.

Métodos: Estudio observacional prospectivo que incluye a todos los pacientes que van a ser sometidos a cirugía de cáncer colorrectal (CCR) durante un año (enero 2022-2023). Todos los pacientes acuden 4 semanas antes a una consulta específica de prehabilitación donde se realiza un cribado de derivación al fisioterapeuta. Aquellos pacientes con patología de base de riesgo como EPOC, Asma,

fumadores u obesidad (IMC > 30) son derivados a una consulta especializada con los fisioterapeutas de nuestro centro donde se realiza un programa de enseñanza más completo y específico. Al resto de pacientes, se les entrega un incentivador volumétrico junto con una ficha de ejercicios respiratorios (realizados multidisciplinariamente junto con fisioterapia y que incluyen un calentamiento, series de ejercicios en espiración mantenida y con el incentivador, y explicación de la posición de control para la tos y el dolor) se realiza una enseñanza básica de los mismos. La variable de estudio fue si acudieron a la consulta especializada con el fisioterapeuta, y las variables resultado, si utilizaron el incentivador durante el postoperatorio, el día postquirúrgico de inicio de uso de este y las complicaciones postquirúrgicas. Se realizó un estudio descriptivo, la distribución se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se utilizó la prueba X² para las variables categóricas, la prueba de T de Student para variables continuas de distribución normal y la prueba U de Mann-Whitney para variables continuas sin distribución normal.

Resultados: Del total de 131 pacientes que acudieron a la consulta de prehabilitación, 73 (55,74 %) fueron derivados a la consulta de fisioterapia especializada, mientras que el resto únicamente recibieron la enseñanza básica. De ellos, 20 por EPOC, 21 por fumadores activos, 20 por obesidad, y 12 de ellos por combinación de los anteriores. Un total de 99 (75,57 %) realizaron los ejercicios respiratorios durante el postoperatorio temprano; 51 (69,9 %) del grupo que acudieron con el fisioterapeuta respiratorio y 48 (82,76 %) del grupo que recibieron la enseñanza por parte del cirujano. La mediana en el inicio de la fisioterapia respiratoria fue de 1 día (1-12 días). En cuanto a las complicaciones, del total de estas (34,6 %), únicamente en 3 casos fueron de origen respiratorio: 2 broncoaspiraciones y una atelectasia. No hubo diferencias significativas en el uso del incentivador respiratorio en el postoperatorio temprano ($p = 0,098$) ni en el desarrollo de complicaciones postquirúrgicas ($p = 0,95$) entre el grupo que se derivó a la consulta especializada con el fisioterapia respiratorio y los que recibieron la enseñanza básica. Tampoco se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas con el día de inicio del incentivador respiratorio en el postoperatorio ($p = 0,89$).

Conclusión: Aunque se traten de dos grupos de pacientes con riesgo distinto de desarrollo de complicaciones respiratorias, nuestro programa de prehabilitación respiratoria llevado a cabo por cirujanos, así como los criterios de riesgo de derivación al fisioterapeuta respiratorio parecen ser válidos en la adherencia y no aparición de complicaciones respiratorias postquirúrgicas. Este método permite prehabilitar respiratoriamente a todos nuestros pacientes sin necesidad de sobrecargar la consulta de fisioterapia respiratoria.

Palabras clave: Fisioterapia respiratoria, prehabilitación quirúrgica, cáncer colorrectal.

P.CI-14

UNIDAD GERIÁTRICA AGUDA QUIRÚRGICA: ANÁLISIS DE RESULTADOS EN PACIENTES ≥ 80 AÑOS INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DIGESTIVA URGENTE EN UN PERIODO DE 4 AÑOS

M. Artigot Pellicena; X. Viñas Trullén; J. Marín García; E. Macarulla Sanz; A. Gamboa; R. Hernando Tavira
Hospital de Igualada, Barcelona

Objetivos: La población de referencia ≥ 65 años de nuestro hospital son 22.963 habitantes de los cuales 6200 (27 %) son ≥ 80 años. Como respuesta a esta demanda sanitaria se constituye a partir

del 2015 la Unidad de Geriátrica Aguda Quirúrgica (UGAQ), para un manejo interdisciplinar de estos pacientes (Geriátrica-Cirugía/COT-Nutrición-Enfermería geriátrica-Trabajo Social), así como Anestesiología en los pacientes que requieren intervención o tratamiento del dolor agudo.

Objetivo: Analizar los resultados de la UGAQ en los pacientes ≥ 80 años intervenidos de cirugía digestiva urgente.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes \geq de 80 años intervenidos de cirugía digestiva de urgencia, ingresados en la UGAQ, entre enero 2019-diciembre 2022. Se analizaron las variables demográficas, comorbilidades preoperatorias (índice de Charlson), calculadores de predictibilidad de riesgo (POSUM-NRCP, ASA), etiología y tipo de cirugía, complicaciones según clasificación de Clavien-Dindo (CD), Comprehensive Complication Index (CCI), estancia media (EM), reingresos y mortalidad a los 90 días.

Resultados: De los 1497 pacientes intervenidos de urgencias en este periodo, 191 eran ≥ 80 años (102 mujeres/89 hombres), con media de edad $86,1 \pm 3,87$ años. 153 de 191 presentaban comorbilidades con Índice de Charlson $2,5 \pm 2,32$. El promedio de morbilidad estimada preoperatoria POSSUM fue $65,9 \% \pm 20,57$; NRCP: $12,8 \pm 12,25$; ASA $3 \pm 0,76$; la etiología más frecuente de intervención fue la colecistitis aguda 64/191 (33,5 %) siendo en su mayoría grado II de severidad de la clasificación de Tokyo, seguida de patología de pared abdominal 43/191 (22,5 %) e intervención por patología en intestino delgado 23/191 (12 %). Se presentaron complicaciones en 101 de 191 (52 %), de ellas 80/101 (79 %) fueron menores (CD I-II), en 21/101 (21 %) fueron mayores (CD III-IV), el promedio del CCI fue de 24,9; La estancia media fue $7,6 \pm 5,97$ días. Un total de 20/191 (10,4 %) reingresaron, siendo 7/191 (3,6 %) por patología quirúrgica en el seguimiento a 90 días y, durante este periodo, el índice de mortalidad fue de 24/191 (12,5 %).

Conclusiones: La comorbilidad del enfermo, la patología y procedimiento quirúrgico agudo tienen un fuerte impacto clínico en todo el período perioperatorio para un subgrupo de población situado en lo más alto de la pirámide demográfica. La causa más frecuente ha sido por la patología biliar aguda complicada. El 52 % de los pacientes presentaron complicaciones, siendo en el 79 % complicaciones menores, con tasas de reingresos quirúrgicos de mortalidad a los 90 días del 3,6 % y 12,5 %, respectivamente.

Palabras clave: Cirugía, urgencia, unidad geriátrica, comorbilidad.

P.CI-15

CONSULTA DE PREHABILITACIÓN TRIMODAL EN CÁNCER COLORRECTAL: CUMPLIMENTACIÓN Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES. NUESTROS RESULTADOS EN UN AÑO

L. P. Garzón Hernández; L. Pérez Santiago; S. A. García Botello; V. Pla Martí; J. Martín Arévalo; A. Espí Macías
Hospital Clínico Universitario de Valencia

Objetivos: El objetivo primario es evaluar la cumplimentación de los programas de prehabilitación trimodal (nutrición, ejercicio y control de la ansiedad) (pre-HAB) en los pacientes que van a ser sometidos a cirugía de cáncer colorrectal (CCR) en una Unidad de cirugía colorrectal avanzada.

El objetivo secundario es evaluar la satisfacción de dichos pacientes con la implementación de una consulta específica de pre-HAB.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en el que todos los pacientes con diagnóstico de CCR son atendidos en una consulta de pre-HAB ambulatoria cuatro semanas antes de la intervención quirúrgica entre enero 2022-enero 2023. En dicha consulta, se realizan test de cribado y diagnóstico de desnutrición, sarcopenia y fragilidad. Además, se proyecta una presentación PowerPoint® explicativa de ejercicios, recomendaciones y proceso intrahospitalario a seguir antes de la cirugía (banco de sangre, fisioterapia respiratoria, consulta de preanestesia). A todos los pacientes se les entrega un código QR con una encuesta que deben rellenar el día de antes de la intervención en la cual nos indican los ítems que han realizado en casa y si creen que han sido útiles y volverían a hacerlos o no. Además, califican la atención recibida, así como sugerencias de mejora.

Resultados: Del total de 170 pacientes citados en la consulta de pre-HAB, acudieron 161 (94,7 %). 156 (96,89 %) pacientes rellenaron la encuesta el día de antes de la intervención quirúrgica. 128 (81,5 %) de los pacientes referían haber entendido bien el procedimiento que se iba a realizar, mientras que el 17,8 % indicaron tener aún dudas. 129 (82,8 %) de los pacientes leyeron con atención todas las indicaciones entregadas en la consulta de pre-HAB.

134 (86 %) siguieron las indicaciones nutricionales; un 31,2 % además tomaron proteínas orales y un 7 % inmunonutrición. El 43,3 % de los pacientes indicaron no haber realizado ejercicios de intensidad moderada durante 45-60 minutos, mientras que un 19,7 % refirieron haberlos realizado todos los días. 72 (46,5 %) caminaron al menos una hora al día y un 42,7 % realizaron ejercicios de miembros superiores. Un 79,7 % señalaron haber continuado con el mismo hábito de actividad física que antes de saber que iban a ser intervenidos. El 70,1 % realizaron ejercicios respiratorios todos los días. Un 74,5 % no realizaron técnicas de relajación individual y un 98,7 % no acudieron a clases de relajación grupal.

En cuanto a la satisfacción con la consulta de pre-HAB; un 61,8 % de los pacientes indicaron estar muy satisfechos, un 34,4 % bastante satisfecho y un 3,8 % ni satisfecho ni insatisfecho. La calificación media en cuanto al trato recibido en dicha consulta fue de 9,25/10 puntos y en cuanto a la utilidad 8,34/10 puntos. El 87,3 % de los pacientes volverían a hacer todas las indicaciones aportadas en la consulta de pre-HAB y un 12,7 % solo algunas.

Conclusión: Con la implementación de una consulta específica de preHAB en la que se repasan e inciden en los aspectos más importantes de la prehabilitación trimodal, se ha observado que la mayoría de los pacientes cumplimentan las recomendaciones nutricionales de una dieta hiperproteica, realizan ejercicios respiratorios y volverían a hacer las recomendaciones indicadas. Sin embargo, la adherencia al control de la ansiedad con técnicas tanto individuales como en grupo, así como la cumplimentación de los ejercicios físicos, es bastante menor. Programas de ejercicio físico supervisado, una mayor insistencia en la importancia del control de la ansiedad y ver qué factores hacen que la adherencia sea menor podrían ayudar a mejorar este aspecto.

Palabras clave: Prehabilitación quirúrgica trimodal, atención individualizada, cumplimentación, satisfacción, cáncer colorrectal.

P.CI-16

PREHABILITACIÓN EN PARED ABDOMINAL COMPLEJA: PROTOCOLO ADAPTADO A LA PATOLOGÍA BENIGNA

J. López; C. Lillo; Á. Soler; R. Ferrer; L. Sánchez; A. Arroyo

Hospital General Universitario de Elche. Alicante

Objetivos: Prehabilitar a los pacientes que van a ser sometidos a cirugía de pared abdominal, es decir, optimizar su estado físico, mental y nutricional antes de someterse al estrés quirúrgico. Presentamos el programa de prehabilitación que se está llevando a cabo en nuestro hospital con el objetivo de estimar, en un futuro, si la prehabilitación mejora el estado de la pared abdominal frente a una reparación compleja.

Métodos: Se incluirá a pacientes con eventraciones complejas, mayores de edad y sin comorbilidades. Se define eventración compleja como aquella que presenta un diámetro > 10 cm (W3) y/o un volumen herniario (VH)/volumen cavidad abdominal (VAC) > 20 %. Se realizará la prehabilitación dirigida siguiendo recomendaciones de ejercicio físico, nutricionales y cognitivas durante las seis semanas previas a la intervención.

Se realizará la medición de la condición física (test 6MWD), situación nutricional y muscular (impedanciometría y medición por TAC) y cognitiva (escalas HADS y SF-36) en tres ocasiones: 6 semanas antes de la cirugía; previo a la intervención quirúrgica tras la prehabilitación y; 4 semanas después de la intervención quirúrgica.

Resultados: El protocolo de prehabilitación se detalla a continuación:

- » Ejercicio físico: realización de mínimo 3 sesiones a la semana. Según los resultados del test de los 6 minutos se individualizarán los objetivos de ejercicio aeróbico. En cuanto a fuerza y estiramientos, los pacientes realizarán un programa de ejercicios centrados en fortalecer la musculatura abdominal y la fisioterapia respiratoria.
- » Nutrición: 1 batido hiperproteico cada 12 h o suplementos de proteínas (mínimo 1,5 g/kg/día).
- » Cognitivo: ejercicios de relajación durante 10-30 minutos al día a través de enlaces informáticos o a personas de interés.

Conclusión: En conclusión, el cumplimiento de la prehabilitación en pacientes con eventraciones complejas podría mejorar la condición física y el estado de la musculatura de la pared abdominal, mejorando así, los resultados de estas intervenciones quirúrgicas.

Palabras clave: Prehabilitación, pared abdominal, eventración compleja.

P.CI-17

RESULTADOS TRAS 7 MESES DE LA IMPLANTACIÓN DE LA VÍA RICA EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA EN EL HOSPITAL COMARCAL GARCÍA ORCOYEN DE ESTELLA (NAVARRA)

O. Pena Goñi; M. Remon Izquieta; J. Martínez de Morentín Garraza

Hospital Comarcal García Orcoyen. Estella, Navarra

Objetivos: Se presentan los resultados obtenidos después de 7 meses de la instauración del nuevo protocolo basado en la vía RICA en cirugía protésica de cadera y rodilla en el Hospital García Orcoyen de Estella (Navarra).

Métodos: Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar (anestesia, traumatología, enfermería, rehabilitación y endocrinología) y se elaboró un protocolo de tratamiento basado en los principios de la vía RICA según el grupo GERM, contrastados con protocolos existentes para cirugía de prótesis de cadera y rodilla.

Los pacientes incluidos en la vía de tratamiento son aquellos intervenidos de prótesis primaria.

Se presentan los resultados obtenidos tras 7 meses desde su implantación.

Conclusiones: En total 55 pacientes han sido tratados bajo el nuevo protocolo de vía RICA, desde 1 de junio de 2022 hasta 31 de diciembre de 2022, de los cuales 33 son varones y 22 son mujeres.

La media de edad es de 70 años (44-87).

La estancia media hospitalaria para PTC es de 4,35 días y de PTR 4,39.

En total 4 pacientes presentaron complicaciones tratadas mediante tratamiento conservador con buena evolución.

Desde el inicio de la nueva vía de tratamiento, la estancia media hospitalaria ha disminuido 2,28 días en el caso de la PTC y 2,21 días en la PTR, sin observar un aumento en la tasa de complicaciones.

Palabras clave: Vía RICA en cirugía ortopédica, prótesis de cadera, prótesis de rodilla.

P.CI-18

EVALUACIÓN DEL IMPACTO NUTRICIONAL CON LA PREHABILITACIÓN. ¿QUÉ ARMAS TENEMOS PARA VALORARLO?

C. López de Lerma Martínez de Carneros; F. López Rodríguez-Arias; S. Quinto Llopis; M. J. Alcaide Quirós; L. Sánchez-Guillén; A. Arroyo Sebastián

Hospital General Universitario de Elche, Alicante

Objetivos: Evaluar los cambios en el ángulo de fase (AF) del análisis bioeléctrico de pacientes intervenidos por cáncer colorrectal (CCR), analizando el efecto produce la prehabilitación en los pacientes, así como su relación con las complicaciones postquirúrgicas.

Métodos: Ensayo clínico aleatorizado y multicéntrico en pacientes intervenidos de cáncer colorrectal no metastásico de forma electiva, realizado entre enero de 2020 hasta diciembre de 2022. Todos los pacientes fueron intervenidos por una unidad de coloproctología de nuestro centro y se siguieron los protocolos de rehabilitación multimodal de la vía RICA.

El programa de prehabilitación consistió en una suplementación nutricional hipercalórica e hiperproteica, un programa de ejercicio físico y recomendaciones cognitivas. Se realizó durante el periodo ventana existente entre el diagnóstico y la intervención (4 semanas) y se prolongó hasta las 6-8 semanas posteriores a la cirugía.

Se realizaron mediciones de bioimpedanciometría al diagnóstico, el día previo a la cirugía y a las 6-8 semanas de la cirugía. Se eligió el ángulo de fase como variable principal para evaluar los cambios en la composición corporal de los pacientes y su relación con la presencia de complicaciones.

Resultados: Participaron un total de 91 pacientes asignados de forma aleatoria al grupo prehabilitación o al grupo control (51 vs. 48).

Las complicaciones globales (mayores y menores) estuvieron presentes en un 25,8 % del total de pacientes intervenidos. Las complicaciones fueron más frecuentes en el grupo control (29,8 % vs. 22 %), aunque no se llegó a alcanzar la significación estadística.

En las mediciones de impedanciometría realizadas en el momento del diagnóstico no se objetivaron diferencias en el ángulo de fase entre ambos grupos (prehabilitación 4,948 vs. control 5,018; $p = 0,756$).

El ángulo de fase aumentó un 0,3 de media con la prehabilitación en las mediciones del día previo a la cirugía.

En las mediciones realizadas a las 6-8 tras la cirugía el grupo prehabilitación presentaban un AF de 4,954 frente a 4,6284 en el grupo control ($p = 0,099$). Pero cuando analizamos la variación en el AF (%) desde el diagnóstico hasta las 6-8 semanas tras la cirugía encontramos una variación de -5,6 % en el grupo control frente a 0,44 % en los prehabilitados ($p = 0,05$).

Asimismo, encontramos una relación directa entre el ángulo de fase y las complicaciones globales. Los pacientes sin complicaciones presentaban un AF al diagnóstico de 5,11 frente a 4,4617 en los pacientes que presentaron complicaciones ($p = 0,04$).

Conclusiones: El ángulo de fase es parámetro bioeléctrico que refleja la masa celular corporal y por tanto nos orienta sobre el grado de nutrición y de inflamación del paciente. Valores bajos (AF < 5 hombres y < 4,6 mujeres) se han asociado a riesgo nutricional y por tanto a un mayor riesgo quirúrgico. Es un parámetro fácil de obtener y que nos puede orientar de forma evolutiva de los cambios sufridos por pacientes en el contexto de una intervención por CCR. Los resultados obtenidos en nuestro estudio deberían reforzar su implantación dentro de la práctica clínica habitual.

La prehabilitación permite mejorar el ángulo de fase antes de la intervención pudiendo influir en los resultados postoperatorios de los pacientes. Además, el efecto de la prehabilitación se mantiene durante las primeras 6-8 semanas postoperatorias momento en el que pacientes con estadios tumorales más avanzados deben comenzar con un tratamiento adyuvante.

Palabras clave: Prehabilitación, colon, cáncer, rehabilitación multimodal.

P.CI-19

APLICACIÓN DE LA VÍA RICA PARA DISMINUIR TIEMPO DE INGRESO TRAS HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

J. Gajda Escudero; Á. Cuadrado García; D. Serralta de Colsa; M. García Virosta; C. Rodríguez Haro; L. A. Picardo Nieto

Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid

Objetivos: La hemicolectomía izquierda es un procedimiento quirúrgico mayor para el tratamiento del cáncer de colon. Este procedimiento no está exento de complicaciones, estancias hospitalarias prolongadas y morbilidad. Atendiendo a esto, se han diseñado varios protocolos de rehabilitación multimodal, como el Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). Estos protocolos han demostrado reducir la incidencia de complicaciones y el tiempo de hospitalización.

Este estudio se enfoca en la aplicación de protocolos ERAS para reducir el tiempo de hospitalización tras hemicolectomía izquierda en un hospital de segundo nivel. Se analizaron las complicaciones y la estancia, con y sin la implantación de este protocolo. Los resultados proporcionarán información valiosa sobre cómo se puede usar ERAS para mejorar la evolución de los pacientes que se someten a hemicolectomía izquierda en entornos similares.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo en 46 pacientes hemicolectomizados por causas oncológicas, de los cuales 19 habían cumplimentado los protocolos ERAS. A partir de cuestionarios asociados al Proyecto IMPRICA del REDGERM y a historias clínicas del Hospital Universitario Infanta Sofía se recogieron los días de ingreso postquirúrgicos de cada paciente, la incidencia de complicaciones y el EVA tras la cirugía.

Resultados: De los 46 pacientes recogidos, la media de edad era 65,11 años, con un ratio 1:1 de mujeres y hombres. La media de días de ingreso en los pacientes Pre-ERAS fue de 9,19 (DE \pm 6,34) y la de los pacientes ERAS 4,58 (DE \pm 0,84). Del mismo modo, el porcentaje de infecciones postquirúrgicas en pacientes Pre-ERAS fue del 22,2 %, siendo las del ERAS un 0 %. Se observó un EVA tras la cirugía más elevado en los pacientes ERAS que en los Pre-ERAS.

Conclusiones: La cumplimentación de protocolos ERAS en la hemicolectomía izquierda y sigma disminuye a la mitad el tiempo de ingreso post-quirúrgico y disminuye la incidencia de complicaciones postquirúrgicas de causa infecciosa.

Palabras clave: ERAS, hemicolectomía izquierda, cáncer de colon, rehabilitación multimodal.

P.CI-20

IMPACTO DE LA RECUPERACIÓN INTENSIFICADA TRAS LA CIRUGÍA (RIC) EN EL INICIO DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO ADYUVANTE EN PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO AVANZADO

Ú. Acosta Sánchez; S. Catalán; A. Luzarraga; M. Míguez; A. Pérez-Benavente; J. L. Sánchez-Iglesias
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos: El tratamiento del cáncer de ovario avanzado (COA) consiste en la cirugía seguida de quimioterapia (QT). No hay un tiempo óptimo establecido entre cirugía e inicio del tratamiento oncológico, pero retrasos podrían perjudicar la supervivencia, por lo que se recomienda iniciar la QT en los 50 días siguientes a la intervención.

Los programas de recuperación intensificada tras la cirugía (RIC) disminuyen la estancia hospitalaria y los reingresos sin incrementar la morbimortalidad tras cirugía por cáncer ginecológico. Nuestra hipótesis es que la implementación del protocolo RIC en pacientes intervenidas por COA permite un inicio más precoz de la QT, lo que podría mejorar la supervivencia. Nuestro objetivo es determinar si los protocolos RIC en pacientes intervenidas por COA disminuyen el tiempo de inicio a la QT en comparación a un grupo control.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo que incluye mujeres con cáncer de ovario, trompa o primario peritoneal de cualquier histología, estadios FIGO IIB-IV, sometidas a cirugía de cito reducción primaria (CCR1), de intervalo (CI) o de cito reducción secundaria (CCR2), que recibieron QT adyuvante en el Hospital Vall d'Hebron entre 2014 y 2021. Se excluyeron pacientes con ASA IV-V o cirugía urgente. Se compararon dos grupos: las pacientes que siguieron el protocolo RIC entre 2014 y 2021, y aquellas entre 2014 y 2018 que siguieron el protocolo convencional (CONV) dentro del ensayo clínico PROFAST. Se comparó el tiempo de inicio de la QT desde la cirugía, el número de ciclos recibidos, los motivos de retraso del tratamiento o de no haberlo completado, la adherencia al protocolo RIC, y la supervivencia global (SG) y libre de enfermedad (SLE).

Resultados: Se incluyeron 183 pacientes: 137 en el grupo RIC y 46 en el grupo CONV. Se realizó CCR1 en el 46,9 %, CI en el 32,3% y CCR2 en el 20,7 % ($p = 0,46$). No hubo diferencias entre grupos para edad, estatus BRCA, sangrado intraoperatorio, tiempo quirúrgico, tipo histológico y estadio FIGO. La complejidad quirúrgica según el índice SCC fue mayor en el grupo CONV ($p = 0,03$). En el grupo RIC, la estancia hospitalaria fue menor (6 días vs. 9 de mediana, $p < 0,001$), se utilizaron menos drenajes (36,7 % vs. 89,1 %, $p < 0,001$), hubo menos complicaciones postoperatorias (48,9 % vs. 69,6 %, $p = 0,01$) y menos reingresos (10,2 % vs. 21,7 %, $p = 0,04$), sin diferencias para complicaciones intraoperatorias, muerte postoperatoria, ingreso en UCI o reintervenciones.

La QT adyuvante se inició a los 49,5 días de media en el grupo RIC (IC 95 % 45,9-53) y 48,8 días en el CONV (IC 95 % 44,5-53,1) ($p = 0,63$). A los 50 días de la cirugía, el 62 % de las pacientes habían iniciado la QT en el grupo RIC vs. el 54,3 % en el CONV ($p = 0,35$). Al estratificar por tipos de cirugía (CCR1, 2 y CI), no hubo diferencias en cuanto a tiempo de inicio de QT. La causa más frecuente de retraso del tratamiento en ambos grupos fueron las complicaciones postoperatorias.

Completaron los ciclos previstos de QT el 80,3 % de las pacientes en el grupo RIC y el 84,8 % en el CONV ($p = 0,41$), siendo la causa más frecuente de no completar el tratamiento la toxicidad.

El cumplimiento del protocolo RIC fue mayor del 70 % en el 89,1 %, sin observar correlación lineal entre el grado de cumplimiento y el tiempo de inicio de la QT ni el número de ciclos recibidos.

Con una mediana de seguimiento de 2,3 años en el grupo RIC y 4,7 en el CONV, no hubo diferencias en cuanto a SG y SLE entre grupos, ni en función del tiempo de inicio de la QT.

Conclusiones: Aunque el protocolo RIC ha demostrado conseguir una recuperación más precoz tras la cirugía por cáncer ginecológico, no se ha estudiado su impacto en la supervivencia, y a pesar de sus beneficios aún no se ha implementado en muchos centros.

En este estudio no se ha podido demostrar que las pacientes que siguen un protocolo RIC tras cirugía por COA inicien antes la QT en comparación a aquellas que siguen un protocolo convencional, ni se han observado diferencias en la supervivencia.

Se ha observado que una adherencia mínima del 70 % a los protocolos RIC es necesaria para mejorar los resultados de estancia hospitalaria y de inicio del tratamiento oncológico. En nuestro estudio no se ha podido demostrar relación entre adherencia y un inicio más precoz de la QT.

Este es el primer estudio en evaluar el tiempo de inicio del tratamiento oncológico tras la CCR1, CCR2 o CI por COA tras la implementación del protocolo RIC, y comparándolo con un grupo control, con limitaciones como su diseño retrospectivo, el pequeño tamaño muestral o la diferencia en el tiempo de seguimiento entre los grupos.

Palabras clave: ERAS, RIC, cáncer de ovario, recuperación intensificada, tratamiento oncológico.

P.CI-21

ESTUDIO COMPARATIVO DE FUTILIDAD CUANTITATIVA QUIRÚRGICA VS. MORTALIDAD A 30-90 DÍAS EN PACIENTES \geq 80 AÑOS INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DIGESTIVA URGENTE, DE LA UNIDAD GERIÁTRICA AGUDA QUIRÚRGICA

M. Artigot Pellicena; X. Viñas Trullén; A. Zumel Marne; J. Marín García; E. Macarulla Sanz; R. Hernando Tavira
Hospital de Igualada, Barcelona

Introducción: Estudios recientes definen la futilidad cuantitativa quirúrgica (FCQ) como la mortalidad en < 72 horas del postoperatorio, con unas tasas del 4 %. En los pacientes que no superan este tiempo corto de postoperatorio el tratamiento puede ser considerado como una agresión anestésico-quirúrgica inadecuada, dejando en la duda de haber planteado otras medidas, como las paliativas, para estos procesos. Actualmente se investigan predictores de futilidad.

Objetivo: Comparar la edad, índice de Charlson, ASA, POSSUM, NELA y causa de mortalidad entre los pacientes fallecidos tempranamente VS los fallecidos más tarde (30 - 90 días) del postoperatorio (PO) en pacientes ≥ 80 años intervenidos de cirugía digestiva urgente.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes \geq de 80 años intervenidos de cirugía digestiva de urgencia, ingresados en la UGAQ, entre enero 2019 y diciembre 2022. Se analizaron las tasas de FCQ y mortalidad a los 30- 90 días PO. Se establecieron dos grupos: grupo 1 (G1) se incluyen

los pacientes de FCQ y grupo 2 (G2) pacientes mortalidad a los 30-90 días. Se han comparado variables de edad, comorbilidad con Índice de Charlson, ASA, calculadoras de predictibilidad de riesgo POSSUM, NELA Risk Calculator (NRCP) y causa de muerte. Se empleó el programa STATA 14 para el análisis estadístico, utilizando los test estadísticos: T-student, U-Mann-Whitney y Chi2 según normalidad y tipo de variable, considerando el valor de p inferior a 0,05 como significativo.

Resultados: Se intervinieron 191 pacientes ≥ 80 años de edad con media de $86,1 \pm 3,87$ años. La tasa de FCQ fue 3 % (6/191) y la tasa de mortalidad a los 30-90 días PO fue 9,4 % (18/191). El promedio de edad G1 $88 \pm 3,46$ vs. G2 $86,9 \pm 4,43$ ($p = 0,5025$); índice de Charlson $2,5 \pm 1,76$ vs. $4,44 \pm 2,43$ ($p = 0,07$); ASA $3,6 \pm 0,51$ vs. $3,27 \pm 0,66$ ($p = 0,209$); POSSUM $92,6 \pm 8,33$ vs. $77,44 \pm 22,97$ ($p = 0,1310$); NRCP $38,66 \pm 17,52$ vs. $18,42 \pm 12,61$ ($p = 0,01$). Causa de muerte por sepsis abdominal $83,33$ vs. $16,67$ ($p = 0,003$).

Conclusiones: Existe diferencia estadísticamente significativa en el cálculo de NRCP en los pacientes del grupo FCQ vs. pacientes de mortalidad más tardía y es una herramienta útil para la toma de decisiones terapéuticas adecuadas para evitar tratamientos quirúrgicos fútiles y mantener una FCQ baja (3,1 % en nuestra serie) pudiendo este índice formar parte de los estándares de calidad en la UGAQ. En los pacientes de mortalidad muy temprana, la infección intrabdominal grave adquiere diferencia estadísticamente significativa como etiología del proceso.

Palabras clave: Futilidad, predictores, geriatría, cirugía, NELA.

P.CI-22

IMPORTANCIA DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN LA CIRUGÍA ABDOMINAL. ¿CÓMO MEDIRLA?

A. Sanchís López; M. J. Alcaide Quirós; Á. Soler Silva; L. Sánchez Guillén; F. López Rodríguez-Arias; A. Sánchez Romero; C. López de Lerma Martínez de Carneros; A. Arroyo Sebastián
Hospital General Universitario de Elche

Objetivos: La sarcopenia y el aumento de la grasa visceral se han asociado con un aumento de las complicaciones postoperatorias. La prevalencia de sarcopenia se sitúa en torno a un 50 % en pacientes con cáncer colorrectal. El objetivo de esta comunicación es presentar los procedimientos más utilizados en la medición de la composición corporal. Mostraremos cómo llevarlos a cabo, con el fin de que podamos detectar a los pacientes con mayor riesgo quirúrgico y así poder actuar sobre ellos.

Métodos: En esta comunicación se presenta detalladamente cómo realizar las mediciones de la composición corporal mediante: TC, ecografía nutricional y bioimpedanciometría.

Resultados: Para valorar el componente muscular de los pacientes mediante TC se selecciona un corte axial a nivel de la vértebra L3 ya que, en este punto, el área del psoas se correlaciona muy bien con el índice de masa muscular total y, además, podemos medir la cantidad de grasa visceral.

En la ecografía nutricional mediremos el componente muscular mediante un corte axial del músculo recto femoral anterior del muslo en su tercio medio. El componente graso abdominal lo mediremos realizando un corte axial en el punto medio entre la apófisis xifoides y el ombligo, ya que la medición de la grasa preperitoneal en este punto se correlaciona con la cantidad de grasa visceral.

Por último, la bioimpedanciometría proporciona las mediciones indirectas del índice musculoesquelético y de grasa visceral mediante fórmulas matemáticas y nos proporciona un dato directo, el ángulo de fase, que clasifica a los pacientes en normonutridos/malnutridos y deshidratados/edematosos y ha demostrado su valor como factor pronóstico en distintas condiciones clínicas.

Conclusiones: La medición de la composición corporal mediante TC, ecografía nutricional y bioimpedanciometría permite detectar a los pacientes con mayor riesgo quirúrgico y así poder actuar sobre ellos.

Palabras clave: Prehabilitación, cáncer colorrectal, composición corporal, sarcopenia.

P.CI-23

PROBLEMAS GASTROINTESTINALES POSTCIRUGÍA COLORRECTAL RELACIONADOS CON FALTA DE ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA EN UN ENTORNO ERAS

C. Cañete Cavanillas; A. M. Blanco Álvarez; J. A. Jerez González; I. Ávila Ranchal; E. Llorens Olmos; ERAS COLON STUDY GROUP*

Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos:

- » Analizar la prevalencia de complicaciones gastrointestinales relacionada con el nivel de actividad física previa en mayores de 65 años intervenidos por neoplasia colorrectal.
- » Proponer medidas de mejora para activar el estado físico en pacientes con baja actividad pendientes de cirugía colorrectal en un Hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes prehabilitados mayores de 65 años sedentarios tras utilizar la escala versión reducida en español del cuestionario de actividad física en el tiempo libre de Minnesota (VREM), que han sido intervenidos de neoplasia colorrectal y han padecido como complicación íleo paralítico o distensión abdominal, comparando con los no sedentarios del mismo grupo de edad y con la misma cirugía durante el año 2022 en un hospital de tercer nivel.

Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 65 años, intervenidos de cirugía colorrectal que previamente se les haya realizado prehabilitación mínimo un mes antes de la cirugía y que hayan sufrido distensión o íleo paralítico. Excluidos los que no cumplían los criterios anteriores.

La variable principal fueron las complicaciones gastrointestinales se midió con la clasificación Clavien-Dindo. En cuanto a la secundaria es la actividad física previa a la cirugía que se mide con la escala VREM.

Otras variables a tener en cuenta son la edad y el tiempo de prehabilitación.

Consideraremos complicaciones gastrointestinales todo paciente que haya presentado: no ruidos intestinales en la auscultación, distensión abdominal, vómitos, necesidad de colocación de sonda nasogástrica y administración de nutrición parenteral.

En la consulta de prehabilitación se evalúa el estado físico del paciente a través de la anamnesis y de la escala VREM, obteniendo el resultado sedentario o moderadamente activo.

Resultados: Tras el análisis de datos, del total de 88 pacientes presentaron complicaciones gastrointestinales 20 pacientes (9 Íleo paralítico el 45 % y 11 distensión abdominal 55 %), en cuanto relacionado con la actividad física 13 (el 65 %) eran sedentarios o moderadamente activos y 7(35 %) realizaban una actividad intensa.

En cuanto los que no presentaron problemas digestivos del total de 68 pacientes solo 9 (el 13,2 %) antes de la cirugía se clasificaba como sedentario o moderadamente activos.

La promoción de la salud en la vejez para modificar la falta de actividad podría hacer que mejore su estado físico y así disminuir las complicaciones gastrointestinales ante una cirugía digestiva.

En pacientes sedentarios o moderadamente activos sería preciso realizar un control más exhaustivo del paciente durante el mes de prehabilitación para ir incrementando los ejercicios y así optimizarlos físicamente.

No existe suficiente evidencia científica por lo que se deberían realizar estudios dirigidos.

Bibliografía recomendada:

1. Camprubi Sociats I, Kreisler Moreno E, Quiñones Sánchez C, Herrera Rodríguez MV, Layedra Erazo K, Valois Bernal V. ERAS Colon Study Group.
2. Cerdán Santacruz C, Merichal Resina M, Báez Gómez FD, Milla Collado L, Sánchez Rubio MB, Cano Valderrama Ó, et al. "Optimal recovery" after colon cancer surgery in the elderly, a comparative cohort study: Conventional care vs. enhanced recovery vs. prehabilitation. *Cir Esp.* 2022;S2173-5077(22)00197-1. DOI: 10.1016/j.cireng.2022.06.026.
3. Malpica Quintero A, Jordán Alonso AD, Domínguez Suárez HP, Miranda Veitía V, Marrero Domínguez AD, Fernández JJ. Preoperative Benefits with Accelerated Recovery on Patients Operated on for Colon Cancer by Elective Surgery. *Rev Cubana Cir.* 2022;61(1):e1247.

Palabras clave: Complicaciones gastrointestinales, actividad física, prehabilitación VREM.

P.CI-24

ESTUDIO DE LA SARCOPENIA Y SU ASOCIACIÓN A COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA ESOFAGOGÁSTRICA

M. Pérez Sánchez; C. Díaz; A. Arroyo; L. Sánchez Guillén; J. Lacueva; C. López de Lerma; S. Quinto Llopis
Hospital General Universitario de Elche. Alicante

Objetivos: La pérdida de músculo (sarcopenia), definido como un bajo índice de músculo esquelético (SMI), se ha asociado con el incremento del riesgo de complicaciones postoperatorias en pacientes con cáncer. Nuestra serie analiza el efecto de la sarcopenia en los resultados y complicaciones postoperatorias de los pacientes intervenidos por carcinoma esófago-gástrico en nuestra unidad.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes intervenidos por carcinoma esófago-gástrico en nuestra unidad entre octubre de 2015 y diciembre de 2021. La composición corporal se obtuvo analizando las imágenes de corte axial de TC a la altura de la vértebra L3, de los

estudios preoperatorios de los pacientes. Se analizó la asociación entre la presencia de sarcopenia y variables clínico-patológicas: edad media, histología de tumor, localización del tumor, presencia preoperatoria de diabetes mellitus y hipertensión arterial, estancia media y complicaciones mayores postoperatorias (Clavien-Dindo) de los pacientes de nuestra serie. Los pacientes se clasificaron en función de si presentaron sarcopenia al diagnóstico según los criterios de Dolan y cols.: en mujeres un SMI < 39 cm²/m² con un IMC < 25 kg/m², o SMI < 41 cm²/m² con un IMC > 25 kg/m². Y en hombres un SMI < 53 cm²/m² con un IMC > 25 kg/m² o SMI < 45 cm²/m² con un IMC > 25 kg/m².

Resultados: La edad media fue 67 años. 46 hombres (76,7 %) y 14 mujeres (23,3 %). 17 pacientes se sometieron a esofagectomía (28,3 %); 43 pacientes (71,7 %) se les realizó una gastrectomía por neoplasia gástrica. El IMC medio fue de 38,4 kg/m². Ningún paciente tuvo un valor de IMC por debajo de 25 kg/m² a pesar de padecer una enfermedad neoplásica. La distribución por estadio TNM del cáncer gástrico mostró 11 pacientes con estadio I (25 %), 9 pacientes en estadio II (20,9 %) y 23 pacientes en estadio III (53,5 %) en patología gástrica. En cáncer de esófago 4 pacientes diagnosticados en estadio I (28,6 %), 3 en estadio II (21,4 %), 6 pacientes en estadio III (42,9 %) y 1 paciente diagnosticado en estadio IV (7,1 %). Se administró quimioterapia neoadyuvante en 25 pacientes (51,7 %). Mostramos la asociación entre la composición corporal y las características clinicopatológicas incluidas las complicaciones postoperatorias y la estancia media (tabla 2). De acuerdo con los criterios de Dolan, 19 (32,2 %) pacientes tenían sarcopenia al diagnóstico. La tasa de sarcopenia fue significativamente mayor en la población de más de 70 años (48,1 % vs. 18,8 %, $p = 0,016$) y presentaron un IMC significativamente menor ($p = 0,001$). No encontramos asociaciones significativas entre la sarcopenia y el tipo histológico de tumor, el estadio TNM, o comorbilidades preoperatorias. La tasa de complicaciones mayores (Clavien-Dindo > II) fue mayor en el grupo de sarcopenia (57,7 % vs. 30,3 %, $p = 0,04$).

Conclusión: La tasa de sarcopenia fue significativamente mayor en los pacientes de más de 70 años y estuvo asociada a una tasa mayor de complicaciones mayores. La valoración de la masa muscular preoperatoria debería tenerse en cuenta en la valoración preoperatoria.

Palabras clave: Sarcopenia, músculo, neoplasia maligna, complicaciones postoperatorias.

P.CI-25

IMPACTO DEL TRATAMIENTO PREOPERATORIO DE LA ANEMIA EN PACIENTES CANDIDATOS A RESECCIÓN QUIRÚRGICA ELECTIVA POR CÁNCER COLORRECTAL EN UN PROTOCOLO RICA

A. M. Parra Muñoz; Á. Pérez Rubio; M. Córcoles Córcoles; A. Martínez Pérez; R. Higuera Castellanos; S. A. Gómez Abril

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

Objetivos: La anemia es una comorbilidad común en los pacientes con cáncer colorrectal (CCR), siendo factor de riesgo de complicaciones postoperatorias y de transfusión de sangre en el perioperatorio. El objetivo de este estudio es valorar la repercusión del tratamiento de la anemia preoperatoria y su correlación con las complicaciones durante el postoperatorio.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se evalúan pacientes consecutivos sometidos a resección electiva tras diagnóstico de CCR entre enero de 2021 y diciembre de 2022 en

nuestro centro, siguiendo el protocolo RICA. Estos se dividen en función de si se realiza tratamiento de la anemia (grupo A) o no (grupo B). El criterio para iniciar tratamiento de la anemia es una hemoglobina (Hb) preoperatoria < 13 g/dl. Se analizan variables demográficas, clínicas, y de laboratorio; así como los resultados postoperatorios y a 90 días. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar (DE), y las cualitativas como frecuencias y porcentajes. Para el análisis estadístico se ha empleado el programa informático SPSS® 28.0.0 version. Se emplean los test estadísticos X² y t de Student para las comparaciones entre variables.

Resultados: Se incluyen 223 pacientes (grupo A n = 138 y grupo B n = 85), con una media de edad de 73 años, siendo significativamente mayor en el grupo A (75 [11] vs. 69 [10] años [$p < 0,001$]). El 16 % presentaba riesgo de desnutrición según la escala MUST (≥ 1), y el 57 % era ASA ≥ 3 . La cifra media de preoperatoria fue 12,16 (2,3), que descendió el 1.º día postoperatorio una media de 0,86 g/dl (IC 95 % 0,62-1,10). Este descenso fue significativo solo en el grupo B [media 1,95 (IC 95 % 1,71-2,20; $p < 0,001$)]. La tasa de complicaciones postoperatorias fue del 34 % (92 % Clavien-Dindo ≤ 2), y la de dehiscencia anastomótica del 5 % (grado C 2 %). El 7 % requirió transfusión postoperatoria de hematíes, y la tasa de reingreso a 90 días fue del 5 %. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en la incidencia y severidad de complicaciones, fuga anastomótica o su grado, necesidad de transfusión, re-intervención, estancia hospitalaria, reingreso, y mortalidad.

Conclusiones: En nuestra serie, el tratamiento de la anemia en pacientes con Hb menor a 13 mg/ dl parece mitigar el exceso de morbilidad que teóricamente se asocia a la anemia preoperatoria, dado que no se aprecian diferencias significativas en los resultados perioperatorios respecto a los pacientes que no la precisan.

Palabras clave: Anemia prequirúrgica, prehabilitación, cáncer colorrectal, rehabilitación multimodal.

P.CI-26

COMPLICACIONES PRE Y POSTIMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO ERAS-RICA EN CIRUGÍA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

M. Huici Sánchez; C. Herranz Pinilla; J. Llauradó; J. Jerez; R. Vila Coll; E. Iborra
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos: La cirugía del aneurisma de aorta abdominal (AAA) es considerada de alta complejidad, con una incidencia de complicaciones entre el 16-30 %.

Nuestro objetivo es analizar las complicaciones de los pacientes intervenidos de cirugía de aneurisma de aorta antes y después de la implementación del protocolo ERAS-RICA en nuestro centro.

Métodos: Estudio analítico-observacional de una base de datos recogida prospectivamente en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes con cirugía de AAA infrarrenal desde enero 2018 hasta diciembre de 2022. La muestra se dividió en dos grupos según el tratamiento que recibieron: exclusión del aneurisma vía endovascular (EVAR) o reparación del aneurisma vía abierta. A su vez, cada grupo se dividió en pre-ERAS (enero 2018-agosto 2021; 48 meses) y ERAS (septiembre 2021-septiembre 2022; 12 meses). Se analizaron las complicaciones, según la clasificación de Clavien-Dindo, y la mortalidad a los 30 días.

Resultados: Durante el periodo analizado se intervinieron 93 pacientes mediante cirugía abierta (67 en periodo pre-ERAS y 26 en periodo ERAS) y 117 pacientes mediante cirugía endovascular (82 pre-ERAS y 35 en periodo ERAS). La edad media del grupo con cirugía abierta fue de 68,2 años (56-84 años) y en EVAR 73,7 años (48-88 años). En ambos grupos la mayoría fueron hombres y con factores de riesgo cardiovasculares como hipertensión arterial y tabaquismo; solo el 12 % de los pacientes tenían diabetes mellitus en los pacientes de cirugía abierta y 20 % en el grupo EVAR; diferencias no estadísticamente significativas. 38 pacientes (39 %) intervenidos con cirugía abierta presentaron complicaciones (29 pre-ERAS vs. 9 ERAS; $p = 0,3$); la mayoría fueron de categoría 1 y 2 (24 vs. 7 respectivamente) y de categoría 4 (3 vs. 0). En los pacientes tratados mediante EVAR, 13 (11 %) presentaron complicaciones (7 pre-ERAS vs. 6 ERAS; $p = 0,2$); en los pacientes ERAS todas las complicaciones fueron de categoría 1 (fiebre autolimitada en la mayoría de los casos), mientras en los pacientes pre-ERAS 4 presentaron complicaciones de categoría 3 (2 pacientes) y 4 (2 pacientes). La mortalidad a los 30 días fue del 0,8 % en los EVAR (1 paciente pre-ERAS y 0 en ERAS) y del 0 % en los pacientes con cirugía abierta.

Conclusiones: Concluimos que aplicando el protocolo ERAS-RICA se puede disminuir las complicaciones graves en los pacientes intervenidos de cirugía de AAA, tanto en EVAR como cirugía abierta.

Palabras clave: Aneurisma de aorta abdominal, cirugía vascular, EVAR, complicaciones, mortalidad.

P.CI-27

ACCESIBILIDAD UNIVERSAL AL PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL DEL PACIENTE CON CÁNCER COLORRECTAL

M. Reig Pérez; J. A. Robles de la Rosa; E. Romero Vargas; C. Arcos Quirós; J. M. Romero Fernández; A. García Rodríguez

Consorcio Sanitario Público del Aljarafe. Bormujos, Sevilla

Objetivo principal: Asegurar la accesibilidad universal del paciente con cáncer colorrectal (CCR) al protocolo de rehabilitación multimodal (RMM).

Accesibilidad universal: es la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos, instrumentos, herramientas y dispositivos para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. En la accesibilidad universal está incluida la accesibilidad cognitiva para permitir la fácil comprensión, la comunicación e interacción a todas las personas. La accesibilidad cognitiva se despliega y hace efectiva a través de la lectura fácil, sistemas alternativos y aumentativos de comunicación, pictogramas y otros medios humanos y tecnológicos disponibles para tal fin.

Presupone la estrategia de «diseño universal o diseño para todas las personas»

Objetivos secundarios:

- » Disminuir número de visitas del paciente al hospital.
- » Optimizar dosificación de hierro IV asegurando la dosis total al menos 3 semanas antes de la cirugía.

- » Optimizar la comprensión de la información suministrada.
- » Aumentar adherencia del paciente al protocolo.

Métodos: El Consorcio Sanitario Público del Aljarafe es un hospital comarcal básico, de ámbito periurbano, situado en una zona de alto crecimiento demográfico que tiene asignada una población de referencia en torno a 298.100 habitantes de 28 municipios diferentes, 9 zonas básicas de salud y 40 consultorios e incluye además más de 20 residencias de mayores. Coexisten poblaciones muy variables en cuanto a número de habitantes (600-25000), en cuanto a nivel educativo-cognitivo existiendo un rango de población de estudios superiores según los municipios del 2-40 % que coexiste con analfabetismo de 2,44 % (hombres 1,48 %/3,40 % mujeres) y en cuanto a actividad económica coexistiendo municipios cuya actividad principal en torno al 50 % es agraria o 30 % construcción, con otros de un 70 % dedicados al sector servicios. El traslado al hospital en muchos casos deben hacerlo en transporte público siendo desde algunos pueblos necesario desplazarse a la central de autobuses de la capital para luego tomar otra línea interurbana al hospital necesitando en ocasiones hasta 90 minutos por trayecto. Hay incluso publicado un glosario léxico y fraseológico de uso en zonas del Aljarafe occidental sevillano con expresiones frecuentes en la consulta como “barrumbado”, “amorrarse”, “antiernoche” haciendo patente que la terminología médica habitual no consigue transmitir la información.

Al decidir la introducción de la vía RICA a nuestro centro, el reto era asegurar la accesibilidad universal, con especial atención a la accesibilidad cognitiva del paciente con cáncer colorrectal y familiares y eliminar obstáculos para la optimización preoperatoria del paciente.

Planteamos dos fases.

Una primera fase de identificar obstáculos valorando aquellos en los que podemos influir y de estudio de posibles herramientas que mejoren la accesibilidad de todas las personas a la información. Se estudiaron los principales ítems preoperatorios de la vía RICA, contabilizando las citas a las que tenía que venir el paciente tras el diagnóstico de CCR e indicación de cirugía y evaluando la respuesta de los pacientes a la información “clásica” escrita y verbal del protocolo de rehabilitación multimodal así como la asistencia a las citas proporcionadas.

Una segunda fase de establecimiento de protocolos y circuitos hospitalarios y diseño de material:

Elaboramos protocolo de acto único cirugía/preoperatorio/anestesia/farmacia para determinar la necesidad de tratamientos preoperatorios.

Elaboramos protocolo de tratamiento de anemia preoperatoria con 1ª dosis de hierro carboximaltosa a las 48 h de la cita con anestesia.

Elaboramos protocolo de citas coincidentes en días de psicóloga/enfermera de RMM.

Elaboramos protocolo de marcaje/dudas/pruebas cruzadas 48 h antes de la cirugía.

Elaboramos cronograma pictográfico con código QR con los principales ítems del protocolo preoperatorio.

Creamos consulta específica de enfermería para explicar protocolo siguiendo el pictograma y QR con el paciente y ejercicios de prehabilitación.

Elaboramos carpeta clasificadora con toda la documentación del paciente que se le entrega en papel con infografía precisa del circuito hospitalario preoperatorio.

Conclusiones: La accesibilidad cognitiva forma parte de la accesibilidad universal, junto a la accesibilidad física y la accesibilidad sensorial y es la condición que deben cumplir los textos, carteles, tecnología y pictogramas para que todas las personas puedan entenderlos fácilmente. Se conciben desde el origen, y siempre que sea posible, entornos, procesos, programas, etc., que puedan ser utilizados por todas las personas, en la mayor extensión posible, sin necesidad de adaptación.

La adaptación del protocolo y de los circuitos hospitalarios al paciente y a su realidad y no a la inversa ha hecho además que disminuya el número de visitas que el paciente con CCR realizaba tras su diagnóstico en una media de 5 días (4-6) precisando actualmente en el peor de los escenarios (anemia que precise 2 dosis de hierro i.v.) 4 traslados al hospital que en estos pacientes podía suponer hasta 10 días en el mes preoperatorio.

La creación de una consulta de información y utilización en ella de cronograma pictográfico de gran tamaño y grabación del protocolo en QR ha conseguido en la encuesta de satisfacción con respecto a la información recibida por parte del cirujano que se obtenga una puntuación de muy buena/buena del 96 % y por parte de información de enfermería del 100 %.

Asimismo se objetiva una adherencia del protocolo elevada, consiguiendo que el 100 % de los pacientes con anemia preoperatoria hayan sido tratados al menos 3 semanas antes de la cirugía con hierro carboximaltosa, 100 % hayan seguido correctamente la profilaxis de trombosis (medias de compresión + HBPM 30 días), 97 % ingesta completa de la nutrición enteral preoperatoria indicada, 90 % ejercicios de prehabilitación, 98 % ejercicios de inspirometría y 75 % de asistencia a consulta de psicóloga y técnicas de relajación.

Precisamente en el perfil del paciente con CCR se encuentran muchas personas de edad más avanzada, y personas con nivel socioeconómico y/o cultural bajo y que sufren además la llamada brecha digital, por lo que el hacer accesible la información es necesario para obtener unos beneficios reales en el paciente de la implementación de la vía RICA.

Palabras clave: Accesibilidad, universal, cognitiva, cáncer colorrectal, rehabilitación multimodal.

P.CI-28

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN NUESTRO SERVICIO EN CUANTO A LA MORTALIDAD Y ESTANCIA HOSPITALARIA EN CIRUGÍA COLORRECTAL ONCOLÓGICA

L. Argüeso Camacho; D. Sánchez Relinque; M. Saavedra Chacón; M. García Gausí; A. del Castillo Cuesto; L. Tejedor Cabrera

Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

Objetivos: Analizar los resultados obtenidos en nuestro Servicio desde la implantación de una rehabilitación multimodal siguiendo el protocolo de la vía RICA en términos de estancia hospitalaria y mortalidad.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de todos los pacientes intervenidos de patología colorrectal oncológica en nuestro servicio desde el 1 de abril de 2022 (fecha en la que se aplica el protocolo según la vía RICA 2021) hasta el 1 de febrero de 2023 (Grupo RICA) comparándolos con los pacientes intervenidos de la misma patología del 1 de Abril de 2021 al 31 de marzo de 2022 (Grupo NoRICA).

Entre las variables analizadas se encuentran la estancia hospitalaria y la mortalidad en los primeros 30 días postoperatorios.

Resultados: Se obtienen un total de 147 pacientes, 71 pertenecientes al Grupo NoRICA con una estancia media postoperatoria de 10,53 días y una mortalidad del 7,04 % (5 casos), frente a 76 pertenecientes al Grupo RICA con una estancia media postoperatoria de 6,02 días y una mortalidad del 0 %. Resultados estadísticamente significativos con una $p = 0,0032$ (t-student).

Conclusiones: En nuestro caso parece más que recomendable la introducción de un protocolo de rehabilitación multimodal en cirugía colorrectal oncológica programada. Continuar con el estudio y aumentar el tamaño muestral se nos presenta como un objetivo fundamental para certificar los mismos.

Palabras clave: RICA, estancia hospitalaria, mortalidad, rehabilitación multimodal.

P.CI-29

TEST DE LA MARCHA: PREDICTOR DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL

S. Lario Pérez; J. J. Macia Román; V. Aranaz Ostáriz; F. López Rodríguez-Arias; S. Quinto Llopis; F. J. Lacueva Gómez

Hospital General Universitario de Elche, Alicante

Objetivos: La cirugía de carcinomatosis peritoneal ha permitido mejorar la supervivencia en pacientes previamente considerados paliativos. No obstante, se trata en muchos casos de una cirugía agresiva, no exenta de riesgos. Por tanto, es importante la selección de aquellos pacientes que puedan beneficiarse de este tratamiento.

Estudios publicados en patología oncológica y cardiovascular han evidenciado que el test de la marcha de los 6 minutos (TM6) permite el diagnóstico funcional de fragilidad de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía. Sin embargo, este test aún no ha sido evaluado en pacientes intervenidos mediante citorreducción con o sin quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC). El objetivo de nuestro estudio es establecer la relación entre el resultado obtenido en el TM6 antes la cirugía y las complicaciones postoperatorias presentadas en pacientes con citorreducción con o sin HIPEC.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes intervenidos de cirugía de carcinomatosis peritoneal entre enero de 2021 y agosto de 2022. Se analizó la relación entre el resultado del TM6 previo a la cirugía con las complicaciones postoperatorias en los primeros 90 días. Se excluyeron aquellos pacientes en los que la cirugía de citorreducción fue incompleta o subóptima.

Resultados: Se analizaron un total de 42 pacientes. La tasa de complicaciones globales fue del 71 % y de complicaciones mayores (Clavien-Dindo III-IV) del 16 %. La media del TM6 fue inferior en los pacientes que presentaron algún tipo de complicación postoperatoria (269,02 m con complicación vs 410,07 m sin complicación; $p = 0,003$).

La mediana del TM6 fue de 324 m. Aquellos pacientes que no alcanzaron esta cifra presentaron una mayor tasa de complicaciones globales (87 % en < 324 m vs. 52,6 % en > 324 m; $p = 0,002$). Al clasificar la gravedad de las complicaciones, tanto las menores (Clavien-Dindo I-II) como las mayores (Clavien-Dindo III-IV) fueron muy superiores en el grupo que no alcanzó los 324 m (complicaciones menores: 69,6 % < 324 m vs. 36,8 % en > 324 m; complicaciones mayores: 17,4 % en < 324 m vs. 15,8 % en > 324 m; $p = 0,042$).

Conclusiones: Los resultados obtenidos en el TM6 antes de la cirugía se relacionan con el riesgo de presentar complicaciones postoperatorias en los pacientes sometidos a cirugía citorreductora con o sin HIPEC. El TM6 debe ser considerado una herramienta diagnóstica rápida y accesible que detecta la fragilidad de los pacientes, permitiendo una adecuada selección de aquellos que se pueden beneficiar de la cirugía. Esto es especialmente importante en pacientes con enfermedad peritoneal, en la que se asocia una alta carga de morbilidad.

Palabras clave: TM6, carcinomatosis peritoneal, cirugía citorreductora, complicaciones.

P.CI-30

PAPEL DE LA PREPARACIÓN INTESTINAL EN CIRUGÍA COLORRECTAL DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL

E. Álvaro Cifuentes; P. Ortega Domene; M. García Nebreda; P. Soto García; M. Ramírez Bescós; A. León Bretscher; M. L. de Fuenmayor Valera; G. Paseiro Crespo

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Objetivos: La cirugía colorrectal (CC) presenta una incidencia elevada de infección del sitio quirúrgico (ISQ) (11-25 %). Esta infección es la principal infección relacionada con la asistencia sanitaria con una prevalencia del 19,5 % en 2022 y asocia un aumento de la morbilidad sanitaria, así como el gasto sanitario.

El objetivo de este estudio es conocer la incidencia de infección que presentan los pacientes intervenidos de CC electiva y la evolución que esta infección ha tenido a partir de la implantación del protocolo de preparación intestinal combinada preoperatoria.

Métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo observacional y descriptivo, de los pacientes intervenidos de cáncer colorrectal (CCR) en el Hospital Universitario Infanta Leonor desde enero de 2019 a enero de 2023. El protocolo de recuperación intensificada en cirugía abdominal se implantó en la CC en 2015. En junio de 2021 se implantó el protocolo de preparación intestinal combinada con antibioterapia oral (PIC) a todos los pacientes intervenidos de forma electiva.

Resultados: Se han intervenido un total de 477 pacientes de manera electiva y 188 (39,4 %) han recibido PIC. De todos los pacientes intervenidos, 58 (12,2 %) han presentado algún tipo de infección durante el postoperatorio. De ellos, 17 (9 %) pacientes con PIC han presentado algún tipo de infección durante el postoperatorio con respecto a 41 (14,3 %) que no recibieron PIC. En concreto, 4 (6,9 %) pacientes preparados han presentado ISQ frente a 8 (13,8 %) pacientes que no se prepararon; 7 (12,1 %) pacientes con PIC han presentado colección intraabdominal frente a 12 (20,7 %) sin PIC y 5 pacientes con PIC (8,6 %) han presentado dehiscencia anastomótica frente a 19 (32,8 %) que no han recibido PIC, no siendo estas diferencias estadísticamente significativas. La incidencia de ingresos en los pacientes con PIC ha sido del 7,4 % frente al 8,4 % de los pacientes sin PIC, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,0001$).

Conclusiones: A lo largo de estos años se ha observado una disminución progresiva en las infecciones encontradas en los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal, objetivando además que los pacientes que han recibido una preparación combinada presentan una incidencia menor que los no preparados.

P.CI-31

IMPLEMENTACIÓN DE UNA TERAPIA DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL SIGUIENDO EL PROTOCOLO DE LA VÍA RICA 2021 EN NUESTRO SERVICIO. ¿CAMBIO REAL CON RESPECTO A LO QUE SE HACÍA HASTA AHORA?

D. Sánchez Relinque; L. Argüeso Camacho; M. García Gausí; M. Saavedra Chacón; C. Claver Bocanegra; L. Tejedor Cabrera

Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

Objetivos: Establecer el grado de cumplimiento de los ítems recomendados por la vía RICA en nuestro servicio en cirugía colorrectal oncológica programada desde su implementación (01 de abril de 2022) hasta la fecha, y comparar con la praxis realizada hasta su inicio.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal oncológica programada en nuestro Servicio desde el 1 de abril de 2021 hasta el 31 de marzo de 2022 (Grupo noRICA) comparándolo con los pacientes intervenidos del 1 de abril de 2022 al 1 de febrero de 2023 (Grupo NoRICA) valorando el grado de cumplimiento de cada uno de los 135 ítems recomendados por la vía RICA 2021.

Resultados: En el Grupo noRICA se intervinieron 71 pacientes, 31 mujeres (43,66 %) y 40 hombres (56,33 %), con una edad media de 67,91 años. Se cumplieron el 61,48 % de los ítems (83/135) en el

100 % de los casos, el 36,84 % (14/35) en la preparación del paciente, el 75 % (9/12) en el preoperatorio, el 71,42 % (45/63) en el intraoperatorio y el 68,18 % (15/22) en el postoperatorio. En el Grupo RICA se intervinieron 76 pacientes, 30 mujeres (39,47 %) y 46 hombres (60,53 %), con una edad media de 67,08 años. Se cumplieron el 88,88 % (120/135) de los ítems en el 100 % de los casos, el 92,1 % (35/38) en la preparación del paciente, el 83,33 % (10/12) en el preoperatorio, el 85,71 % (54/63) en el intraoperatorio y el 95,45 % (21/22) en el postoperatorio.

Conclusiones: Se recomienda la implementación de un protocolo de rehabilitación multimodal en cirugía colorrectal ya que potencia, mejora y ayuda a la realización, en un mayor porcentaje de los casos, de un mayor número de prácticas abaladas por la bibliografía actual, lo cual repercutirá en la evolución y pronóstico del paciente (estudios realizados en esos mismos periodos de tiempo en nuestro Servicio han determinado un descenso en 4,51 días (42,83 %) de estancia postoperatoria entre otras múltiples variables a estudio).

Palabras clave: RICA, rehabilitación, multimodal, cirugía, colorrectal.

P.CI-32

REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA DE LA PARED ABDOMINAL COMPLEJA: NUEVOS HORIZONTES

P. Soto García; A. León Bretscher; M. Ramírez Bescós; B. Fernández Escudero; M. L. de Fuenmayor Valera; G. Paseiro Crespo

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Objetivos: La patología de la pared abdominal compleja (PPAC) es un concepto amplio y de difícil definición, atiende a diversos factores como la localización, el tamaño del defecto herniario u otras características asociadas. Si bien existe una indudable heterogeneidad entre los pacientes con PPAC, estos suelen presentar una serie de características clínicas y comorbilidades intrínsecas que condicionan desafíos específicos. Dichas necesidades, de manera habitual, quedan desatendidas en los programas de cuidados estándares. El objetivo de este estudio es analizar el impacto que tendría iniciar un programa de rehabilitación multimodal para cirugía de pared compleja y presentar la propuesta del Hospital Universitario Infanta Leonor (HUIL).

Métodos: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de la evidencia científica publicada al respecto de los programas de rehabilitación multimodal existentes en cirugía de la pared abdominal, a través de buscadores bibliográficos (PUBMED y Cochrane) con las palabras clave: “complex abdominal wall surgery”, “prehabilitation”, “hernia”, “postoperative outcomes”, “high-risk patients”, “comorbidity”, “enhanced recovery abdominal surgery” y “wall surgery”. Se ha limitado la búsqueda a aquellos estudios publicados en los últimos 5 años en revistas indexadas.

Resultados: El abandono del hábito tabáquico y la pérdida de peso reducen las complicaciones postoperatorias (CP). El aumento del ejercicio físico preoperatorio reduce las CP y la tasa de ingresos. La aplicación de programas de prehabilitación puede igualar los resultados quirúrgicos de los pacientes con factores de riesgo y a aquellos sin factores de riesgo asociados. La evidencia científica en prehabilitación para PPAC no se está aplicando correctamente en la práctica clínica actual. Un elevado porcentaje de pacientes llegan a quirófano sin una correcta optimización de sus factores

de riesgo modificables. Las medidas propuestas en nuestro programa de rehabilitación multimodal para PPAC son: pautas de optimización nutricional, valoración en unidad específica de nutrición de endocrinología, ejercicio físico apoyado por el servicio de rehabilitación, fisioterapia respiratoria pre y postquirúrgica, implicación del servicio de anestesia en el control analgésico postquirúrgico (con directas implicaciones en la deambulación precoz) y ofrecer una información detallada y adaptada al nivel sociocultural del paciente. Recalcamos la importancia de realizar entrevistas motivacionales prequirúrgicas donde poner en valor la implicación de cada paciente en el éxito de su recuperación. Además, se aporta un informe médico detallado con indicaciones semanales con el fin de disminuir la incertidumbre y estrés psicológico asociados a los procesos de recuperación postoperatoria prolongados.

Conclusiones: La prehabilitación en pacientes PPAC ha demostrado claros beneficios en la recuperación postquirúrgica de los pacientes, disminuyendo así la estancia hospitalaria y el gasto sanitario. En la actualidad escasas publicaciones científicas proponen y exponen resultados a largo plazo de programas de rehabilitación multimodal para PPAC. Dados los potenciales beneficios que este protocolo tiene para los pacientes, la implantación de un protocolo rehabilitación multimodal para pacientes con PPAC es mandatorio en un hospital en el que la rehabilitación multimodal lleva implantada 8 años en cirugía colorrectal y 4 años en cirugía esofagogástrica con excelentes resultados. Concluimos en la necesidad, a futuro, de realizar más estudios en este campo.

Palabras clave: Cirugía compleja de la pared abdominal, pacientes de alto riesgo, cirugía abdominal con recuperación mejorada, prehabilitación.

ENFERMERÍA

P.EN-01

ADHERENCIA DEL PACIENTE QUIRÚRGICO NO FRÁGIL A LAS RECOMENDACIONES DE LA EPA (ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA) EN LA CONSULTA DE PREHABILITACIÓN DEL HOSPITAL VALL D'HEBRÓN: VISITAS DE SEGUIMIENTO

I. Montillor Ramoneda; L. Moreno García; R. Martínez Montesinos
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos: Describir el seguimiento y la adherencia a la prehabilitación del paciente quirúrgico no frágil después de la intervención en la consulta de la EPA de prehabilitación quirúrgica del Hospital Universitario Vall d'Hebron.

- » Analizar las visitas de seguimiento telefónicas del año 2022 en la consulta de la EPA de prehabilitación quirúrgica del Hospital Universitario Vall d'Hebron.
- » Explicar y discutir futuros proyectos relacionados con la adherencia a las recomendaciones de la EPA en la consulta de prehabilitación quirúrgica.

Métodos: Primera visita presencial de enfermería con infografías de la información proporcionada en la consulta y diario de adherencia a las indicaciones de prehabilitación. Creación de variables e introducción dentro del proceso del programa del propio hospital (SAP). Llamadas telefónicas para las visitas de seguimiento.

Conclusiones: Los resultados extraídos del proceso del programa SAP del Hospital Universitario Vall d'Hebron de las visitas de seguimiento de la EPA muestran que los pacientes con diario de seguimiento en formato papel y con visita de seguimiento telefónica de enfermería a los 15 días de la intervención tienen una buena adherencia a las pautas prescritas. De las visitas de seguimiento telefónicas que están completas el 69,23 % confirman rellenar el diario de seguimiento al completo en formato papel. Respecto los resultados de adherencia a las intervenciones prescritas por parte de la EPA en la consulta de prehabilitación observamos que el ejercicio cardiovascular, los ejercicios de fuerza y la dieta equilibrada asegurada en proteínas tienen una adherencia de entre el 80-100 % por parte de los pacientes. Los resultados actuales son resultados de la propia consulta y de las visitas de seguimiento del proceso de recuperación intensificada en la cirugía (RIC) del hospital para poder proporcionar una continuidad a los pacientes visitados en nuestra consulta antes de la cirugía. Actualmente estamos desarrollando un proyecto donde todos los pacientes no frágiles y con una hospitalización mayor a 48 horas van a recibir el mismo seguimiento y con el mismo material para poder describir la adherencia total actual de las recomendaciones de la EPA y posteriormente poder comparar los indicadores de resultados en un futuro. Esto nos podrá proporcionar información sobre los beneficios y/o desventajas que aporta dicha intervención de enfermería en la consulta de prehabilitación con los pacientes no frágiles.

Palabras clave: Prehabilitación, ERAS, adherencia, enfermería.

P.EN-02

APOYO PSICOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE INCLUIDO EN EL PROTOCOLO VÍA RICA

P. Torrico Pérez; M. B. García Llano; R. Salvatierra Arín; I. Crespo García; J. Albaladejo Magdalena; A. C. Carrocera Cabal

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias

Objetivos: Justificar la necesidad de participación del psicólogo en el circuito vía RICA.

Material y métodos: La sintomatología ansioso-depresiva es una de las reacciones psicológicas más frecuentemente observadas entre los pacientes que padecen cáncer o patología que afecte a su calidad de vida.

Cuando el paciente se va a someter a una intervención quirúrgica sufre un fuerte impacto emocional, un estado de estrés, marcado por el miedo a lo desconocido: miedo al dolor, a la anestesia, a no despertarse, a cómo será su vida tras la intervención, al miedo a enfrentarse a una ostomía, a la hospitalización. Este estado influye negativamente en su recuperación, en el funcionamiento emocional y social de él y de sus familiares.

En una revisión sistemática realizada por Dusica M Stamenkovic y cols.¹ sobre la ansiedad preoperatoria en adultos programados para cirugía destaca entre sus mensajes clave:

- » Una evaluación de ansiedad preoperatoria debe integrarse en la visita preoperatoria con los cuestionarios disponibles, como la forma más sencilla y rápida.
- » En los pacientes detectados con un nivel más alto ansiedad preoperatoria, se debería dar un tratamiento individualizado sugiriendo un abordaje multidisciplinario, incluyendo un psicólogo.
- » En cuanto al manejo perioperatorio, el enfoque de analgesia multimodal, que incluye métodos no farmacológicos (terapia cognitiva, musicoterapia, relajación), iniciados en el período preoperatorio y continuado durante el periodo intraoperatorio y postoperatorio podría ser beneficioso.

Hemos realizado un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo con una muestra de 154 pacientes atendidos en la primera consulta de enfermería vía RICA entre mayo y diciembre de 2022.

Las patologías incluidas han sido tumores de colon, recto, vejiga, riñón, estómago, esófago, páncreas y otro pequeño número de intervenciones no oncológicas como enfermedad inflamatoria intestinal o diverticulitis.

El instrumento utilizado para medir la ansiedad ha sido la escala HADS (Escala de ansiedad y depresión Hospitalaria): 14 ítems distribuidos en 2 subescalas: ansiedad y depresión con 2 puntos de corte: 8 para casos posibles y mayor a 10 para casos probables.

Resultados: Analizando los datos aportados por la escala HADS hallamos: del total de 154 pacientes, 60 (38,96 %) son mujeres y 94 (61,03 %) son hombres. La edad promedio fue de 68,22 años en un rango comprendido entre 28 y 90 años.

La incidencia de ansiedad en la muestra fue de 46,10 % (71 pacientes) y de depresión de 25,97 % (40 pacientes), considerando a los pacientes con una puntuación superior a 8 en el cuestionario HADS.

Por sexos: se observó mayor frecuencia de ansiedad (61,66 %) en las mujeres que en los hombres (36,17 %) con significación estadística $p = 0,0019$ (prueba Chi cuadrado) y mayor incidencia de depresión en las mujeres (33,33 %) que en los hombres (21,27 %) sin significación estadística $p = 0,096$, Chi cuadrado.

Por patologías: destacó mayor ansiedad y/o depresión en neoplasia gástrica (72,72 %), seguido de neoplasia colon (50,66), neoplasia páncreas (50 %), neoplasia de recto (44 %), neoplasia vesical (41,66 %) y enfermedad inflamatoria intestinal (42,85 %), diferencia que no fue estadísticamente significativa ni para ansiedad ($p=0,3597$ Chi cuadrado) ni para depresión ($p = 0,23$).

Conclusiones: Teniendo en cuenta los porcentajes elevados de ansiedad y depresión evidenciados, debemos prestar mayor atención a los problemas psicológicos de los pacientes, por lo que sería de enorme importancia, incluir apoyo psicológico en el equipo interdisciplinar y así conseguir un verdadero tratamiento integral del paciente.

Bibliografía recomendada:

1. Stamenkovic DM, Rancic NK, Latas MB, Neskovic V, Rondovic GM, Wu JD, Cattano D. Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: what can we do to change our history. *Minerva Anestesiol.* 2018;84(11):1307-17. DOI: 10.23736/S0375-9393.18.12520-X.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, paciente, cirugía, vía RICA.

P.EN-03

YEYUNOSTOMÍA DE ALIMENTACIÓN FANTASMA: DESCRIPCIÓN TÉCNICA Y RESULTADOS DE NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL

V. Moreno Blanco; M. Menéndez Jiménez de Zavala Li; A. M. Peiró Ramada; A. Ruiz Millán
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Objetivos: Describir y analizar los resultados iniciales en nuestro centro de la utilización de la yeyunostomía fantasma en pacientes sometidos a esofagectomía Mckeown.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de 24 pacientes intervenidos de forma consecutiva de esofagectomía tres tiempos (McKeown) en un centro de tercer nivel, bajo un protocolo ERAS (“esofagectomía Tubeless”) desde julio de 2020 a enero de 2022. Se excluyeron todos aquellos pacientes en los que no se realizó anastomosis primaria, fueron sometidos a cirugía de urgencias o ya eran portadores de yeyunostomía de alimentación preoperatoriamente.

La “yeyunostomía fantasma” se realiza en pacientes que no presentan o están en riesgo alto de desnutrición, evitando así las complicaciones relacionadas con su colocación sistemática. La técnica consiste en la fijación del asa yeyunal al peritoneo parietal en el lugar donde se realizaría la teórica yeyunostomía de alimentación y el marcaje de dicha zona a nivel cutáneo.

En caso de necesidad de colocar una yeyunostomía de alimentación, se procedería a la punción guiada por ecografía del asa yeyunal fijada previamente y a la introducción mediante la técnica de Seldinger un catéter tipo Pigtail.

Conclusiones: La edad mediana de los pacientes era de 65,5 años, con un el IMC de 24,03 y ASA 3.

El 84 % recibió neoadyuvancia preoperatoria, realizándose a todos una linfadenectomía mediastínica total o extendida y en el 92 % de los casos una reconstrucción con gastroplastia transmediastínica.

No se produce ninguna complicación derivada de la realización de la yeyunostomía fantasma. De los 24 pacientes incluidos se tuvo que realizar yeyunostomía de alimentación en 6 de ellos de forma exitosa. De estos, en 1 caso se produjo una celulitis en el punto de inserción curada con terapia antibiótica.

Cuando las complicaciones asociadas a la yeyunostomía sistemática y con factibilidad de ser colocada por vía percutánea con seguridad en los casos necesarios, sin necesidad de una reintervención quirúrgica, siendo esta técnica sencilla y con una baja morbimortalidad.

Palabras clave: Cirugía esofágica, yeyunostomía fantasma.

P.EN-04

ESTUDIO PILOTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMÍA EN PROGRAMA ERAS

A. Sánchez Rojas

Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos: Conocer la calidad de vida de los pacientes intervenidos de cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker incluidos en el Programa ERAS en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio piloto observacional descriptivo prospectivo realizado en el periodo comprendido entre diciembre del 2022 y enero del 2023. Se incluyeron pacientes intervenidos de cistectomía en programa ERAS, obteniendo una N de 9 pacientes. Se excluyeron los pacientes con barrera idiomática, los que se ha realizado cistectomía pero con otro tipo de derivación urinaria y a los que no se les ha podido realizar el segundo cuestionario a causa de complicaciones en el postoperatorio.

La variable principal de estudio fue la calidad de vida del paciente mediante el cuestionario de salud EQ-5D-3L. Este fue recogido en dos momentos: el día del ingreso de forma presencial, y a los quince días del alta, de forma telefónica. Además, se recogieron otras variables sociodemográficas. Los datos fueron analizados con estrategia descriptiva.

Conclusiones: Durante el periodo de estudio se incluyeron 9 pacientes intervenidos de cistectomía e incluidos en el programa ERAS. El 56 % fueron hombres y el 44 % mujeres. Los datos del cuestionario de salud previo a la cistectomía muestran que el 50 % de los pacientes tenían algún problema de movilidad, el 70 % de estos no tenía problemas para su cuidado personal ni en el cuidado personal. El 30 % refiere presentar mucho dolor o malestar, mientras que el 50 % refieren estar ansiosos o de-

primidos. Finalmente, solo el 29 % de los pacientes valoran su estado general como muy bueno. En cambio, a los 15 días de la cirugía se observa que el 43 % no refieren problemas de movilidad, el 86 % no tiene problemas para su aseo personal y el 72 % no tiene problemas para realizar las actividades cotidianas. Un 29 % refiere mucho dolor o malestar, mientras que un 14 % refieren estar ansiosos o deprimidos. Finalmente, el 43 % consideran su estado de salud como muy bueno.

Bibliografía recomendada:

1. Abella Serra JA, Jerez González M, Serrallach Orejas JI, Pérez Reggeti C, Ferreiro Parejo P, de Pablos Rodríguez P, et al. Enhanced recovery after radical cystectomy: Outcomes of implementation after 80 cases. DOI: 10.1016/j.clnesp.2022.06.032.
2. Catto JWF, Downing A, Mason S, Wright P, Absolom K, Bottomley S, et al. Quality of Life After Bladder Cancer: A Cross-sectional Survey of Patient-reported Outcomes. *Eur Urol*. 2021;79(5):621-32. DOI: 10.1016/j.eururo.2021.01.032.
3. Taarnhøj GA, Johansen C, Pappot H. Quality of life in bladder cancer patients receiving medical oncological treatment; a systematic review of the literature. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17(1):20. DOI: 10.1186/s12955-018-1077-6. Erratum in: *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):15.

Palabras clave: Cistectomía, calidad de vida.

P.EN-05

LA INFORMACIÓN COMO PRIMER PASO HACIA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PREHABILITACIÓN MULTIMODAL ERAS RAQUIS

I. Milla Jiménez; J. A. Jerez González; R. Salvador Villagrasa; I. Garreta Català; L. González Cañas; ERAS Raquis Study Group*

Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos: Determinar si los pacientes incluidos en el programa ERAS raquis de prehabilitación multimodal del Hospital Universitario de Bellvitge han comprendido la información recibida de la enfermera referente en el primer año de implantación del programa.

Evaluar la percepción de la calidad de la información que los pacientes han recibido de la enfermera referente.

Métodos: Estudio retrospectivo dirigido a los pacientes incluidos en el programa de prehabilitación ERAS raquis e intervenidos de cirugía de columna durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2022.

En dicho periodo se prehabilitaron un total de 80 pacientes y se intervinieron 75.

Los 75 pacientes incluidos en el estudio fueron informados presencialmente, en la consulta de prehabilitación por la enfermera referente sobre el programa ERAS y las recomendaciones a seguir en cuanto a dieta hiperproteica, actividad física y manejo del estrés. Se les proporcionó información escrita con apoyo audiovisual (app FISSIOS, y un video informativo al que se accede con un código

QR al enlace https://youtu.be/_PoQUOLXdF8) y el teléfono de contacto con la enfermera referente para consultas o dudas.

Al ingreso, la enfermera referente cumplimenta los indicadores del programa ERAS raquis sobre la comprensión de la información y la visualización del video incluidos en la base de datos ERAS raquis del software del hospital.

El día del alta los pacientes reciben información oral y escrita sobre las recomendaciones a seguir, así como las normas de reconduta en caso de complicación clínica.

A todos los pacientes, la enfermera referente les envía vía SMS el cuestionario de satisfacción “Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto”.

Resultados: El estudio incluye un total de 75 encuestas de las que se obtuvo un 69,33 % de respuesta. El 100 % manifestó haber comprendido la información recibida; el 98,07 % visualizó el video informativo y el 82,69 % no necesitó utilizar el teléfono de contacto.

El 75 % considera que la información recibida antes de la intervención es muy buena y el 78,84 % calificó como muy buena, la información recibida al alta.

Conclusiones: Los resultados en el primer año de implantación del programa ERAS raquis en el Hospital Universitario de Bellvitge han sido muy satisfactorios ya que todos los pacientes incluidos en el programa comprendieron la información recibida y la mayoría la percibieron como muy buena.

Bibliografía recomendada:

1. Alférez Maldonado AD. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. Revista Española de Comunicación en Salud. 2016;147-57. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3379>
2. Maqueda Martínez MA, Martín Ibañez L. La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. Revista Española de Comunicación en Salud. 2016;158-66. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3380>
3. Staartjes VE, de Wispelaere MP, Schröder ML. Improving recovery after elective degenerative spine surgery: 5-year experience with an enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol. Neurosurg Focus. 2019;46(4):E7. DOI: 10.3171/2019.1.FOCUS18646.

*ERAS Raquis Study Group: Yolanda Soler Sancho, Moisés Suárez Perez, Augusto-Atilio Covaro, Stelania Savino, M. Antonia Dalmau Llitjos, Mónica Montserrat Gil de Bernabé, Eva Barberán Camas, Gerard Turmo Pericas.

Palabras clave: Rehabilitación, columna, información, escucha activa, comunicación.

P.EN-06

PROYECTO ENFERMERO PARA EL EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE EN LA FASE INTRAHOSPITALARIA. EQUIPO MULTIDISCIPLINAR RIC DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRÓN

M. M. Vázquez Rojas; M. P. Gutiérrez Barceló; A. Pérez Benavente; M. Cubo Abert; M. Pàmies Serrano; M. Asensio Tapias

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos: El cumplimiento de los indicadores de la sociedad ERAS mejora la atención a nuestras pacientes y permite darlas de alta hospitalaria en mejores condiciones. Durante el periodo 2021-2022 detectamos oportunidades de mejora en las diferentes fases del protocolo de recuperación intensificada de la cirugía en Ginecología dentro del contexto de la Certificación Internacional de la ERAS Society, siendo una de las líneas de mejora ha sido potenciar el empoderamiento del paciente en la fase preoperatoria, intrahospitalaria y postoperatoria tardía.

Objetivos generales:

1. Mejorar la calidad asistencial, potenciando el empoderamiento de la paciente.
2. Mejorar el grado de cumplimiento de los indicadores ERAS, superando el 70 %.

Objetivos específicos:

1. Actualizar al equipo de trabajo con la evidencia publicada, estandarizando procesos y recogida de información.
2. Implicar al paciente-familia en el proceso del autocuidado.

Métodos: Estudio prospectivo consecutivo de 50 pacientes antes y después de implantar las líneas de mejora, utilizando la metodología LEAN en el que se implementó un formulario de empoderamiento del paciente. Se incluyeron todas las pacientes ERAS. Las líneas de actuación fueron las siguientes:

1. Fase preoperatoria: informar y formar al paciente/familia del proceso perioperatorio y de su implicación en la fase intrahospitalaria. Introducción y entrega del formulario al paciente/familia y resolución de dudas.
2. Estandarizar la medición de la fragilidad.
3. Fase intraoperatoria: estandarizar la carga de parámetros clínicos en las áreas de recuperación.
4. Fase intrahospitalaria: autorregistro del seguimiento por parte de pacientes-familia de su recuperación proactivamente en el formulario del empoderamiento.
5. Introducción del uso del chicle para estimular la motilidad intestinal. Modificación del registro de la movilización del paciente cambiando el indicador de cualitativo a cuantitativo.
6. Fase postoperatoria tardía: cuestionario sobre el grado de satisfacción de las pacientes.

Resultados: El personal enfermero informó y entregó el “Formulario de empoderamiento de paciente” al 100 % de las pacientes visitadas en las consultas externas.

Durante la fase intrahospitalaria, se ha implementado un “Formulario de empoderamiento de paciente”, que constaba de 11 variables de recogida de información. El paciente-familia realizaba el registro de los indicadores.

El grado de adherencia de los pacientes fue del 96 %. Tras analizar los indicadores de las diferentes fases se observó un aumento de la adherencia en todas las fases del perioperatorio en el 72,4 %,

El grado de cumplimiento del indicador de motilidad intestinal fue del 92 %. En el postoperatorio alcanzó una adherencia del 47,7 % con ayuda del formulario de empoderamiento instaurado.

Conclusiones: Observamos que los pacientes y familiares acompañados de los profesionales, mediante la incorporación de la conciencia del autocuidado, manifiestan una actitud proactiva hacia el cuidado de su salud desde la fase postoperatoria inmediata.

Dentro del equipo multidisciplinar, destacamos el liderazgo enfermero, clave en las líneas de mejora establecidas ha sido clave para el desarrollo y resultado del proyecto.

Palabras clave: Empoderamiento, Indicadores ERAS.

P.EN-07

PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY EN EL PROCESO DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE

M. E. González Vilatarsana; L. Lladó Garriga; O. Barrios Cormenzana; A. Cachero Ros; M. García Guix
Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos: No existe fuerte evidencia científica respecto a la eficacia y efectividad de aplicar el Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) en la cirugía del Trasplante Hepático. Debido a la similitud con la cirugía hepática, la cual tiene buenos resultados comprobados en relación con la aplicación del ERAS, la Sociedad Española de Trasplante Hepático está trabajando en la elaboración del protocolo en los hospitales trasplantadores de nuestro país.

- » Describir el proceso de implementación del protocolo ERAS en el Trasplante Hepático en el Hospital de Bellvitge.
- » Optimizar la preparación del paciente antes del trasplante.
- » Aumentar la calidad asistencial durante todo el proceso.
- » Mejorar la experiencia del paciente.
- » Adaptarnos a los cánones de la medicina perioperatoria.

Métodos: En el año 2020, en plena pandemia por SARS CoV-2, se empezó a prehabilitar a los pacientes en lista de espera para trasplante hepático. La visita de prehabilitación se realizaba vía tele-

fónica con el objetivo de optimizar aspectos que podrían mejorarse antes del trasplante y detectar precozmente problemas que podrían impedir que el trasplante fuese un éxito. A partir del 2021 y hasta el día de hoy las visitas son presenciales. Estas visitas son realizadas por la Enfermera de Práctica Avanzada de la Unidad de Trasplante Hepático (UTH). Durante el año 2023, el equipo de la UTH tiene como objetivo implantar el resto de etapas del ERAS con la finalidad de mejorar el proceso del trasplante y la experiencia del paciente pudiendo, así mismo, monitorizar la calidad durante todas las etapas.

Resultados: Hasta enero del 2023, un total de 57 pacientes han sido prehabilitados antes del trasplante hepático, permitiendo la detección precoz de problemas que en la etapa anterior podrían pasar desapercibidos. De su totalidad, 7 fueron derivados a trabajo social, 4 a deshabitación tabáquica y 2 a dietética y nutrición. El resto de pacientes superó los test y no precisaron la derivación a otro profesional. La estancia hospitalaria de los pacientes prehabilitados no se redujo respecto a los pacientes no prehabilitados.

Conclusiones:

- » La implementación de las recomendaciones ERAS en cirugía mayor abdominal (colorrectal, pancreática y hepática) está asociada con una mejor recuperación y una reducción de complicaciones postoperatorias sin aumentar los ingresos.
- » El ERAS en el trasplante hepático tendrá que demostrar su eficacia tras la implementación de la fase intra y postoperatoria, así como la evaluación del proceso y de la experiencia del paciente.

Bibliografía recomendada:

1. Brustia R, Monsel A, Skurzak S, Schiffer E, Carrier FM, Patrono D, et al. Guidelines for Perioperative Care for Liver Transplantation: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Recommendations. *Transplantation*. 2022;106(3):552-61. DOI: 10.1097/TP.0000000000003808.
2. Pollok JM, Tinguely P, Berenguer M, Niemann CU, Raptis DA, Spiro M; ERAS4OLT.org collaborative. Enhanced recovery for liver transplantation: recommendations from the 2022 International Liver Transplantation Society consensus conference. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2023;8(1):81-94. DOI: 10.1016/S2468-1253(22)00268-0. Erratum in: *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2023;8(2):117.
3. Xu Q, Zhu M, Li Z, Zhu J, Xiao F, Liu F, et al. Enhanced recovery after surgery protocols in patients undergoing liver transplantation: A retrospective comparative cohort study. *Int J Surg*. 2020;78:108-12. DOI: 10.1016/j.ijsu.2020.03.081.

Palabras clave: Trasplante hepático, prehabilitación, proyecto, enfermera de práctica avanzada.

P.EN-08

EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN LA CIRUGÍA COLORRECTAL Y PANCREÁTICA

K. A. Layedra Erazo; J. A. Jerez González; L. Secanella Medayo; J. Busquets Barenys; N. Peláez Serra; PancrERAS Study Group*

Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos:

- » Evaluar la experiencia de los pacientes incluidos en un programa de recuperación intensificada en la cirugía colorrectal y pancreática en un hospital de tercer nivel.
- » Identificar el perfil de paciente con mayor índice de respuesta.

Métodos: Se realiza un cuestionario digital a través de un enlace vía SMS a los pacientes/familiares. La población abarca todos los pacientes incluidos en el Programa RICA (Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal) e intervenidos de Cirugía pancreática o colorrectal tras el alta hospitalaria durante el año 2022.

El cuestionario consta de 28 preguntas cerradas y de 4 abiertas. En ella se desarrollan preguntas sobre el perfil del paciente, la satisfacción con los diferentes profesionales que intervienen antes y después de la cirugía, la información proporcionada por los mismos, las instalaciones y prestaciones del hospital y finalmente, aspectos relacionados con el Programa (dolor, náuseas o vómitos, introducción de la dieta, movilización precoz, etc.)¹. El cuestionario utilizado se basa en la Vía RICA², en su versión más reciente.

Resultados: De un total de 219 encuestas enviadas, 36 han sido respondidas. De este modo se consigue un 16,4 % de respuesta.

Los pacientes con mayor índice de respuesta tienen entre 50-69 años, nacionalidad española y estudios primarios. Respecto al sexo no se aprecia diferencias.

El 72,2 % valora la información prequirúrgica recibida por parte de cirujano, anestesista y enfermera como muy buena.

El 83,3 % considera a tiempo el inicio de dieta oral.

El 66,6 % valora el inicio de sedestación a tiempo.

El 77,7 % cree que el inicio de deambulación fue a tiempo.

Tan solo el 30 % hizo uso del contacto telefónico facilitado al alta.

El 90,2 % considera que la información proporcionada por cirujano/ enfermera al alta fue entre buena y muy buena.

El 88,8 % están muy o bastante satisfechos con la atención prestada globalmente.

El 94,4 % recomendaría a un familiar el mismo modelo o circuito quirúrgico. El 91,6 % lo si tuviese que ser operado nuevamente.

El 94,4 % creen que la coordinación de los miembros fue entre Bastante y Muy buena.

Conclusiones: A pesar del bajo porcentaje de respuesta, se puede concluir que la valoración de los pacientes que realizan la encuesta es globalmente positiva.

A raíz de este análisis se evidencia la necesidad de establecer nuevas vías o estrategias para analizar la experiencia del paciente con el Programa RICA y así obtener una mayor participación y adherencia al sistema de evaluación digitalizado.

Bibliografía:

1. Galli E, Fagnani C, Laurora I, Marchese C, Capretti G, Pecorelli N, et al. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) multimodal programme as experienced by pancreatic surgery patients: Findings from an Italian qualitative study. *Int J Surg.* 2015;23(Pt A):152-9. DOI: 10.1016/j.ijssu.2015.09.071.
2. Ramírez Rodríguez JM, Ruiz López PM, Abad Gurumeta A, Sebastián Arroyo A, Bruna Esteban M, Cabañero Sánchez A, et al. Vía clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía de Adulto (RICA). Ministerio de Sanidad, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM): 2021. p. 17-170.

*PancrERAS Study Group: María Sorribas Grifell, Silvia Salord Vila, Rafael López Urdiales, Laura Hernández Montoliu, Pilar Garrido Garzón, Glòria Creus Costas, Montserrat Cárcamo Trapero, Cristóbal Cañete Cavanillas, Luisa Luquin Fernández, Imma Camprubí Sociats, M. Jesús Conde Martínez.

Palabras clave: satisfacción, ERAS, experiencia, encuesta.

P.EN-09

EMPLEO DE DISPOSITIVOS DE COMPRESIÓN NEUMÁTICA INTERMITENTE EN CIRUGÍA ELECTIVA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

B. Prieto; E. del Retiro Corchado

Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Tarragona

Objetivos: Realización de una revisión bibliográfica exhaustiva con el propósito de encontrar artículos relacionados con el uso de dispositivos de compresión neumática intermitente durante el proceso perioperatorio, así como los beneficios y posibles contraindicaciones demostrados por el empleo de los mismos.

Métodos: Estudio sistematizado de búsqueda bibliográfica y revisión de nueve artículos de las principales bases de datos científicos: Biblioteca Cochrane, NIHR, SAGE Journals, BMC, Annals of Surgery, Pubmed y Research Gate. Se emplearon las palabras clave: dispositivos de compresión neumática, medias neumáticas, profilaxis mecánica, cirugía electiva, intervención quirúrgica.

Para la elaboración de este trabajo se ha formulado la siguiente pregunta orientadora: ¿Existen estudios sistematizados prospectivos del empleo de sistemas de compresión neumática intermitente durante el proceso perioperatorio?

Los artículos fueron seleccionados según determinados criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión son: artículos de ámbito sanitario publicados en los últimos cinco años, estudios difundidos en inglés y español, así como artículos relacionados con uso de sistemas de compresión neumática intermitente. Han sido excluidos los artículos no relacionados únicamente con el uso de estos dispositivos a lo largo del proceso perioperatorio o en casos de cirugías urgentes.

Resultados: Después de analizar de forma crítica los 9 artículos se obtienen los siguientes resultados: 4 artículos concluyen con que no existe evidencia que el uso de dispositivos de compresión neumática intermitente junto con la administración de heparina de bajo peso molecular prevenga la aparición de trombosis venosa profunda comparado con solo la administración de heparina de bajo peso molecular de forma profiláctica.

5 artículos aseguran con un nivel de evidencia fuerte que el uso de dispositivos de compresión neumática intermitente y heparina de bajo peso molecular son efectivos para la prevención de la trombosis venosa profunda.

Las contraindicaciones del uso de dispositivos de compresión neumática en cirugía electiva son:

- » Enfermedad arterial periférica.
- » Neuropatía periférica.
- » Eczema o piel frágil en extremidades inferiores.
- » Alergia al material de las medias.
- » Cirugía de miembros inferiores.

Las complicaciones que pueden aparecer por el uso de dispositivos de compresión neumática en cirugía electiva son:

Complicaciones relacionadas con la epidermis: irritación, eritema y ulceración.

Dolor o incomodidad en extremidades inferiores.

Conclusiones: Existe poca bibliografía relacionada con el uso de dispositivos de compresión neumática y la cirugía electiva.

La tendencia en los últimos años es realizar protocolos estandarizados para cada tipo de cirugía mayor programada. Cuando la cirugía electiva es el tratamiento de elección, los estudios demuestran la importancia de la rehabilitación multimodal. Por este motivo consideramos que es importante que sigamos las últimas recomendaciones de las guías clínicas más próximas a nosotros. Tal y como recomiendan la última guía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto (RICA) y la Guía de recuperación intensificada en ginecología oncológica (Oncoguía SEGO) se debe realizar profilaxis tromboembólica doble, con heparinas de bajo peso molecular y profilaxis mecánica.

Por tanto, para garantizar una correcta profilaxis antitrombótica, el uso de dispositivos de compresión neumática debe estar siempre vinculado con la administración de heparinas de bajo peso molecular.

Palabras clave: Dispositivos de compresión neumática, medias neumáticas, profilaxis mecánica, cirugía electiva, intervención quirúrgica.

P.EN-10

RESULTADOS POSTQUIRÚRGICOS CON UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN QUIRÚRGICA LIDERADA POR ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA CON APOYO DEL MÉDICO INTERNISTA

N. Mudarra García; J. Palenzuela Díaz; A. Nieto Ramos; F. García Sánchez

Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid

Introducción: La prevalencia de anemia preoperatoria en cirugía mayor es aproximadamente del 30 %, y se asocia de manera independiente a mayor mortalidad, mayor índice de complicaciones postoperatorias y mayor probabilidad de recibir una transfusión. En un programa de prehabilitación, la evaluación y corrección de la anemia en el preoperatorio es primordial al ser un factor de riesgo de transfusiones y de complicaciones.

Objetivos: Los objetivos principales de este estudio fueron analizar la necesidad de transfusión de hemoderivados, las complicaciones postquirúrgicas, días de estancia hospitalaria, días de estancia en UCI, reingresos hospitalarios, infección de la herida quirúrgica en pacientes tratados con hierro carboximaltosa antes de la intervención quirúrgica.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo, comparativo, retrospectivo realizado en el Hospital Universitario Infanta Cristina en Parla en 2022.

Las variables más relevantes fueron: días previos a la cirugía en la que se ha administrado HC; valor de la hemoglobina, ferritina, transferrina antes y después del tratamiento; valor de eritropoyetina antes del tratamiento; dosis de HC utilizado (500 mg, 1000 mg, 1500 mg y 2000 mg); tiempo de estancia hospitalaria; infección de la herida quirúrgica; complicaciones; tipo de complicaciones; unidades de hematíes transfundidos; precisa UCI; días de estancia en UCI; reingresos.

Se analizaron datos de 56 pacientes de 2019 (grupo control), que no recibieron tratamiento con hierro carboximaltosa (HC). Se evaluaron los registros de 92 pacientes (grupo intervención), correspondientes al 2020, 2021 y mediados de 2022 que fueron tratados con HC. De estos pacientes se analizaron cifras de hemoglobina ferritina y transferrina antes de recibir HC y 30 días después de recibirlo, para realizar una comparativa de la optimización del tratamiento.

El protocolo de esta fase del periodo preoperatorio tras la inclusión del paciente en la lista de espera quirúrgica por parte del cirujano, centraliza la valoración y seguimiento del paciente en la consulta de la enfermera gestora de casos de prehabilitación (no sobrepasando las 72 horas en el paciente oncológico) en conjunto con el internista asociado al proyecto realizándose una valoración integral de la esfera biopsicosocial, analizando además parámetros como los analíticos y nutricionales que son optimizados mediante tratamiento dirigido previo a la cirugía. En estos parámetros analíticos uno de los valores analizados es el de la hemoglobina de manera que todo paciente con menos de 13 g/dl fue tratado con HC diferenciándose cuatro grupos, los que recibían 500 mg, 1000 mg, 1500 mg o 2000 mg de HC en función de los niveles de hemoglobina, ferritina, índice de saturación de la transferrina y el peso del paciente. Posteriormente, se les repitió la misma analítica justo antes de la intervención quirúrgica para evidenciar la mejoría o no de los niveles de hemoglobina en la antesala de quirófano.

Resultados: El tratamiento preoperatorio con hierro carboximaltosa permitió reducir de forma significativa la necesidad de transfusiones sanguíneas ($p < 0,001$; OR 15,91 [4,44-57,01]) y las complicaciones ($p < 0,001$; OR 7,36 [3,35-16,16]) así como también la estancia media hospitalaria ($p < 0,001$).

Conclusiones: La anemia preoperatoria es una comorbilidad frecuente en el paciente quirúrgico y se asocia a unos outcomes negativos. La optimización de la anemia preoperatoria con hierro carboximaltosa permite ahorrar hemoderivados y reduce la tasa de infección de la herida quirúrgica, las complicaciones postquirúrgicas, los días de estancia hospitalaria, entre otros resultados, repercutiendo en una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía recomendada:

1. Bisbe Vives E. Tratamiento de la anemia preoperatoria en cirugía ortopédica mayor. Rev Esp Anestesiología Reanim. 2015;62(Supl. 1):52-6. DOI: 10.1016/S0034-9356(15)30008-6.
2. Schack A, Berkfors AA, Ekeloef S, Gögenur I, Burcharth J. The Effect of Perioperative Iron Therapy in Acute Major Non-cardiac Surgery on Allogenic Blood Transfusion and Postoperative Haemoglobin Levels: A Systematic Review and Meta-analysis. World J Surg. 2019;43(7):1677-91. DOI: 10.1007/s00268-019-04971-7.
3. Vía RICA 2021 | Grupo Español de Rehabilitación Multimodal [Internet]. [citado 4 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://grupogerm.es/rica/>

Palabras clave: Prehabilitación, intervención quirúrgica, hierro.

P.EN-11

EVALUACIÓN DE VALORES ANALÍTICOS EN PACIENTES QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO CON HIERRO ANTES DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

F. García Sánchez; A. Nieto Ramos; J. Palenzuela Díaz; S. Olivares Pizarro; M. Guzmán Muñoz; N. Mudarra García
Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid

Introducción: La prevalencia de anemia preoperatoria en cirugía mayor es aproximadamente del 30 %, y se asocia de manera independiente a mayor mortalidad, mayor índice de complicaciones postoperatorias y mayor probabilidad de recibir una transfusión. En un programa de prehabilitación, la evaluación y corrección de la anemia en el preoperatorio es primordial al ser un factor de riesgo de transfusiones y de complicaciones.

Objetivos: Los objetivos principales de este estudio fueron, analizar la necesidad de transfusión de hemoderivados, las complicaciones postquirúrgicas, días de estancia hospitalaria, días de estancia en UCI, reingresos hospitalarios, infección de la herida quirúrgica en pacientes tratados con hierro carboximaltosa antes de la intervención quirúrgica.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, comparativo, retrospectivo realizado en el Hospital Universitario Infanta Cristina en Parla en 2022.

Las variables más relevantes fueron: días previos a la cirugía en la que se ha administrado HC; valor de la hemoglobina, ferritina, transferrina antes y después del tratamiento; valor de eritropoyetina

antes del tratamiento; dosis de HC utilizado (500 mg, 1000 mg, 1500 mg y 2000 mg); tiempo de estancia hospitalaria; infección de la herida quirúrgica; complicaciones; tipo de complicaciones; unidades de hematíes transfundidos; precisa UCI; días de estancia en UCI; reingresos.

Se analizaron datos de 56 pacientes de 2019 (grupo control), que no recibieron tratamiento con hierro carboximaltosa (HC). Se evaluaron los registros de 92 pacientes (grupo intervención), correspondientes al 2020, 2021 y mediados de 2022 que fueron tratados con HC. De estos pacientes se analizaron cifras de hemoglobina, ferritina y transferrina antes de recibir HC y 30 días después de recibirlo, para realizar una comparativa de la optimización del tratamiento.

El protocolo de esta fase del periodo preoperatorio tras la inclusión del paciente en la lista de espera quirúrgica por parte del cirujano, centraliza la valoración y seguimiento del paciente en la consulta de la enfermera gestora de casos de prehabilitación (no sobrepasando las 72 horas en el paciente oncológico) en conjunto con el internista asociado al proyecto realizándose una valoración integral de la esfera biopsicosocial, analizando además parámetros como los analíticos y nutricionales que son optimizados mediante tratamiento dirigido previo a la cirugía. En estos parámetros analíticos uno de los valores analizados es el de la hemoglobina de manera que todo paciente con menos de 13 g/dl fue tratado con HC diferenciándose cuatro grupos, los que recibían 500 mg, 1000 mg, 1500 mg o 2000 mg de HC en función de los niveles de hemoglobina, ferritina, índice de saturación de la transferrina y el peso del paciente. Posteriormente, se les repitió la misma analítica justo antes de la intervención quirúrgica para evidenciar la mejoría o no de los niveles de hemoglobina en la antesala de quirófano.

Resultados: El tratamiento preoperatorio con hierro carboximaltosa permitió reducir de forma significativa la necesidad de transfusiones sanguíneas ($p < 0,001$; OR 15,91 [4,44-57,01]) y las complicaciones ($p < 0,001$; OR 7,36 [3,35-16,16]) así como también la estancia media hospitalaria ($p < 0,001$).

Conclusiones: La anemia preoperatoria es una comorbilidad frecuente en el paciente quirúrgico y se asocia a unos *outcomes* negativos. La optimización de la anemia preoperatoria con hierro carboximaltosa permite ahorrar hemoderivados y reduce la tasa de infección de la herida quirúrgica, las complicaciones postquirúrgicas, los días de estancia hospitalaria, entre otros resultados, repercutiendo en una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía recomendada:

1. Bisbe Vives E. Tratamiento de la anemia preoperatoria en cirugía ortopédica mayor. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2015;62(Supl. 1):52-6. DOI: 10.1016/S0034-9356(15)30008-6.
2. Schack A, Berkfors AA, Ekloef S, Gögenur I, Burcharth J. The Effect of Perioperative Iron Therapy in Acute Major Non-cardiac Surgery on Allogenic Blood Transfusion and Postoperative Haemoglobin Levels: A Systematic Review and Meta-analysis. World J Surg. 2019;43(7):1677-91. DOI: 10.1007/s00268-019-04971-7.
3. Vía RICA 2021 | Grupo Español de Rehabilitación Multimodal [Internet]. [citado 4 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://grupogerm.es/rica/>

Palabras clave: Prehabilitación, anemia, intervención quirúrgica, hierro.

P.EN-12

ANÁLISIS DAFO SEGÚN ÍTEMS DE LA VÍA RICA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA COLORRECTAL

A. Ricón Bona; J. Carbó Cortés; G. Palacios Franco; N. Ramos Jiménez; S. Portero Portero
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Objetivos: El objetivo de este trabajo es analizar, mediante la matriz DAFO, la situación actual de la unidad de Cirugía General del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, centrándose en los cuidados de enfermería y la aplicación de la vía RICA, en el postoperatorio de los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal.

Métodos: Para llevarlo a cabo comenzamos repasando la evidencia actual acerca del tema; la vía RICA (vía clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto), y pusimos en común los puntos que consideramos clave mediante la técnica del *brainstorming*.

Para analizar la situación actual de la unidad de Cirugía General del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza (unidad a la que pertenecemos las integrantes del grupo de trabajo, en su totalidad enfermeros), primero realizamos una observación directa sobre el trabajo en planta y, después, recopilamos dicha información usando la matriz DAFO, clasificando los puntos según debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades.

Resultados: A través del análisis DAFO determinamos los siguientes puntos en el funcionamiento interno y externo que rodea nuestra unidad.

Como debilidades (factores específicos internos que influyen de manera negativa): sobrecarga asistencial que conlleva una falta de tiempo para invertir en el paciente y el conocido síndrome de *burnout* en el profesional, cambios continuos del personal que conforma la plantilla impidiendo su correcta especialización, falta de incentivos motivacionales laborales, escasez de recursos informáticos, espacio de habitaciones reducido, mobiliario e instrumental deteriorado y la rutina (resistencia al cambio) que prevalece sobre la evidencia (ayunas previas a intervención quirúrgica e inicio tardío de tolerancia y sedestación tras la intervención).

Como amenazas (factores externos que influyen de manera negativa): insuficiente inversión económica en el ámbito de la salud y la influencia de internet (información sin contrastar) en el paciente.

Como fortalezas (factores específicos internos que influyen de manera positiva): predisposición a la mejora por parte de profesionales y pacientes (aumento en el nivel de satisfacción del paciente), formación continua y experiencia, el enfoque hacia un nuevo reto (una nueva oportunidad) para aplicar los cuidados basados en la evidencia y apoyo del equipo multidisciplinar.

Como oportunidades (factores externos que influyen de manera positiva): pertenencia a un hospital universitario que promueve la docencia e investigación, existencia de congresos y otras actividades extra asistenciales para profesionales, posibilidad de una mayor inversión económica que permita mejoras informáticas e instrumentos adecuados y una mayor concienciación social de la importancia de la salud (a través de redes sociales y nuevas tecnologías).

Conclusiones: Pese a la evidencia actual, existen aún obstáculos que requieren de un mayor compromiso y apoyo por parte de elementos externos (como es la gerencia del hospital y resto de instituciones implicadas) e internos (la propia plantilla y elementos estructurales y materiales).

Conociendo todas las debilidades y amenazas, es nuestra obligación, en la medida de lo posible, salvarlas. Todo ello basándonos siempre en la ciencia y desterrando costumbres obsoletas.

En un futuro, sería interesante poder extender los progresos al resto de servicios quirúrgicos y así mejorar el grado de satisfacción al mayor número de pacientes posible.

Palabras clave: DAFO, vía RICA, cirugía colorrectal, cuidados de enfermería.

P.EN-13

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE SOMETIDO A UNA CISTECTOMÍA RADICAL CON DERIVACIÓN URINARIA CON UN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA

C. Álvarez Escudero; J. A. Jerez González; R. M. Sánchez Cabrera; M. L. Gallego Español; Study Group ERAS Cistectomía

Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos: Conocer la tasa de respuesta de las encuestas de satisfacción enviadas por SMS a los pacientes sometidos a una cistectomía radical con derivación urinaria (CRDU) con el programa de recuperación intensificada en cirugía del adulto (RICA) en el Hospital Universitario de Bellvitge (HUB) durante el año 2022.

Conocer el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos con relación a distintos aspectos de la asistencia sanitaria prestada.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado a partir de las respuestas obtenidas de un cuestionario, recomendado por la vía clínica RICA y validado por el Ministerio de Sanidad, que aborda distintos aspectos del proceso quirúrgico. Las encuestas fueron enviadas por SMS a los pacientes intervenidos de CRDU en el HUB durante el año 2022 tras ser dados de alta del hospital. Las respuestas se almacenaron automáticamente en una plataforma virtual desde donde se exportaron a una hoja de cálculo para su análisis.

Resultados: El número de pacientes sometidos a CRDU con el programa RICA en el año 2022 en el HUB ha sido de 62. Se han enviado 56 encuestas y se ha recibido la respuesta del 71,42 % de los encuestados. Los principales resultados han sido:

- » La información recibida en el preoperatorio se considera muy buena/buena tanto por parte del cirujano y la enfermera (100 %) como del anestesista (95 %).
- » El trato recibido se considera muy bueno/bueno tanto por parte del personal de enfermería (100 %) como del resto de colectivos (97,5 %).
- » La mitad de los pacientes presentó un nivel de dolor EVA igual o inferior a 3 mientras que la otra mitad presentó valores de EVA 4 a 10.

- » Los pacientes consideran que la ingesta, la sedestación y la deambulaci3n se iniciaron en el momento adecuado en un 87,5 %, un 80 % y un 77,5 % respectivamente.
- » La informaci3n recibida al alta se considera muy buena/buena, tanto por parte del cirujano (92,5 %) como de la enfermera (97,5 %).
- » El 100 % de los pacientes volvería a intervenirse siguiendo el modelo RICA y el 90 % est3n muy/bastante satisfechos con su proceso.

Conclusiones: La tasa de respuesta de las encuestas de satisfacci3n es muy elevada, aunque podría mejorarse repitiendo el envío a los pacientes que no han contestado y/o haciéndolas vía telefónica a los que presentan dificultades con los dispositivos electrónicos.

Los pacientes encuestados est3n muy satisfechos con la aplicaci3n del programa RICA en su proceso y todos volverían a utilizar este modelo en caso de ser intervenidos de nuevo. No obstante, debe intentar mejorarse el control del dolor dado que solo la mitad de los pacientes ha conseguido un nivel de dolor igual o inferior a EVA 3.

Bibliografía recomendada:

1. Brust D. What's a Good Response For a Mail Survey? [Internet]. Readex Research. 2020 (citado el 30 de enero de 2023). Disponible en: <http://www.readexresearch.com/whats-a-good-response-for-a-mail-survey/>
2. Sandberg EH, Sharma R, Sandberg WS. Deficits in retention for verbally presented medical information. *Anesthesiology*. 2012;117(4):772-9. DOI: 10.1097/ALN.0b013e31826a4b02.
3. Wongkietkachorn A, Wongkietkachorn N, Rhunsiri P. Preoperative Needs-Based Education to Reduce Anxiety, Increase Satisfaction, and Decrease Time Spent in Day Surgery: A Randomized Controlled Trial. *World J Surg*. 2018;42(3):666-74. DOI: 10.1007/s00268-017-4207-0.

* Study Group ERAS Cistectomía: A. Abella; M. Serrallach; J. I. Pérez; C. Ferreiro; F. Vígues; O. Buisan; N. Picola; A. Torres; M. C. Barberán; A. Sánchez; J. Quero; S. Oliva; S. Fuertes; G. Uviedo; R. Martín; J. Marcos; P. Barea.; C. Quiñones; I. Ávila; A. Sánchez; M. Cárcamo; D. Cámara; V. Herrera; M. Montserrat.

Palabras clave: Satisfacci3n, cistectomía, recuperaci3n intensificada, resultados.

P.EN-14

LA VISITA DE SEGUIMIENTO: CLAVE DEL ÉXITO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN MULTIMODAL

A. Luque Gallardo; Y. González Crespo; N. Andrades Granja; M. Sadurní Sardá; M. Corcoy Bidasolo; L. Aguilera Cuchillo

Hospital del Mar-Parc de Salut MAR. Barcelona

Objetivos: Durante el transcurso de la visita en la Unidad de Prehabilitaci3n Multimodal (PHM), la persona que est3 a la espera de una intervenci3n quirúrgica recibe gran cantidad de informaci3n verbal y por escrito de las indicaciones de cómo debe iniciar el programa de entrenamiento, así como las pautas que debe seguir. Pudiendo olvidar gran parte de esta informaci3n, no cumpliendo

V CONGRESO NACIONAL DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL

con las recomendaciones dirigidas a su proceso de optimización en el periodo preoperatorio, repercutiendo en su preparación para afrontar la cirugía en las mejores condiciones óptimas tanto a nivel funcional, nutricional y emocional.

Con la finalidad de trabajar en la mejora continua con las personas incluidas en el programa de la Unidad de PHM se implementa una visita telefónica de seguimiento para resolver dudas relacionadas con la información proporcionada, motivar e incentivar a llevar a cabo el plan de entrenamiento, fomentando así, la adhesión y continuidad en el programa de PHM.

Métodos: Se realiza un estudio observacional descriptivo en pacientes incluidos en un programa de PHM. Se desarrolla un cuestionario de seguimiento mediante una visita telefónica. Se reclutaron 88 pacientes incluidos en programa de PHM entre enero y diciembre del año 2022. La visita telefónica se realizó una semana después de la primera visita presencial en la unidad.

Resultados: Los/las pacientes que habían iniciado el plan de entrenamiento en el momento de la llamada a la semana de las indicaciones eran un 85 %. De los cuales, un 63 % caminaba todos los días el tiempo o los pasos recomendados. El 64 % nunca alternaba los periodos de intensidad alta en la marcha. El uso del espirómetro incentivado el 52 % lo realiza correctamente. Un 89 % de los pacientes, toman correctamente suplementos proteicos. El 63 % pone en práctica actividades dirigidas a gestionar su estado emocional.

Un 95 % de los encuestados no tienen ninguna duda sobre las indicaciones que se le facilitó en la visita de anestesia de la unidad de PHM, valorando la satisfacción de la llamada de seguimiento un 70 % de excelente y un 30 % de bien.

Conclusiones: La implantación de la visita telemática de seguimiento es una herramienta útil para aumentar la calidad asistencial en el proceso de la PHM ayudando a verificar la comprensión de la información recibida, comprobar inicio del plan de entrenamiento y aclaración de dudas, permitiéndonos realizar modificaciones de mejora en nuestra práctica diaria relacionada con la metodología del programa. Mostrando una mayor adherencia al tratamiento, aumentando el grado de satisfacción del paciente quirúrgico y de la calidad asistencial proporcionada en la Unidad de PHM.

Palabras clave: Prehabilitación multimodal, cuidados preoperatorios, calidad de la atención de salud.

P.EN-15

REHABILITACIÓN MULTIMODAL PRELARINGECTOMÍA TOTAL

M. Rodríguez Martínez; E. Palomeras Gimbernat; M. Tobed Secall; A. Bores Domènech; N. Bejarano Panadés; E. García Rica; P. Dengra Pérez

Hospital Universitario Doctor Josep Trueta. Gerona

Objetivos: Definir el estado de fragilidad y resiliencia de los pacientes antes de la cirugía de laringectomía total, con el objetivo de racionalizar los recursos hospitalarios y optimizar las condiciones del paciente mejorando su recuperación, disminuyendo los días de ingreso y minimizar las potenciales complicaciones.

La rehabilitación preoperatoria multimodal basada en la optimización nutricional, ejercicio físico, y soporte psicológico se presenta como una estrategia para preparar al paciente prefrágil, antes de realizar la intervención quirúrgica.

La prehabilitación preoperatoria multimodal nos proporciona una estimación de la expectativa de vida del paciente, estimando su reserva funcional y predicción del riesgo de mortalidad temprana en pacientes frágiles.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo observacional. Se obtiene una muestra de 24 pacientes sometidos a laringectomía total durante el periodo de 2020 al 2021 en el Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Mediante entrevista clínica, valoración y evaluación con las escalas (Barthel, G-8, Karnofsky, test psicológico y social a través escala Gijón) se realizó la detección de las carencias presentadas, con la opción de intervención multimodal por otros profesionales, como dietista, fisioterapeuta, trabajadora social o psicólogo, para la optimización de la atención global, específica e individualizada del paciente.

Los pacientes en estado óptimo o prefrágiles serán sometidos a laringectomía total, contraindicando el procedimiento quirúrgico del paciente frágil.

Resultados: De los 24 pacientes, se cursaron 34 interconsultas. Desglosado en 11 casos a endocrinología y dietética, soporte psicológico a 8 pacientes. Para trabajadora social un total de 6 pacientes. Ningún paciente se derivó a fisioterapia. Se derivaron 9 pacientes con la coordinación unidad asistencial para el seguimiento en las áreas básicas.

Conclusiones: La selección del tipo de paciente y partiendo de los criterios consensuados en la prehabilitación preoperatoria multimodal, previene al paciente prefrágil ante las potenciales complicaciones, reduciendo el tiempo hospitalario, y permite la reducción de costes.

Palabras clave: Prehabilitación preoperatoria multimodal, laringectomía, paciente prefrágil.

P.EN-16

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA Y LA CALIDAD DE VIDA PREVIAS A LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN GINECOLOGÍA

V. Valois Bernal; B. Miguel Huguet; E. Batlle Segura; J. A. Jerez González; J. Ponce Sebastià; Gynecology Study Group Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos:

- » Evaluar la experiencia y la calidad de vida de las pacientes sometidas a un proceso quirúrgico en ginecología previas a la implementación del Programa de Recuperación Intensificada.
- » Analizar los puntos débiles del proceso actual en el servicio de ginecología.

Métodos: Durante el periodo de octubre a diciembre del año 2022 se realizaron dos cuestionarios para analizar la experiencia reportada por la paciente (Patient Reported Experience) y los resultados reportados por la paciente (Patient-Reported Outcome Measure).

Para analizar la calidad de vida se utilizó el cuestionario EQ5D5L que evalúa 5 dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad-depresión. Cada dimensión consta de 5 niveles: sin problemas, problemas leves, problemas moderados, problemas graves y problemas extremos.

Finalmente, se registra la escala analógica visual EQ, que registra la salud autovalorada por la paciente puntuada de 0-100.

La experiencia fue evaluada a través del cuestionario RICA modificado, añadiendo la percepción del alta precoz y modificando la respuesta de la recomendación del hospital, siendo valorada del 0 al 10.

Estos cuestionarios se realizaron telefónicamente en dos tiempos, en primer lugar, se realizaron PROMS previos a la intervención quirúrgica, posteriormente, a las 48-72 h del alta se volvía a repetir junto con el cuestionario RICA.

Los resultados fueron registrados en una base de datos clasificados según la patología.

Resultados: 210 pacientes fueron intervenidas durante el período estipulado, 192 contestaron los PROM prequirúrgicos, 178 contestaron los PROM al alta y 166 pacientes contestaron la encuesta de satisfacción.

Los PROM al alta respecto a los prequirúrgicos indican que las pacientes presentan un aumento de la dificultad en la movilidad, autocuidado, actividades habituales y un aumento del dolor.

El ítem de la ansiedad-depresión presenta mejora en el postoperatorio.

Más del 80 % de las pacientes opina que el inicio de la dieta y la movilización fue a tiempo, así como la valoración de un trato muy bueno recibido por todos los profesionales.

El 68,9 % considera el alta hospitalaria a tiempo y el 20,7 % considera pronto o muy pronto.

El valor NPS ha sido de 84,6, muy positivo respecto al estándar en hospitalización y cirugía que suelen estar sobre 72.

En el campo libre de puntos a mejorar se repite en diversas ocasiones la falta de información.

Conclusiones: A partir de este análisis se concluye mantener y mejorar la satisfacción de las pacientes.

Se propone aplicar PROMS a los 30 días y 6 meses posteriores a la intervención para observar el impacto de salud a largo plazo.

Realizar los PREMS y PROMS telefónicamente es inviable a largo plazo, instando a plantear alternativas que nos ayuden a mantener el alto índice de respuesta.

Bibliografía recomendada:

1. Bernard H, Foss M. Patient experiences of enhanced recovery after surgery (ERAS). Br J Nurs. 2014;23(2):100-2, 104-6. DOI: 10.12968/bjon.2014.23.2.100.

2. Vandrevala T, Senior V, Spring L, Kelliher L, Jones C. 'Am I really ready to go home?': a qualitative study of patients' experience of early discharge following an enhanced recovery programme for liver resection surgery. *Support Care Cancer*. 2016;24(8):3447-54. DOI: 10.1007/s00520-016-3158-6.

* Gynecology Study Group: Lola Martí Cardona, Marc Barahona Orpinell, Sergi Fernández González, Carlos Ortega Exposito, Marta López Barquero, Irene Campos Varela, M.ª Verónica Herrera Rodríguez, Luisa Luquin Fernández.

Palabras clave: Experiencia, resultados, encuesta, ginecología.

P.EN-17

ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN Y CALIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTES SOMETIDOS A PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL Y PREHABILITACIÓN EN CIRUGÍA COLORRECTAL

J. Carbó Cortés; A. Ricón Bona; G. Palacios Franco; M. M. López Torrea; M. E. Pallarés Bonfil
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Objetivos: Los programas de rehabilitación multimodal y prehabilitación desde su inicio han puesto su foco de atención en el paciente, convirtiéndolo en parte activa fundamental de su proceso asistencial.

El objetivo de nuestro estudio es conocer, mediante un cuestionario de satisfacción, los resultados y experiencia del paciente sometido a cirugía colorrectal e incluido en el programa de prehabilitación y rehabilitación multimodal en nuestra unidad: Cirugía General y Digestiva del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza).

Métodos: Se elaboró un cuestionario de satisfacción, adaptado al centro, a partir del propuesto por la VIA RICA 2021 en su anexo 10,6. El formulario recoge datos sobre aspectos demográficos del paciente, información recibida, instalaciones, dolor postoperatorio percibido, alimentación y movilización postoperatoria, recomendaciones e información al alta, trato recibido (por parte de los distintos profesionales sanitarios y no sanitarios), competencia de los profesionales implicados en su proceso y satisfacción global.

El cuestionario fue cumplimentado de manera anónima por los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal en nuestra Unidad en el periodo de noviembre de 2022 y enero de 2023.

El análisis estadístico de los datos obtenidos fue realizado empleando SPSS 21 Software for Windows (SPSS Illinois, EE. UU.).

Resultados: Se recogieron durante los tres meses analizados 40 encuestas. El 60 % (n = 24) fueron cumplimentadas por mujeres, la edad media de los pacientes fue 74,14 (\pm 7,559).

La información recibida previa a la intervención se evaluó como "Muy buena" 70 % (n = 28) o buena 30 % (n = 12). El 90 % consideró las instalaciones quirúrgicas como muy adecuadas o adecuadas, sin embargo, las habitaciones recibieron una evaluación más deficiente con un 40 % de calificación como "regular". El trato recibido se clasificó como muy bueno o bueno, excepto en el otorgado por

“otro personal sanitario” (diferente a cirujano, anestesista o enfermería) el cual fue considerado como regular en un 10 % (n = 4). El dolor máximo percibido por los pacientes, evaluado en una escala de 0-10, revela una puntuación media de 5,50 ($\pm 2,369$) con un rango de 2-8. El resultado de la intervención fue clasificado como muy bueno por el 70 % (n = 28) o bueno 30 % (n = 12). Aspectos como la competencia de los sanitarios obtuvieron altas puntuaciones, sin embargo, la coordinación entre profesionales se reveló como un aspecto a mejorar. El 100 % se intervendría de nuevo en el mismo programa. En términos de satisfacción general, el 60 % (n = 24) se sentía muy satisfecho y el 40 % (n = 16) bastante satisfecho.

Conclusiones: El análisis de estos cuestionarios de satisfacción nos ha permitido conocer la experiencia de nuestros pacientes en torno al programa de prehabilitación y rehabilitación multimodal, así como las cuestiones susceptibles de mejorar, como el trato al paciente por algunos estamentos y la coordinación entre el personal implicado con el cuidado del paciente. Este trabajo es el punto de partida para continuar investigando y desarrollando aspectos de calidad asistencial en torno al paciente quirúrgico, para lo cual se ha creado un grupo de trabajo integrado por representantes de los profesionales encargados del cuidado del paciente.

Palabras clave: Cirugía colorrectal, paciente, rehabilitación multimodal, enfermería, estudio.

P.EN-19

TENGO CÁNCER DE COLON. ¿Y AHORA QUÉ?

M. C. Castaño Prieto; C. Martínez Lasarte; N. Bueno Manjón; P. Portero Agudo; A. V. Sanz Plumed; C. Sanz Sanmiguel
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Objetivos: Realizar un folleto informativo del protocolo de recuperación intensificada en cirugía abdominal para el paciente intervenido de neoplasia colorrectal en el Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza.

Métodos:

- » Revisión bibliográfica existente en diversas bases de datos como PubMed, Scielo, Cochrane, así como páginas y plataformas web oficiales como Google Académico y lectura de artículos publicados en revistas de impacto de enfermería.
- » Lectura y revisión de la vía clínica de recuperación intensificada en cirugía abdominal.
- » Elaboración de material gráfico a través de tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) como Canva y Piktochack.

Conclusiones: Es frecuente que parte de la información verbal que se facilita al paciente en el preoperatorio se olvide. El uso de folletos o infografías ayuda a mantener a los pacientes informados, favoreciendo su tranquilidad, colaborando y mejorando al mismo tiempo en su nivel de satisfacción. En definitiva, haciendo que sean parte activa de su proceso.

En el proceso tras el diagnóstico a un paciente de neoplasia colorrectal todo el equipo sanitario responsable pone a disposición del paciente una guía con el fin de llegar a la cirugía en las mejores condiciones posibles.

Para ello se presenta un folleto informativo del protocolo seguido en el servicio de cirugía general en el Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza, con un doble carácter, didáctico y educativo, siempre manteniendo el rigor científico.

La infografía y los folletos son buenas herramientas con las que difundir conocimientos sanitarios a la población general, con formas más visuales, accesibles y creativas para acompañar al paciente en todas las etapas del Protocolo de Recuperación Intensificada.

Todos los profesionales sanitarios implicados deberíamos fomentar su uso para que al paciente le llegue la información de una manera más efectiva y con conocimientos basados en la evidencia científica.

Palabras clave: Infografía, cirugía, colon, ostomía.

P.EN-20

LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN LA OPTIMIZACIÓN DE LA ANEMIA PREQUIRÚRGICA

M. Lahoz Jiménez; C. Velasco Guillén; A. Moliné Pallarés
Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

Objetivos:

- » Determinar el número de pacientes derivados a la consulta de hematología según tipo de proceso quirúrgico y características sociodemográficas de los mismos.
- » Detectar número de pacientes optimizables.
- » Determinar número de pacientes optimizados (aumento de la Hb) y grado de optimización de la anemia (g/dl aumentados).
- » Definir limitaciones del estudio y propuestas de mejora.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona entre octubre 2021-octubre 2022.

Se revisa la historia informatizada de todos los pacientes derivados a la consulta de hematología para optimización de la anemia prequirúrgica (consulta POPA) por la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) de cirugía colorrectal, esofagogástrica, hepatobiliopancreática y urológica.

Criterios de inclusión: paciente valorado por la EPA con Hemoglobina (Hb) inferior a 12 g/dl en hombres y 11 g/dl en mujeres.

Criterios de exclusión: paciente pendiente de la cirugía, paciente no intervenido o intervenido en otro centro, paciente sin analítica de control posterior a la optimización.

Se derivan 83 pacientes a la consulta POPA. Se excluyen 10 pacientes que no cumplen criterios. Tamaño de la muestra (N): 73.

Resultados: El 43 % de los pacientes derivados tenían diagnóstico de neoplasia colorrectal, un 23 % de lesión tumoral hepatobiliopancreática, el 18 % corresponden a pacientes con tumor gastroesofágico y el 16 % restante a proceso oncológico urológico.

El 69 % de los pacientes derivados son hombres.

La mediana de edad es de 72 años, con un rango máximo de 92 años y un rango mínimo de 36 años.

De los pacientes derivados el 60 % tenían una anemia optimizable.

De los pacientes optimizables el 68 % se diagnosticó de anemia ferropénica. El 75 % de estos pacientes mejoraron la cifra de Hb con una mediana de 1,3 g/dl (rango máximo de 8,1 g/dl y mínimo de 0,1 g/dl).

Conclusiones: Los pacientes que más derivaciones requieren a hematología para optimización de la anemia son los pacientes pendientes de cirugía colorrectal, seguido de los procesos hepatobiliopancreáticos, cirugía gástrica y urológica.

El 60 % de los pacientes de la muestra se benefician de la optimización, de los cuales el 68 % requerirán tratamiento con hierro (anemias ferropénicas).

La detección temprana de la anemia es efectiva. El 75 % de los pacientes optimizables mejoraron las cifras de Hb (mediana: 1,3 g/dl) previo a la cirugía.

Propuestas de mejora: control analítico al ingreso para la cirugía para conocer la optimización real

Las limitaciones del estudio incluyen pérdida de seguimiento de los pacientes intervenidos en otro centro, variabilidad en el tiempo de optimización por cirugía oncológica (Idealmente 4 semanas).

Bibliografía recomendada:

1. Mueller MM, Van Remoortel H, Meybohm P, Aranko K, Aubron C, Burger R, et al. Patient Blood Management: Recommendations From the 2018 Frankfurt Consensus Conference. JAMA. 2019;321(10):983-97. DOI: 10.1001/jama.2019.0554.
2. Muñoz M, Acheson AG, Auerbach M, Besser M, Habler O, Kehlet H, et al. International consensus statement on the peri-operative management of anaemia and iron deficiency. Anaesthesia. 2017;72(2):233-47. DOI: 10.1111/anae.13773.

Palabras clave: Anemia preoperatoria, optimización anemia preoperatoria, enfermera de práctica avanzada.

P.EN-21

ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA AÓRTICA ABDOMINAL TRAS PREHABILITACIÓN SEGÚN NUESTRO PROTOCOLO ERAS-RICA

J. Llauradó Ovejas; M. Huici Sánchez; S. Rodríguez Martínez; E. Iborra Ortega; C. Herranz Pinilla; ERAS Vascular surgery study group

Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos: La cirugía abierta de la aorta es una intervención compleja que requiere una efectiva prehabilitación para disminuir la morbilidad postoperatoria. El objetivo principal de este análisis es describir la morbilidad de los pacientes intervenidos de cirugía aórtica. También, como objetivos secundarios, se ha planteado explorar la incidencia de complicaciones y su gravedad, y cuantificar la detección preoperatoria de la fragilidad. Dado el carácter exploratorio de este estudio sólo se enfocará en definir la población y no presuponer relaciones entre variables.

Métodos: Estudio retrospectivo, analítico-observacional, de un hospital de tercer nivel, donde se incluyeron todos los pacientes incluidos en el programa ERAS-RICA que requirieron cirugía aórtica abierta durante junio de 2021 hasta diciembre de 2022. Todos ellos recibieron la valoración preoperatoria, detectando factores de riesgo modificables, para poder revertirlos, y realizaron la prehabilitación específica. También fueron seguidos, después de la cirugía, detectando complicaciones tanto a la semana como a los 30 días de la cirugía. Se recogieron distintas variables, seleccionadas según el impacto en la recuperación y la morbilidad. Estas fueron analizadas con estadísticos de tendencia central, con la aplicación Microsoft Excel, lo que nos permitió analizar las características definitorias de nuestra población.

Conclusiones: Dada la población eminentemente prefrágil y con hábitos de consumo de tóxicos en aumento, se puede observar que es crucial un cribaje y tratamiento de las distintas conductas y problemáticas de salud. Aunque el análisis no ha permitido poder hablar de correlaciones sí que se puede observar una población con tendencia a la fragilidad. Esta fragilidad, que va progresando al cabo de los años, puede acabar siendo un factor negativamente predisponente para la recuperación postquirúrgica precoz.

Se espera poder progresar la investigación en un futuro, relacionando conceptos y evidenciando la importancia de detectar la fragilidad y ponerle medidas.

*ERAS Vascular surgery study group: Jose Antonio Jerez González; Ramón Vila Coll; Sara Sánchez Rosado; Núria Montesinos Montesinos; Raquel Cabello Alcalá.

Palabras clave: Fragilidad, prehabilitación, complicaciones, cirugía vascular, cirugía aórtica.

P.EN-22

INDICACIÓN DE PREHABILITACIÓN PSICOLÓGICA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

M. Ferré Puig; A. Vilalta García; I. Montllor Ramoneda; A. Lluch Romero; M. Ricart Viles; J. Felipe Álvarez
Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus. Barcelona

Objetivos: Identificar la ratio de pacientes de la muestra que consumen tabaco, alcohol, otras drogas, que tienen síntomas significativos de ansiedad, de depresión y/o trastorno mental severo o trastornos mentales que interfieren o se agravan en el contexto del proceso quirúrgico.

Dimensionar la necesidad de intervención psicológica en una muestra de pacientes candidatos a prehabilitación multimodal.

Métodos: En una muestra de 209 pacientes derivados al programa de recuperación intensificada en cirugía del Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus, se administró un cuestionario ad hoc (consumo de tabaco y otras drogas, antecedentes psiquiátricos personales), el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) y el Patient Health Questionnaire (PHQ-4).

Conclusiones: El porcentaje de pacientes fumadores de la muestra fue del 21 %, el porcentaje de pacientes con un consumo de alcohol de riesgo fue del 6 %, el porcentaje de pacientes con síntomas significativos de ansiedad o depresión fue del (pendiente de explotación), el porcentaje de pacientes con trastorno mental severo o trastorno mental que interfiere en el proceso quirúrgico fue del (pendiente de explotación). El porcentaje total de pacientes que se derivaron para una valoración psicológica individual fue del 24 %.

Los pacientes candidatos a prehabilitación multimodal, además de beneficiarse de intervenciones psicológicas para mejorar la adherencia a las distintas recomendaciones de prehabilitación quirúrgica, deben ser evaluados en consumo de tóxicos, síntomas de ansiedad, de depresión y trastornos psiquiátricos, para poder ser derivados a prehabilitación psicológica.

Palabras clave: Prehabilitación psicológica, ansiedad, depresión, drogas, trastorno mental.

P.EN-23

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE FORMAN PARTE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA DE ADULTOS (VÍA RICA) DE NUESTRO HOSPITAL

C. Cobos Albiñana; A. B. Benitez Belinchón; M. Fabra Ramis; A. R. Ballester Arias; C. Jiménez Almagro; S. Gómez Abril

Hospital Universitario Dr. Peset. Zaragoza

Objetivos: La vía RICA es un protocolo donde se engloba todo el proceso quirúrgico desde el diagnóstico hasta la integración completa a las actividades diarias después de la intervención quirúrgica.

Lo más importante es que las características de los programas de rehabilitación multimodal hacen que los pacientes y sus familiares tengan una parte muy activa en todo el proceso.

El objetivo principal del estudio es la valoración de la satisfacción del o la paciente con la utilización de la vía RICA.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo transversal donde participan 49 pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal y que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica, estando ingresados en las unidades de cirugía general de nuestro Hospital.

A todos los pacientes se les entrega el cuestionario de Satisfacción presentado en la vía RICA en su actualización de 2021. La satisfacción se valora mediante variables en el preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.

Los participantes del grupo de investigación fueron seleccionados en el mismo momento en el que se les comunicó que iban a ser intervenidos quirúrgicamente. Se les entrega el cuestionario en sala de hospitalización, previo al alta.

Resultados: La muestra final de participantes fue de 49 pacientes, de edades comprendidas entre 20 y 90 años, de las cuales el 55,1 % son hombres, con un nivel de estudios predominantemente primarios y medianos.

La información dada por el especialista en cirugía ha obtenido una puntuación del total de la muestra de entre buena y muy buena en el 100 % de los pacientes (65,3 % muy buena). Respecto a la información facilitado por el anestesista, la puntuación obtenida ha sido de buena o muy buena en un 93,3 % de los casos (53,1 % muy buena).

Por último, en el personal de enfermería el 95,9 % de la muestra puntúa entre buena y muy buena (67,3 % muy buena).

Respecto al aspecto del quirófano, un 98 % de la muestra, opina que está bastante o muy adecuado. Todas las habitaciones eran dobles y en cuanto a la comodidad, el 36,7 % de los pacientes las puntuó como poco o nada cómoda.

En relación con el momento de la ingesta, a la mayoría de los pacientes les pareció que se realizó en tiempo correcto (a tiempo un 57,1 % y algo pronto un 28,6 %). Un 34,7 % de los pacientes presentó náuseas o vómitos.

Respecto al análisis del dolor postoperatorio, los pacientes mayores de 65 años presentan mayor dolor en la Unidad de Recuperación PostAnestésica (URPA) frente al dolor en sala de hospitalización. Mientras que para los pacientes menores de 65 años la situación fue al revés.

En cuanto a la movilización precoz la mayoría de los pacientes puntúan que ha sido correcta.

La información dada al alta ha recibido una puntuación de buena o muy buena en un 100 % de los pacientes (63,3 % buena).

Satisfacción global. El 98 % de los pacientes se muestran entre bastante y muy satisfechos y repetirían el proceso siguiendo la vía RICA.

Conclusión: La aplicación del protocolo de la vía RICA en nuestro Hospital muestra un elevado índice de Satisfacción en todas las variables recogidas en este estudio, con un 98 % de satisfacción global entre bastante y muy alta.

Palabras clave: Vía RICA, satisfacción, rehabilitación multimodal.

P.EN-24

ROL DE LA ENFERMERA RICA: ¿ES UNA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA?

A. Cruz Redondo¹; C Blázquez Talaban¹; M. Villares Ojea¹; A. Hernández Cañizal²

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid; ²Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid

Objetivos:

1. Definir el rol de la EPA dentro de la vía RICA.
2. Describir las funciones de la enfermera RICA.
3. Evaluar el perfil competencial de EPA en el circuito RICA.

Métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos digitales: PubMed, Google Académico y Cuiden.

Además, se ha aplicado la ESCALA IDREPA, autoadministrada y validada en español, para evaluar a la enfermera RICA y que consta de 6 dimensiones y 38 actividades:

1. Planificación del cuidado experto.
2. Atención integral.
3. Colaboración interprofesional.
4. Educación.
5. Investigación y práctica basada en la evidencia.
6. Liderazgo profesional.

La escala mide el tiempo dedicado a cada actividad incluida dentro de cada dominio, puntuando de 0 a 4 donde:

1. 0: nada.
2. 1: prácticamente nada.
3. 2: algo.
4. 3: bastante.
5. 4: muchísimo.

Considerándose una puntuación mayor o igual a 3, como enfermera susceptible de ser EPA.

Resultados: Las funciones de la enfermera RICA:

1. Valorar de forma integral del paciente y su entorno y planificación de cuidados, reevaluando y corrigiendo según las necesidades
2. Educar para la salud a paciente y familia durante todo el circuito RICA pre, peri y postoperatorio, ofreciendo una atención integral centrada en las necesidades específicas de cada paciente.

3. Gestión de casos.
4. Ser referente para el paciente y la familia durante todo su proceso asistencial.
5. Coordinación con el resto de profesionales del equipo multidisciplinar, sirviendo de vehículo de comunicación entre todos ellos.
6. Coordinación con profesionales de otros niveles asistenciales para garantizar la continuidad de cuidados.
7. Prestar servicio de apoyo y/o consultaría al resto de profesionales de enfermería involucrados en la vía RICA.
8. Actividad docente mediante sesiones clínicas, sobre la implantación de la vía RICA en el centro.
9. Realización de labores de investigación e integración de los resultados de las mismas, en la práctica clínica.

Resultados de la encuesta IDREPA (tiempo empleado en cada una de las 38 actividades):

1. Porcentaje de respuestas con puntuación 3 y 4 (bastante o muchísimo tiempo): 71,05 %.
 2. Porcentaje de respuestas con puntuación 1 y 2 (algo o casi nada de tiempo): 21,04 %.
 3. Porcentaje de respuestas con puntuación 0 (nada de tiempo): 7,89 %.
- » La enfermera RICA, después de analizar los resultados de IDREPA, cumple con los criterios para ser EPA.
 - » De los 6 dominios evaluados, los mejores resultados se han obtenido en orden decreciente: atención integral, planificación del cuidado experto, educación, investigación y practica basada en la evidencia, colaboración interprofesional y liderazgo profesional.

Conclusiones:

- » Las EPAS en el mundo surgen debido a la necesidad de proporcionar mejores servicios, mejor acceso a la atención y para la mejor optimización de recursos; la profesión enfermera está avanzando y cada vez adquiere más competencias que tienen un impacto directo en la calidad asistencial y que, por tanto, revierten en una mejora de salud de la población a la que atienden.
- » Es necesario que los pacientes de la vía RICA cuenten con una enfermera de referencia, en este caso la EPA es la referente desde que en el paciente se le indica una cirugía hasta que el mismo se incorpora a su actividad normal, proporcionando una atención integral.
- » La EPA requiere de una formación postgrado de tipo avanzado.
- » En el contexto de la vía RICA, la EPA tiene un papel fundamental como referente tanto para el paciente y su familia, garantizando su bienestar físico y emocional; como para el resto de los profesionales de enfermería, ejerciendo labores de consultoría y docencia y garantizando también la comunicación entre el resto de miembros del equipo multidisciplinar, ejerciendo así un liderazgo asistencial y profesional.
- » La presencia de la enfermera RICA contribuye al empoderamiento y la participación del paciente y su familia en todo el proceso quirúrgico, con una mejor respuesta y actitud ante las recomendaciones de salud y con un aumento la calidad percibida.

Palabras clave: Enfermera de práctica avanzada, rol de la enfermera, protocolo RICA, equipo multidisciplinar.

P.EN-25

PREPARÁNDOSE PARA PREHABILITAR: ITINERARIO FORMATIVO PARA ENFERMERÍA

M. D. M. Redondo López; G. Pages Blanch; M. J. Almagro Lorca; M. J. Nievas; L. Vidal Domenech;
S. Rodríguez Berrocal

Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Tarragona

Introducción: El Hospital Universitario Sant Joan de Reus inició la prehabilitación multimodal (PM) de pacientes de cirugía colorrectal en el segundo semestre del año 2022. Nuestro centro dispone de un servicio de dietética y nutrición, psiquiatría, cirugía, anestesia y medicina del deporte entre otros.

Para el inicio de un programa de PM es imprescindible disponer de un equipo interdisciplinar que trabaje en equipo.

También es necesario disponer de una consulta compartida médico/a- enfermero/a para atender a los pacientes y poderlos prehabilitar.

La visión holística que tiene la enfermería y la aplicación del proceso enfermero desde la primera visita es fundamental para que el paciente llegue al momento de la cirugía en un estado óptimo y sea el protagonista en la recuperación de su salud.

La organización del sistema sanitario requiere que la enfermera sea el nexo de unión entre todas las disciplinas que participan en la PM. Es necesario que la enfermera prehabilitadora tenga conocimientos especializados en todas las disciplinas. Esta expertez le será muy útil para educar al paciente y para detectar problemas potenciales en su valoración inicial y programar un plan de cuidados.

También son necesarios establecer protocolos, circuitos y criterios de derivación en caso de pacientes complejos

Objetivo: Diseñar un itinerario formativo para enfermería que incluya todas las disciplinas que participan en la prehabilitación.

Material y métodos: Para diseñar la formación se contacta con todos los servicios implicados y con el grupo Español de Recuperación Multimodal (GERM) proponiendo la formación.

Se organiza una formación reglada intracéntrica de 67 horas y una formación extracéntrica híbrida (presencial y *online*). Se empieza por la formación en PM impartida por GERM (*online*) para que así la enfermera (alumna) pueda formar a su vez a los servicios implicados en la prehabilitación (formación bidireccional).

Se crean protocolos y circuitos a partir de la formación realizada consensuando los criterios de derivación.

Resultados: La enfermera de PM tiene amplia experiencia en hospitalización quirúrgica por lo que ya tiene formación en el pre y en el postoperatorio. Se completa la formación con el siguiente itinerario:

- » Extracéntrico: curso Imprica *online*, formación en el Hospital Lozano Blesa de un día de duración en la consulta de anestesia y de enfermería.



» Intracéntrica: con formadores de todas las disciplinas:

- Medicina del deporte: walking test y valoración funcional.
- Drogodependencias: valoración de hábitos tóxicos y deshabituación tabáquica.
- Hematología.
- Diabetes.
- Psicología.
- Rehabilitación.
- Anestesia.
- Quirófano.
- Consulta estomaterapeuta.
 - Cardiología.
 - Metodología.

En cada formación se consensuan las escalas de valoración, los criterios de derivación y se realiza un *feedback* de conocimiento.

Conclusiones: La formación es una herramienta útil para cohesionar disciplinas, crear equipo y establecer los circuitos necesarios para iniciar un programa de PM.

La enfermera de PM tiene que ser un profesional experto y cohesionar todo el equipo multidisciplinar.

Palabras clave: Prehabilitación multimodal, itinerario formativo, enfermería, trabajo en equipo, circuitos.

NUTRICIÓN

P.NU-01

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGÍA COLORRECTAL

M. Valenzuela Mateos; D. Sánchez Relinque; L. Argueso Camacho; A. García García; J. Díaz Jiménez; E. Sánchez Sánchez

Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

Objetivos: Conocer el estado nutricional de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía colorrectal y comparar diferentes métodos de cribado y valoración.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en una cohorte (pacientes que van a ser sometidos a cirugía colorrectal). Se evaluaron tres métodos diferentes: el método Malnutrition Screening Tool (MST) que clasifica a los pacientes sin riesgo o con riesgo de desnutrición; el Índice de Control Nutricional (CONUT) que clasifica a los pacientes sin riesgo de malnutrición, malnutrición leve, moderada y grave; y la Valoración Global Subjetiva-Generada por el Paciente (VGS-GP) que clasifica al paciente en bien nutridos, moderadamente desnutridos o gravemente desnutridos.

Resultados: Se estudiaron un total de 15 pacientes, el 33,3 % eran mujeres y el 66,7 % hombres. La edad media fue $67,2 \pm 12,6$ años. Según el MST, el 53,3 % de los pacientes no presentan riesgo de desnutrición y el 46,7 % si lo presenta. Los datos del CONUT muestran que 46,7 % no presenta riesgo de desnutrición, mismo porcentaje para la desnutrición leve y el 6,7 % desnutrición moderada. La VGS clasifica al 100,0 % de la muestra con buen estado nutricional. Se realizaron tablas de doble entrada para cada variable y no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 métodos estudiados (MST vs. CONUT: $p = 0,54$; MST vs. VGS: $p = 0,79$; CONUT vs. VGS: $p = 0,09$).

Conclusiones: La valoración del estado nutricional de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía colorrectal varía según el método de cribado y valoración utilizado. Por ello, se debe complementar el estudio del estado nutricional con parámetros bioquímicos y morfofuncionales para evitar esta variabilidad obtenida según el método utilizado.

Palabras clave: Estado nutricional, cirugía colorrectal, métodos nutricionales

