

VI CONGRESO NACIONAL DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL



26-28 DE MARZO DE 2025

Tarragona



EL PALAU
Palau Firal i de Congressos de Tarragona

www.congresogerm.es/2025

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

© Copyright 2025.

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.

ÍNDICE

MEJORES COMUNICACIONES

ANESTESIA

O-AN-1	Impacto de la fragilidad en las complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a cistectomía radical por cáncer de vejiga tras un programa de prehabilitación multimodal	1
O-AN-2	Impacto del programa de prehabilitación en la capacidad funcional preoperatoria de las pacientes sometidas a cirugía ginecológica oncológica	3
O-AN-3	Más allá de la transfusión: experiencia en trasplante renal sin hemoderivados	4

CIRUGÍA

O-CI-1	Estudio observacional de pacientes intervenidos de cirugía de cáncer colorrectal entre febrero de 2020 y junio de 2024	6
O-CI-2	Seis minutos para medir el camino hacia la recuperación: test de la marcha para la evaluación de la capacidad funcional en pacientes con carcinomatosis peritoneal tras prehabilitación trimodal	7
O-CI-3	Herramienta digital interactiva en pacientes sometidos a cirugía por aneurisma abdominal infrarenal en programa "ERAS": experiencia piloto	8

ENFERMERÍA

O-EN-1	A tu lado en tu cirugía. Atención perioperatoria personalizada en cirugía abdominal mayor oncológica. Integrando experiencia y resultados reportados por el paciente	9
O-EN-2	Implementación de la enfermera en el proceso asistencial quirúrgico en traumatología (erpaq). Vía RICA	11
O-EN-3	Resultados de un programa de valoración y manejo del dolor postoperatorio en pacientes intervenidos por cáncer colorrectal en un protocolo RICA	14

NUTRICIÓN

O-NU-1	Empleo del índice de caquexia (CXI) y del índice pcr-triglicéridos-glucosa (CTI) en pacientes oncológicos hospitalizados sometidos a cirugía	15
O-NU-2	Análisis de composición corporal prequirúrgica. ¿Puede determinar la tolerancia al tratamiento quimioterápico adyuvante en el paciente con cáncer colorrectal?	17
O-NU-3	Riesgo de complicaciones postquirúrgicas: must vs. tomografía computarizada	18

COMUNICACIONES PÓSTER

ANESTESIA

P-AN-01	Power 5. Recuperación mejorada tras cirugía colorrectal y resultados oncológicos a 5 años	20
P-AN-02	Optimización de la anemia preoperatoria en la cistectomía radical	21
P-AN-03	Implementación de un protocolo de recuperación intensificada unicéntrico: la menor adherencia se logró en los elementos postoperatorios del protocolo	22
P-AN-04	El bloqueo del plano interfascial del serrato intercostal en una estrategia de analgesia multimodal se asocia a extubación precoz en cirugía hepatobiliar abierta	23
P-AN-05	Resultados reportados por el paciente (prom) en cirugía de prostatectomía laparoscópica asistida por robot	24
P-AN-06	Nuevas vías para el diagnóstico de sarcopenia en consulta de prehabilitación. Uso del TAC como herramienta en el periodo perioperatorio	25
P-AN-07	Impacto de la implementación de un protocolo eras en la cesárea electiva	27
P-AN-09	El impacto de la prehabilitación multimodal en la mejora de los resultados de los pacientes sometidos a cirugía oncológica colorrectal	28

P-AN-10	Comparación de la respuesta inflamatoria postoperatoria en pacientes sometidos a cirugía colorrectal robótica con Hugo™ RAS vs. laparoscópica: estudio retrospectivo unicéntrico	29
P-AN-12	Desarrollo e implementación de una vía clínica de recuperación intensificada para pacientes sometidos a prostatectomía radical robótica/laparoscópica	30
P-AN-13	Optimizando la prehabilitación: comparando la eficacia de distintos enfoques de entrenamiento	32
P-AN-14	Manejo de una paciente con diagnóstico sincrónico de feocromocitoma y neoplasia de colon transverso. A propósito de un caso	33
P-AN-15	Mejorando la adherencia a la prehabilitación multimodal: ¿qué opinan los pacientes?	35
P-AN-16	Impacto de la anemia y su tratamiento en las complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos/as a una cistectomía radical por cáncer de vejiga tras un programa de prehabilitación multimodal	36
P-AN-17	Prehabilitación en pacientes ≥ 80 años en cirugía colorrectal electiva. Impacto a nivel de complicaciones perioperatorias, estancia hospitalaria y mortalidad al año	38
P-AN-18	Efecto de la hipotensión intraoperatoria sobre el desarrollo de complicaciones postoperatorias en la cirugía de citorreducción de carcinomatosis peritoneal	40
P-AN-19	Recuperación intensificada en cirugía oncológica pediátrica. Un programa pionero y necesario en pediatría	41
P-AN-20	Hipofosfatemia secundaria a la administración de hierro carboximaltosa: un efecto adverso infraestimado con potencial para complicar el perioperatorio	42
P-AN-21	AINE y dehiscencia de sutura en pacientes con cáncer de recto: una serie de casos	43
P-AN-22	Optimización de la hemoglobina prequirúrgica en el paciente con cáncer colorrectal	45
P-AN-23	Optimización hemodinámica intraoperatoria con <i>assisted fluid management</i> (afm) vs. Manejo tradicional basado en <i>fluid challenge</i>	46

CIRUGÍA

P-CI-01	Análisis de la influencia del protocolo ERAS en la supervivencia postoperatoria en pacientes con cirugía colorrectal	48
P-CI-02	Estudio hernica: implementación de la guía RICA en pacientes intervenidos de urgencia por hernia de la pared abdominal	49
P-CI-03	Estudio Hernica: análisis de los resultados de la Fase I (grupo control) en el periodo de enero de 2021 a mayo de 2024	50
P-CI-04	Estudio observacional de pacientes intervenidos de cirugía de carcinomatosis peritoneal entre febrero de 2020 y junio de 2024	51
P-CI-05	Predicción de la gravedad de la apendicitis aguda mediante el cociente neutrófilos-linfocitos y la proteína c reactiva para inclusión en una vía RICA de urgencias. Estudio comparativo	52
P-CI-06	Evolución cronológica de la implementación y sostenibilidad de la guía rica en el proceso de la apendicitis aguda no complicada. Estudio comparativo	53
P-CI-07	Encuesta guía rica en cirugía de urgencias	54
P-CI-08	Impacto de la suplementación nutricional oral preoperatoria en la supervivencia de pacientes intervenidos de adenocarcinoma de cabeza de páncreas	55
P-CI-10	Impacto de la suplementación hiperproteica con CAHMB en la masa muscular en pacientes intervenidos de cirugía colorrectal	56
P-CI-11	Beneficios en la implementación de los protocolos ERAS en cirugía pancreática. Resultados preliminares del Hospital Universitario Puerta del Mar	57
P-CI-12	Ingesta nutricional postoperatoria en pacientes sometidos a cirugía colorrectal. ¿Se alcanzan los requerimientos nutricionales?	58
P-CI-13	Implementación del protocolo de rehabilitación multimodal en cirugía hepática. ¿Un paso más? Resultados preliminares del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz	59
P-CI-14	Prehabilitación multimodal en cirugía de urgencias. ¿Es el tiempo un factor limitante?	60
P-CI-15	Aplicación de protocolo de prehabilitación multimodal en pared abdominal	61
P-CI-16	Efecto de un programa de prehabilitación sobre el ángulo de fase y sobre el retraso en el inicio de la adyuvancia en pacientes con carcinomatosis peritoneal incluidos en programa de prehabilitación	62
P-CI-17	Efecto de un programa de prehabilitación supervisado en pacientes con carcinomatosis peritoneal. Resultados preliminares	64
P-CI-18	Medidas para lograr una mejor calidad percibida	65

P-CI-19	¿Tiene influencia la bolsa de trabajo de enfermería en los programas ERAS?	66
P-CI-20	Integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar de recuperación intensificada en cirugía abdominal colorrectal. ¿Qué nos aporta?	67
P-CI-21	¿Influye la suplementación nutricional preoperatoria en la obtención de un resultado de libro en la duodenopancreatectomía cefálica por adenocarcinoma de páncreas?	68
P-CI-22	Optimización de la recuperación en cirugía colorrectal: análisis comparativo de la respuesta inflamatoria entre Fast-Track y vía RICA	70
P-CI-23	Resultados de la implementación de una dieta blanda baja en residuos vs. dieta líquida tras cirugía colorrectal	71
P-CI-24	Influencia de la reducción de la lista de espera quirúrgica en un servicio de admisión	72
P-CI-25	Resultados de la encuesta de satisfacción del circuito RICA del Hospital Universitario Poniente, tras la puesta en marcha de la consulta de prehabilitación funcional	73
P-CI-26	Rehabilitación multimodal: abramos sus ojos	74
P-CI-27	Impacto del protocolo ERAS sobre la composición corporal evaluada mediante TAC con software de inteligencia artificial en mujeres intervenidas por cáncer de ovario avanzado	74
P-CI-28	Ácido fólico como biomarcador predictivo de la dehiscencia anastomótica en pacientes sometidos a cirugía de cáncer colorrectal	75

CIRUGÍA

P-EN-01	Cribaje preoperatorio de la enfermera de práctica avanzada: valoración del estado emocional y abordaje preoperatorio	77
P-EN-02	Gestión del fisioterapeuta como miembro de un equipo interdisciplinar en la vía clínica RICA del Hospital Universitario Ramón y Cajal	78
P-EN-03	Pon música a tu cirugía. Programa de empoderamiento y humanización de la asistencia al paciente sometido a cirugía abdominal mayor oncológica del grupo de mpo	79
P-EN-04	El quirófano, una estancia más amable. Programa de humanización de la asistencia al paciente sometido a cirugía abdominal mayor oncológica, incluido en el programa de MPO del Hospital la Fe	80
P-EN-05	Incidencia de infección de esternotomía en pacientes valvulares intervenidos de cirugía cardiaca en el Hospital Universitario de Bellvitge durante el año 2024 dentro del programa eras	82
P-EN-06	Prime (<i>perioperative remote individualized monitoring programme</i>) y vip (vigilancia postquirúrgica): programas de monitorización remota para mejorar la experiencia quirúrgica con innovación	83
P-EN-07	Análisis de la ingesta alimentaria y satisfacción de los pacientes hospitalizados con las dietas hospitalarias en el contexto de la rehabilitación multimodal	84
P-EN-08	Medición de la efectividad de la distracción audiovisual para reducir la ansiedad postoperatoria en pacientes operados de cirugías colorrectales, torácicas y hepatopancreatobiliares	85
P-EN-09	Implementación de un programa de screening de fragilidad dentro de un protocolo de recuperación intensificada en cirugía colorrectal oncológica: resultados en un hospital de tercer nivel	86
P-EN-10	Análisis de la percepción de los profesionales tras la implementación de un programa de prehabilitación multimodal	88
P-EN-11	Riesgo de desnutrición y estado nutricional como predictores de la administración de hierro intravenoso en cirugía colorrectal	89
P-EN-12	Aplicación de las tic en la prehabilitación del paciente quirúrgico: propuesta de implementación de un vídeo educativo	90
P-EN-13	Importancia de la enfermería en la consulta de prehabilitación para la preparación quirúrgica	91
P-EN-14	Plan de cuidados de enfermería para el paciente de cirugía colorrectal en prehabilitación multimodal: establecimiento de un estándar interdisciplinario	92

NUTRICIÓN

P-NU-01	Optimización nutricional prequirúrgica en paciente con adenocarcinoma gástrico y uso de la dinamometría para su monitorización	94
P-NU-02	Resultados de la valoración nutricional de la dietista-nutricionista en una unidad funcional de recuperación intensificada en cirugía	95
P-NU-03	Resultados de la implementación de una unidad funcional de recuperación intensificada en cirugía en un hospital de tercer nivel	96

P-NU-04	¿Estamos incluyendo correctamente los pacientes en el programa de rehabilitación multimodal? La respuesta a través de la tomografía computarizada (TC)	98
P-NU-05	Estudio piloto observacional de pacientes incluidos en un programa de rehabilitación nutricional prequirúrgico	99
P-NU-06	Ángulo de fase pre y postquirúrgico en pacientes con ostomía: un indicador del estado funcional	100
P-NU-07	Intervención nutricional en pacientes con cáncer de esofagogástrico: análisis de una base de datos	100
P-NU-08	Resultados de la valoración morfofuncional en una consulta de evaluación nutricional preoperatoria	102
P-NU-09	Impacto de las ostomías en el riesgo nutricional en pacientes con cirugía colorrectal: análisis pre y postoperatorio	103

MEJORES COMUNICACIONES

ANESTESIA

O-AN-1

IMPACTO DE LA FRAGILIDAD EN LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER DE VEJIGA TRAS UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN MULTIMODAL

E. Moret Ruiz; L. Chakkour El Onsri; P. Carrasco; R. Coll; I. Penagos; M. Dinu; E. M. Martínez; C. Bassa
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Objetivos: Los programas multidisciplinares de prehabilitación multimodal (PM) fueron diseñados para fortalecer el estado físico y mental de los/las pacientes antes de cirugías complejas, con el objetivo de anticiparse a las consecuencias del estrés quirúrgico, disminuir la prevalencia y la severidad de las complicaciones postoperatorias, acelerar la recuperación postoperatoria y reducir la mortalidad postoperatoria.

La fragilidad es un síndrome clínico multidimensional con una alta prevalencia en pacientes con cáncer que está asociado a una menor reserva funcional física, un mayor riesgo de incapacidad, una pérdida de resistencia y una mayor vulnerabilidad; además, es un factor independiente predictivo de complicaciones postoperatorias, de hospitalización y de muerte. Pero, es un proceso dinámico y potencialmente reversible. Una valoración rutinaria de la fragilidad nos permite realizar una correcta estratificación del riesgo de complicaciones y nos puede guiar en la toma de decisiones clínicas y de estrategias para optimizar a los/las pacientes de alto riesgo pendientes de cirugías complejas.

El objetivo del estudio fue analizar la prevalencia de la fragilidad y su impacto en las complicaciones postoperatorias en pacientes prehabilitados/as y sometidos/as a una cistectomía radical por cáncer de vejiga.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, longitudinal, descriptivo y unicéntrico. Durante un periodo de 4 semanas antes de la cirugía, los/as pacientes recibieron un entrenamiento físico personalizado, así como un asesoramiento nutricional y apoyo psicológico por parte de un equipo multidisciplinar formado por una enfermera, una nutricionista, un fisioterapeuta, una rehabilitadora, una psicóloga y un anesesiólogo en un hospital universitario terciario.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes adultos/as, clasificación ASA I-IV, indicación quirúrgica de cistectomía radical por cáncer primario de vejiga, disponibilidad para prehabilitarse 4 semanas antes de la cirugía, aceptación del programa PM y firma del consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron: disponibilidad de menos de 4 semanas para la PM, pacientes con disfunción cognitiva moderada-severa, patología psiquiátrica, contraindicaciones para la actividad física, analfabetismo, barrera idiomática, déficits visuales/auditivos importantes, pacientes terminales, rechazo del programa de PM y/o no firma del consentimiento informado.

La capacidad funcional y la fragilidad se midieron antes de la PM a todos/as los/as pacientes y después de la PM a los/as frágiles mediante los siguientes test: el test de fragilidad Short Physical Performance Battery (SPPB), el test de la marcha de 6 minutos (6MWT), la fuerza de garra de la mano dominante (*handgrip strength*), el cuestionario de actividad física diaria (International Physical Activity Questionnaire [IPAQ]) y la presión inspiratoria máxima (PIM).

Aquellos/as pacientes que presentaron un SPPB score < 7 fueron considerados/as frágiles. Los/as pacientes no frágiles realizaron un entrenamiento en casa siguiendo las recomendaciones de la OMS, mientras que los/as pacientes frágiles fueron entrenados de forma presencial bajo supervisión del fisioterapeuta en el gimnasio de nuestro centro 2 veces por semana.

Se registraron las siguientes complicaciones postoperatorias durante los primeros 90 días postoperatorios: neumonía, SDRA, fracaso renal agudo, paro cardiaco, arritmia, trombosis venosa profunda, ictus, edema agudo de pulmón, infarto agudo de miocardio, infección de la herida, infección del tracto urinario, íleo paralítico, delirio, sangrado postoperatorio/hemorragia. También se analizaron la estancia en unidad de críticos, la hospitalaria global, así como las consultas a urgencias, los reingresos, las reintervenciones y la mortalidad durante el mismo periodo postoperatorio. Se compararon dichas variables entre frágiles y no frágiles. Se consideró un valor p significativo si < 0.05 .

Resultados: Un total de 28 pacientes adultos/as consecutivos/as prehabilitados/as fueron incluidos durante un periodo de 8 meses en este estudio. La edad media de los/as pacientes fue de 71,6 años, siendo el 75 % hombres, todos/as fueron ASA III y un 29,6 % no fumadores/as. Un 25 % de los/as pacientes fueron clasificados como frágiles (57,1 % hombres) según la escala de fragilidad SPPB.

Los valores basales medianos de los grupos G1 (frágiles) y G2 (no frágiles) fueron los siguientes: 6MWT (m) fue de 79,2 vs. 102,5 ($p = 0,002$), *handgrip* (kg) 24 vs. 33,6 ($p = 0,023$), PIM (cmH₂O) 39 vs. 91,5 (0,004), 85,7 % de los/as pacientes del grupo G1 tuvieron un bajo score de IPAQ, Hb (g/dL) 10,1 vs. 13,4 (0,001).

Todos/as los/as pacientes frágiles mostraron un déficit de hierro y fueron tratados/as con hierro i.v. y el 28,6 % de ellos/as requirieron ser transfundidos antes de la cirugía.

Los valores post-PM no fueron significativamente diferentes entre los grupos. En el grupo de los/as pacientes frágiles, un paciente acudió a urgencias en el postoperatorio, un paciente requirió ser reintervenido y otro paciente falleció.

Los pacientes del grupo G1 no experimentaron de forma significativa más complicaciones postoperatorias que los/as del grupo G2. La duración de la estancia hospitalaria y en cuidados críticos fue similar entre pacientes frágiles y no frágiles.

Conclusiones: En este estudio, la prevalencia de la fragilidad en nuestros/as pacientes fue del 25 %. Tras la PM, los/as pacientes frágiles mostraron una mejoría significativa de los valores basales de su capacidad funcional. Los resultados resaltan que los pacientes frágiles con cáncer de vejiga sometidos a un programa de PM antes de la cistectomía radical no presentaron más complicaciones postoperatorias comparado con los pacientes no frágiles. Los/as pacien-



tes frágiles deben ser tratados/as de forma individualizada en las diferentes dimensiones de la PM y son los/las personas que más responden y más se benefician de los programas de PM. La prehabilitación multimodal debería ser el gold estándar en la optimización preoperatoria del/la paciente frágil, vulnerable, pluripatológico/a y polimedicado/a antes de someterse a una cirugía compleja.

Palabras clave: Prehabilitación multimodal, fragilidad, complicaciones postoperatorias.

O-AN-2

IMPACTO DEL PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL PREOPERATORIA DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGÍA GINECOLÓGICA ONCOLÓGICA

C. Rodríguez Cosmen; E. Miralpeix; M. Sadurní; J. Carazo; E. Vilà; M. Corcoy

Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: Los programas de prehabilitación optimizan la capacidad funcional, emocional y nutricional preoperatoria para disminuir las complicaciones del perioperatorio y acelerar la recuperación postoperatoria. A pesar de su éxito en algunas especialidades quirúrgicas, sigue siendo poco extendida en la cirugía onco-ginecológica, probablemente debido a la escasez de estudios.

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el impacto de nuestro programa de prehabilitación de las pacientes sometidas a cirugía onco-ginecológica.

Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron las pacientes que desde enero del 2018 a mayo del 2024 habían sido intervenidas de manera programada en onco-ginecología y que habían completado el programa de prehabilitación. Se compararon los datos del estado funcional antes de iniciar el programa (basal) y después (preoperatorio).

El resultado primario medido fue la mejoría de la capacidad funcional, determinada por el test de la marcha de los 6 minutos (6MWT). Los resultados secundarios incluyeron la fuerza de agarre de la mano, la puntuación del instrumento universal para el cribado de la malnutrición (MUST) y la puntuación de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). También se evaluaron los tipos de entrenamiento: ejercicio supervisado en gimnasio de CrossFit®, o en hospital supervisado por Servicio de Fisioterapia y Rehabilitación o no supervisado domiciliario. Además, valoramos su adherencia.

Resultados: Un total de 77 pacientes fueron incluidas. La duración media del programa fue de 25,2 días (rango; 9-63). Se observaron mejoras significativas preoperatorias en el 6MWT (basal: 435,7 m, desviación estándar [DE] 115,9 vs. preoperatorio: 455,7 m, DE 118,9, $p < 0,001$), fuerza de agarre de la mano (basal: 19,0 kg, DE 5,5 vs. preoperatorio: 20,4 kg, DE 5,9, $p = 0,012$), puntuación de MUST (MUST basal ≥ 2 en 14,3 % de los pacientes vs. preoperatorio 3,9 %, $p = 0,03$), y escala de HADS puntuación de ansiedad (ansiedad basal: 7,4, DE 4,3 vs. preoperatorio: 6,3, DE 3,6, $p < 0,001$; y depresión (basal: 5,5, DE 4,2 vs. preoperatorio: 4,3, DE 3,6, $p < 0,001$).

Entre los diferentes programas de entrenamiento, las pacientes que participaron en entrenamiento supervisado de CrossFit® mostraron una mayor mejora en el 6MWT (33,4 m), en comparación con el grupo supervisado en el hospital (27,1 m) y el grupo de entrenamiento en casa no supervisado (14,0 m).

Conclusiones: Un programa de prehabilitación multimodal estructurado mejora la capacidad funcional, nutricional y emocional preoperatoria en las pacientes sometidas a cirugía onco-ginecológica, siendo los mejores resultados funcionales observados en aquellas que participaron en entrenamiento supervisado, particularmente aquellos con ejercicios de alta intensidad, como los del CrossFit®.

Los datos del trabajo han sido parcialmente publicados recientemente en: Miralpeix E, Rodríguez-Cosmen C, Fabregó B, Sole-Sedeno JM, Carazo J, Sadurní M, et al. Pre-operative impact of multimodal prehabilitation in gynecologic oncology patients. *Int J Gynecol Cancer*. 2025;35(2):100062. DOI: 10.1016/j.ijgc.2024.100062.

Palabras clave: Prehabilitación, cirugía oncoginecológica, capacidad funcional preoperatoria, CrossFit.

O-AN-3

MÁS ALLÁ DE LA TRANSFUSIÓN: EXPERIENCIA EN TRASPLANTE RENAL SIN HEMODERIVADOS

J. Carazo Cordobés; B. O. Chamoun Huacon; C. Rodríguez Cosmen; L. L. Aguilera Cuchillo; A. Francés Comalat; M. Sadurní Sardá; M. Corcoy Bidasolo; M. J. Pérez Sáez

Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: Describir nuestra experiencia en el manejo de pacientes con rechazo al empleo de hemoderivados dentro de un programa de trasplante renal (TR).

Métodos: Análisis retrospectivo de todos los pacientes intervenidos para TR en el Hospital del Mar con rechazo a administración de hemoderivados entre enero de 2016 y diciembre de 2023.

Se describe a continuación brevemente el "programa de TR sin transfusión":

- » *Preoperatorio:* optimización de la Hb mediante administración de estimulantes de la eritropoyesis (EPO)/hierro intravenoso para Hb \geq 13 g/dl de acuerdo con equipo de Nefrología y trasplante renal, y entrevista sobre aceptación de fracciones aisladas del plasma (FAP: albúmina y factores de coagulación) y/o recuperador de sangre autóloga.
- » *Intraoperatorio:* uso de recuperador de sangre autóloga (si aceptación previa), administración de ácido tranexámico en caso necesario y administración de FAP (si aceptación previa y estrictamente necesaria).
- » *Postoperatorio:* ingreso durante 24 horas en Unidad de Reanimación Quirúrgica (URQ), uso de ácido tranexámico en caso necesario, administración de FAP (si aceptación previa y estrictamente necesaria) y reintervención precoz en caso de sangrado.

Se recogieron datos demográficos (edad, género, obesidad [índice masa corporal (IMC) $>$ 30 kg/m²], etiología de la enfermedad renal crónica (ERC), tratamientos concomitantes (antiagregantes, anti-

coagulantes, inmunosupresión con timoglobulina), valores de Hb pre y postoperatorios y tipo donante. Se recogieron asimismo datos intraoperatorios (sangrado, administración de líquidos y uso recuperador sangre autóloga) y datos postoperatorios (sangrado por drenaje en 24 h, Hb postoperatoria a las 24 h, Hb mínima durante el ingreso y Hb al alta, estancia hospitalaria y necesidad de reintervención, necesidad de administración de EPO/hierro intravenoso).

Resultados: Se incluyeron un total de 27 pacientes, con una edad mediana (rango intercuartílico; RIQ) de 60,7 (16,4) años, siendo el 44,4 % mujeres; 7 (25,9 %) pacientes presentaron obesidad, en 8 pacientes (29,6 %) la IRC fue secundaria a poliquistosis renal, siendo en 7 (25,9 %) casos la ERC de causa no filiada y en 3 (11,5 %) secundaria a diabetes mellitus. Tres pacientes (11 %) recibían tratamiento antiagregantes, 1 (3,7 %) anticoagulante y se realizó inmunosupresión de inducción con timoglobulina en 9 casos (33,3 %).

Veintiséis pacientes aceptaron el uso de recuperador de sangre autóloga intraoperatoria y 22 (81,5 %) aceptaron el empleo de FAP en caso necesario.

La mediana (RIQ) de Hb preoperatoria fue de 14,3 g/dl.

Se realizó donación de donante vivo en 7 pacientes (25,9 %), en muerte encefálica en 8 (29,7 %) y en asistolia controlada Tipo III en 9 pacientes (33,3 %).

Se empleó recuperador de sangre autóloga en 12 (44,4 %) pacientes, con una mediana (RIQ) de volumen recuperado de 200 (90) ml, aunque solo se realizó transfusión a partir del recuperador en 3 (11,1 %) pacientes.

La mediana (RIQ) de sangrado intraoperatorio fue de 200 (150) ml, se administraron una mediana de 1500 (737,5) ml de cristaloides durante el intraoperatorio. No fue preciso el empleo de FAP en ningún caso en el intraoperatorio y solo se administró tranexámico en uno.

La mediana de Hb en el postoperatorio inmediato fue de 12,7 (1,4) g/dl, siendo la mediana de sangrado durante las primeras 24 horas de 135 (90) ml. En el postoperatorio, 3 pacientes presentaron Hb 5-7 g/dl y un paciente presentó una Hb 4,1 g/dl. Este paciente fue el único que requirió administración de ácido y FAP (fibrinógeno), así como reintervención quirúrgica precoz por sangrado retroperitoneal. Otro paciente requirió reintervención durante el ingreso por hematoma de pared abdominal y evisceración. Un tercer paciente presentó hematoma perirrenal tratado de forma conservadora.

Veinticinco pacientes (92,6 %) pudieron ser dados de alta de la URQ en las primeras 24 horas postoperatorias, siendo la mediana de días de estancia hospitalaria 8.

Un 73 % requirió tratamiento con agentes estimulantes de la eritropoyesis (dosis media darbepoetina 80 mcg c/72 h) y hierro intravenoso.

La mediana de Hb al alta hospitalaria fue de 11,1 (2,7) g/dl.

Conclusiones: El TR puede llevarse a cabo en pacientes que rechacen la transfusión de hemoderivados incluidos en los "programas de TR sin transfusión" gracias a una cuidadosa valoración del receptor, la optimización de la hemoglobina pre-TR, el uso de estrategias adaptadas de Patient Blood Management y un estrecho manejo multidisciplinar.

Palabras clave: Trasplante renal, hemoderivados, PBM.

CIRUGÍA

O-CI-1

ESTUDIO OBSERVACIONAL DE PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DE CÁNCER COLORRECTAL ENTRE FEBRERO DE 2020 Y JUNIO DE 2024

S. Chilar Moreno; A. Mateo Díaz; M. A. Pérez Sánchez; F. López Rodríguez-Arias; L. Sánchez-Guillén; A. Arroyo Sebastián

Hospital General Universitario de Elche

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es evaluar el impacto de la suplementación hiperproteica con beta-hidroxi-beta-metilbutirato (HMB) oral en las modificaciones morfofuncionales y las complicaciones postoperatorias de los pacientes intervenidos de cáncer colorrectal en un programa de prehabilitación.

Métodos: Se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado que incluyó a pacientes intervenidos de cáncer colorrectal en un hospital terciario, desde octubre de 2018 hasta junio de 2024 con dos grupos: prehabilitación y control.

La prehabilitación consistió en un programa de 4 semanas antes de la intervención y 6 semanas tras la misma, que incluyó una combinación de ejercicio físico aeróbico y de resistencia muscular asociado a suplementación hiperproteica oral.

La mitad de los pacientes prehabilitados recibieron con la suplementación oral HMB, un metabolito activo de la leucina con efecto anabólico y antiinflamatorio.

Se analizaron los cambios en la composición corporal, mediante bioimpedanciometría, y en la capacidad física de los pacientes, mediante dinamometría y test de la marcha de los 6 minutos. Para ello las mediciones se tomaron en el momento del diagnóstico, el día previo a la cirugía y a las 6 semanas tras la intervención. Se registraron y analizaron las complicaciones postoperatorias globales.

Para el análisis estadístico se usó el software SPSS 21.0 Statistics. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron 163 pacientes, 81 en el grupo prehabilitación (39 sin HMB y 42 con HMB) y 82 en el grupo control.

En el análisis de la composición corporal no hubo diferencias en el ángulo de fase entre los tres grupos al momento del diagnóstico (4,95° control, 4,91° sin HMB y 5,08° con HMB). El grupo prehabilitado con HMB obtuvo una mayor ganancia de ángulo de fase hasta la cirugía (+0,15° Sin HMB vs. +0,27° con HMB; $p = 0,3$), que se mantuvo hasta las 6 semanas postoperatorias (4,7° control, 4,7° sin HMB y 5,14° con HMB; $p = 0,01$).

De la misma forma, partiendo de dinamometrías similares al diagnóstico, el grupo con HMB ganó 2,2 mm Hg tras las 4 semanas de prehabilitación, mientras que aquellos pacientes pre-

habilitados sin HMB perdieron 0,7 mm de Hg ($p = 0,01$). A las 6 semanas postoperatorias el grupo HMB conservó la ganancia de fuerza (+0,2 mm Hg) frente al deterioro observado tanto en el grupo control como en el de prehabilitación sin HMB (-1,2 mm de Hg control y -1,5 mm Hg sin HMB).

Por último, en el test de la marcha de los 6 minutos, los pacientes prehabilitados obtuvieron una ganancia en los metros recorridos de 46 sin HMB y 44 con HMB ($p = 0,85$). No se observaron diferencias a las 6 semanas postoperatorias.

En cuanto a las complicaciones postoperatorias globales, obtuvimos una prevalencia del 34,6 % en el grupo control, del 28,2 % en el grupo prehabilitación sin HMB y del 21,4 % en el grupo con HMB ($p = 0,3$). Destacar que la prevalencia de íleo paralítico en el grupo con HMB fue del 9,5 % frente al 17,3 % del grupo control y al 17,9 % en el grupo prehabilitación sin HMB.

Conclusiones: La suplementación hiperproteica con HMB potencia la optimización morfofuncional de los pacientes mejorando la fuerza física y su ángulo de fase, frente a la suplementación hiperproteica estándar. Esta mejoría se relaciona a su vez con una reducción en las complicaciones postoperatorias, siendo el íleo paralítico la complicación que mejor respuesta obtiene.

Palabras clave: HMB, prehabilitación, cirugía colorrectal, bioimpedanciometría, complicaciones postoperatorias.

O-CI-2

SEIS MINUTOS PARA MEDIR EL CAMINO HACIA LA RECUPERACIÓN: TEST DE LA MARCHA PARA LA EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL TRAS PREHABILITACIÓN TRIMODAL

J. López Noguera; M. Perea Busquier; C. Lillo García; I. Caravaca García; F. J. Lacueva Gómez; A. Arroyo Sebastián

Hospital General Universitario de Elche

Objetivos: Evaluar la mejora de la capacidad funcional de los pacientes con carcinomatosis peritoneal mediante la comparación de los resultados obtenidos tras la realización del test de la marcha de 6 minutos en la consulta basal y prequirúrgica tras un programa de prehabilitación trimodal.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes con carcinomatosis peritoneal atendidos en la Unidad de Cirugía Oncológica Abdominal y Pélvica (URCOAP) del Hospital General Universitario de Elche a partir de una base de datos prospectiva. Realizamos una prehabilitación trimodal mediante suplementación nutricional, ejercicios físicos y ejercicios cognitivos. Para valorar la capacidad funcional se realizó un test de la marcha de 6 minutos, uno aproximadamente 4 semanas antes de la citorreducción y otro el día antes de la cirugía. Se analizó su asociación con la aparición de complicaciones postoperatorias Clavien II-V.

Resultados: Se obtuvo una mejoría de la media de metros recorridos en 6 minutos en comparación con los valores iniciales después de la prehabilitación ($p = 0,0001$), aumentando en las mujeres 33,6 m ($p = 0,004$) en comparación con los hombres que fue de 74,1 m ($p = 0,019$).

Además, en aquellos pacientes que se consiguió una citorreducción completa u óptima, se analizó el test de la marcha de los 6 minutos en comparación con las complicaciones postoperatorias, obteniendo una asociación significativa con complicaciones postoperatorias de Clavien-Dindo II-V ($p = 0,031$ y $p = 0,022$). El área bajo la curva fue 0,675 y el valor de corte de 359,4 metros produjo la mejor sensibilidad (64 %) y especificidad (71 %).

Conclusión: La prehabilitación trimodal mejora la capacidad funcional de los pacientes con carcinomatosis peritoneal sometidos a cirugía citorréductora \pm HIPEC, y podría ser un factor protector sobre la aparición de complicaciones postoperatorias.

Palabras clave: Carcinomatosis peritoneal, prehabilitación.

O-CI-3

HERRAMIENTA DIGITAL INTERACTIVA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA POR ANEURISMA ABDOMINAL INFRARRENAL EN PROGRAMA "ERAS": EXPERIENCIA PILOTO

C. Herranz Pinilla; M. Huici Sánchez; Q. Llauro Ovejas; E. Viola; J. A. Jerez González; E. Iborra Ortega
Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Objetivos: Valorar la adherencia y la experiencia de uso de una plataforma digital interactiva en pacientes sometidos a cirugía de aneurisma aórtico abdominal infrarrenal dentro del marco del programa "ERAS".

Métodos: El proyecto consta de diversas etapas:

- » Creación de contenidos (mayo a septiembre de 2022): contenidos educativos, vídeos informativos, cuestionarios y "time-line" del proyecto.
- » Diseño y customización de la aplicación.
- » *Quality checks*.
- » Corrección y validación final (octubre a noviembre de 2022).
- » Implementación y *go live* de la herramienta en los pacientes (diciembre 2022).

En la herramienta se dividen los contenidos según la fase: Preoperatorio (dos etapas: 20 días previos a la cirugía y 10 días desde la programación de fecha); Hospitalización y Postoperatorio (seguimiento a 30 días). El paciente recibe diariamente píldoras informativas y test interactivos: durante el periodo preoperatorio, información sobre el AAA, consejos nutricionales, de *mindfulness* y pautas de ejercicios (respiratorios y activación global). Los 10 días previos a la intervención, recomendaciones y vídeos para preparar la hospitalización. Durante el intrahospitalario, detalles sobre la dieta, analgesia, ejercicios, drenajes y retirada de vías; y en el postoperatorio en domicilio seguimiento de la evolución de las heridas, posibles complicaciones locales o generales, con la opción de compartir material iconográfico.

Durante todo el proceso el centro de soporte técnico remoto supervisa el avance en los contenidos y la adherencia al programa.

Con el propósito de evaluar la calidad de vida se ha utilizado el cuestionario PROMS durante

todo el proceso, evaluando 5 dimensiones: dolor, movilidad, ansiedad, autocuidado y actividades cotidianas, y una Escala de Salud Global.

Resultados: A lo largo del año 2023 se han incluido en el proyecto piloto 20 pacientes intervenidos por AAA, 10 por cirugía endovascular y 10 por cirugía abierta. De ellos, 4 abandonaron el programa en el periodo postoperatorio por causas diversas. El 90 % eran varones con edad media 71,8 años, destacando tabaquismo y dislipemia como factores de riesgo cardiovascular.

La adherencia global al programa fue del 98,9 % considerando los 16 pacientes que lo completaron: 100 % en el preoperatorio, 99,2 % durante hospitalización y 93,7 % en el postoperatorio, sin diferencias significativas entre ambos grupos.

En el análisis del PROMS, vemos una mejora en la Escala de Salud Global respecto al inicio del proceso (puntuación sobre 100: 82 post frente a 75 pre). A los 30 días se recupera la puntuación previa a la cirugía en movilidad, dolor, autocuidado y ansiedad.

Respecto la experiencia del paciente: el 93 % recomendaría su uso, el 88 % considera que los contenidos le han ayudado a gestionar y completar la información, el 85 % cree que es fácil de utilizar y el 89 % se ha sentido más apoyado durante el proceso.

Conclusiones: El uso de una plataforma digital interactiva aporta valor a la recuperación, información de calidad y mejoras cualitativas al proceso. A pesar de trabajar con una muestra reducida y contar con limitada experiencia previa en esta área, consideramos que la herramienta posee un gran potencial y ofrece amplias oportunidades para optimizar la atención sanitaria en el futuro.

Palabras clave: ERAS, aneurisma, aorta, abdominal, plataforma digital.

ENFERMERÍA

O-EN-1

A TU LADO EN TU CIRUGÍA. ATENCIÓN PERIOPERATORIA PERSONALIZADA EN CIRUGÍA ABDOMINAL MAYOR ONCOLÓGICA. INTEGRANDO EXPERIENCIA Y RESULTADOS REPORTADOS POR EL PACIENTE

V. Moreno Blanco; M. J. Felip Llacer; B. Copariate Piqueras; M. J. Compañ Aguilar; C. Alegre Alarcón; A. V. Ruiz Millán

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Objetivos generales:

- » Mejorar la calidad y eficiencia de todas las intervenciones que se realizan en el programa "A tu lado en tu cirugía".
- » Implicar y empoderar al paciente en su propia gestión perioperatoria y humanizar la asistencia para proporcionar una experiencia lo más satisfactoria posible al paciente.

Objetivos específicos:

- » Integrar la evaluación de los resultados reportados por el paciente (PROMs).
- » Integrar la evaluación de la experiencia reportada por el paciente (PREMs).
- » Evaluar y optimizar los resultados de escalas de calidad.
- » Evaluar los resultados de las escalas de experiencia.

Población diana: todos los pacientes sometidos a cirugía abdominal mayor, fundamentalmente oncológica, que son atendidos por la Unidad de MPO. Son aproximadamente 600 pacientes/año, incluyendo las unidades quirúrgicas de cirugía coloproctológica, cirugía esofagogástrica, cirugía hepática, oncoginecología y cirugía urológica mayor.

Métodos y planificación del proyecto: estudio observacional prospectivo abierto con el objetivo de mejorar la calidad, seguridad y valor de la asistencia sanitaria. La metodología alineada con las recomendaciones internacionales de estudios de calidad SQUIRE 2.0.

Se han establecido las variables clave para medir cuantitativamente y con precisión el impacto de los cambios en la calidad (tanto objetivamente como percibidos por el paciente).

Variables principales:

- » Porcentaje de pacientes a los que se realiza una evaluación de los resultados reportados por el paciente (PROMs) mediante las escalas seleccionadas para ello.
- » Escala EQ5D evalúa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), y cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves).
- » Escala DASI estima la capacidad funcional de los pacientes al correlacionarse con los equivalentes metabólicos (METs) y el consumo de oxígeno (VO_2 max), permitiendo individualizar el ejercicio físico.
- » Porcentaje de paciente a los que se les realiza una evaluación de la experiencia reportada por el paciente (PREMs) mediante una encuesta específica de calidad y entrevista personalizada.
- » Encuesta específica Calidad a través de QR.
- » Entrevista personalizada telefónica.

Variables secundarias:

- » PROMs: resultados de las escalas EQ5D y DASI.
- » PREMs: resultados de las escalas de experiencia.
- » Porcentaje de satisfacción con la atención recibida.
- » Identificación de áreas de mejora.
- » Indicadores de coordinación asistencial.
- » Número total de citas de enfermería/médicas de la Unidad MPO.
- » Porcentaje de interconsultas respondidas por la Unidad de MPO durante hospitalización.

Recomendaciones y conclusiones: Los resultados obtenidos hasta el momento son alentadores y muestran un claro camino hacia la consolidación del programa “A tu lado en tu cirugía” como un modelo de referencia en la gestión integral del periodo perioperatorio centrado en el paciente. La mejora continua de las métricas PROM y PREM, junto con el aumento en el número de pacientes tratados, sugiere que el enfoque multidisciplinar y humanizado del programa está teniendo un impacto tangible en la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Humanización, cuidados enfermería, perioperatorio, telemonitorización.

O-EN-2

IMPLEMENTACIÓN DE LA ENFERMERA EN EL PROCESO ASISTENCIAL QUIRÚRGICO EN TRAUMATOLOGÍA (ERPAQ). VÍA RICA

P. Valverde Martín¹; M. A. Palacios Blanco¹; M. C. Blázquez Talabán¹; M. Villares Ojea¹; A. Martínez Pozas¹; J. Jiménez Rodríguez²

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid; SAMUR. Protección Civil

Objetivos:

- » Establecer el primer contacto entre el paciente y la ERPAQ como profesional referente en el proceso.
- » Detectar posibles necesidades de coordinación previa y posterior a la cirugía.
- » Acompañar al paciente durante su proceso aportándole seguridad.
- » Minimizar las posibles complicaciones que puedan surgir durante y tras la cirugía.
- » Disminuir el estrés que supone la cirugía.
- » Mejorar la experiencia del paciente.
- » Optimizar la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) del Servicio de Traumatología.

Métodos: Durante 2023, la ERPAQ ha llevado a cabo una revisión proactiva de la LEQ con el objetivo de optimizar la programación del parte quirúrgico. Esto incluye la verificación de la anestesia a través de la historia clínica electrónica, confirmación de la disponibilidad del paciente y revisión de las condiciones necesarias para el quirófano mediante llamadas telefónicas. La ERPAQ se establece como la figura de referencia en el proceso asistencial, facilitando la comunicación entre el paciente y el equipo médico.

Para los pacientes que requieren cirugía en el miembro inferior, se realiza una valoración multidimensional a través de entrevistas estructuradas por teléfono. Este proceso abarca cribado de fragilidad, dependencia y complejidad, lo que permite detectar necesidades antes del acto quirúrgico. Además, se llevan a cabo intervenciones previas al ingreso, asegurando la coordinación interdisciplinar y garantizando una adecuada planificación para proporcionar continuidad al alta hospitalaria.

A partir del análisis de la actividad y las incidencias del año 2023, en enero de 2024 se implementará la consulta de enfermería Vía RICA para pacientes que se someterán a prótesis primaria de rodilla. En esta consulta llevada a cabo por ERPAQ se entregará la guía informativa y kit

preparatorio, realización de entrevista personal que incluirá una valoración multidimensional. Se recopilarán datos sobre antecedentes personales, alergias, talla, peso, ingesta hídrica, suplementos nutricionales, patrones de eliminación, escalas de evaluación (Barthel, Frail, EQ 5D 5L, Morinsky-Green-Levine y Gijón abreviada), descanso, nivel educativo, estado de ánimo, accesibilidad de la vivienda, tipo de apoyo social y familiar y detección de situación de soledad no deseada.

En caso de que se identifiquen necesidades adicionales de apoyo que aseguren la recuperación y continuidad de los cuidados, se contactará con la Unidad de Trabajo Social para valorar disponibilidad y adecuación de los recursos.

También se revisará el informe de preanestesia y se recordará al paciente la necesidad de modificar su tratamiento habitual según las indicaciones dadas, reforzando la información, resolviendo dudas y asegurando la correcta comprensión.

Días previos a la cirugía se contacta telefónicamente con el paciente para reforzar las indicaciones dadas el día de la consulta de la ERPAQ en la Vía RICA.

El seguimiento durante el ingreso se realizará de manera proactiva a través de la historia clínica integrada (HCIS), y se programarán llamadas telefónicas al paciente 48-72 horas después del alta hospitalaria, así como un seguimiento un mes después para evaluar la evolución y, si procede, el alta de la consulta de enfermería.

Desde octubre, se ha introducido una aplicación (MyMobility) que ayuda a los pacientes antes y después de la cirugía. Esta herramienta proporciona mensajes educativos, cuestionarios de resultados informados por el paciente (PROMS), rutinas de ejercicios y reportes sobre dolor y analgesia. La incorporación de estas nuevas tecnologías permite un seguimiento más prolongado, que se extiende hasta un año después de la intervención quirúrgica, lo que brinda la oportunidad de monitorizar el proceso de recuperación y conocer mejor la experiencia de los pacientes.

Resultados: Durante el año 2024, la ERPAQ ha llevado a cabo un total de 1560 actividades relacionadas con la atención quirúrgica. Entre los logros más destacados se encuentran:

- » Confirmación de LEQ: 1483.
- » Revisión de PA: 103.
- » Petición de citas POPA: 113.
- » Pacientes pendientes de citación POPA: 671.
- » Confirmación de disponibilidad: 362.
- » Valoraciones telefónicas: 362.
- » Medicación prequirúrgica: 247.
- » Revisión y confirmación de PPCC: 239.
- » Solicitud TNP: 64.
- » Coordinación con otros profesionales: 42.
- » Derivaciones de consultas: 15.
- » Realización de órdenes de ingreso: 52.
- » Otros: 61.

En el marco de la Consulta RICA, se atendieron a 206 pacientes, de los cuales 45 no tenían fecha de cirugía. Las actividades realizadas incluyeron:

- » Visitas en planta: 161.
- » Seguimientos a través de HCIS: 380.
- » Llamadas a las 48-72 horas del alta hospitalaria: 160.
- » Llamadas al mes del alta hospitalaria: 164.
- » Llamadas a los 2 meses del alta hospitalaria: 11.
- » Llamadas a los 3 meses del alta hospitalaria: 1.

En cuanto a la aplicación Mymobility, se incluyeron 42 pacientes, de los cuales 32 tenían fecha de cirugía y procedimiento asignado y 10 no.

Estos resultados reflejan un esfuerzo significativo en la gestión y seguimiento de los pacientes, asegurando una atención integral y coordinada en el proceso quirúrgico.

Conclusiones: La ERPAQ se ha consolidado como una figura de enfermería emergente, liderando procesos asistenciales y manteniendo actividades de consultoría y coordinación con autonomía profesional, lo que optimiza y asegura los procesos asistenciales, aportando seguridad al paciente, enfoques proactivos para maximizar la programación quirúrgica y asegurar que los pacientes reciban la atención adecuada antes, durante y después de sus procedimientos.

La implementación de la consulta de enfermería Vía RICA para pacientes que se someten a prótesis de rodilla ha demostrado ser muy útil, permitiendo una valoración integral y un seguimiento cercano. Además, la incorporación de la APP MyMobility representa un avance importante en el uso de la tecnología para mejorar la experiencia del paciente y facilitar su recuperación.

El programa Vía RICA ayuda a los pacientes a llegar mejor preparados a la cirugía, evitando así suspensiones de quirófano por preparación inadecuada. La enfermera de la Vía RICA se convierte en la persona de referencia durante todo el proceso, lo que permite a los pacientes y sus familias contactar con ella cuando lo necesiten. Esta situación proporciona tranquilidad, ya que los pacientes se sienten acompañados a lo largo de su proceso quirúrgico.

Palabras clave: Enfermería de práctica avanzada, fragilidad, multidimensional, continuidad asistencial, integral.

O-EN-3

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES INTERVENIDOS POR CÁNCER COLORRECTAL EN UN PROTOCOLO RICA

A. R. Ballester Arias; A. B. Benítez Belinchón; C. Cobos Albiñana; R. Magaña Ponce; E. Soriano Rosell; S. Gómez Abril

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Objetivos: Presentar los resultados de un Programa de Valoración y Manejo del dolor postoperatorio en pacientes intervenidos por cáncer colorrectal en cirugía electiva e incluidos en un Protocolo RICA. Evaluar si los pacientes sometidos a cirugía mínimamente invasiva presentan menor dolor postoperatorio.

Métodos: Estudio retrospectivo sobre 135 pacientes intervenidos (80 hombres; 71 años [46-91]) en el año 2024.

En el programa RICA existe un protocolo de analgesia postoperatoria multimodal.

Variables: tipo de cirugía (laparotómica: 15; laparoscopia: 70; robótica: 50). Estancia postoperatoria. Complicaciones postoperatorias (clasificación de Clavien Dindo).

Para evaluar el dolor postoperatorio se emplea la escala VAS (Escala Analógica visual).

Se evalúa en diferentes momentos: postoperatorio inmediato, primer día (8, 16 y 24 horas), segundo día (8 horas) y tercer día (8 horas).

Se compara la cirugía abierta frente a la mínima invasiva (CMI), así como la robótica frente a la laparoscópica respecto a la estancia, complicaciones y dolor postoperatorio.

Se emplea la prueba de t de Student para comparar medias y se establece una significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados: La estancia postoperatoria media fue de 8,5 días (IC 6,9-10,1). La cirugía abierta presentó una estancia significativamente mayor que la CMI (17,93 [IC: 6,95-28,8] vs. 7,45 días [IC: 6,41-8,49]). La cirugía robótica presentó una estancia significativamente menor que la laparoscópica (6,90 [IC: 5,96-7,84] días vs. 7,67 [IC: 6,09-9,25]).

El 39,3 % de los pacientes presentó complicaciones, siendo un 9,1 % mayores. Los pacientes sometidos a cirugía abierta presentaron mayores complicaciones que los de cirugía laparoscópica o robótica (80 % vs. 34,3 % vs. 34,5 %).

Se recogió la variable dolor en 129 de 135 pacientes (95,6 %).

En las primeras horas de la cirugía el valor promedio del VAS fue de 2,72 [IC: 2,33-3,11]. Los pacientes con cirugía abierta presentaron mayor dolor (4 [IC: 2,96-5,04]) frente a la CMI. No hubo diferencias entre cirugía robótica o laparoscópica (2,47 [IC: 1,87-3,07] vs. 2,72 [IC: 2,21-3,23]).

En el primer día postoperatorio a las 8 horas los pacientes presentaron el pico de mayor dolor (VAS de 2,86 [IC: 2,45-3,23], siendo mayor en cirugía abierta (4,42 [IC: 3,35-5,49]) frente a CMI. No hubo diferencias entre cirugía robótica o laparoscópica (2,65 [IC: 2,13-3,17] vs. 2,66 [IC: 2,17-3,15]).

En el primer día postoperatorio a las 16 y 24 horas, las mediciones del VAS descendieron en su promedio a 2,59 y 2,36 respectivamente.

En el segundo día postoperatorio el VAS desciende a 2,07 [IC: 1,8-2,34]. Es mayor en cirugía abierta (2,58 [IC: 1,79-3,37]) frente a laparoscópica (2,02 [IC: 1,63-2,41]) y robótica (1,88 [IC: 1,52-2,24]) pero no hay diferencias significativas.

En el tercer día postoperatorio, el VAS es de 2,16 [IC: 1,83-2,49]. Es mayor en cirugía abierta (3 [IC: 1,7-4,3]) frente a laparoscópica (2,17 [IC: 1,69-2,65]) y a robótica (1,81 [IC: 1,47-2,15]) siendo las diferencias significativas.

El porcentaje de pacientes con mal control del dolor (VAS > 4) fue de un 22,5 % la tarde de la cirugía, un 23 % el primer día postoperatorio, un 6,5 % el segundo y un 13,2 % el tercero.

Conclusiones: La implantación de un Programa de Control de dolor postoperatorio permite conocer la evolución de nuestros pacientes. La cirugía robótica presenta una estancia menor, pero no hay diferencias en complicaciones con la laparoscopia. La variable dolor se recogió en un alto porcentaje de pacientes. El pico de dolor se presentó en las primeras 24 horas. Los pacientes sometidos a cirugía robótica presentan menor dolor postoperatorio, aunque la diferencia solo es significativa al tercer día. La tasa de buen control de dolor postoperatorio es satisfactoria.

Palabras clave: Dolor postoperatorio, RICA, cirugía robótica, cirugía laparoscópica.

NUTRICIÓN

O-NU-1

EMPLEO DEL ÍNDICE DE CAQUEXIA (CXI) Y DEL ÍNDICE PCR-TRIGLICÉRIDOS-GLUCOSA (CTI) EN PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS SOMETIDOS A CIRUGÍA

C. Peteiro Miranda¹; P. Lozano Martínez²; G. González Fernández²; C. Fernández Rivera²; A. Gil Pascual²; J. Ocón Bretón²

¹Hospital de Viladecans, Barcelona; ²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Objetivos: La caquexia asociada al cáncer es un marcador de mal pronóstico que se relaciona con una mayor inflamación sistémica, presencia de sarcopenia y mioesteatosis. En los pacientes candidatos a cirugía se ha demostrado que la desnutrición se asocia a un aumento de la mortalidad y de la estancia hospitalaria. Dentro de los criterios GLIM, la valoración de la masa muscular forma parte de los criterios fenotípicos de desnutrición relacionada con la enfermedad. Para evaluar la masa muscular, habitualmente se emplea la tomografía computarizada (TC) a nivel de L3, con puntos de corte establecidos (3).

Se han desarrollado índices con valor pronóstico, como el índice de caquexia (CXI), que combina el Índice de masa esquelética, albúmina sérica y ratio neutrófilos-linfocitos y el Índice PCR-triglicéridos-glucosa (CTI), que relaciona la resistencia a la insulina y la inflamación. Estos índices pueden ser útiles para la valoración nutricional de los pacientes oncológicos (2,3).

El objetivo de este estudio es relacionar la sarcopenia y mioesteatosis con el grado de inflamación y resistencia a la insulina (CTI) y con escalas pronósticas (CXI) en pacientes oncológicos hospitalizados que han recibido tratamiento quirúrgico y evaluar su valor pronóstico.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, analítico, que incluye pacientes oncológicos que recibieron tratamiento quirúrgico valorados por la sección de Nutrición del HCU Lozano Blesa de Zaragoza durante 2023. Se recogieron datos de la valoración nutricional, tipo de intervención nutricional, valores analíticos y análisis de la composición corporal mediante corte a la altura de L3 en TC empleando el software FocusedOn. Para el análisis de los datos se ha empleado el programa IBM SPSS Statistics 25.0.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes, de los cuales 56 % fueron mujeres, con una media de edad de 64 años. Respecto a la localización del tumor, se incluyeron un 2,6 % (n = 2) de cabeza y cuello, un 21,8 % (n = 17) gastrointestinal alto, un 23 % (n = 18) colorrectal, un 5,1 % (n = 4) hepatobiliar, un 14,1 % (n = 11) de páncreas, un 2,6 % (n = 2) pulmón, un 3,9 % (n = 3) urotelial y un 27 % (n = 21) otros tipos.

Un 61,5 % (n = 48) fue diagnosticado de desnutrición relacionada con la enfermedad. Un 74,4 % (n = 58) presentaron baja masa muscular y el 60,2 % (n = 47) mioesteatosis en L3.

Un menor CXI se relacionó con una mayor tasa de fallecimiento ($p = 0,034$), con una media de $13,37 \pm 15,8$ en el grupo de fallecimiento vs. $35,6 \pm 64,9$ en el grupo de no fallecimiento. Un mayor CTI se relacionó con una mayor tasa de ingreso en UCI ($p = 0,018$), con una media de $6,68 \pm 0,71$ en el grupo de UCI vs. $6,23 \pm 0,87$ en el grupo de no UCI. No se observaron asociaciones estadísticamente significativas en la tasa de reingresos.

Conclusiones: Como conclusión, el empleo del CXI y del CTI en los pacientes oncológicos hospitalizados sometidos a tratamiento quirúrgico puede aportar información sobre el riesgo de mortalidad y de ingreso en UCI.

Palabras clave: índice de caquexia, índice PCR-triglicéridos-glucosa (CTI), sarcopenia, mioesteatosis.

O-NU-2**ANÁLISIS DE COMPOSICIÓN CORPORAL PREQUIRÚGICA. ¿PUEDE DETERMINAR LA TOLERANCIA AL TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ADYUVANTE EN EL PACIENTE CON CÁNCER COLORRECTAL?**

A. Lluch Romero; M. Ricart Viles; M. F. Mucarzel; F. X. Palmas Candia; I. Montllor Ramoneda; H. Segurola; R. Burgos Peláez

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos: Evaluar si la composición corporal (CC) prequirúrgica impacta en la tolerancia al tratamiento oncológico adyuvante.

Métodos: Estudio prospectivo con una cohorte de pacientes hospitalizados y sometidos a cirugía por cáncer colorrectal candidatos a tratamiento oncológico adyuvante. Se analizó la CC mediante la segmentación de un corte a nivel de L3 en un TC abdominal precirugía. Durante el ingreso, se realizó a cada paciente una bioimpedanciometría y una dinamometría para obtener datos basales de CC. Durante el tratamiento oncológico adyuvante, se siguió a cada paciente y se registraron meticulosamente los efectos limitantes de dosis por toxicidad (DLT) y sus consecuencias en el cumplimiento del esquema de quimioterapia.

Resultados: Incluimos 49 pacientes, 23 mujeres, con una edad media de 67,8 años (R: 46-83), IMC de 26,1 kg/m² (R: 17-44), masa muscular esquelética (MME) media de 35,8 cm²/m² (mujeres) y MME media de 45,5 cm²/m² (hombres) y un FFMI de 18,7 kg/m² (R: 3,7-30,3). El esquema quimioterápico más frecuentemente indicado fue el CAPOX (51 %). Un 77,5 % precisaron ajustes de dosis de tratamiento, casi la mitad (48,9 %) sufrió algún retraso del tratamiento y 8 no lo finalizaron por toxicidad (16 %). Los pacientes diagnosticados de sarcopenia mediante MME* con TC presentaron mayor número de reducciones de dosis ($p = 0,008$) y un aumento en el número de retrasos del tratamiento oncológico ($p = 0,049$), al igual que con un FFMI** bajo ($p = 0,007$). No se observaron diferencias significativas con el diagnóstico de sarcopenia mediante la dinamometría***.

Palabras clave: Composición corporal, tolerancia quimioterápica, prehabilitación, cáncer colorrectal, sarcopenia.

O-NU-3

RIESGO DE COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS: MUST VS. TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

F. Palmas Candia; M. Ricart; F. Mucarzel; A. Lluch; R. Cartiel; A. Zabalegui; G. Cárdenas; R. Burgos
Hospital Universitario Vall D'Hebron. Barcelona

El "MUST" (*Malnutrition Universal Screening Tool*) es el cuestionario de *screening* más utilizado para el cribado nutricional y se utiliza para valorar la inclusión en programas de prehabilitación nutricional. El MUST se basa en variables como IMC, variable ampliamente conocida en la actualidad por no ser óptima para conocer el estado nutricional o la composición corporal (CC) de los pacientes. El análisis de CC mediante la segmentación de un corte lumbar (tercera vértebra) en una tomografía computarizada (TC) es una técnica de alta precisión para el estudio cuantitativo y cualitativo de la CC.

Objetivo:

- » Conocer la efectividad del MUST para detectar a los pacientes de riesgo de presentar complicaciones relacionadas con el estado nutricional.
- » Valorar la utilidad de las variables obtenidas mediante el TC para detectar el riesgo de complicaciones.

Métodos: Se reclutaron pacientes sometidos a cirugía por cáncer colorrectal diagnosticados en 2023, tanto los incluidos en programa de Recuperación Intensificada en Cirugía en Adultos (RICA) como los que no fueron incluidos.

1. Se hizo un test de tendencia unidireccional Cochran-Armitage para evaluar si una mayor puntuación MUST implicaba mayor probabilidad de complicaciones o una mayor estancia hospitalaria.
2. Se evaluaron las variables musculares obtenidas mediante el análisis de la CC por TC con el software FocusedON-BC. Las variables analizadas a nivel muscular fueron: cantidad (índice de masa muscular esquelético-IME) y calidad mediante la radiodensidad promedio (unidades "Hounsfield"-UH).
3. Se confirmó, mediante un test de inflación de varianza, que las variables obtenidas en la TC (cantidad y calidad del músculo) aportan información adicional y distinta a la proporcionada por las variables clásicas como el peso, la talla y la edad. Todos los valores obtenidos en el análisis fueron <3 , indicando que no existe un problema de colinealidad significativa entre estas variables.
4. Se estableció como mala evolución clínica estancias mayores a 10 días y la presencia de mayor número de complicaciones.
5. Se escogió como punto de corte de cada variable aquel que maximiza la sensibilidad y especificidad dentro de la curva ROC.

Resultados: 264 fueron reclutados, con una edad media de $71,4 \pm 11,55$ años. Entre la muestra había un total de 161 hombres (61,0 %) y 103 mujeres (39,0 %). El 43,9 % ($n = 116$) pertenecían al grupo RICA. Observamos que el MUST no fue capaz de predecir las complicaciones (muy baja

sensibilidad). Paradójicamente, aquellos pacientes con MUST = 0 del grupo RIC presentaron una elevada tasa de complicaciones (39,1 %), sin diferencias significativas respecto al MUST ≥ 2 (47,4 %). Lo mismo ocurre cuando usamos el MUST para estimar la estancia hospitalaria, observamos elevada especificidad con muy baja sensibilidad. Los resultados en el grupo RICA mostraron la misma tendencia que el grupo no RICA.

Se realizó un segundo análisis, con las variables obtenidas del TC. La variable con mejor curva ROC fue la radiodensidad muscular medida en UH (AUC = 0,661) y su punto de corte óptimo es 39-40 UH (sensibilidad 62,5 %, especificidad 37,5 %). La valoración cuantitativa en IME mostró una AUC 0,626 (sensibilidad 69,7, especificidad 30,3).

Conclusiones:

- » El cribado MUST no identifica a los pacientes con mayor riesgo de complicaciones.
- » La calidad muscular medida mediante TC por las Unidades Hounsfield es la mejor variable para conocer el pronóstico de los pacientes con cáncer colorrectal.
- » El estudio de la CC mediante TAC oportunista podría sustituir los métodos de cribado nutricional como el MUST para la valoración del riesgo de complicaciones.

Palabras clave: MUST, tomografía computerizada, unidades Hounsfield, RICA.

COMUNICACIONES POSTER

ANESTESIA

P-AN-01

POWER 5. RECUPERACIÓN MEJORADA TRAS CIRUGÍA COLORRECTAL Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS A 5 AÑOS

M. Puech de Oriol; J. Ripollés Melchor; N. Aracil Escoda; E. Saez Ruíz; E. Lucena de Pablo; A. Abad Gurumeta

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Objetivos: El cáncer colorrectal (CCR) es el cuarto tumor maligno más común y la tercera causa principal de mortalidad por cáncer en el mundo. A pesar de avances significativos en los tratamientos médicos y quirúrgicos, la recurrencia del CCR después de la cirugía sigue siendo alta, oscilando entre el 20 y el 30 %. Esta recurrencia genera una carga considerable para los sistemas de salud en términos de morbilidad, mortalidad y costos. Se ha planteado que los modelos de cuidado perioperatorio multidisciplinarios, como los protocolos de Recuperación Mejorada Tras Cirugía (ERAS, por sus siglas en inglés), podrían influir en los resultados oncológicos a largo plazo al facilitar una recuperación temprana y la reanudación oportuna de los tratamientos oncológicos. Sin embargo, el impacto de factores perioperatorios como la anestesia, el manejo del dolor, la nutrición y la rehabilitación en la recurrencia y supervivencia del CCR no está completamente aclarado.

Métodos: El estudio POWER fue un análisis *post hoc* de cohorte prospectivo y multicéntrico que evaluó los resultados perioperatorios en pacientes sometidos a cirugía colorrectal en hospitales de España. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años sometidos a cirugía electiva para la resección de CCR entre septiembre y diciembre de 2017. Los hospitales participantes fueron clasificados como centros ERAS si contaban con formación formal y equipos multidisciplinarios que implementaban protocolos validados. El seguimiento oncológico se realizó durante cinco años, recopilando datos de supervivencia general, recurrencia del cáncer y tiempo hasta la recurrencia.

Resultados: Se incluyeron 901 pacientes en el análisis, 540 en el grupo ERAS y 361 en el grupo de cuidado convencional. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de supervivencia a cinco años entre los grupos (66 % en ERAS vs. 60 % en no ERAS, $p = 0,31$). De igual manera, las tasas de recurrencia (25 % en ambos grupos, $p = 0,53$) y el tiempo hasta la recurrencia fueron similares. Las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier mostraron trayectorias casi idénticas entre los dos grupos durante el periodo de seguimiento. Subanálisis estratificados por etapa del cáncer no identificaron diferencias significativas en los resultados.

Discusión: Los hallazgos de este estudio indican que los protocolos ERAS no impactan de manera significativa los resultados oncológicos a largo plazo en pacientes con CCR. Sin embargo, su implementación ofrece beneficios claros en la atención perioperatoria, como la reducción

del tiempo de hospitalización (mediana de 6 días en ERAS vs. 8 días en no ERAS, $p < 0,01$) y la mejora en la recuperación postoperatoria. Aunque no se encontraron diferencias en supervivencia o recurrencia, se reconoce que los protocolos ERAS son seguros y podrían beneficiar a subgrupos específicos de pacientes, como aquellos con CCR en etapas avanzadas o con alto riesgo de complicaciones postoperatorias.

Conclusión: La implementación de programas ERAS no afecta la supervivencia a cinco años ni las tasas de recurrencia oncológica en pacientes con CCR avanzado. Sin embargo, su utilidad en la mejora de la atención perioperatoria respalda su integración como estándar clínico. Se recomienda realizar investigaciones futuras para identificar mecanismos biológicos que vinculen las intervenciones perioperatorias con los resultados oncológicos y evaluar su impacto en subgrupos de pacientes con mayor riesgo.

Palabras clave: Power 5, cirugía colorrectal, oncología, recuperación.

P-AN-02

OPTIMIZACIÓN DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN LA CISTECTOMÍA RADICAL

M. Corcoy Bidasolo; A. Pardo Bedia; M. Vall Naves; S. Beltrán Heredia; A. Vilches García; L. Aguilera Cuchillo
Hospital del Mar. Barcelona

Antecedentes y objetivo del estudio: La cistectomía radical (CR) es una cirugía mayor con alta morbimortalidad. La anemia preoperatoria se relaciona con peores resultados, por lo que su optimización es imperativa. El PBM (*patient blood management* o programa de ahorro de sangre) es un enfoque multimodal para abordar este problema. Los pacientes sometidos a CR presentan características específicas que hacen que la optimización de la anemia sea un verdadero desafío, como la quimioterapia neoadyuvante (QT) que causa supresión de la médula ósea (SM), sangrado urinario, deterioro renal y corto tiempo de optimización (cirugía oncológica). Nuestro objetivo es auditar el uso del PBM en pacientes con anemia preoperatoria programados para CR en nuestro hospital.

Resultados y discusión: El 61 % de los pacientes programados para CR (52 de 86) estaban anémicos antes de la cirugía. El 73 % eran hombres, la edad media fue de $68,1 \pm 9,1$ años. El 42,3 % fueron ASA II, el 50 % ASA III y el 7,6 % ASA IV. La Hb media fue de $10,5 \pm 1,7$ g/dl y el 63 % de ellos habían recibido QT preoperatoria. La tasa de transfusión preoperatoria fue del 18 %, mientras que la FCMI preoperatoria fue del 57,7 % y en el 6 % de pacientes se administró scEPO en el preoperatorio. La tasa de pTXA intraoperatoria fue del 7,7 %. El tiempo de FCMI antes de la cirugía fue de $19,5 \pm 21,0$ días y el tiempo de interrupción de la QT antes de la cirugía fue de $33,0 \pm 25,3$ días. El sangrado intraoperatorio fue de 446 ± 271 ml y la TR intraoperatoria y postoperatoria fue del 48 %.

Materiales y métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes anémicos con hemoglobina (Hb) < 12 g/dl programados para CR electiva entre julio de 2018 y noviembre de 2023. Se recopilaron datos demográficos (sexo, edad, ASA, Hb preoperatoria) y la tasa de QT neoadyuvante. Los resultados primarios fueron la administración preoperatoria de carboximaltosa férrica de 1 g (FCMI), la administración subcutánea de eritropoyetina

de 40.000 unidades (scEPO), la tasa de transfusión preoperatoria y la administración intraoperatoria profiláctica de ácido tranexámico (pTXA) (1 g). Los resultados secundarios fueron el momento de la FCMI antes de la cirugía, el momento de la interrupción de la QT antes de la cirugía, el sangrado intraoperatorio, la tasa de transfusión (TR), la tasa de tratamiento intraoperatorio con TXA y la Hb postoperatoria (g/dl).

Conclusiones: Nuestra incidencia de TR es alta, similar a otros estudios publicados. La FCMI preoperatoria fue nuestra principal estrategia de PBM. El tiempo preoperatorio entre la interrupción de la QT y la cirugía puede no ser suficiente para recuperarse de la SM. La scEPO aún no es un tratamiento de elección en pacientes oncológicos. El uso de pTXA es controvertido y aún no se usa ampliamente en nuestro hospital. Los ensayos actuales sobre pTXA en CR proporcionarán más conocimiento y podrían cambiar nuestra práctica habitual.

Palabras clave: Anemia, cistectomía, PBM.

P-AN-03

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA UNICÉNTRICO: LA MENOR ADHERENCIA SE LOGRÓ EN LOS ELEMENTOS POSTOPERATORIOS DEL PROTOCOLO

A. Abad Motos; I. Hernández Zubelzu; A. Arregui Rodríguez; D. Padilla Varela; S. González Santos; N. González Jorin

Hospital Universitario Donostia. San Sebastián

Objetivos: Se ha demostrado que el protocolo ERAS mejora las complicaciones postoperatorias y reduce la estancia hospitalaria tras diversos tipos de cirugía. Las primeras guías ERAS para cirugía hepática se publicaron en 2016 y se actualizaron en 2023. El objetivo de este estudio ha sido evaluar la adherencia a los elementos del protocolo ERAS y los resultados en pacientes sometidos a resección hepática tras la implementación del protocolo en enero de 2024 en un hospital terciario.

Métodos: Análisis descriptivo de una cohorte prospectiva. Se incluyeron y siguieron durante 30 días a todos los pacientes adultos sometidos a resección hepática desde febrero hasta septiembre de 2024. Los datos recopilados incluyeron características de los pacientes, adherencia a 23 elementos del protocolo ERAS, complicaciones, reingresos y duración de la estancia hospitalaria. Las variables discretas y continuas se describen como número y porcentaje, media (desviación estándar) o mediana [rango intercuartílico].

Se incluyeron 30 pacientes, el 35,5 % mujeres, con una edad media de 71 años (DE 17). El 40 % ASA II y el 57 % ASA III. El 30 % de los pacientes se sometieron a cirugía laparoscópica. La tasa general de adherencia a los componentes del protocolo ERAS fue del 85,4 %. La adherencia fue del 87 % para los elementos preoperatorios, del 88 % para los intraoperatorios y del 75 % para los postoperatorios. La educación preoperatoria, la optimización nutricional y el ayuno preoperatorio tuvieron un 100 % de adherencia. La profilaxis para náuseas y vómitos postoperatorios (PONV) y la analgesia multimodal alcanzaron un 93 %. La alimentación temprana (60 %) y la movilización precoz (61,2 %) fueron los elementos con menor adherencia. Los pa-

cientes sometidos a cirugía abierta tuvieron una menor adherencia general a los elementos postoperatorios (84 % frente a 70 %). Ocho pacientes (26,6 %) presentaron complicaciones postoperatorias y la mediana de la estancia hospitalaria fue de 4 días (3-7).

En general, la adherencia al protocolo ERAS ha sido alta en nuestra cohorte, con las tasas más bajas en los elementos postoperatorios. Muchos de los componentes del protocolo ERAS podrían considerarse parte del cuidado estándar. Sin embargo, todavía existen barreras para su implementación completa. Estudios recientes en cirugía colorrectal y hepática han mostrado una baja adherencia a los protocolos ERAS en la fase postoperatoria temprana, lo que se asoció de manera independiente con una peor recuperación.

Conclusión: Aunque la adherencia al protocolo ERAS fue alta, nuestros resultados confirman que la adherencia a los elementos postoperatorios es la más difícil de lograr y requiere un equipo multidisciplinario y motivado. Además, se debería realizar mayor esfuerzo en los pacientes sometidos a cirugía abierta.

Palabras clave: ERAS, cirugía hepatobiliar.

P-AN-04

EL BLOQUEO DEL PLANO INTERFASCIAL DEL SERRATO INTERCOSTAL EN UNA ESTRATEGIA DE ANALGESIA MULTIMODAL SE ASOCIA A EXTUBACIÓN PRECOZ EN CIRUGÍA HEPATOBILIAR ABIERTA

A. Abad Motos; L. Gómez de la Lastra; C. Garicano Goldaraz; M. Amelburu Egoscozabal; A. Lara Jiménez; N. González Jorin

Hospital Universitario Donostia. San Sebastián

Objetivos: La analgesia multimodal disminuye los efectos secundarios relacionados con los opioides y mejora la recuperación postoperatoria. El bloqueo del plano interfascial serrato intercostal (BPFSI) a nivel de la octava costilla proporciona analgesia en las ramas cutáneas laterales y anteriores de los nervios intercostales inferiores (T7-11). Nuestro objetivo fue analizar si el BPFSI era una técnica ahorradora de opioides en pacientes sometidos a cirugía hepatobiliar abierta.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes adultos sometidos a cirugía hepatobiliar abierta bajo anestesia general y morfina intratecal desde octubre de 2023 hasta agosto de 2024. Los resultados se analizaron dependiendo de si el paciente recibió el BPFSI o no. La medida de resultado primaria fue el consumo total de morfina intravenosa en las primeras 24 horas postoperatorias. Las medidas de resultado secundarias incluyeron la escala numérica visual (ENV) después de la extubación y en el primer día postoperatorio. Las variables discretas y continuas se describieron como número (%) y media (DE) o mediana [RIC] y sus diferencias se analizaron mediante la prueba exacta de Fisher o las pruebas de suma de rangos de Pearson y Wilcoxon. $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron 49 pacientes (24 recibieron BPFSI y 25 no recibieron bloqueo). Los pacientes del grupo sin bloqueo recibieron más morfina intratecal (170 frente a 152 mcg), me-

nos fentanilo intraoperatorio (248 [DE 160] frente a 385 [DE 148] mcg) y más morfina intravenosa antes de la extubación (6 [0-8] frente a 2 [0-5] mg). Más pacientes del grupo sin bloqueo se sometieron a duodenopancreatectomía cefálica (76 frente a 37,5 %). No encontramos diferencias en el consumo de morfina y las puntuaciones de dolor, aunque SIIPB se asoció con la extubación temprana (100 % vs. 76 %, $p = 0,022$).

El uso de la epidural está disminuyendo debido a sus efectos secundarios y a la combinación de analgesia para la extubación en el quirófano y la movilización temprana. Sin embargo, nuestros resultados están limitados por la heterogeneidad de los grupos de estudio.

Conclusiones: El BPFISI debe considerarse como parte de un régimen analgésico multimodal que mejora la recuperación en la cirugía abdominal abierta con incisión subcostal.

Palabras clave: Cirugía hepatobiliar, analgesia multimodal, bloqueos de pared abdominal.

P-AN-05

RESULTADOS REPORTADOS POR EL PACIENTE (PROM) EN CIRUGÍA DE PROSTATECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT

P. Ferrer Segarra; S. Alonso Pages; R. Alonso Bada; M. Vall Naves; A. Vilches García; M. Corcoy Bidasolo
Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: Los resultados reportados por el paciente (PROM, por sus siglas en inglés) son herramientas fundamentales para evaluar los resultados postquirúrgicos y la calidad de vida de los pacientes. A pesar de que los programas de rehabilitación multimodal han demostrado reducir el riesgo de complicaciones y acortar la estancia hospitalaria, existe escasa evidencia sobre su impacto en la calidad de vida postoperatoria. El índice EQ-5D es uno de los PROM más utilizados para evaluar dimensiones clave de la salud, como movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. El objetivo de este estudio es analizar la calidad de vida postoperatoria de los pacientes sometidos a prostatectomía laparoscópica asistida por robot en el Hospital del Mar de Barcelona utilizando el índice EQ-5D.

Métodos: Es un estudio observacional prospectivo en pacientes sometidos a prostatectomía laparoscópica asistida por robot que siguieron un programa de rehabilitación multimodal entre mayo de 2023 y diciembre de 2024 en el Hospital del Mar. Una semana después del alta, se envió un enlace mediante mensaje de texto para que completaran el cuestionario del índice EQ-5D. Se midió la tasa de respuesta y se realizó un análisis descriptivo de las respuestas en las cinco dimensiones del EQ-5D. Además, se identificaron las áreas con mayor impacto en la calidad de vida para sugerir posibles intervenciones postquirúrgicas.

Resultados: De los 110 pacientes a los que se les envió el cuestionario, 47 respondieron (42,7 %). Los resultados obtenidos en cada dimensión fueron los siguientes:

- » Movilidad: 63,8 % sin problemas, 25,5 % con problemas leves, 10,6 % con problemas moderados.
- » Autocuidado: 57,5 % sin problemas, 34,0 % con problemas leves, 8,5 % con problemas

moderados.

- » Actividades cotidianas: 21,3 % sin problemas, 38,3 % con problemas leves, 25,5 % con problemas moderados, 4,3 % con problemas graves, 10,6 % con problemas extremos.
- » Dolor/malestar: 8,5 % sin problemas, 66,0 % con problemas leves, 23,4 % con problemas moderados, 2,1 % con problemas graves.
- » Ansiedad/depresión: 59,6 % sin problemas, 34,0 % con problemas leves, 6,4 % con problemas moderados.

La media del índice EQ-5D fue de 0,78, indicando una calidad de vida relativamente buena.

Conclusiones: La tasa de respuesta fue relativamente baja (42,7 %). Esta baja tasa podría atribuirse a dificultades tecnológicas para acceder a los cuestionarios, desconfianza de los pacientes a abrir los enlaces por temor a fraudes o falta de motivación para completarlos. A pesar de que la mayoría de los pacientes no experimentaron dificultades significativas en movilidad, autocuidado o ansiedad, las dimensiones de actividades cotidianas y dolor/malestar mostraron mayores prevalencias de problemas. Estos hallazgos destacan la importancia de seguir monitorizando la calidad de vida postquirúrgica mediante herramientas como el índice EQ-5D para optimizar la atención postoperatoria y los resultados a largo plazo. A partir de estos resultados, se sugiere implementar estrategias de manejo del dolor postoperatorio y programas de rehabilitación funcional para mejorar la calidad de vida. Además, es crucial explorar métodos más accesibles para la recolección de datos que incrementen la tasa de respuesta en futuros estudios.

Palabras clave: Prostatectomía laparoscópica, PROM, dolor postoperatorio, calidad de vida.

P-AN-06

NUEVAS VÍAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE SARCOPENIA EN CONSULTA DE PREHABILITACIÓN. USO DEL TAC COMO HERRAMIENTA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO

I. Castillo Lamata¹; C. Juliá Romero¹; A. Tejedor Bosqued¹; E. E. Villarroel Pino¹; A. E. Sánchez Jiménez¹; J. Longás Valián²

¹Hospital Universitario San Jorge. Huesca; ²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Objetivos: El uso de técnicas objetivas como el TAC para evaluar la composición corporal ofrece grandes ventajas dada su disponibilidad y uso rutinario en el diagnóstico y seguimiento de pacientes oncológicos.

Se ha demostrado una buena correlación entre la composición corporal total y un corte axial único a nivel de la tercera vértebra lumbar gracias a la excelente resolución del tejido adiposo y musculatura esquelética. Los análisis regionales de la grasa y el tejido esquelético a nivel de L3 pueden proporcionar una cuantificación precisa y extrapolar los resultados a la masa esquelética total.

El objetivo principal del trabajo fue plantear un modelo de diagnóstico precoz de sarcopenia en la consulta de prehabilitación en nuestro centro a partir de la segmentación y tratamiento de imágenes TAC.

Del mismo modo, quisimos determinar la incidencia de sarcopenia preoperatoria calculada mediante TAC en pacientes afectados de carcinomatosis peritoneal y sometidos a cirugía citorreductora por ser esta un factor pronóstico en la evolución de pacientes oncológicos.

Métodos: Se ha llevado a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se ha tomado como muestra a los pacientes diagnosticados de carcinomatosis peritoneal y que fueron intervenidos de cirugía citorreductora en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" en Zaragoza.

Como periodo de tiempo se ha seleccionado la cohorte de pacientes que fue intervenida en el año 2019, 2020 y 2021, resultando un total de 81 pacientes.

A través del Software OsiriX Lite se procesaron las imágenes de TAC correspondientes a cada paciente. Para el diagnóstico de sarcopenia, situamos la imagen a nivel de L3 en el momento que estuviera presente tanto el cuerpo de la vértebra, como sus apófisis transversas. Con la ayuda de la herramienta "ROI" situada en el músculo psoas, se pintó aquello que correspondía a unas Unidades Hounsfield entre -29 y +150.

Un aspecto importante de la bondad del estudio ha consistido en que todas las medidas han sido tomadas por la investigadora principal, evitando con ello la posible aparición de sesgo en la medición.

Los datos de las variables analíticas fueron recogidos con el programa Microsoft Excel y posteriormente analizados con el programa IBM SPSS Statistics 25.0.

Resultados: La mediana de la masa muscular esquelética indexada por la altura fue de $42 \pm 6 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ en hombres y de $33 \pm 5,5 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ en mujeres. La prevalencia de sarcopenia en los pacientes afectados de carcinomatosis peritoneal fue del 70 %.

Se ha comprobado que no necesariamente la sarcopenia se relaciona con individuos con bajo índice de masa corporal. El 41 % de los pacientes con sarcopenia obtuvieron un IMC de la categoría sobrepeso. El peso medio de los sarcopénicos fue de $69,05 \pm 13,09 \text{ kg}$.

En el estudio de nuestra muestra, un 39,3 % de los pacientes sarcopénicos presentó desnutrición leve antes de la cirugía.

Conclusiones: Descubrir rutinas de valoración que permitan establecer el riesgo de sufrir complicaciones postoperatorias es un hecho que se antoja fundamental a la hora de realizar una medicina preventiva.

La aparición de programas informáticos que permiten la segmentación y el cálculo de las densidades de los diferentes compartimentos corporales, nos ayudan a dejar atrás la gran variabilidad interobservador que se daba en el diagnóstico de sarcopenia mediante parámetros antropométricos y pruebas funcionales.

La medición del índice muscular L3 basada en TAC es un método fácil de obtener, objetivo y preciso para evaluar la masa muscular esquelética con una variabilidad interobservador limitada. El acceso y disponibilidad de imágenes está universalizada, al ser el TAC toraco-abdominal

una prueba presente en el estudio preoperatorio del paciente oncológico que va a someterse a cirugía, sin la necesidad de añadir nuevas exploraciones.

La experiencia conseguida en cuanto al análisis de la composición corporal a nivel de L3 puede llegar a ser un aliciente para introducir en la práctica clínica habitual las mediciones y cálculos de la masa musculoesquelética. Estas determinaciones pueden conseguir diagnosticar sarcopenia de manera precoz y establecer protocolos para la identificación, seguimiento y tratamiento.

Palabras clave: Sarcopenia, TAC, anestesia, prehabilitación multimodal.

P-AN-07

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO ERAS EN LA CESÁREA ELECTIVA

C. Juliá Romero; I. Castillo Lamata; L. Ceresuela Dionís; E. Villarroel Pino; E. A. Sánchez Jiménez
Hospital Universitario San Jorge. Huesca

Introducción: La incidencia de parto por cesárea está en aumento en Europa y no se prevé una disminución de la misma. La implementación de un programa de recuperación intensificada en cirugía abdominal adaptado a este procedimiento obstétrico, que se trata de una cirugía mayor abdominal, ofrece un mejor resultado en términos de cuidados perioperatorios, mejor atención materna, morbilidad reducida, mejor control del dolor con disminución del consumo de opioides y un retorno a las actividades diarias más rápido. El objetivo es evaluar el impacto materno-neonatal que tiene la implementación de un protocolo ERAS en el parto por cesárea electiva.

Métodos: Se ha realizado una revisión no sistemática en 3 bases de datos (MEDLINE [PubMed], Scopus y Web of Science), actualizada de 2019 a 2022, para artículos que comparan los resultados de mujeres a las que se les realiza cesárea con la implementación de ERAS vs. no implementación con la estrategia de búsqueda "cesarean AND ERAS o enhanced recovery abdominal surgery".

Resultados: Esta revisión incluyó 16 estudios cuyos resultados mostraron una disminución significativa de la estancia hospitalaria con una diferencia de media de -13,78 h con un IC 95 % [-19,28 a -8,28] y $p < 0,00001$ y del consumo de opioides con una DE: -0,91; IC 95 % [-1,51 a -0,32]; $p = 0,003$, con tasas de reingreso (OR: 0,85; IC 95 % [0,50 a 1,44]; $p = 0,53$) y complicaciones maternas (globales $p = 0,53$; infección de la herida quirúrgica $p = 0,60$ y emesis $p = 0,60$), sin diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Las pautas ERAS aplicadas en el manejo de cesárea se asocian con una disminución de la duración de la estancia hospitalaria y del consumo de opioides, sin un impacto negativo en las tasas de reingreso y las complicaciones maternas generales, incluida la infección del sitio quirúrgico y la morbilidad emética. Si bien es cierto que el reducido número de estudios ECA y la heterogeneidad de los mismos, constituye la principal limitación de la evidencia encontrada. Estos hallazgos pueden ser de gran ayuda para confirmar el impacto beneficioso de un enfoque ERAS durante el tratamiento de la pericesárea. Además de que estos protocolos

suelen estar relegados en su gran mayoría a cirugías abdominales del aparato digestivo y genito-urinario, y pacientes oncológicos. Es por este motivo que son necesarios un mayor número de estudios para cuantificar el impacto beneficioso que puede tener la implantación de un protocolo ERAS en el parto por cesárea.

Palabras clave: Cesárea, ERAS, multimodal, resultados materno-neonatales.

P-AN-09

EL IMPACTO DE LA PREHABILITACIÓN MULTIMODAL EN LA MEJORA DE LOS RESULTADOS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ONCOLÓGICA COLORRECTAL

V. Ureña Buch; A. Culebradas Barrera; X. Carrè Rubio; A. Mira Puerto; F. Moreno Fernández; C. Morales Tugues

Hospital Universitario Sant Joan de Reus. Reus, Tarragona

Objetivos: Evaluar el impacto de la aplicación del programa de Prehabilitación Multimodal en pacientes intervenidos de cirugía colorrectal programada frente a pacientes tratados de manera convencional (no prehabilitados) dentro del contexto ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) para ambos grupos. Para ello nuestro objetivo fue evaluar el efecto de la prehabilitación en la estancia hospitalaria y en los resultados postoperatorios.

Métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo unicéntrico en pacientes intervenidos de cirugía colorrectal programada en el Hospital Universitario Salut Sant Joan de Reus. Se recogen 229 pacientes desde mayo de 2022 hasta diciembre de 2023.

Criterios inclusión: Mayores de 18 años intervenidos de cirugía colorrectal laparoscópica electiva.

Criterios exclusión: Menores de 18 años, ASA IV-V, cirugía urgente y cirugía por lesiones iatrogénicas secundarias. Se recoge como variable principal: la fecha de cirugía y de alta y como variables secundarias: las complicaciones médico-quirúrgicas del postoperatorio inmediato y en los 30 primeros días postquirúrgico, la necesidad de transfusión, la hora de ingesta hídrica y la hora de movilización precoz tras cirugía. El análisis estadístico se realiza mediante el programa SPSS® v.22.

Resultados: Se incluyen un total de 229 pacientes, de los que 22 fueron excluidos. Se obtienen dos grupos: 109 pacientes en el grupo PREHAB (prehabilitados) y 98 pacientes en el grupo noPREHAB (tratados convencionalmente). Respecto a los días de estancia hospitalaria, se observa una media de 114 horas y 7 minutos en el grupo PREHAB y 140 horas y 4 minutos en el grupo noPREHAB, esta diferencia de 26 horas fue estadísticamente significativa ($p = 0,03$). En relación con la tolerancia hídrica, se obtiene una media de 12 horas y 12 minutos para el grupo PREHAB, en contraste con 34 horas y 23 minutos para el grupo noPREHAB, con una diferencia significativa ($p = 0,0042$). Relativo al tiempo de movilización precoz, se calcula una media de 23 horas y 21 minutos en el grupo PREHAB, frente a una media de 40 horas y 29 minutos en el grupo noPREHAB, con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,03$) de

aproximadamente 17 horas. Por último, evaluamos el impacto del programa en la incidencia de complicaciones quirúrgicas, médicas y en la necesidad de terapia transfusional postoperatoria sin encontrar diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas.

La implementación del programa de prehabilitación multimodal en pacientes sometidos a cirugía colorrectal mostró un impacto positivo, con una reducción significativa en la duración de la estancia hospitalaria, en el tiempo de tolerancia hídrica y en la movilización temprana postquirúrgica.

Aunque los resultados fueron prometedores en cuanto a estos parámetros, no se observó una disminución significativa en la incidencia de complicaciones ni en la necesidad de transfusiones. Los hallazgos sugieren que el programa de Prehabilitación podría significar una mejoría clínicamente relevante en la recuperación postoperatoria.

Palabras clave: Prehabilitación, cirugía, cáncer colorrectal, estancia hospitalaria, complicaciones postquirúrgicas.

P-AN-10

COMPARACIÓN DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA POSTOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA COLORRECTAL ROBÓTICA CON HUGOTM RAS VS. LAPAROSCÓPICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO

J. M. Pérez Martínez; J. L. Muñoz Rodes; M. M. Valseca Bueno; E. Miranda Tauler; R. Flores Mohedano; A. Pérez Carbonell

Hospital General Universitario de Elche

Objetivos: Evaluar la respuesta inflamatoria postoperatoria en los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal mediante abordaje laparoscópico convencional *versus* aquellos que se intervinieron mediante el sistema robótico Hugo™ RAS.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal endoscópica comprendidos entre enero de 2023 y diciembre de 2024 en el HGU de Elche. Registramos y clasificamos a los pacientes según el tipo de abordaje; laparoscópico (LPC) o robótico (RBT).

La respuesta inflamatoria se evaluó según los niveles de los reactantes de fase aguda (leucocitos, proteína C reactiva [PCR] y procalcitonina [PCT]), a las 24, 48 y 72 horas posteriores a la cirugía en ambos grupos. Para ello en un primer análisis descartamos aquellos casos que tuvieron una complicación de carácter infeccioso (infección del sitio quirúrgico (ISQ) y dehiscencia de anastomosis). Posteriormente comparamos la aparición de estas complicaciones en ambos grupos y analizamos la capacidad predictora de los reactantes de fase aguda.

El estudio descriptivo y analítico se realizó mediante el programa informático estadístico SPSS versión 20.0.

Registramos un total de 108 pacientes, 47 en el grupo de laparoscopia convencional (LPC) y 61 en el grupo de asistida por robot (RBT). La media de edad fue de 68,1 (DE 14,1) años en LPC

vs. 65,6 (DE 14,3) en RBT, la media IMC fue de 26,9 (DE 4,7) kg/m² en LPC vs. 26,1 (DE 4,2) kg/m² en RBT. La mayoría de los pacientes en ambos grupos tuvieron una clasificación ASA 2 y 3 sin diferencias significativas.

Al analizar la respuesta inflamatoria de los pacientes que no se complicaron observamos unos niveles menores de PCR en el grupo de RBT, estos niveles fueron significativos a las 48 h de la intervención (92,4 DE 52,7 en LPC vs. 67,9 DE 39,7 en RBT con una $p < 0,05$). Los niveles de leucocitos y de PCT no tuvieron diferencias significativas en ambos grupos.

En cuanto a las complicaciones, en el grupo de LPC tuvimos 8 (17 %) pacientes con complicación de carácter infeccioso en el postoperatorio (5 ISQ y 3 dehiscencia de anastomosis). Al analizar la capacidad predictiva de los reactantes de fase aguda observamos que los niveles de PCR y de PCT a las 72 h fueron significativamente más altos en los pacientes que se complicaron (PCR de 92,4 DE 52,7 vs. 122,9 DE 77,1, $p < 0,05$, PCT de 0,35 DE 0,63 vs. 1,16 DE 1,15, $p < 0,05$). No encontramos diferencias en el resto de los días. El AUC a las 72 h para la PCR fue de 0,538 y de 0,734 para la PCT.

En el grupo de RBT hubo 10 (16,4 %) complicaciones infecciosas (5 ISQ y 5 dehiscencia de anastomosis). Los niveles de PCR y PCT fueron significativamente mayores en los pacientes que tuvieron complicaciones infecciosas a las 24, 48 y 72 h. Para la PCR niveles de 41,8 DE 18,9 vs. 73,6 DE 35,8, $p < 0,01$ a las 24 h; de 67,9 DE 39,7 vs. 154,3 DE 78,3, $p < 0,01$ a las 48 h; y de 69,1 DE 54,6 vs. 170,6 DE 85,6, $p < 0,01$ a las 72 h. Para la PCT los niveles fueron de 0,15 DE 0,18 vs. 0,65 DE 0,62, $p < 0,05$ a las 24 h; 0,15 DE 0,16 vs 0,60 DE 0,48, $p < 0,05$, a las 48 h; y de 0,15 DE 0,15 vs. 0,63 DE 0,52, $p < 0,05$ a las 72 h. El AUC para la PCR a las 24, 48 y 72 h fue de 0,825, 0,877, y 0,894, respectivamente. En el caso de la PCT fueron 0,766, 0,796 y 0,910.

Conclusiones: Al comparar la respuesta inflamatoria en los dos abordajes observamos una tendencia a unos menores niveles de PCR en el grupo de RBT (significativos a las 48 h). Estos resultados concuerdan con los observados en otros estudios.

La menor respuesta inflamatoria en los pacientes intervenidos por RBT hace que la capacidad para predecir una complicación infecciosa de la PCR y la PCT sea mayor que en el abordaje laparoscópico convencional.

Palabras clave: Proteína C reactiva, colorrectal, laparoscopia, robótica.

P-AN-12

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA PARA PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA/LAPAROSCÓPICA

P. Zalvide; P. Cabrerizo; M. Zaballos; G. Ogaya; I. Garutti
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Los protocolos de recuperación intensificada en cirugía del adulto (ERAS) han demostrado que mejoran la recuperación, disminuyen la morbilidad, reducen la estancia

hospitalaria, los costes y la satisfacción del paciente. Incluyen varios elementos clave para reducir el estrés perioperatorio y acelerar la recuperación del paciente. Su implementación en la cirugía de resección radical de próstata robótica/laparoscópica (CRRPRL) ha sido más paulatina por la necesidad de evaluar la eficacia de muchos de los componentes ERAS, específicos para la cirugía abdominal en el contexto de la prostatectomía radical.

Nuestro objetivo fue desarrollar e implementar en nuestro medio una vía clínica de recuperación intensificada en la CRRPRL y reducir el tiempo medio de ingreso de 72 h actuales a 24 h, sin incrementar el reingreso tras el alta.

Métodos: Se planificaron reuniones multidisciplinarias con anestesiólogos, urólogos y enfermeras. Se realizó una búsqueda bibliográfica, se revisaron protocolos de otras cirugías y publicaciones relativas a la CRRPRL para evaluar y elaborar un protocolo que se adaptara a nuestras condiciones. El protocolo elaborado contiene las actuaciones de cada uno de los profesionales implicados de forma estructurada. Se destacó la relevancia de proporcionar información clara y concisa al paciente y familiares. El protocolo incluye indicadores clínicos, de calidad de vida y grado de satisfacción del paciente.

Resultados: La vía clínica elaborada incluye a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de cáncer de próstata localizado y en lista de espera para CRRPRL con o sin linfadenectomía.

En las consultas de urología y de anestesiología, se dará información oral y escrita sobre recomendaciones de prehabilitación física (ejercicio, abandono del tabaco y alcohol), manejo de medicación crónica, administración domiciliar de medicación preoperatoria (heparinas) y se entregará un pictograma resumen de todo el proceso perioperatorio. Se enfatizará la optimización de la cifra de hemoglobina preoperatoria.

El paciente ingresará la mañana de la intervención y se fomentará la ingesta oral hasta 6 horas y de agua/líquidos claros hasta 2 horas antes de la cirugía.

La cirugía se realizará preferentemente utilizando la plataforma robótica Da Vinci con 5 trócares y acceso transperitoneal, no se dejará drenaje de forma sistemática. El procedimiento anestésico incluirá el manejo hemodinámico y de fluidoterapia guiada por objetivos mediante monitorización no invasiva y análisis de la onda de pulso, control estricto de glucemia, calentamiento activo con convector de aire y calentador de sueros, ventilación protectora y analgesia multimodal incluyendo bloqueos de pared abdominal.

Durante el postoperatorio, se fomentará la deambulación, tolerancia precoz y seguimiento estricto del dolor. Se administrará analgesia pautada con AINE y paracetamol. Transcurridas 24 horas desde la cirugía, con analítica de control adecuada, y si no ha habido incidencias postoperatorias se procederá al alta. Se realizará control telefónico al día siguiente para evaluar el estado del paciente.

Se han desarrollado ocho indicadores de calidad para evaluar la eficacia y seguridad de la vía clínica: tiempo de estancia en la unidad de recuperación postanestésica, tiempo de hospitalización, ingreso en unidad de cuidados intensivos, mortalidad a los 30 y 90 días, incidencia de fístula anastomótica, tasa de reingreso y satisfacción del paciente.

Conclusiones: El trabajo de un equipo multidisciplinar con objetivos comunes y estandarizados ha permitido el desarrollo de una vía clínica para la prostatectomía radical/robótica laparoscópica. Su implantación redundará en una mejora de la calidad asistencial, de la seguridad y satisfacción del paciente.

Palabras clave: Prostatectomía radical, ERAS, protocolo, vía clínica.

P-AN-13

OPTIMIZANDO LA PREHABILITACIÓN: COMPARANDO LA EFICACIA DE DISTINTOS ENFOQUES DE ENTRENAMIENTO

R. Alonso Bada; S. Alonso Pages; P. Ferrer i Segarra; M. Corcoy Bidasolo; A. Vilches García; M. Sadurní Sarda

Hospital del Mar. Barcelona

Los pacientes con carcinoma de vejiga sometidos a cistectomía radical y quimioterapia adyuvante experimentan un deterioro significativo en su capacidad funcional y condición física durante el periodo perioperatorio. Este declive se asocia con peores resultados quirúrgicos y una recuperación posoperatoria prolongada. Evidencia científica respalda que la implementación de un programa de ejercicio prequirúrgico contribuye a mitigar el estrés fisiológico asociado a la cirugía y a optimizar los parámetros de recuperación. Sin embargo, hay poca evidencia sobre qué tipo de entrenamiento es mejor para estos pacientes.

Objetivo: Estudiar cuál es el efecto de diferentes tipos de entrenamiento físico en el periodo de prehabilitación y si hay diferencias entre ellos en pacientes intervenidos de cistectomía radical.

Métodos: Se han seleccionado los pacientes intervenidos de cistectomía radical durante los últimos ocho años en nuestro hospital. A estos se les propone un programa de prehabilitación quirúrgica que incluye entrenamiento físico.

En una primera visita se valora la capacidad funcional basal del paciente con cuatro pruebas: 6 MWT, hand grip, SF12 mental y SF12 físico. Se les propone diferente tipo de entrenamiento según el resultado; aquellos con buena forma física basal realizan deporte domiciliario sin supervisión o *CrossFit*, según preferencia personal. Los pacientes frágiles realizan deporte en el centro Fórum supervisados por rehabilitadores y fisioterapeutas. Se realiza una segunda visita después de 3-4 semanas de entrenamiento. Se han estudiado los resultados en cuatro pruebas realizadas en las dos visitas.

Resultados: Se han incluido 162 pacientes operados de cistectomía radical desde año 2017 hasta el 2024 en nuestro centro (97 en deporte domiciliario, 35 en Centro Fórum y 23 en *CrossFit*). La edad media es de 70,4 años, 94 son hombres y 68 mujeres, el IMC medio es de 26,8. En cuanto al ASA, el 53,7 % es ASA 2, el 42,5 % es ASA 3 y el 3,7 % es ASA 4.

Comparando los resultados entre la primera y la segunda visita (pre y post periodo de entrenamiento), todos los grupos mejoraron en los cuatro test propuestos. Cabe destacar que el grupo de pacientes de centro Fórum mejoró de media 28 metros en el test de la marcha de seis mi-

nutos, así como una mejora media de 3,96 puntos en el SF12 mental y de 3,62 en el SF12 físico. También destaca una mejora media de 10 metros en el test de la marcha de seis minutos para el grupo de deporte domiciliario. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes tipos de entrenamiento.

Conclusiones: La realización de ejercicio mejora la capacidad física de los pacientes durante una época de deterioro funcional importante. Cualquier tipo de entrenamiento resulta beneficioso en diferentes tipos de pacientes y es importante que se incluya en los programas de rehabilitación. Se ha visto mejora tanto en la capacidad física como en la autopercepción de salud, especialmente en pacientes previamente frágiles. Son necesarios estudios que comparen los distintos tipos de entrenamientos para poder optimizar dichos programas, que incluyan un número mayor de pacientes y en un periodo más largo en el tiempo.

Palabras clave: Prehabilitación, cistectomía, deporte, CrossFit, entrenamiento

P-AN-14

MANEJO DE UNA PACIENTE CON DIAGNÓSTICO SINCRÓNICO DE FEOCROMOCITOMA Y NEOPLASIA DE COLON TRANSVERSO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Vilalta Camps; J. Baldo Gosálvez; N. Garrigos Satorres; R. Higuera Castellanos; S. Gómez Abril; J. V. Llau Pitarch

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Introducción: Los feocromocitomas son tumores que derivan de las células cromafines de la médula adrenal. Su incidencia es baja alrededor de 1/100.000 pacientes por año. Por otra parte, el cáncer colorrectal es una patología más frecuente, con una estimación de unos 40.000 casos nuevos por año.

El hallazgo simultáneo de ambas patologías en un mismo paciente ha sido descrito con poca frecuencia en la literatura¹. El diagnóstico de feocromocitoma suele ser un hallazgo casual durante el estudio de extensión de la neoplasia colorrectal suponiendo, el manejo perioperatorio, un desafío quirúrgico y anestésico^{2,3}.

El planteamiento quirúrgico suele ser el abordaje en un primer tiempo del feocromocitoma y en un segundo tiempo, de la neoplasia de colon, con el objetivo de evitar la inestabilidad hemodinámica durante la resección colorrectal¹.

Descripción del caso: Paciente 59 años con antecedentes de dislipemia con tratamiento farmacológico.

Se diagnostica de neoplasia de colon transverso tras endoscopia digestiva baja por sangre oculta en heces. En el estudio de extensión mediante tomografía se objetiva gran masa suprarrenal izquierda de 9,5 x 8,7 cm de apariencia sólida, se recomienda resonancia que informa que la lesión es compatible con feocromocitoma, cuyo diagnóstico se confirma con la presencia de metanefrina (645 µg) y normetanefrina (1766 µg) en orina de 24 horas.

La paciente se incluye en el protocolo de la vía RICA y es remitida a Endocrinología, quien inicia tratamiento preoperatorio con alfa-bloqueantes (doxazosina 4 mg/24 h).

Evolución: El equipo quirúrgico plantea la posibilidad de realizar el abordaje de ambas patologías en un mismo tiempo, en primer lugar el feocromocitoma y si la paciente se mantiene estable hemodinámicamente, continuar con la resección de la neoplasia de colon transverso.

Se decide anestesia general con control hemodinámico estricto (canalización de arteria radial derecha) para monitorización de presión arterial invasiva antes de la inducción, y monitor proAQT® (Getinge).

La inducción se realizó con etomidato, fentanest y rocuronio, y el mantenimiento con sevorane y remifentanilo. Durante la cirugía se mantuvo hemodinámicamente estable, sin precisar fármacos vasopresores ni antihipertensivos para el control hemodinámico.

La duración total de la intervención fue de 6 horas, realizándose una extubación reglada en quirófano.

La paciente se trasladó a la Unidad de Reanimación para control postoperatorio y fue dada de alta a la sala de hospitalización a las 24 horas y al domicilio a los 6 días, sin complicaciones.

Conclusiones y recomendaciones:

- » El diagnóstico sincrónico de feocromocitoma y neoplasia colorrectal ha sido descrito con poca frecuencia en la literatura.
- » El abordaje quirúrgico simultáneo de ambas patologías supone un desafío anestésico, sobre todo sus implicaciones hemodinámicas.
- » En estos casos, es importante individualizar la indicación quirúrgica según la patología de base del paciente, y un abordaje multidisciplinar para la correcta preparación perioperatoria.

Bibliografía:

1. Sohawon R, Truran P, Webster J, Harrison BJ, Balasubramanian SP. Optimal Management of a Synchronous Diagnosis of Pheochromocytoma and Colorectal Neoplasia. *Indian J Surg Oncol.* 2017;8(4):622-6. DOI: 10.1007/s13193-017-0627-4.
2. Araujo-Castro M, Pascual-Corrales E, Nattero Chavez L, Martínez Lorca A, Alonso-Gordoa T, Molina-Cerrillo J, et al. Protocol for presurgical and anesthetic management of pheochromocytomas and sympathetic paragangliomas: a multidisciplinary approach. *J Endocrinol Invest.* 2021;44(12):2545-55. DOI: 10.1007/s40618-021-01649-7.
3. Groeben H, Walz MK, Nottebaum BJ, Alesina PF, Greenwald A, Schumann R, et al. International multicentre review of perioperative management and outcome for catecholamine-producing tumours. *Br J Surg.* 2020;107(2):e170-e178. DOI: 10.1002/bjs.11378.

Palabras clave: Feocromocitoma, cáncer de colon, manejo perioperatorio.

P-AN-15**MEJORANDO LA ADHERENCIA A LA PREHABILITACIÓN MULTIMODAL: ¿QUÉ OPINAN LOS PACIENTES?**

E. Moret Ruiz; L. Chakkour El Onsri; M. Nájera; J. Moreno; C. Bassa; P. Carrasco; M. Macías; I. D. Jahnke López

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Objetivos: Los programas multidisciplinares de prehabilitación multimodal (PM), que incluyen la realización de actividad física, apoyo nutricional y psicológico personalizados, se desarrollaron para fortalecer el estado físico y mental de los/as pacientes antes de una cirugía compleja. Sin embargo, la adherencia de los/as pacientes a dichos programas, influenciada por diversos factores, sigue siendo hoy día un reto. Mantener una alta adherencia durante un periodo corto de 4 semanas es crucial para maximizar la eficacia del programa y así mejorar los resultados postoperatorios.

Los objetivos de este estudio fueron comprender mejor la perspectiva de los/as pacientes respecto a la PM e identificar factores relacionados con la adherencia al programa, con el fin de mejorarla.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio cualitativo, descriptivo y unicéntrico en el que, durante un periodo de 9 meses, se incluyeron todos/as lo/as pacientes programados/as para cirugía electiva oncológica compleja sometidos/as a un programa de PM en un hospital universitario de tercer nivel. Se diseñó y distribuyó un cuestionario estructurado, anónimo y voluntario para evaluar la adherencia y la opinión de los/las pacientes sobre el programa de la PM al finalizarlo. Los criterios de exclusión fueron: incapacidad para completar el formulario debido a analfabetismo, problemas idiomáticos, deterioro cognitivo y/o déficits visuales o auditivos. Al final del cuestionario se ofreció un espacio para plasmar los aspectos más negativos y positivos de la experiencia de los/as participantes, así como propuestas de mejora de la adherencia al programa de PM.

Resultados: De 163 pacientes adultos/as consecutivos/as prehabilitados/as y programados/as para cirugías oncológicas complejas de Cirugía Gastrointestinal, Urológica, Ginecológica y Cirugía Torácica, 131 cumplieron criterios de inclusión y respondieron al cuestionario propuesto al finalizar el programa de PM de 4 semanas de duración (porcentaje de respuesta del 55 %). 72 pacientes (55,5 %) eran hombres, la edad media de los/as pacientes fue de 71,5 años. El 94,4 % de los/as participantes no conocía el concepto de PM previamente, pero el 97,2 % se mostró interesado en participar en ella tras la explicación médica correspondiente. Un 93 % de los/as pacientes nunca antes había asistido a un gimnasio ni había recibido asesoramiento nutricional o psicológico. Las recomendaciones médicas aumentaron la motivación para participar, mientras que un número elevado de visitas presenciales necesarias fue un posible obstáculo para asistir a ellas.

Los/as pacientes más frágiles valoraron especialmente las sesiones de entrenamiento físico presencial y supervisado, así como las sesiones psicoeducativas grupales. El principal factor motivacional para la participación fue el deseo de estar "fuertes y preparados/as para la cirugía". Los/as pacientes

declararon haber aprendido "hábitos de vida saludables que ayudan a vivir más y mejor". Un 21 % de los/as pacientes expresó interés en continuar participando en el programa de PM después de ser dados/as de alta. El principal obstáculo para la participación estuvo relacionado con aspectos logísticos familiares, como el transporte al hospital y regreso a casa. Los/las participantes más jóvenes y menos frágiles mostraron interés en participar en un seguimiento del entrenamiento físico en casa guiado por videoconferencia por parte del fisioterapeuta, así como en una monitorización remota supervisada. Todos/as los/as pacientes estuvieron muy satisfechos/as con el programa y lo recomendarían (valor medio en la escala de Likert: 9 sobre 10).

Conclusiones: Los resultados de este estudio subrayan la importancia de diseñar programas de PM más centrados en los/as pacientes. Los traslados y las numerosas visitas condicionan mucho la adherencia al programa de PM. Las nuevas tecnologías como la telemedicina y la monitorización remota nos pueden ayudar en un futuro a prehabilitar de forma más eficiente. Las estrategias terapéuticas efectivas deberían alinearse con las expectativas de los/as pacientes, aportando valor al proceso quirúrgico y mejorando la adherencia al programa de PM.

Palabras clave: Prehabilitación multimodal, adherencia, cirugía oncológica.

P-AN-16

IMPACTO DE LA ANEMIA Y SU TRATAMIENTO EN LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDOS/AS A UNA CISTECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER DE VEJIGA TRAS UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN MULTIMODAL

E. Moret Ruiz¹; L. Chakkour El Onsri¹; J. Riu¹; C. R. Acosta¹; J. L. Gago¹; J. Climent¹; A. González²; A. Esteve²

¹Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona; ²ICO, IGTP

Objetivos: Los programas multidisciplinares de prehabilitación multimodal (PM) fueron diseñados para fortalecer el estado físico y mental de los/as pacientes antes de cirugías complejas con el objetivo de anticiparse a las consecuencias del estrés quirúrgico, disminuir la prevalencia y la severidad de las complicaciones postoperatorias, acelerar la recuperación postoperatoria y reducir la mortalidad postoperatoria.

La mayoría de los/as pacientes con cáncer de vejiga están anémicos/as por hematuria son fumadores/as o lo han sido, están en riesgo de desnutrición y a menudo tienen una condición física basal pobre o muy pobre.

Los objetivos del estudio fueron analizar la prevalencia y el tratamiento de la anemia y su impacto en las complicaciones postoperatorias en pacientes prehabilitados/as sometidos/as a una cistectomía radical por cáncer de vejiga.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, longitudinal, descriptivo, unicéntrico. Durante un periodo de 4 semanas antes de la cirugía, los/as pacientes recibieron un entrenamiento físico personalizado, así como un asesoramiento nutricional y apoyo psicológico por parte de un equipo multidisciplinar formado por una enfermera, una nutricionista, un fisioterapeuta, una rehabilitadora, una psicóloga y un anestesiólogo en un hospital universitario terciario.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes adultos/as, ASA clasificación I-IV, indicación quirúrgica de cistectomía radical por cáncer primario de vejiga, disponibilidad para prehabilitarse 4 semanas antes de la cirugía, aceptación del programa PM y firma del consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: disponibilidad de menos de 4 semanas para la PM, pacientes con disfunción cognitiva moderada-severa, patología psiquiátrica, contraindicaciones para la actividad física, analfabetismo, barrera idiomática, déficits visuales/auditivos importantes, pacientes terminales, rechazo del programa de PM y/o no firma del consentimiento informado.

Resultados: Se definió la anemia si el valor basal de la hemoglobina era < 13 g/dl tanto en mujeres como en hombres. Se analizaron el tipo de anemia, su tratamiento preoperatorio, el sangrado intraoperatorio, los requerimientos transfusionales y los valores de hemoglobina al alta. Se evaluó la capacidad funcional (CF) de todos/as los/as pacientes mediante el test de la marcha de 6 minutos, la fuerza de garra de la mano dominante, el cuestionario de actividad física diaria mediante el International Physical Activity Questionnaire, el test de fragilidad Short Physical Performance Battery y la presión inspiratoria máxima el primer día de PM. A los/las pacientes frágiles (que realizaron un entrenamiento físico presencial 2 veces por semana) se les repitieron los test de CF y de fragilidad al final de la PM. Los/las pacientes no frágiles entrenaron en su domicilio siguiendo recomendaciones de la OMS.

Se registraron las siguientes complicaciones postoperatorias durante los primeros 90 días postoperatorios: neumonía, SDRA, fracaso renal agudo, paro cardiaco, arritmia, trombosis venosa profunda, ictus, edema agudo de pulmón, infarto agudo de miocardio, infección de la herida, infección del tracto urinario, íleo paralítico, delirio, sangrado postoperatorio/hemorragia. También se analizaron la estancia hospitalaria y en unidad de críticos, las consultas a urgencias, los reingresos, las reintervenciones y la mortalidad durante el mismo periodo postoperatorio. Se compararon dichas variables entre pacientes con o sin anemia.

Un total de 28 pacientes consecutivos prehabilitados/as pendientes de cistectomía radical fueron incluidos durante un periodo de 8 meses (75 % hombres, edad media 71,6 años, todos/as los pacientes fueron ASA III, 29,6 % fueron no-fumadores/as). 16 pacientes (57,1 %) presentaron anemia en el preoperatorio (68,8 % hombres); en el 56,25 % de los casos, la anemia fue secundaria a un déficit de hierro y fue tratada con hierro i.v. Un 43,8 % de los/as pacientes anémicos/as eran frágiles ($p = 0.010$). El sangrado intraoperatorio, la tasa transfusional (10,5 %) y los valores funcionales post-PM fueron similares entre los pacientes anémicos y los valores basales en los/as no anémicos/as. Un 55,6 % de los/as pacientes anémicos/as tuvo una infección del tracto urinario ($p = 0.034$). Al alta hospitalaria, un 62,5 % de los/as pacientes presentó anemia. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las estancias hospitalarias, ni en reingresos, ni en las complicaciones postoperatorias en los primeros 90 días entre anémicos y no anémicos. Un paciente anémico falleció.

Conclusiones: La prevalencia de anemia en nuestros pacientes fue del 57,1 %, siendo la mayoría por déficit de hierro que se trató con hierro i.v. Los/as pacientes anémicos/as con cáncer vesical que fueron intervenidos de cistectomía radical no presentaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la capacidad funcional comparados/as con los/as pacientes no anémicos al final del programa de PM. La infección del tracto urinario en el postoperatorio fue

más frecuente en pacientes anémicos/as. La anemia al alta hospitalaria debería ser estudiada y tratada de forma más contundente. No se encontraron diferencias en las complicaciones postoperatorias entre los pacientes no anémicos y anémicos tras la corrección de la anemia y la realización del programa multidisciplinar de prehabilitación multimodal en nuestro centro.

Palabras clave: Prehabilitación multimodal, anemia, cistectomía, complicaciones.

P-AN-17

PREHABILITACIÓN EN PACIENTES \geq 80 AÑOS EN CIRUGÍA COLORRECTAL ELECTIVA. IMPACTO A NIVEL DE COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS, ESTANCIA HOSPITALARIA Y MORTALIDAD AL AÑO

M. Sadurní Sardá; J. Carazo Cordobés; E. Vilà Barriuso; M. Gómez Moreno; A. Tena Borrego; M. Corcoy Bidasolo

Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: Los beneficios de la prehabilitación en cirugía colorrectal cuentan con una creciente evidencia científica¹.

Algunos estudios en población de edad avanzada (> 70 años) han demostrado que los programas de prehabilitación multimodal pueden reducir las complicaciones postoperatorias y mejorar el estado funcional².

El objetivo de nuestro estudio fue valorar la eficacia de nuestro programa de prehabilitación en los pacientes de edad muy avanzada (\geq 80 años) sometidos a cirugía colorrectal.

Métodos: Tras la aprobación del comité de ética, se diseñó un estudio retrospectivo en pacientes mayores de 80 años sometidos a cirugía colorrectal electiva entre 2018 y 2023.

A partir de 2021, todos los pacientes \geq 80 años fueron evaluados y optimizados por la unidad de prehabilitación mediante un enfoque multimodal durante el periodo de espera hasta la intervención quirúrgica.

Por tanto, los pacientes se dividieron en dos grupos:

- » Grupo prehabilitación (2021-2023): los pacientes recibieron recomendaciones para evitar el sedentarismo y un programa de entrenamiento físico interválico de alta intensidad, adaptado a sus características basales. Este incluyó tres modalidades: supervisado basado en *CrossFit*, domiciliario no supervisado y supervisado a nivel hospitalario por fisioterapeutas y especialistas en rehabilitación. Además, se proporcionó un aporte proteico \pm nutricional, ejercicio cognitivo y soporte emocional en caso necesario.
- » Grupo Control (2018-2020): los pacientes recibieron únicamente la visita preanestésica convencional.

Todos los pacientes fueron intervenidos siguiendo los principios de la vía RICA (Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal).

Se recogieron variables demográficas (sexo, edad, IMC, clasificación ASA) e intraoperatorias (tipo y duración de la cirugía) en ambos grupos. En el grupo de prehabilitación, además, se analizaron parámetros adicionales de estado funcional preoperatorio no evaluados en el grupo control, como fragilidad, test de la marcha, fuerza según hand-grip, escala MUST, kilogramos de masa muscular mediante bioimpedancia y escala HADS de ansiedad y depresión. Se registró el tiempo de entrenamiento hasta la fecha de la intervención quirúrgica.

Resultados: Los resultados analizados incluyeron complicaciones perioperatorias (medidas mediante el Comprehensive Complication Index - CCI), estancia hospitalaria y mortalidad al año.

Análisis estadístico: se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney para la comparación de medianas y la prueba de Chi cuadrado para la comparación de proporciones.

Se incluyeron un total de 161 pacientes (Grupo Prehabilitación: 81; Grupo Control: 80). No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en las variables demográficas ni en el tipo de intervención quirúrgica.

El tiempo mediano de prehabilitación fue de 42 días.

- » La mediana de complicaciones según el Comprehensive Complication Index (CCI) fue de 8,7 (rango: 0-100) en el Grupo Prehabilitación frente a 20,9 (rango: 0-79,4) en el Grupo Control ($p = 0,69$).
- » La estancia hospitalaria fue de 8 días (rango: 4-35) en el Grupo Prehabilitación frente a 7 días (rango: 4-67) en el Grupo Control ($p = 0,31$).
- » La mortalidad al año fue del 9,8 % en el Grupo Prehabilitación frente al 15 % en el Grupo Control ($p = 0,45$).

Conclusiones:

- » La prehabilitación multimodal en pacientes de edad muy avanzada (> 80 años) sometidos a cirugía colorrectal es factible, con una duración mediana de 42 días.
- » Aunque se observó una reducción en las complicaciones postoperatorias (CCI) y en la mortalidad al año en el grupo prehabilitado, las diferencias no alcanzaron significación estadística, posiblemente debido al tamaño muestral.
- » No se encontraron diferencias significativas en la estancia hospitalaria entre ambos grupos.
- » Se requieren estudios con mayor tamaño muestral y diseño prospectivo para confirmar los posibles beneficios de la prehabilitación en este subgrupo de pacientes de edad muy avanzada.

Bibliografía:

1. Molenaar CJL, Minnella EM, Coca-Martinez M, Ten Cate DWG, Regis M, Awasthi R, et al. Effect of Multimodal Prehabilitation on Reducing Postoperative Complications and Enhancing Functional Capacity Following Colorectal Cancer Surgery: The PREHAB Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* 2023;158(6):572-81. DOI: 10.1001/jamasurg.2023.0198.
2. Groen LC, van Gestel T, Daams F, van den Heuvel B, Taveirne A, Bruns ER, et al. Community-based prehabilitation in older patients and high-risk patients undergoing colorectal cancer surgery. *Eur J Surg Oncol.* 2024;50(1):107293. DOI: 10.1016/j.ejso.2023.107293.

Palabras clave: Prehabilitación, anestesia, complicaciones, geriatría.

P-AN-18

EFFECTO DE LA HIPOTENSIÓN INTRAOPERATORIA SOBRE EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN LA CIRUGÍA DE CITORREDUCCIÓN DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL

J. López Amorós; A. Sierra Cuenca; P. López Guijarro; L. Martínez Pérez; F. Guillén Alcolea; J. L. Muñoz Rodes

Hospital General Universitario de Elche

Objetivos:

1. Relacionar la hipotensión intraoperatoria con la aparición de complicaciones postoperatorias (fracaso renal agudo, daño miocárdico y complicaciones abdominales) en pacientes intervenidos de carcinomatosis peritoneal.
2. Relacionar el tiempo de cirugía con la aparición de complicaciones postoperatorias en pacientes intervenidos de carcinomatosis peritoneal.
3. Establecer la relación de las complicaciones postoperatorias con los días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos (UCI-Q) y los días de estancia total hospitalaria en pacientes intervenidos de carcinomatosis peritoneal.

Métodos: Se realizará un estudio observacional retrospectivo unicéntrico, en el Hospital General Universitario de Elche. Para ello se seleccionarán pacientes adultos con diagnóstico de carcinomatosis peritoneal que hayan sido intervenidos de CCR, desde el año 2023 hasta años anteriores hasta completar el tamaño muestral necesario, y cuyos datos hemodinámicos se encuentren registrados en el software de monitorización hemodinámica avanzada (sistema Flotrac® o sistema Acumen IQ®).

Se pretende registrar el tiempo total de HIO y relacionarlo con las complicaciones postoperatorias y la mortalidad acontecidas durante los primeros 30 días tras la cirugía. También se registrarán, a través de la revisión de las historias clínicas, los días de estancia en UCI-Q, los días totales de estancia hospitalaria, reingresos en UCI-Q, así como las características epidemiológicas de los pacientes, datos relacionados con la cirugía y datos relacionados con el manejo anestésico.

Resultados: Se registraron 28 pacientes, con una media de edad de 61,21 años y un predominio femenino (82,1 %). El origen neoplásico más frecuente fue el ovárico (53,6 %), seguido del colorrectal (35,7 %). Se objetivaron complicaciones postoperatorias en la mitad de los pacientes, siendo las más frecuentes el FRA (28 %) y las abdominales (32,1 %).

El tiempo de HIO ha sido mayor en aquellos pacientes que desarrollan FRA (43,38 min) frente a aquellos que no lo desarrollan (16,51 min) aunque no fue estadísticamente significativo (p valor 0,193).

El tiempo de cirugía fue significativamente mayor en los pacientes con FRA (p valor de 0,029) y la estancia en la Unidad de Cuidados Críticos Quirúrgicos (UCI-Q) fue mayor en aquellos con FRA y complicaciones respiratorias.

Conclusiones: Algunas complicaciones postoperatorias podrían estar relacionadas con un mayor tiempo de HIO, por lo que su tratamiento óptimo resulta fundamental. Se necesitan más estudios que aporten nuevos datos sobre el efecto de la HIO.

Palabras clave: Cirugía de citorreducción, fracaso renal agudo, hipotensión arterial.

P-AN-19

RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA. UN PROGRAMA PIONERO Y NECESARIO EN PEDIATRÍA

S. Manrique Muñoz; M. Pascual Arellano; G. Guillén; M. Martos; J. A. Molina; S. López

Vall Hebron Hospital Campus. Barcelona

Objetivos: En la actualidad existe poca evidencia clínica en programas de recuperación intensificada (ERAS) en cirugía pediátrica. El Hospital Infantil Vall d'Hebron es centro de referencia estatal en oncología pediátrica, unos pacientes especialmente complejos y frágiles. Presentamos los resultados preliminares tras la implementación de estrategias ERAS en estos pacientes.

Métodos: Tras la creación de un grupo multidisciplinar se elaboró un protocolo de recuperación intensificada adaptado a los pacientes pediátricos siguiendo el modelo Delphi. Se incluyeron de manera prospectiva pacientes de 0-18 años con patología oncológica tributaria de tratamiento quirúrgico. Se estableció un algoritmo de manejo en función de la prioridad y se definieron medidas peroperatorias según la región quirúrgica (abdominal, torácica o hepática). Se analizaron los resultados obtenidos durante 15 meses tras su aplicación.

Resultados: Entre junio de 2023 y septiembre de 2024 se incluyeron 54 pacientes con una edad media de 8,7 años. Los tipos tumorales fueron: nefroblastoma (8), tumor ovárico (9), rabdomiosarcoma (5), neuroblastoma (8), metástasis pulmonares (9) y miscelánea (12).

El 59 % recibió tratamiento neoadyuvante.

Los resultados de las variables registradas se compararon con una cohorte histórica previa de 30 pacientes.

La anestesia fue combinada (general y locoregional) en el 87 % de los casos. Menos del 50 % de los niños requirieron la administración de morfínicos de rescate durante el postoperatorio inmediato (respecto al 60 % del histórico). Y disminuyó el tiempo de mantenimiento del catéter por estandarización de la técnica. El tiempo medio de conversión de la analgesia a vía oral fue de 3,5 (1-6) días. Hubo una disminución importante de la transfusión intraoperatoria de hemoderivados (21 % frente al 37 %). El 67 % de los pacientes incluidos no llevaban drenajes quirúrgicos y en el resto se priorizó su retirada precoz. El inicio de la ingesta oral en las primeras 24 horas se llevó a cabo en el 87 %. Durante la estancia hospitalaria hubo 4 pacientes que tuvieron complicaciones postquirúrgicas: derrame pleural, dehiscencia de sutura, ascitis quillosa y fuga urinaria.

La estancia hospitalaria media fue de 5 días (2-24), con una supervivencia del 100 % a los 90 días de seguimiento.

Los programas de recuperación intensificada perioperatorios en pacientes oncológicos pediátricos muestran resultados muy favorables en la evolución de los mismos, en base a nuestros resultados. Hacen falta más estudios en la población pediátrica para implementar esta estrategia en cualquier tipo de cirugía y edad.

Palabras clave: RIC, pediatría, oncología, cirugía, anestesiología.

P-AN-20

HIPOFOSFATEMIA SECUNDARIA A LA ADMINISTRACIÓN DE HIERRO CARBOXIMALTOSA: UN EFECTO ADVERSO INFRAESTIMADO CON POTENCIAL PARA COMPLICAR EL PERIOPERATORIO

H. Guardiola Ponti; C. Joaquín Ortiz; E. Montané Esteva; I. Hernández Rodríguez; E. Garsot Savall; Y. Jiménez Capel

Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Objetivos: Según la Vía RICA la anemia es el principal factor de riesgo independiente de morbilidad quirúrgica. Es imprescindible su detección y tratamiento dadas las implicaciones que tiene en el manejo perioperatorio del paciente. El tratamiento con hierro intravenoso en pacientes de cirugía de moderado/alto riesgo hemorrágico con anemia ferropénica (AF) y/o déficit funcional de hierro¹ es considerado el gold estándar. Un tratamiento de uso habitual por su seguridad y facilidad de administración es el hierro carboximaltosa (HCM). El HCM causa, en más de la mitad de los pacientes, hipofosfatemia (HF) transitoria secundaria al aumento de la forma activa de FGF-23 (hormona fosfatúrica)², lo que se asocia a un aumento de la morbilidad perioperatoria³. A finales del 2020, las agencias reguladoras australiana, de EE. UU. y europea, emitieron una alerta y propusieron una modificación de la ficha técnica y recomendaron monitorizar los niveles de fosfato de los pacientes que reciben dosis altas y tratamientos prolongados con HCM.

Es objetivo es analizar la evolución de la hemoglobina (Hb) y del fosfato tras la administración de HCM para optimizar la anemia preoperatoria en los pacientes con neoplasia de mucosas.

Métodos: Estudio observacional prospectivo y unicéntrico con medicamento de una cohorte de pacientes con AF secundaria a neoplasia de mucosas tributarios de cirugía, que recibieron tratamiento con HCM. Se administraron suplementos de fosfato cuando el fosfato fue < 3 mg/dl en el control basal o prequirúrgico. Se analizaron variables demográficas, clínicas y analíticas antes de la administración de HCM (VO), prequirúrgicas (V1) y 5 días después de la cirugía (V2). También se analizaron variables de seguimiento a los 90 días. Se utilizó un análisis de regresión logística para evaluar los factores basales asociados con la anemia y la HF prequirúrgicas y los factores basales asociados a las complicaciones. Asociación medida con el odds ratio y los intervalos de confianza del 95 %. Todos los análisis se realizaron con R versión 4.1.0.

Resultados: Entre enero de 2023 y enero de 2024 se incluyeron 85 pacientes. 33 mujeres (41,7 %), con una edad media de 74 ± 11 años. Todos los pacientes recibieron HCM al reclutamiento y 46 (56,9 %) recibieron fosfato antes de la cirugía. La media ± desviación estándar de Hb (g/dL) VO vs. V1 fue de 10,8 ± 1,5 vs. 11,5 ± 1,3; $p < 0,0001$ y de fosfato (mg/dl) 3,5 ± 0,6 vs.

2,4 ± 0,6 $p < 0,0001$. La incidencia de HF prequirúrgica fue del 49,3 % y el 9,8 % presentaron HF grave (fosfato < 1,5 mg/dl). Dosis elevadas de FCM (> 1000 mg) y FG > 60 ml/min se asociaron a mayor incidencia de HF (75 vs. 45 % $p = 0,028$) y (35,2 % vs. 63,3 %, $p = 0,046$). 26 pacientes (33,3 %) sufrieron complicaciones a los 90 días y un paciente (1,2 %) fue exitus. Pacientes con edad > 75 años (OR, 0,32; IC 95 % 0,12-0,83; $p = 0,021$), menor inflamación (PCR en mg/dl) 10,44 (± 17,24) vs. 25,62 (± 38,44) (OR, 1,03, IC 95 % 1-1,05 $p = 0,041$), mayor ferropenia (ferritina en ng/ml) 67,37 (± 109,54) vs. 141,61 (± 190,96) (OR, 1; IC 95 % 1,00-1,01 $p = 0,053$) y mejores valores de Hb postquirúrgica (V2) 10,89 (± 1,06) vs. 9,61 (± 1,59) (OR 0,46; IC 95 % 0,28-0,7 $p < 0,001$) presentaron un índice más bajo de complicaciones.

Conclusiones: La administración de HCM al paciente con AF previa a la cirugía de neoplasia de mucosas mejora la Hb, sin embargo, se relaciona con una disminución del fosfato sérico. La incidencia de HF fue similar a la esperada aunque cerca del 10 % de pacientes presentó HF grave a pesar del tratamiento con fosfato profiláctico. La HF se relacionó con dosis altas de HCM y función renal normal. Edad, ferropenia, menor inflamación y valores de hemoglobina 5 días después de la cirugía son factores protectores de presentar complicaciones. Dada la elevada incidencia de HF tras HCM en pacientes con neoplasia de mucosas, los niveles de fosfato se deberían monitorizar en sujetos que reciben HCM como tratamiento de la anemia preoperatoria. Son necesarios más estudios para valorar cuál es la mejor pauta para prevenir la HF tras HCM en estos pacientes.

Bibliografía:

1. Vía clínica de recuperación intensificada en cirugía del adulto (RICA) [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2021. Disponible en: <https://seguridadelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2021/rica.htm>
2. Schaefer B, Tobiasch M, Viveiros A, Tilg H, Kennedy NA, Wolf M, et al. Hypophosphataemia after treatment of iron deficiency with intravenous ferric carboxymaltose or iron isomaltoside—a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol.* 2021;87(5):2256-73. DOI: 10.1111/bcp.14643.
3. Sadot E, Zheng J, Srouji R, Strong VE, Gönen M, Balachandran VP, et al. Hypophosphatemia as a Predictor of Organ-Specific Complications Following Gastrointestinal Surgery: Analysis of 8034 Patients. *World J Surg.* 2019;43(2):385-94. DOI: 10.1007/s00268-018-4726-3.

Palabras clave: Hipofosfatemia, anemia perioperatoria, ferropenia, deficiencia de hierro, Patient Blood Management.

P-AN-21

AINE Y DEHISCENCIA DE SUTURA EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO: UNA SERIE DE CASOS

F. Torregrosa Torralba; E. Torres Palomares; L. Serra Serra; T. Vilalta Camps; S. A. Gómez Abril; J. V. Llau Pitarch

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

Objetivos: El cáncer colorrectal el tercer tipo de neoplasia más común a nivel mundial, representando aproximadamente el 9,6 % de todos los casos. Existen múltiples opciones terapéuti-

cas, entre ellas crioterapia, ablación por radiofrecuencia, terapia dirigida, quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y cirugía, siendo esta última la más utilizada.

A lo largo del tiempo, se han desarrollado guías ERAS (Enhance Recovery After Surgery) que establecen un protocolo perioperatorio (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio) con el propósito de reducir complicaciones, disminuir la estancia hospitalaria y favorecer una recuperación más rápida. En España el Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM) ha elaborado la vía RICA (Recuperación Intensificada de Cirugía del Adulto), que proporciona recomendaciones específicas para el manejo perioperatorio en estos pacientes.

Dentro de estas pautas, la vía RICA recomienda analgesia epidural torácica intraoperatoria en los pacientes intervenidos mediante cirugía abierta, pero no recomienda su uso rutinario en procedimientos laparoscópicos. En cuanto al manejo del dolor postoperatorio, se promueve el uso mínimo de morfínicos y se aboga por la administración de AINE como tratamiento coadyuvante, salvo contraindicación. En cambio, otras sociedades científicas, entre ellas la Sociedad Europea de Anestesia Regional y Tratamiento del Dolor (ESRA), en sus guías PROSPECT actualizadas en 2024, no incluye los AINE dentro del manejo perioperatorio del cáncer de recto, debido a la preocupación por su posible relación con fugas anastomóticas.

Métodos: Llevamos a cabo un estudio de serie de casos en pacientes intervenidos por cáncer de recto en el Hospital Doctor Peset de Valencia, en los que se aplicó el protocolo de analgesia postoperatoria vigente en nuestro centro, que incluía el uso de AINE junto con otros fármacos. Se incluyeron las intervenciones entre 2019 y 2023, identificando aquellos en los que se registraron complicaciones como fuga o dehiscencia anastomótica.

Conclusiones: Durante el periodo de estudio (2019-2023), se intervinieron un total de 103 pacientes de cáncer de recto. De estos, 89 recibieron AINE como parte del tratamiento analgésico perioperatorio. En este grupo, se observaron 4 casos de fuga anastomótica y 4 casos de dehiscencia de la sutura.

Los resultados sugieren que la presencia de complicaciones como la fuga anastomótica y la dehiscencia de sutura en pacientes tratados con AINE no es un fenómeno despreciable. Sería conveniente realizar estudios más específicos para evaluar con mayor precisión la influencia de los AINE en el periodo perioperatorio de pacientes con cáncer de recto, teniendo en cuenta otros factores que pudieran afectar los resultados y evitar sesgos en su interpretación.

Palabras clave: AINE, dehiscencia, recto, cáncer.

P-AN-22**OPTIMIZACIÓN DE LA HEMOGLOBINA PREQUIRÚRGICA EN EL PACIENTE CON CÁNCER COLORRECTAL**

E. Torres; L. Serra Serra; F. Torregrosa Torralba; J. Escrivá Bonet; R. Higuera Castellanos; M. T. Vilalta Camps; S. A. Gómez Abril; J. V. Llau Pitarch

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

Objetivos: La anemia es una comorbilidad frecuente en pacientes con cáncer colorrectal. Es el principal factor independiente de morbimortalidad en esta cirugía, y se asocia a un aumento de la incidencia de infecciones asociadas a cuidados hospitalarios y transfusiones.

A su vez, la transfusión se asocia a mayor morbimortalidad, incidencia de recidiva y recaída tumoral.

Es por esto que el abordaje preoperatorio de la anemia representa un reto para el anestesiólogo adherido a las guías GERM.

Métodos: Se revisaron los pacientes intervenidos para cirugía colorrectal en nuestro centro en el periodo entre enero de 2021 y diciembre de 2023, recogiendo un total de 380. Se clasificaron en 4 grupos; dependiendo del tratamiento que recibieron para optimizar sus cifras de hemoglobina al diagnóstico oncológico: hierro oral (v.o.), hierro intravenoso (i.v.), una combinación de oral e intravenoso o ausencia de tratamiento.

Se excluyeron los 18 pacientes que habían sido transfundidos.

Se analizaron estadísticamente los datos obtenidos para valorar qué porcentaje de pacientes habían optimizado sus cifras de hemoglobina perioperatorias en relación con el tipo de tratamiento recibido.

Resultados: De los 362 pacientes incluidos, solo conseguimos optimizar las cifras de hemoglobina de 121.

De los 121 pacientes que mejoraron sus cifras de hemoglobina, 30 fueron tratados con hierro i.v. (24,7 %), 24 tratados con hierro v.o. (19,87 %), 44 con ambos (36,36 %) y 23 no recibieron tratamiento (19 %).

En nuestra revisión, observamos que la muestra más representativa de pacientes en los que conseguimos optimizar la hemoglobina fueron tratados con ambos tipos de hierro, i.v. y oral.

Conclusiones: Consideramos que es necesario realizar un estudio más detallado en el que se tengan en cuenta diferentes factores de confusión que podrían alterar los resultados del estudio.

Palabras clave: Cáncer colorrectal, anemia, hierro.

P-AN-23

OPTIMIZACIÓN HEMODINÁMICA INTRAOPERATORIA CON ASSISTED FLUID MANAGEMENT (AFM) VS. MANEJO TRADICIONAL BASADO EN FLUID CHALLENGE

M. M. Valseca Bueno; J. M. Pérez Martínez; A. Ocaña Alonso; P. López Guijarro; J. López Amorós; A. Pérez Carbonell

Hospital General Universitario de Elche

Objetivos: El objetivo de este estudio es comparar la eficacia del software Assisted Fluid Management (AFM) frente a la monitorización hemodinámica estándar basada en *fluid challenge* para la optimización de la fluidoterapia intraoperatoria en cirugía abdominal mayor.

Se pretende evaluar si el uso de AFM mejora la administración de fluidos, reduciendo la precarga-dependencia, optimizando el índice cardiaco (IC) y minimizando la incidencia de episodios de hipoperfusión y/o hipotensión intraoperatoria.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo comparativo en pacientes sometidos a cirugía abdominal mayor electiva en el Hospital General Universitario de Elche. Se analizaron dos cohortes:

- » Grupo control: pacientes intervenidos entre 2017 y 2019, antes de la implementación del software AFM, manejados con estrategias convencionales de fluidoterapia guiadas por la variación del volumen sistólico (VS).
- » Grupo intervención: pacientes intervenidos desde 2019 en adelante, con el uso del software AFM como herramienta de apoyo para la administración de fluidos.

Las principales variables analizadas fueron:

- » Duración y profundidad de la precarga-dependencia, evaluadas mediante el porcentaje de tiempo con variabilidad del volumen sistólico (SVV) > 13 %.
- » Índice cardiaco (IC) y su mantenimiento por encima de 2,5 l/min/m.
- » Volumen total de fluidos administrados.
- » Tiempo e incidencia de episodios de hipotensión intraoperatoria.
- » Uso de vasopresores.
- » Complicaciones postoperatorias, estancia en UCI y estancia hospitalaria.

El análisis estadístico incluyó pruebas de significación para la comparación entre grupos, con un nivel de significación de $p < 0,05$.

Resultados: Los datos preliminares muestran que el uso del software AFM mejora significativamente la optimización hemodinámica en comparación con el manejo tradicional.

El tiempo con SVV > 13 % fue significativamente menor en el grupo AFM, logrando mantenerlo por debajo de este umbral en el 90 % del tiempo quirúrgico, frente al 70 % en el grupo control.

El índice cardiaco (IC) > 2,5 l/min/m se mantuvo durante un porcentaje significativamente mayor de la cirugía en el grupo AFM.

La administración de fluidos con AFM se asoció con una menor necesidad de volumen total administrado en comparación con la estrategia convencional.

Aunque los datos de incidencia de hipotensión y uso de vasopresores están en análisis, los resultados preliminares sugieren una reducción de los episodios de hipotensión intraoperatoria en el grupo AFM.

Estudios previos han demostrado que el uso de AFM reduce la duración de la estancia en UCI y hospitalización, lo que podría reflejarse en los datos finales de este estudio.

Conclusiones: El análisis preliminar de este estudio sugiere que el uso del software AFM para la optimización de la fluidoterapia intraoperatoria es más eficaz que el manejo tradicional basado en *fluid challenge*. Los principales hallazgos incluyen:

- » Reducción del tiempo de precarga-dependencia, asegurando una mejor estabilidad hemodinámica.
- » Optimización del gasto cardiaco sin necesidad de sobrecarga de fluidos.
- » Posible reducción en la incidencia de hipotensión intraoperatoria y menor necesidad de vasopresores.
- » Impacto positivo en la recuperación postoperatoria, lo que podría traducirse en una reducción de complicaciones y estancia hospitalaria.

Estos resultados respaldan la integración de la inteligencia artificial en la gestión de la fluidoterapia intraoperatoria, proporcionando una herramienta que permite mejorar la toma de decisiones clínicas, personalizar la administración de fluidos y optimizar los resultados peroperatorios.

Bibliografía:

1. Joosten A, Hafiane R, Pustetto M, Van Obbergh L, Quackels T, Buggenhout A, et al. Practical impact of a decision support for goal-directed fluid therapy on protocol adherence: a clinical implementation study in patients undergoing major abdominal surgery. *J Clin Monit Comput.* 2019;33(1):15-24. DOI: 10.1007/s10877-018-0156-x.
2. Maheshwari K, Malhotra G, Bao X, Lahsaei P, Hand WR, Fleming NW, et al. Assisted Fluid Management Software Guidance for Intraoperative Fluid Administration. *Anesthesiology.* 2021;135(2):273-83. DOI: 10.1097/ALN.0000000000003790.

Palabras clave: Optimización hemodinámica, assisted fluid Management.

CIRUGÍA

P-CI-01

ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DEL PROTOCOLO ERAS EN LA SUPERVIVENCIA POSTOPERATORIA EN PACIENTES CON CIRUGÍA COLORRECTAL

A. Cuadrado García¹; C. Jiménez Ceínos¹; J. Gajda¹; M. de la Torre²; A. Cuadrado-Torres³; A. L. Picardo Nieto¹
¹Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid; ²Universidad Europea. Madrid; ³Universidad Autónoma Barcelona

Antecedentes: Los protocolos de recuperación acelerada postoperatoria (ERAS) se han introducido recientemente en España, especialmente para mejorar la recuperación en cirugías colorrectales, aunque también se han utilizado en otras áreas como la cirugía obstétrica o bariátrica. Los protocolos ERAS tienen como objetivo mejorar la recuperación postoperatoria y reducir la estancia hospitalaria al minimizar el estrés quirúrgico y las complicaciones. Se implementan a través de la colaboración entre profesionales de la salud y la participación del paciente. Aunque los estudios han demostrado beneficios en pacientes con cáncer colorrectal, su impacto a largo plazo en la supervivencia aún está bajo investigación. Nuestro trabajo compara el protocolo mencionado con métodos convencionales en cirugía de colon electiva para mejorar las prácticas médicas.

Métodos: El trabajo es un estudio de cohortes observacional, analítico, prospectivo-retrospectivo, longitudinal y monocéntrico, realizado en el Hospital Universitario Infanta Sofía, entre 2019 y 2024, en pacientes sometidos a cirugía colorrectal electiva. Se dividieron en dos grupos: los que siguieron el protocolo y los que no. Se incluyeron 141 pacientes y el análisis estadístico se realizó utilizando la plataforma de análisis de datos de código abierto Jamovi vers. 2.5.

Resultados: Más de la mitad de la población del estudio eran hombres. El protocolo ERAS y el abordaje laparoscópico apuntan a una mejor supervivencia, pero los resultados no son estadísticamente significativos. Aunque la tasa de complicaciones quirúrgicas fue similar en ambos grupos, el protocolo ERAS redujo significativamente la estancia hospitalaria en 3 días. Sin embargo, ni el IMC ni el protocolo ERAS mostraron una asociación significativa con la supervivencia a 5 años después del ajuste con las otras variables.

Después de analizar la supervivencia a 5 años en pacientes con cáncer colorrectal, el estudio encontró que los pacientes que siguieron el protocolo ERAS tuvieron un 63 % menos de riesgo de mortalidad a 5 años en comparación con los que recibieron atención convencional. Sin embargo, este resultado no fue estadísticamente significativo, lo que significa que la diferencia podría deberse a la variación aleatoria. El protocolo ERAS redujo significativamente la estancia hospitalaria, pero la tasa de complicaciones quirúrgicas fue similar en ambos grupos.

Conclusiones: En resumen, si bien algunos resultados sugieren los posibles beneficios del abordaje mínimamente invasivo y del protocolo ERAS, las limitaciones estadísticas nos impiden sacar conclusiones definitivas. Se necesita más investigación con tamaños de muestra más grandes y diseños de estudio más robustos para corroborar o refutar estos hallazgos preliminares.

Palabras clave: Rehabilitación multimodal, cáncer colorrectal, supervivencia, complicaciones, diagnóstico fallecido.

P-CI-02**ESTUDIO HERNICA: IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA RICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE URGENCIA POR HERNIA DE LA PARED ABDOMINAL**

C. A. Anaya Romo; X. Viñas Trullen; C. Galmés Huerta; M. Merichal Resina; Y. Ajete Ramos; R. Hernando Tavira
Hospital Universitario de Igualada. Barcelona

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es la disminución significativa en la estancia postoperatoria (en horas) de esta patología, sin un aumento significativo en la tasa de efectos adversos ni en los reingresos. La intención con esta comunicación oral es promover la participación de los hospitales interesados, mediante la publicitación del estudio, para su inclusión en la investigación.

Métodos: Estudio multicéntrico, comparativo basado en las matrices temporales publicadas y actualizadas en octubre 2022 en la página web del Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM) de los procedimientos de hernia epigástrica, umbilical, inguinal y femoral operados de urgencia. Consta de dos fases: Fase I: retrospectiva; y Fase II: prospectiva. El estudio tiene la aprobación de la Comisión de Investigación del Consorcio Sanitario de l'Anoia y la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) en junio del 2024 como proyecto de investigación PRO36/24 (CSA-5-2024-PR). En octubre del 2024 fue premiado con una BECA por la Entidad Sanitaria de la Mutua de Igualada, para ayudar al desarrollo del mismo.

Los criterios de inclusión son: pacientes > 18 años, diagnosticados de hernia epigástrica, umbilical, inguinal y femoral, intervenidos de urgencia sin complicación vascular visceral (estrangulación) del contenido del saco herniario, ASA-II y valoración del ASA III con soporte social/familiar adecuado. Los criterios de exclusión son: complicación vascular visceral del contenido del saco herniario, ASA IV y IMC > 35. Los datos empleados en el estudio, recogidos en el centro de referencia o el resto de centros participantes, serán recogidos a través de la plataforma REDCap® y analizados por los estudios estadísticos pertinentes dependiendo del tipo de las variables. La duración del estudio es de 2 años, finalizando en junio 2026.

Resultados: Actualmente, participan tres hospitales: el Hospital Universitario de Igualada (Barcelona), el Hospital Universitario Galdakao (Bizkaia) y el Hospital Universitario Infanta Cristina (Madrid). A día de hoy, el Hospital Universitario de Igualada ya está operativo en el registro de datos (tanto retrospectivos como prospectivos), mientras que los otros dos hospitales están a la espera de la aprobación de la documentación presentada al CEIC respectivos. El tamaño mínimo de la muestra, calculado mediante la herramienta GRANMO, es de 99 pacientes para la fase prospectiva y de 45 pacientes en la fase retrospectiva.

Conclusiones: Existen pocos estudios en curso sobre la patología quirúrgica de urgencia y su manejo a través de la vía RICA, especialmente en el caso de la hernia de pared abdominal. La necesidad de investigaciones en este ámbito motiva el diseño de estudios como el nuestro, cuya finalidad es reducir significativamente la estancia postoperatoria sin incrementar las complicaciones. Es relevante dar a conocer el estudio para fomentar la participación de hospitales interesados con el fin de ampliar la base de datos y obtener resultados más robustos que permitan optimizar las estrategias de la guía.

Palabras clave: Guía RICA, hernia de pared abdominal, estancia postoperatoria, cirugía de urgencia.

P-CI-03

ESTUDIO HERNICA: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA FASE I (GRUPO CONTROL) EN EL PERIODO DE ENERO DE 2021 A MAYO DE 2024

C. A. Anaya Romo; X. Viñas Trullen; C. Galmés Huerta; M. Merichal Resina; Y. Ajete Ramos; R. Hernando Tavira

Hospital Universitario de Igualada. Barcelona

Objetivos: El objetivo de la primera fase del estudio multicéntrico HERNICA es el análisis de resultados del grupo control registrado de forma retrospectiva para luego compararlo con el análisis de resultados del estudio prospectivo con el fin de evaluar las diferencias y posibles mejoras en los resultados clínicos.

Métodos: En el periodo comprendido entre enero de 2021 y mayo de 2024, se incluyeron todos los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente conforme a los criterios de selección establecidos para el estudio: pacientes mayores de 18 años, diagnosticados de hernia epigástrica, umbilical, inguinal o femoral, sometidos a cirugía de urgencia sin complicaciones vasculares ni viscerales (estrangulación) del contenido del saco herniario, ASA I-II y, en el caso de pacientes ASA III, con un adecuado soporte social o familiar.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: complicaciones vasculares o viscerales del contenido del saco herniario, pacientes ASA IV, y aquellos con un índice de masa corporal (IMC) > 35. Los registros de los pacientes seleccionados fueron recopilados mediante la plataforma REDCap® y sometidos a un análisis detallado.

Resultados: Un total de 104 hernias fueron intervenidas en nuestro centro durante el periodo del estudio. De estos, 51 pacientes cumplían los criterios de selección. La edad de los pacientes osciló entre 27 y 91 años (mediana = 59 años), con un 53 % de varones y un 47 % de mujeres. El IMC promedio fue de 31,6 (mediana = 26,8), y la clasificación ASA tuvo una mediana de 2. En referencia a la comorbilidad, el 40 % de los pacientes no presentaba ninguna. La morbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial (HTA) siendo del 29,4 %. Además, en el 15,8 % de los pacientes se evidenció un grado de fragilidad.

Las hernias umbilical e inguinal fueron las localizaciones anatómicas más frecuentemente intervenidas, con un 39 % y un 33 %, respectivamente. El contenido del saco herniario más frecuente fue el epiplón encarcerado (72,5 %), seguido de un asa de intestino delgado sin sufrimiento vascular (21,6 %).

La anestesia regional fue la técnica más utilizada, seguida de la anestesia general, con un 53 % y un 43 %, respectivamente. En el 55 % de los pacientes, la estancia media fue inferior a 24 horas. La causa más frecuente de una estancia superior a 24 horas fue el incumplimiento parcial del protocolo en el periodo postoperatorio.

Se evidenciaron complicaciones leves (Clavien-Dindo I-II) en 7 de los 51 pacientes. No se registraron reingresos, reintervenciones ni mortalidad en esta serie.

Palabras clave: Hernia de pared abdominal, cirugía de urgencia, Guía RICA, estancia hospitalaria.

P-CI-04**ESTUDIO OBSERVACIONAL DE PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL ENTRE FEBRERO DE 2020 Y JUNIO DE 2024**

J. López Noguera; S. Chilar Moreno; A. Mateo Díaz; F. López Rodríguez-Arias; V. Aranaz Ostáriz; F. J. Lacueva Gómez

Hospital General Universitario de Elche

Objetivos: Analizar el riesgo de insuficiencia renal aguda, su relación con la aparición de lesión renal aguda y/o crónica en pacientes intervenidos de carcinomatosis peritoneal y el posible factor protector que puede ejercer la prehabilitación en su aparición.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo incluyendo pacientes intervenidos de carcinomatosis peritoneal de cualquier origen, entre febrero de 2020 y junio de 2024 mediante cirugía citorreductora con o sin HIPEC.

Se registró la aparición de afectación renal tras la cirugía, entendida como un descenso del filtrado glomerular (FG) por debajo de 60 ml/min/1,73 m², siendo clasificada como insuficiencia renal aguda (IRA) cuando el descenso del filtrado ocurría en los primeros siete días postoperatorios; lesión renal aguda (LRA), cuando se mantenía entre el séptimo día y los tres primeros meses; y enfermedad renal crónica (ERC), cuando el descenso se mantenía pasados los tres primeros meses del postoperatorio.

Además, se recogieron los datos clínicos, demográficos y morfofuncionales de los pacientes, la mortalidad a los treinta días y las complicaciones postoperatorias según la clasificación de Clavien-Dindo.

Para el análisis estadístico se usó el software SPSS 21.0 Statistics. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: Se analizaron 118 pacientes intervenidos de carcinomatosis peritoneal. El 4,2 % de los pacientes tenían ERC antes de la intervención. El 21,8 % de los pacientes desarrollaron IRA tras la cirugía. La IRA se estableció como factor de riesgo para el desarrollo de LRA o ERC, de tal forma que el 37,5 % de los pacientes con IRA evolucionaron a LRA. Además, el 28 % de los pacientes con IRA y el 50 % de los pacientes con LRA progresaron a ERC ($p < 0,001$).

Los pacientes con IRA presentaron mayor mortalidad a treinta días (8 % IRA vs. 0 % no IRA; $p = 0,01$) y una mayor tasa de complicaciones postoperatorias tanto mayores (16 % IRA vs. 14,8 % no IRA) como menores (68 % IRA vs. 54 % no IRA) ($p = 0,3$). Además, los pacientes que evolucionaron a LRA tuvieron un aumento significativo de la estancia hospitalaria (17 días en LRA vs 9 días sin LRA; $p = 0,02$) y un retraso en el inicio del tratamiento quimioterápico adyuvante (12 semanas en LRA vs. 9 semanas postoperatorias sin LRA; $p = 0,4$).

La incidencia de IRA fue más baja en los pacientes que siguieron un programa de prehabilitación (38,5 % sin prehabilitación vs. 16,7 % con prehabilitación; $p = 0,19$) y en los pacientes con un buen resultado en el test de la marcha de los 6 minutos (media de 270 metros con IRA vs. 336 metros sin IRA; $p = 0,02$).

Asociar HIPEC a la cirugía de citorreducción aumentó la incidencia de IRA (18,2 % sin HIPEC vs. 28,1 % con HIPEC; $p = 0,047$).

Conclusiones: La IRA en el postoperatorio de pacientes intervenidos mediante cirugía de citorreducción, con o sin HIPEC, es elevada, afectando a 1 de cada 5 pacientes intervenidos. La IRA se asocia con el desarrollo de LRA y ERC, el aumento de la morbimortalidad postoperatoria y empeoramiento en el pronóstico oncológico, al retrasar el inicio de quimioterapia adyuvante. La identificación de pacientes con una peor condición física y la implementación de programas de prehabilitación ayuda a prevenir el daño renal relacionado con esta cirugía.

Palabras clave: Citorreducción, carcinomatosis, IRA, LRA, IRC.

P-CI-05

PREDICCIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA APENDICITIS AGUDA MEDIANTE EL COCIENTE NEÚTRÓFILOS-LINFOCITOS Y LA PROTEÍNA C REACTIVA PARA INCLUSIÓN EN UNA VÍA RICA DE URGENCIAS. ESTUDIO COMPARATIVO

J. Marín García; X. Viñas Trullén; C. Pozo Salgado; S. Porta Pi; A. L. Briceño Andino; M. Domingo González
Hospital de Igualada. Barcelona

Objetivos: Determinar la precisión diagnóstica del índice neutrófilo-linfocito (INL) y de la proteína C reactiva (PCR) para predecir y distinguir en el periodo pre e intraoperatorio el grado de complicación del proceso de apendicitis aguda, para incluirlos en la matriz temporal de guía RICA de corta estancia hospitalaria (< 24 h), publicada en la web del Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM).

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y comparativo de un solo centro, donde se registraron los datos entre enero de 2021 y junio de 2024. Se incluyeron todos los pacientes ≥ 18 años operados de apendicitis. Se definieron dos grupos de pacientes preoperatoriamente: G1 (apendicitis complicadas) con un Score del St. Antoine Hospital (SAP) $\geq 1-3$ y G2 (apendicitis no complicadas) con un Score del SAP $\geq 4-5$. Se calcularon los valores de INL/PCR preoperatorios para clasificar a los pacientes en G1 o G2 y también para el cambio de grupo SAP de G2 a G1 según los hallazgos intraoperatorios. Para el registro de datos se utilizó una RedCap y para el análisis estadístico el test Chi cuadrado, corrección de Yates, el valor $p < 0,05$ se consideró significativo. Se ajustó un modelo con análisis de regresión logística utilizándose la ROC (AUC) y valores de especificidad/sensibilidad.

Resultados: Un total de 306 pacientes fueron intervenidos, 107 (G1) y 198 (G2). En G1 (mediana PCR 88,5 DS \pm 76,7) vs. G2 (PCR 22,1 DS \pm 26,4) $p < 0,001$. En G1 (mediana de INL 10,9 DS \pm 9,5) vs. G2 (INL 7,5 DS \pm 6,27) $p = 0,001$. La evaluación predictiva fue: ROC (AUC = 0,846) especificidad y sensibilidad (0,921/0,558). Treinta cuatro pacientes clasificados preoperatoriamente como G2, el 17 % (34/198) de los mismos cambiaron a G1 según los hallazgos intraoperatorios siendo las medianas preoperatorias de INL 10,1 DS \pm 6,01 y de PCR 32,9 DS \pm 35,9, en este cambio de clasificación de grupos.

Conclusiones: Se evidencia una diferencia estadísticamente significativa en los valores preoperatorios de la INL y la PCR que sirve para clasificar a qué grupo de enfermos podremos aplicar

la guía RICA con más precisión. La PCR es el predictor más fuerte para diferenciar estos grupos, pero incluyendo la INL mejora el modelo de predicción ya que el 17 % de los pacientes del estudio pertenecientes al G2 cambiaron a G1 por los hallazgos evidenciados en la intervención quirúrgica, teniendo estos pacientes unos valores preoperatorios de INL elevados y de PCR bajos. Harán falta más estudios para evidenciar el aumento de la sensibilidad del modelo estadístico.

Palabras clave: Apendicitis, guía RICA, INL, PCR.

P-CI-06

EVOLUCIÓN CRONOLÓGICA DE LA IMPLEMENTACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE LA GUÍA RICA EN EL PROCESO DE LA APENDICITIS AGUDA NO COMPLICADA. ESTUDIO COMPARATIVO

J. Marín García; X. Viñas Trullén; R. J. Rodríguez; A. Álvarez Torrado; E. Baena Sanfeliu; C. Rovira Aguilà
Hospital de Igualada. Barcelona

Objetivos: Analizar las causas en un periodo de tiempo que son relevantes para el desarrollo de la implementación hacia la sostenibilidad para la aplicación de la guía RICA publicada en la página web del Grupo Español de Rehabilitación Multimodal en el proceso de apendicitis aguda no complicada.

Métodos: Estudio observacional y comparativo en un solo centro, se incluyeron todos los pacientes intervenidos de apendicitis aguda no complicada con puntuación del score del Hospital de St. Antoine ≥ 4 y 5. En el año 2021-2022 se incluyeron los pacientes ≥ 16 años y en el 2023 solo los ≥ 18 años por la participación de nuestro hospital en el estudio multicéntrico APENERAS "Estudio sobre la fiabilidad y seguridad clínicas en la ambulatorización de la apendicitis aguda no complicada mediante la aplicación de medidas ERAS". Se analizaron las variables de: edad, sexo, inicio de la dieta oral, efectos adversos con la clasificación de Clavien-Dindo (CD), estancia postoperatoria, el porcentaje de pacientes que cumplieron el protocolo, causas de no cumplimiento del protocolo, reingresos, morbimortalidad a los 90 días de forma anual durante los años 2021, 2022 y 2023. Se empleó el programa estadístico STATA 14, utilizando los test del Chi2 y Krustal-Wallis, según tipo de variables, considerándolos valores de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: De un total de 191 intervenidos, 58 fueron en el 2021, 78 en el 2022 y 55 en el 2023. No hubo diferencias significativas para las variables de edad, (año 2021: 32 DS \pm 12,9 años, año 2022: 29 \pm DS12,8 años y año 2023: 32 \pm 19,3) sexo (2021: 25M/33H, 2022: 39M/39H, 2023: 22M/33 H), efectos adversos (2021: 3, 2022: 3, 2023: 5) clasificados según C-D grados I-II, reingresos (2021: 2, 2022: 1, 2023: 2) clasificados C-D I-II. No hubo mortalidad en el estudio. Por otra parte se evidenciaron diferencias significativas en el análisis de las variables, inicio de la dieta oral en horas (2021: 7,37 h DS \pm 1,59 h, 2022: 6,14 \pm DS 0,91 h, 2023: 6 \pm DS 1,2) $p < 0,001$, estancia media postoperatoria en horas (2021: 21 \pm 2,40 h, 2022: 19,64 \pm DS 2,98 2023: 19 DS \pm 6,8 h) $p < 0,05$, la no adherencia del protocolo por el cirujano 2021: 20/58 (34,4 %) 2022 17/78, (21,7 %) 2023 (3/55, 5,4 %) $p < 0,001$.

Conclusiones: En el intervalo de tiempo transcurrido desde la implementación hasta la sostenibilidad de la guía RICA en el proceso de la apendicitis aguda no complicada, el cumplimiento

del inicio de la dieta oral y la disminución de la NO adherencia del cirujano al protocolo tiene significación estadística, por otra parte los efectos adversos y reingresos no tienen significación estadística, dando a la guía seguridad y factibilidad para aplicarse en el 94 % de los pacientes operados en el último año del estudio. A nuestro criterio, es muy importante participar en estudios multicéntricos como el APENERAS para la mejora de los resultados.

Palabras clave: Apendicitis aguda, RICA, GERM, urgencias.

P-CI-07

ENCUESTA GUÍA RICA EN CIRUGÍA DE URGENCIAS

J. Marín García; X. Viñas Trullén; M. Domingo González; A. Muñoz; E. Baena Sanfeliu; Y. Hernández Ortiz
Hospital de Igualada. Barcelona

Objetivos: El objetivo principal de esta encuesta es analizar el grado de implementación y sostenibilidad de los protocolos RICA en cirugía de urgencias, publicados en la página web del GERM: apendicitis no complicada (ANC), apendicitis complicada (AC), colecistitis no complicada (CNC), colecistitis complicada (CC), perforación péptica duodenal (PPD), hernia incarcerada (HI), oclusión intestinal por brida única (OIBU) y colon urgente ocluido (CUO).

Métodos: Se diseñó una encuesta mediante la plataforma Google Forms (R), distribuida por la secretaria del GERM a todos los hospitales registrados, analizándose los resultados obtenidos en las preguntas realizadas en el cuestionario.

Resultados: De un total de 93 hospitales respondieron 30 hospitales, 11/30 hospitales tienen entre 250-500 camas, seguido de los hospitales de > 500 camas 9/30. El 30 % de los hospitales pertenecen al grupo de excelencia del GERM, seguidos de los grupos emergentes y de interés con un 23,3 % respectivamente. De 15/30 hospitales implementaron guías RICA en urgencias: 11/15 ANC, 5/15 AC, 15/15 CNC, 10/15 CC, 12/15 PPD, 10/15 HI, 11/15 (OIBU), 8/15 colon urgente ocluido (CUO). Se han sostenido: apendicitis no complicada 8 /15, colecistitis no complicada 12/15, colecistitis complicada 6/15, PPD 7/15, HII 5/15, OIB 6/15 y no se han sostenido la apendicitis complicada 0/15 y CUO 0/15. Las dos causas más frecuentes para la no sostenibilidad de los programas fueron la resistencia al cambio 9/15 centros y problemas comunicación en los miembros del equipo 6/15. Están colaborando en algún estudio multicéntrico y vías RICA en urgencias 10/15 hospitales.

Conclusiones: El nivel de participación en la encuesta es del 32 % (30/93) y de estos el 50 % (15/30) han implementado guías RICA en procesos urgentes, de estas, las de mayor implementación (≥ 10 centros) han sido las apendicitis y colecistitis no complicadas, perforación péptica duodenal, oclusión por brida única, hernia incarcerada y colecistitis complicada, siendo la sostenibilidad del 72,7 %, 80 %, 58,3 %, 54,5 %, 50 % y 60 %, respectivamente. Las guías de apendicitis complicada y oclusión intestinal de intestino grueso no se han sostenido. El 66,6 % de los centros que aplican guías RICA en urgencias participan en estudios multicéntricos.

Palabras clave: Guías RICA, urgencias, apendicitis aguda, colecistitis, encuesta.

P-CI-08**IMPACTO DE LA SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL ORAL PREOPERATORIA EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE ADENOCARCINOMA DE CABEZA DE PÁNCREAS**

M. M. Rico Morales¹; M. Rodríguez Perdomo¹; J. López Fernández¹; D. Cabañó Muñoz¹; A. Mota Aparicio²; J. Torres Melero¹

¹Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería; ²FIBAO. Granada

Objetivos: La desnutrición, la sarcopenia y la caquexia son problemas comunes en los pacientes con cáncer de páncreas y se asocian a un deterioro del estado funcional del paciente, a un incremento de la toxicidad de los tratamientos, a un impacto negativo en la calidad de vida y disminuye la supervivencia. La supervivencia global del cáncer de páncreas a los 5 años es del 5-9 %, con una mediana de supervivencia de 6 meses. La resección quirúrgica es el único tratamiento curativo. Los pacientes con resección tumoral temprana tienen una mayor probabilidad de remisión, con una tasa de supervivencia a 5 años del 25 % y una supervivencia media de 14 a 20 meses. El objetivo de este estudio fue valorar el impacto de la suplementación oral preoperatoria en la supervivencia global de los pacientes intervenidos de adenocarcinoma de cabeza de páncreas con intención curativa.

Métodos: Se trata de un estudio observacional y retrospectivo que recoge todas la duodenopancreatectomías cefálicas (DPC) por adenocarcinoma de páncreas realizadas en nuestro servicio desde enero de 2017 hasta diciembre de 2023. Se calculó la supervivencia desde el día de la cirugía hasta la fecha del último contacto. Se realizó un análisis de supervivencia Kaplan Meier para la comparación de días de supervivencia en los pacientes con y sin suplementación nutricional preoperatoria al menos 10 días antes de la cirugía. Se compararon ambas curvas de supervivencia mediante el test de logRank.

En este estudio se incluyeron 28 DPC, 9 varones (32,15 %), 19 mujeres (67,85 %), con edades comprendidas entre 41 y 82 años, con una mediana de 69,5 años. 17 pacientes (60,71 %) recibieron suplementación oral preoperatoria y 11 (39,28 %) no la recibieron. Se observó una mayor mediana de supervivencia en días en aquellos pacientes que tuvieron suplementación preoperatoria mediante la comparación de curvas supervivencia con el test de Log-Rank (512 días vs. 730 días, p valor = 0,04).

Conclusiones: El conjunto de la literatura sobre los efectos de la suplementación nutricional en pacientes con cáncer de páncreas es complejo, heterogéneo y a menudo poco claro. La actitud hacia la atención nutricional sigue variando entre oncólogos, cirujanos y nutricionistas. Nuestro estudio concluye con el beneficio en cuanto a supervivencia del adenocarcinoma de páncreas en los pacientes que recibieron suplementación nutricional oral preoperatoria. Se necesitan más estudios bien diseñados para evaluar el impacto real del soporte nutricional en el tratamiento del cáncer de páncreas y elaborar una estrategia efectiva para reducir el grado de desnutrición de estos pacientes.

Palabras clave: Nutrición preoperatoria, adenocarcinoma de páncreas, supervivencia.

P-CI-10

IMPACTO DE LA SUPLEMENTACIÓN HIPERPROTEICA CON CAHMB EN LA MASA MUSCULAR EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA COLORRECTAL

F. López Rodríguez-Arias; S. Quinto Llopis; J. J. Maciá Román; S. Chilar Moreno; L. Sánchez-Guillén; A. Arroyo Sebastián

Hospital General Universitario de Elche

Objetivos: La prehabilitación multimodal en pacientes sometidos a cirugía oncológica busca optimizar su estado funcional preoperatorio para mejorar los resultados postoperatorios. La pérdida de masa muscular es un problema frecuente en pacientes con cáncer colorrectal, agravado por el estrés quirúrgico y el impacto metabólico de la enfermedad. La suplementación hiperproteica con hidroximetilbutirato de calcio (CaHMB) ha mostrado efectos beneficiosos en la preservación de la masa muscular en distintos contextos clínicos, pero su eficacia en el entorno perioperatorio sigue siendo objeto de estudio.

El objetivo principal del estudio fue evaluar el impacto de la suplementación hiperproteica con CaHMB en la masa muscular en pacientes sometidos a cirugía colorrectal, analizando su efecto mediante tomografía computarizada (TC) y bioimpedanciometría (BIA). Como objetivo secundario se analizó la influencia de esta suplementación en la aparición de complicaciones postoperatorias.

Métodos: Se realizó un ensayo clínico aleatorizado en 35 pacientes sometidos a cirugía por cáncer colorrectal entre octubre de 2020 y junio de 2021. Se establecieron dos grupos: 15 pacientes que realizaron prehabilitación y recibieron suplementación con batidos hiperproteicos enriquecidos con CaHMB (grupo intervención), y otro de 20 pacientes en los que no se aplicó el programa de prehabilitación ni ningún tipo de suplementación (grupo control).

Se realizaron mediciones de la masa muscular en dos momentos: al diagnóstico y a las seis semanas postoperatorias. La valoración muscular se realizó mediante:

- » Tomografía computarizada (TC), midiendo el área músculo-esquelética.
- » Bioimpedanciometría (BIA), midiendo la masa músculo-esquelética apendicular.

Asimismo, de forma secundaria, se analizaron las complicaciones postoperatorias de ambos grupos, tanto globales, como la aparición de íleo postoperatorio.

Resultados: De los 35 pacientes analizados no se observaron diferencias en cuanto a variables demográficas. Durante el seguimiento desde el diagnóstico, en el grupo control se detectó una reducción de masa muscular tanto medida por TC (-1,35 cm²) como por bioimpedanciometría (-0,82 kg) en comparación con el grupo intervención con CaHMB que se observó un mantenimiento de masa muscular medida por bioimpedanciometría, además de una ganancia de masa muscular medida por TC de +1,33 cm².

En cuanto a los resultados postoperatorios, se analizó la incidencia de complicaciones globales observando mayor porcentaje de las mismas en el grupo control (30 %) que en el grupo que había tomado la suplementación (13,3 %); así como mayor aparición de íleo postoperatorio en el grupo control (10 %) que en el grupo intervención (0 %), aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,2$).

Palabras clave: Prehabilitación, cáncer, colorrectal, suplementación, CaHMB.

P-CI-11**BENEFICIOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS ERAS EN CIRUGÍA PANCREÁTICA. RESULTADOS PRELIMINARES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR**

A. Fernández Jiménez; J. A. Aragón Encina; A. Ortiz Sánchez; A. Valverde Martínez; M. J. Castro Santiago; J. M. Pacheco García

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Objetivos: La aplicación de programas de rehabilitación multimodal quirúrgica, conocida en inglés como "Enganced Recovery After Surgery" (ERAS), constituye la implantación de una serie de intervenciones multimodales e interdisciplinarias destinadas a sistematizar el tratamiento sobre procedimientos quirúrgicos, permitiendo una optimización de la paciente previa a la agresión quirúrgica, con el objetivo de lograr una mejor recuperación y disminuir las complicaciones y mortalidad.

Las primeras recomendaciones sobre el ERAS para la cirugía pancreática, en concreto para la pancreatoduodenectomía, se publicaron en 2012 y se actualizaron en 2019. Este procedimiento implica una resección compleja y reconstrucciones de hasta tres anastomosis, suponiendo un estrés quirúrgico elevado. La implementación del ERAS en este ámbito ha supuesto una reducción en la estancia hospitalaria, la morbilidad y las tasas de vaciamiento gástrico retrasado.

Con este estudio pretendemos evaluar el impacto de la aplicación del protocolo ERAS sobre la cirugía pancreática en nuestro centro.

Métodos: Para estudiar el impacto del protocolo ERAS hemos dividido a los pacientes intervenidos de páncreas en dos grupos. El primer grupo los forman los 56 pacientes intervenidos desde 2017 hasta octubre de 2023, previa a la implantación del protocolo ERAS. El segundo con 10 pacientes, desde noviembre de 2023 hasta mayo de 2024.

En ambos grupos hemos estudiados variables preoperatorias como son la edad, el IMC, el hábito tabáquico, la presencia de hipertensión arterial, el género, la anemia y la optimización prequirúrgica (ejercicio físico y optimización de la anemia).

Las variables postoperatorias estudiadas fueron el vaciamiento gástrico (siguiendo la definición estandarizada del ISGPS), hemorragia, transfusión de hemoderivados, fístula pancreática y grado, infección del sitio quirúrgico, complicaciones según la clasificación Clavien-Dindo, estancia hospitalaria, mortalidad durante el ingreso y reingresos. En el grupo ERAS además se valoró la retirada de drenaje (medida en días), la tolerancia precoz, necesidad de sonda nasogástrica, fisioterapia respiratoria, prescripción de dieta SRO3 (dieta hiperproteica baja en residuos) y la movilización precoz.

Resultados: La composición de ambos grupos fue similar en cuanto al género y el IMC. Se observaron diferencias en el hábito tabáquico (30 % fumadores grupo ERAS; 21,4 % no ERAS), edad media (56,9 grupo ERAS; 64 no ERAS) y la presencia de hipertensión (30 % grupo ERAS; 62,5 % no ERAS).

En cuanto a las variables postoperatorias, el grupo ERAS presentó de forma favorable menos vaciamiento gástrico enlentecido (20 % ERAS; 37,5 % no ERAS), fístulas pancreáticas sintomá-

ticas (grado B) (25 % ERAS; 47 % no ERAS), estancia media (10,9 días ERAS; 16,1 días no ERAS), reingresos (10 % ERAS; 19,6 % no REAS) y mortalidad durante el ingreso (0 % ERAS; 7,1 % no ERAS). La tasa de hemorragia y transfusión fue similar en ambos grupos.

Respecto al cumplimiento de los objetivos ERAS, la retirada de drenajes fue en 9 días de media. Se pudo instaurar tolerancia precoz en el 70 % de los pacientes. Precisaron sonda nasogástrica el 40 % (solo dos durante más de tres días). Se realizó fisioterapia respiratoria en el 100 %. Se instauró una dieta SRO3 en los tres primeros días en el 60 %. Movilización precoz en el 90 % de los pacientes.

Conclusiones: Con estos resultados podemos concluir que tal y como muestra los estudios publicados hasta el momento, la implantación del protocolo ERAS tiene una repercusión positiva en la recuperación del paciente intervenido de páncreas, especialmente sobre el vaciamiento gástrico, estancia, mortalidad y reingresos.

Palabras clave: ERAS, páncreas.

P-CI-12

INGESTA NUTRICIONAL POSTOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA COLORRECTAL. ¿SE ALCANZAN LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES?

L. Pérez Santiago; L. P. Garzón Hernández; M. Morcillo Martínez; M. Riera Cardona; J. S. Sánchez Lara; S. A. García Botello

Hospital Clínico Universitario de Valencia

Objetivos: Comparar la ingesta nutricional postoperatoria en pacientes intervenidos de cáncer colorrectal con la ingesta recomendada por las Guías ESPEN de 2021, y analizar si tiene impacto en la morbimortalidad postoperatoria.

Métodos: Estudio observacional prospectivo que incluye los pacientes intervenidos de cáncer colorrectal entre febrero y octubre de 2024. El primer día postoperatorio se les entrega un registro dietético, en el cual deben apuntar todos los alimentos que ingieren en un día. En todos los pacientes se inició tolerancia oral con dieta blanda pobre en residuos y fácil digestión. Posteriormente, el contenido nutricional del registro dietético es extrapolado a una base de datos, incluyendo las kilocalorías, los hidratos de carbono, las proteínas y los lípidos ingeridos por día en la plataforma de calibración de dietas del IENVA (Centro de Investigación clínica Endocrinológica y Nutrición Clínica de Valladolid). Posteriormente se realizó un análisis univariante para comparar las kilocalorías y los gramos de proteínas ingeridos por día de ingreso hospitalario durante los 3 primeros días, con las necesidades descritas por la literatura (25 kcal/kg/d y 1,5 g/kg/d de proteínas según las Guías ESPEN de 2021) y calculadas para el peso de cada paciente.

Resultados: Se incluyeron un total de 98 pacientes, la media de edad fue de 70,81 años ($\pm 10,78$) siendo 60 hombres (61,2 %). 85 pacientes (86,8 %) tenían Charlson > 2. Intraoperatoriamente se realizaron 37 hemicolectomías derechas (37,8 %) y un total de 84 abordajes por laparoscopia (85,7 %) y en 88 pacientes (89,8 %) se realizó anastomosis primaria.

En cuanto a las kilocalorías y los gramos de proteínas ingeridos en los 3 primeros días postoperatorios en comparación con las recomendaciones de las Guías ESPEN de 2021, el primer día se calculó una media de 982,61 kilocalorías ($\pm 502,83$) vs. 1886,66 kcal ($\pm 440,09$) necesarias, 93,48 g ($\pm 61,99$) de proteínas vs. 113,14 g ($\pm 26,41$). El segundo día 1219,15 kilocalorías ($\pm 588,87$) vs. 1885,66 kcal. ($\pm 440,09$) 118,28 g ($\pm 76,54$) de proteínas vs. 113,14 g ($\pm 26,41$). Y por último el tercer día, se calculó una media de 1111,32 kilocalorías ($\pm 624,25$) ingeridas vs. 1896,41 kcal ($\pm 450,65$) necesarias y 113,09 g ($\pm 74,85$) de proteína vs. 113,82 g ($\pm 27,36$). Hubo una diferencia estadísticamente significativa entre la ingesta calórica-proteica ($p < 0,001$.)

La media de estancia hospitalaria fue 4,92 días ($\pm 3,45$). Hubo 22 complicaciones postoperatorias, de las cuales 9 (9,2 %) fueron íleo postoperatorio.

Conclusiones: La ingesta nutricional de nuestros pacientes no alcanza a la media de kilocalorías y gramos de proteínas que requiere una persona en el postoperatorio de una cirugía colorrectal según las guías clínicas. Se requieren estudios con mayor potencia para valorar su influencia sobre las complicaciones postoperatorias, si bien, en nuestra serie han sido bajas.

Palabras clave: Ingesta nutricional, cáncer de colon.

P-CI-13

IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA HEPÁTICA. ¿UN PASO MÁS? RESULTADOS PRELIMINARES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ

Á. Fernández Jiménez; A. Ortiz Sánchez; A. Valverde Martínez; J. A. Aragón Encina; J. M. Pacheco García

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Objetivos: La vía clínica de recuperación intensificada del adulto son una serie de medidas que pretenden la optimización del manejo perioperatorio, para disminuir la incidencia de complicaciones postquirúrgicas y la estancia hospitalaria de los pacientes, acelerando por tanto su recuperación postoperatoria. Diferentes estudios demuestran el beneficio de su implementación en cirugía hepática requiriendo de un gran esfuerzo multidisciplinar. En este trabajo presentamos los resultados tras la implementación del programa de rehabilitación multimodal en pacientes intervenidos de cirugía hepática en el Hospital universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Métodos: Entre noviembre de 2016 y agosto de 2022 se realizaron 106 resecciones hepáticas en el Hospital Universitario Puerta del Mar, en los que no se aplicó el protocolo ERAS. Mientras que, entre septiembre de 2023 y abril de 2024, se realizaron 31 resecciones hepáticas en las que se aplicó el protocolo ERAS. Estableciéndose, por tanto, dos grupos de estudio, el grupo ERAS (n = 31) y el grupo NO ERAS (n = 106).

Se analiza las tasas de complicaciones globales según clasificación de Clavien-Dindo, la necesidad de transfusión sanguínea intra y postquirúrgica y la estancia hospitalaria en ambos grupos.

Resultados: El grupo ERAS presenta una tasa de complicaciones del 9,7 % (3), frente al grupo NO ERAS, que presenta una tasa de 16,9 % (18). En cuanto al sangrado intraoperatorio y postoperatorio, los pacientes incluidos en el grupo ERAS precisan de transfusión intraoperatoria el 16,1 % (5) y postoperatoria el 6,5 % (2). Sin embargo, los pacientes incluidos en el grupo NO ERAS, necesitan transfusión intraoperatoria el 39,6 % (42) y postoperatoria 14,2 % (15). Con respecto a la estancia hospitalaria, el grupo ERAS presenta una estancia media de 5 días, frente a 6 días del grupo NO ERAS.

Conclusiones: Por lo tanto, el grupo ERAS muestra una incidencia menor en cuanto a la tasa de complicaciones globales postoperatorias, la necesidad de transfusión sanguínea intra y postoperatoria, además de una estancia hospitalaria más corta. Por tanto, podemos concluir que el protocolo ERAS presenta una implementación segura y factible cuando se aplica a los pacientes sometidos a cirugía hepática, reduciendo las complicaciones postquirúrgicas y acortando la duración de la estancia hospitalaria. Los resultados de nuestro estudio consolidan el beneficio de la implementación de los protocolos de rehabilitación multimodal en cirugía hepatobiliar demostrando la necesidad de crear circuitos ERAS en dichas unidades.

Palabras clave: Rehabilitación multimodal, cirugía hepática, protocolos ERAS.

P-CI-14

PREHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA DE URGENCIAS. ¿ES EL TIEMPO UN FACTOR LIMITANTE?

A. Fernández Jiménez; V. Camacho Marente; A. Valverde Martínez; T. Gómez Sánchez; M. L. Muñoz Bueno; J. M. Pacheco García

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Objetivos: Determinar si es posible implantar protocolos de rehabilitación multimodal en cirugía de urgencias en el Hospital Puerta del Mar.

Métodos: Se diseñó un estudio observacional retrospectivo donde se incluyeron pacientes intervenidos en el Hospital Puerta del Mar en el último semestre de 2023.

Se incluyeron pacientes sometidos a apendicectomía, colecistectomía y adhesiolisis de urgencias y se analizaron variables relacionadas con el paciente, así como el tiempo de demora en la atención quirúrgica y las complicaciones postoperatorias asociadas.

Resultados: Se incluyeron 94 pacientes en el estudio, de los cuales 39 se sometieron a apendicectomía, 42 a colecistectomía y 13 a adhesiolisis por bridas. El tiempo de demora en la atención quirúrgica fue inferior a 3 horas en el 37,2 % de los pacientes, entre 3 y 12 horas en el 30,9 %, entre 12 y 24 horas en el 14,9 % y superior a las 24 horas en un 17 % de los pacientes.

8 pacientes presentaron anemia preoperatoria, y la demora en la intervención de estos pacientes fue superior a 3 horas en el 62,5 % de los mismos. La anemia prequirúrgica se relacionó directamente con las complicaciones postquirúrgicas ($p < 0,05$).

El abordaje laparoscópico se realizó en el 78,7 % de los pacientes y se colocaron drenajes en un 48,9 %.

La mayoría de los pacientes iniciaron tolerancia y deambularon antes de las primeras 24 h (59 % y 73,4 %, respectivamente).

Se realizaron TAP e infiltración de anestesia local de trócares en un 12,7 %. Un 4,3 % de los pacientes precisaron colocación de catéter de morfina.

Conclusiones: El *time line* en la atención de los pacientes intervenidos de urgencia puede permitir según los datos preliminares de este grupo de pacientes implementar medidas de rehabilitación multimodal prequirúrgica como mejorar la anemia, facilitar la fisioterapia respiratoria y la mejoría del perfil nutricional sin ser el tiempo un factor limitante. Con estos resultados preliminares se abre una oportunidad que permitirá realizar estudios de mayor calidad que permitan determinar si la implementación de protocolos de rehabilitación multimodal en este perfil de pacientes es igual de eficiente que en cirugía electiva.

Palabras clave: Urgencias, anemia, rehabilitación, cirugía.

P-CI-15

APLICACIÓN DE PROTOCOLO DE PREHABILITACIÓN MULTIMODAL EN PARED ABDOMINAL

J. López Noguera; C. López de Lerma Martínez de Carneros; M. Serrano Navida; R. Ferrer Riquelme; C. Lillo García; L. I. Armañanzas Ruiz; S. Quinto Llopis; A. Arroyo Sebastián

Hospital General Universitario de Elche

Introducción: La prehabilitación multimodal (PMM) prequirúrgica tiene como objetivo optimizar el estado físico, mental y nutricional de los pacientes antes de someterse al estrés de una intervención quirúrgica. Hasta ahora se ha empleado principalmente en patología oncológica, pero no hay datos sobre sus resultados en patología benigna como la cirugía de pared abdominal. Presentamos una serie de casos en los que se ha realizado PMM prequirúrgica en pacientes con eventración compleja.

Objetivos: Evaluar el efecto de la PMM sobre el estado físico, estado nutricional y mental, así como los resultados quirúrgicos y morbimortalidad postoperatoria.

Métodos: Serie de casos con eventraciones complejas en los que se realizó un programa de PMM evaluando la condición física mediante el Test de la Marcha 6 minutos, Test de la sentadillas y Dinamometría; estado nutricional con impedanciometría y la calidad de vida mediante la escala HADs. La PMM consistió tanto en ejercicio físico como medidas nutricionales y psicológicas durante 12 semanas previas a la intervención quirúrgica, realizándose mediciones al inicio y al final del programa.

Resultados: Se realizó PMM a 8 pacientes con una edad media 66,2 años, de los cuales 5 eran hombres (63 %) y 3 mujeres (37 %). La media en la clasificación ASA fue de III. Todos los pa-

cientes se intervinieron por eventraciones complejas, 5 de ellos de localización en línea media (60 %) con anillo herniario mayor de 10 cm, 1 en flanco derecho (20 %) y 1 en flanco izquierdo (20 %).

Como medidas perioperatorias se inyectó toxina botulínica 1 mes previo a la intervención a todos los pacientes y neumoperitoneo progresivo preoperatorio a 4 de ellos (50 %), administrando de media 5,9 litros.

Los resultados antes y después de la PMM se muestran en la Tabla I. Se objetivó una mejoría del test de la marcha 6 min en un 80 % de los que pudieron realizarlo (4 de 5 pacientes en total que completaron la prueba). La fuerza medida por dinamómetro mejoró en 5 pacientes (62 %), se mantuvo igual en 1 (12 %) y empeoró otro (12 %). Respecto a la impedanciometría, disminuyó el IMC en 4 pacientes (50 %), y se mantuvo estable en 4 (60 %). La masa magra aumentó en 2 pacientes (50 %). El ángulo de fase se mantuvo estable en todos los pacientes. Como técnicas quirúrgicas empleadas tras la PMM, en las eventraciones de línea media se realizaron separación anterior de componentes Carbonell-Bonafé, Rives-Stoppa-Albanese, Rives y Albanese; en las laterales se realizó eventroplastia con doble malla ajustada. El tiempo quirúrgico medio fue de 262,5 min. Se dejaron drenajes subcutáneos en todos los pacientes y retromusculares en 1 caso. Uno de los pacientes (12 %) presentó seroma que precisó drenaje percutáneo radiológico. Ningún paciente presentó hematomas ni abscesos postquirúrgicos. Presentaron complicaciones Clavien Dindo I, y, en un paciente IIIa y otro IVa. La media de estancia hospitalaria fue de 5,9 días.

Conclusiones: La PMM es una estrategia perioperatoria que ha demostrado beneficios en la disminución del estrés quirúrgico y resultados postoperatorios en pacientes quirúrgicos con enfermedad oncológica. Su implementación en pacientes candidatos a cirugía de eventración compleja muestra resultados prometedores que potencialmente mejorarán los resultados quirúrgicos. Se precisan estudios con un mayor tamaño muestral para concluir sobre los beneficios que ofrece la PMM en la cirugía de pared abdominal.

Palabras clave: Prehabilitación multimodal, eventración abdominal compleja.

P-CI-16

EFFECTO DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN SOBRE EL ÁNGULO DE FASE Y SOBRE EL RETRASO EN EL INICIO DE LA ADYUVANCIA EN PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL INCLUIDOS EN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN

J. Maciá Román; V. Aranaz Ostáriz; F. López-Rodríguez; A. Mateo Díaz; A. Arroyo Sebastián; F. J. Lacueva Gómez

Hospital General Universitario de Elche

Objetivos: Evaluar el efecto de un programa de prehabilitación sobre el ángulo de fase. Evaluar el efecto del ángulo de fase sobre el retraso en el inicio de la adyuvancia en los pacientes sometidos a CCR.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, con pacientes sometidos a CCR. Periodo de reclutamiento de pacientes junio de 2018 y abril de 2024. Se incluyeron los pacientes en los que se consi-

guió una citorreducción completa (CC-0) u óptima (CC-1). Las variables se recogieron previo al inicio de la prehabilitación (basal) y el día previo a la cirugía (preqx). El AF se midió con bioimpedanciometría. El retraso en la adyuvancia se determinó en mayor a 8 semanas. Se midió la prevalencia de sarcopenia, escala ASA, valor de PCR basal y preqx, administración de neoadyuvancia, realización de resección viscerales y complicaciones postoperatorias según escala Clavien-Dindo. Se realizó estudio multivariante ajustado a posibles factores confusores, mediante regresión lineal binaria.

Resultados: Se incluyeron 59 pacientes, el 76,3 % fueron mujeres. La edad media fue de $60,05 \pm 10,8$. La carcinomatosis más prevalente fue la ovárica (47,5 %). La prevalencia de sarcopenia fue de 52,5 %. Treinta pacientes (50,8 %) realizaron al menos 4 semanas de prehabilitación. Se administró terapia neoadyuvante en 44 pacientes (74,6 %) y tratamiento adyuvante en 46 (78 %). El retraso en la adyuvancia se objetivó en 7 pacientes (11,9 %). Las complicaciones Clavien-Dindo II o superiores aparecieron en 31 pacientes (52,6 %).

Se observaron diferencias entre el AF basal y prequirúrgico tras el programa de prehabilitación (AF basal 5 [RIC: 4,6-5,6] vs. AF preqx 5,3 [RIC: 4,8-5,8]; $p < 0,003$). Los pacientes con complicaciones postoperatorias asociaron un AF menor que aquellos con Clavien-Dindo 0-I (Clavien-Dindo 0-I: AF basal 5,3 [RIC: 5,8-4,75] y AF preqx 5,5 [RIC: 6,3-4,9] vs. Clavien-Dindo II-V: AF basal 4,9 [RIC: 5,23-4,5] y AF preqx 5 [5,58-4,68]; $p < 0,038$).

La diferencia entre el AF basal y preqx se relacionó con el retraso en la adyuvancia: (-0,1 [-0,7 - 0,0] vs. 0,59 [0,02-0,4]; $p = 0,014$). Los pacientes en los que hubo retraso en la adyuvancia la diferencia entre AF preqx y AF basal fue negativa. La aparición de complicaciones postoperatorias, la duración de la prehabilitación, la realización de resecciones viscerales o no, el PCI o la administración de HIPEC no se asociaron con un retraso en la administración de la adyuvancia. El análisis multivariante ajustado incluyendo edad, sarcopenia, ASA, duración de prehabilitación y complicaciones postoperatorias, mostró una tendencia a la significación estadística (RV = 0,141 [0,018-1,11]; $p = 0,063$), siendo un factor protector el incremento del AF para que no ocurriera retraso en el inicio de la adyuvancia.

Conclusiones: El AF aumentó de forma significativa tras un programa de prehabilitación y un AF menor se asoció con complicaciones Clavien-Dindo II-V. La diferencia en el AF basal y prequirúrgico se asoció de forma estadísticamente significativa con el retraso en la adyuvancia.

Bibliografía recomendada:

1. Amano K, Bruera E, Hui D. Diagnostic and prognostic utility of phase angle in patients with cancer. *Rev Endocr Metab Disord.* 2023;24(3):479-89. DOI: 10.1007/s11154-022-09776-z.
2. Molenaar CJL, Minnella EM, Coca-Martinez M, Ten Cate DWG, Regis M, Awasthi R, et al. Effect of Multimodal Prehabilitation on Reducing Postoperative Complications and Enhancing Functional Capacity Following Colorectal Cancer Surgery: The PREHAB Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* 2023;158(6):572-81. DOI: 10.1001/jamasurg.2023.0198.
3. Farzaneh CA, Pigazzi A, Duong WQ, Carmichael JC, Stamos MJ, Dekhordi-Vakil F, et al. Analysis of delay in adjuvant chemotherapy in locally advanced rectal cancer. *Tech Colo-proctol.* 2023;27(1):35-42. DOI: 10.1007/s10151-022-02676-z.

Palabras clave: Ángulo de fase, programa prehabilitación, adyuvancia, complicaciones postoperatorias.

P-CI-17

EFFECTO DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN SUPERVISADO EN PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL. RESULTADOS PRELIMINARES

J. Maciá Román; V. Aranaz Ostáriz; A. I. Meseguer Hernández; I. Pertusa Mazón; S. Chilar Moreno; F. J. Lacueva Gómez

Hospital General Universitario de Elche

Objetivos: Evaluar el efecto de un programa de prehabilitación multimodal sobre el test de la marcha 6 min convencional (T6M) y realizado en cinta deslizante (T6M-cd) sobre el ángulo de fase basal (AF basal) y prequirúrgico (AF preqx).

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, con controles históricos, de pacientes con diagnóstico de CP sometidos a CCR con o sin HIPEC, que siguieron un programa de prehabilitación. Los controles históricos se recogieron entre junio de 2018 y abril de 2024. El grupo intervención inició el reclutamiento desde mayo de 2024. El AF se estimó mediante bioimpedanciometría eléctrica (BIA) antes de la prehabilitación (Basal) y un día antes de la cirugía (Preqx). Se evaluó también la proteína C reactiva previa (PCR) a la CCR.

Resultados: Se incluyeron 76 pacientes, de los cuales 62 (81,6 %) tuvieron un programa de prehabilitación no supervisado. El 81,6 % fueron mujeres. La edad media fue de $59,75 \pm 10,6$. El origen tumoral más frecuente fue el ovárico (53,9 %). La duración de la prehabilitación obtuvo una mediana de 28 [21,5-36] y el 56,6 % la realizaron durante un periodo superior a las 4 semanas. La mediana de duración de la prehabilitación fue superior en el grupo supervisado (35 [RIC: 24-49] vs. 28 [RIC: 19-33,5]; $p = 0,024$). El AF preqx fue mayor en el grupo supervisado (5,3 [4,98-5,55] vs. 5,2 [4,8-5,8]; $p = 0,047$). Se observó una tendencia de un mayor incremento en el T6M en el grupo de pacientes supervisados (18 [-14,25-51,88] frente a los no supervisados: 23,29[-9,06-100,34]; $p = 0,057$). Las diferencias en el AF basal, el T6M preqx y T6M basal entre los grupos supervisado y no supervisado no fueron significativas.

La correlación intraclase entre el T6M y el T6M-dc Basal fue buena (CCI = 0,71; $p = 0,17$). Sin embargo, el valor Preqx obtuvo una mala correlación (CCI = 0,55; $p = 0,082$).

Conclusión: Aquellos pacientes con un programa de prehabilitación supervisado tuvieron una mayor adherencia al programa y un AF mayor que los no supervisados. La CCI para el valor basal del T6M obtuvo una buena correlación.

Bibliografía recomendada:

1. Schmidt K, Vogt L, Thiel C, Jäger E, Banzer W. Validity of the six-minute walk test in cancer patients. *Int J Sports Med.* 2013;34(7):631-6. DOI: 10.1055/s-0032-1323746.
2. Triguero-Cánovas D, López-Rodríguez-Arias F, Gómez-Martínez M, Sánchez-Guillén L, Peris-Castelló F, Alcaide-Quirós MJ, et al. Home-based prehabilitation improves physical conditions measured by ergospirometry and 6MWT in colorectal cancer patients: a randomized controlled pilot study. *Support Care Cancer.* 2023;31(12):673. DOI: 10.1007/s00520-023-08140-4.

3. Cortés-Guiral D, Mohamed F, Glehen O, Passot G. Prehabilitation of patients undergoing cytoreductive surgery (CRS) and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) for peritoneal malignancy. *Eur J Surg Oncol.* 2021;47(1):60-4. DOI: 10.1016/j.ejso.2020.01.032.

Palabras clave: Test de la Marcha 6 minutos, carcinomatosis peritoneal, prehabilitación, ángulo de fase.

P-CI-18

MEDIDAS PARA LOGRAR UNA MEJOR CALIDAD PERCIBIDA

J. Martín Ramiro¹; A. Gómez Santana²; A. Álvarez Cuiñas¹; M. D. Cancelas Felgueras¹; R. J. Castro Lara¹; A. Mañaricua Arnaiz¹

¹Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid; ²Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid

Objetivos: Dentro de los procesos asistenciales hospitalarios, la calidad debe ser el objetivo principal de todas las acciones desarrolladas y el principal *leitmotiv* de los actores implicados. La calidad percibida por el usuario es una parte importante y además se convierte en la carta de presentación del centro de cara a la sociedad.

Los centros públicos compiten en desigualdad de condiciones con los centros privados a la hora de ser evaluados por los receptores de la asistencia, sobre todo en centros hospitalarios del grupo II, en aspectos extra asistenciales como son los relacionados con la hostelería y comodidades facilitadas en las habitaciones, lo cual conlleva una peor valoración por parte del usuario independientemente de la calidad de la asistencia prestada.

Objetivos y metodología: En el Hospital Universitario Severo Ochoa, hospital del grupo II perteneciente al SERMAS, con 386 camas en habitaciones dobles, se planteó en el año 2020 la necesidad de mejorar la calidad percibida por el usuario mediante la realización de encuestas dirigidas al alta, así como una tormenta de ideas entre usuarios y profesionales para mejorar las condiciones de ingreso y la satisfacción al alta, lo cual fue monitoreado mediante la puntuación obtenida en el Monitor de Reputación Sanitaria (MRS) estudio de referencia en el sector sanitario.

Métodos: Dentro de las áreas de mejora detectadas, se implementaron aquellas que fueran factibles, excluyendo las que requiriesen acciones sobre la estructura física del hospital. Entre ellas destacan la creación de un área específica en urgencias para la atención del paciente geriátrico y frágil, creación de un programa de ejercicio físico en pacientes oncológicos, dar la posibilidad, a los pacientes quirúrgicos, de anesthesiarse escuchando su música favorita, detección diaria de los pacientes ingresados que cumplen años recibiendo una felicitación en su bandeja del desayuno, reducción de las demoras quirúrgicas y de primeras consultas a menos de 45 días optimizando agendas y ocupación de quirófanos, reducir el nivel de ruidos en las plantas.

El MRS del año 2022 situó al hospital en el número 38 de los 100 mejores hospitales de España, siendo esta la primera vez que entraba en este ranking.

Conclusiones: La realización de sencillas medidas, fruto del esfuerzo personal de los profesionales y direcciones de los centros, dan la posibilidad de ofrecer unos servicios donde aunemos la calidad asistencial con la calidad percibida, lo cual redundará en una mayor satisfacción del usuario final.

Palabras clave: Calidad percibida.

P-CI-19

¿TIENE INFLUENCIA LA BOLSA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN LOS PROGRAMAS ERAS?

J. Martín Ramiro¹; A. Gómez Santana²; A. Álvarez Cuiñas¹; M. A. Cancelas Felgueras¹; R. J. Castro Lara¹; S. Neira Melus¹

¹Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid; ²Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid

Objetivos: La rehabilitación multimodal ha supuesto la mayor revolución, tras los antibióticos, para la cirugía actual; pero su implantación requiere de una participación activa tanto de los profesionales como de los pacientes implicados en el proceso.

El objetivo de este trabajo consiste en evaluar el grado de cumplimiento de la vía clínica del programa RICA (Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal) por parte de los distintos actores implicados.

Métodos: Estudio observacional prospectivo, sobre 200 pacientes consecutivos incluidos en el protocolo Vía RICA, recogiendo el grado de cumplimiento de los indicadores recogidos en la vía clínica en el tiempo intra y postoperatorio (tolerancia oral, movilización precoz, profilaxis antiemética, drenajes, sondas anestesia local en heridas, uso de opiáceos), recogiendo las desviaciones respecto a la vía clínica.

Resultados: *Pacientes:* el 80 % de la población analizada cumple la vía clínica (movilización precoz e inicio de tolerancia temprana), gracias a la información individual preoperatoria dada ya las sesiones grupales.

Cirujanos: el 95 % muestra un adecuado cumplimiento de la vía clínica, en cuanto a la aplicación de anestesia local en heridas, uso de laparoscopia, limitación del uso de drenajes, así como las instrucciones dadas sobre movilización e ingesta temprana.

Anestesiólogos: el 90 % de ellos cumplen los puntos referidos a la ingesta precoz, prevención de vómitos, movilización a las 6 horas de la cirugía y reducción de uso de opiáceos. Dificultad en evitar sondas vesicales por presiones de la enfermería

Enfermeras: solo el 50 % de ellas siguen las pautas de tolerancia temprana, movilización precoz, igualmente insisten en la realización de sondajes intraoperatorios.

Conclusiones: La formación periódica de todos los implicados en el proceso de recuperación intensificada multimodal es fundamental para su correcto desarrollo.

El gran recambio que existe dentro del personal de enfermería de planta en relación con OPE, traslados internos, jubilaciones, así como su sustitución por personal proveniente de bolsas de trabajo del hospital, donde no se tiene en cuenta la experiencia previa, condiciona la necesidad de una formación permanente en programas RICA para mantener un adecuado cumplimiento de los mismos.

Palabras clave: Enfermería, cumplimiento.

P-CI-20

INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA ABDOMINAL COLORRECTAL. ¿QUÉ NOS APORTA?

S. Gómez Abril; P. Bárcena Salgado; P. Campillos Alonso; R. Higuera Castellanos; D. López Otero; M. Climente Martí

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Objetivos: Evaluar las intervenciones e identificar oportunidades de mejora en la consulta de Atención Farmacéutica en el preoperatorio de pacientes incluidos en la vía RICA colorrectal.

Métodos: Estudio observacional descriptivo prospectivo realizado entre marzo de 2023 a mayo de 2024, en pacientes adultos intervenidos de cirugía colorrectal incluidos en la vía RICA a los que el Servicio de Cirugía solicita interconsulta preoperatoria al Servicio de Farmacia Hospitalaria para programar la atención farmacéutica previa a la cirugía.

Se recogieron variables antropométricas (edad, peso, talla, IMC), clínicas (cribado nutricional: MUST), farmacoterapéuticas (n. medicamentos al ingreso, medicamentos que requieren adecuación preoperatoria), n. de días de estancia hospitalaria y reingreso en los 30 días siguientes.

La consulta de Atención Farmacéutica se basa en:

- Comprobación de la comprensión de las indicaciones del Servicio de Anestesiología sobre la interrupción de la medicación crónica que precise e identificación y resolución de cualquier problema relacionado con el medicamento (PRM).
- Conciliación preoperatoria de la medicación crónica.
- Dispensación de la medicación preoperatoria (enoxaparina, bebida carbohidratada y anti-bioterapia profiláctica).
- Soporte nutricional.

Todas las actuaciones se reflejan en la historia clínica electrónica.

Las variables categóricas se expresan como frecuencia (%) y las cuantitativas: mediana y rango intercuartílico (RIQ).

Resultados: Se atendió un total de 123 pacientes con una mediana de edad de 71 (RIQ: 14) años, 52,8 % hombres, IMC 26,3 (RIQ: 8,3) kg/m² (21,1 % obesos). En el cribado nutricional (MUST) se identificaron 64,2 % de los pacientes (MUST 0); 13,8 % (MUST 1); 12 % MUST > 2

con suplemento de NE respectivamente 12,6 %; 76,5 %; 87 %. La mediana del tiempo entre la consulta farmacéutica y la intervención fue de 23 días (RIQ: 33).

Los pacientes en tratamiento crónico (85,36 %), con una mediana de 5 (RIQ: 5) medicamentos/paciente y polimedicados con ≥ 5 medicamentos en el 48,8 %, precisaron información específica sobre su medicación crónica, siendo la mediana de 2 (RIQ: 3) recomendaciones/paciente.

Precisaron conciliación preoperatoria de su medicación crónica 47 de los 123 pacientes ingresados (38 %), implicando un total de 56 medicamentos de los siguientes grupos: antidiabéticos orales (n = 17), anticoagulantes directos orales (n = 13), insulina (n = 8), ácido acetilsalicílico como antiagregante (n = 6), heparinas de bajo peso molecular a dosis terapéuticas (n = 5), anticoagulantes antivitK (n = 2), antiplaquetarios anti-P2Y12 (n = 3) e inhibidores de tirosinkinasa (n = 2). Todos los pacientes recibieron indicaciones de cómo proceder en el preoperatorio, y se dispuso la medicación preoperatoria protocolizada. No hubo suspensión de la cirugía por el inadecuado manejo de la medicación preoperatoria en ningún caso. El 11,4 % de los pacientes requirieron modificación del protocolo, con la suspensión de: enoxaparina (n = 13), bebida carbonatada (n = 5) y antibiótico profiláctico (n = 1).

La mediana de estancia hospitalaria fue de 4 (RIQ: 3) días y la tasa de reingreso a los 30 días siguientes del 4 %.

Conclusiones: La población intervenida de cirugía colorrectal, con un 48 % de pacientes polimedicados, se puede beneficiar de la inclusión del farmacéutico en el equipo multidisciplinar de la vía RICA para realizar la conciliación preoperatoria de la medicación. La consulta de atención farmacéutica preoperatoria permite identificar pacientes con riesgo de sufrir PRM, proporcionar información específica para prevenirlos, facilita el cumplimiento de la pauta de medicación preoperatoria protocolizada y permite el ingreso el mismo día de la cirugía.

Palabras clave: Farmacéutico, cirugía colorrectal, equipo multidisciplinar, medicación preoperatoria.

P-CI-21

¿INFLUYE LA SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL PREOPERATORIA EN LA OBTENCIÓN DE UN RESULTADO DE LIBRO EN LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA POR ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS?

M. Rico Morales¹; M. Rodríguez Perdomo¹; J. López Fernández¹; D. Cabañó Muñoz¹; A. Aparicio Moya²; J. Torres Melero¹

¹Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería; ²FIBAO. Granada

Objetivos: La incidencia de malnutrición en el momento del diagnóstico de cáncer de páncreas oscila entre el 65 y el 80 %. La desnutrición se asocia a resultados adversos tales como incremento de la morbilidad, incremento de la estancia hospitalaria, así como de los costes sanitarios. El objetivo de este estudio es determinar si la suplementación nutricional preoperatoria influye en la consecución de un resultado de libro o *textbook outcome* (TO) en la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) por adenocarcinoma de páncreas.

Métodos: Se trata de un estudio observacional y retrospectivo que recoge todas la duodeno-pancreatectomías cefálicas por adenocarcinoma de páncreas realizadas en nuestro servicio desde enero de 2017 hasta diciembre de 2023. Se definió como TO básico la ausencia de complicaciones Clavien Dindo ≥ 3 , estancia hospitalaria $< p75$ de la muestra, ausencia de readmisión hospitalaria y ausencia de mortalidad a los 90 días de la cirugía.

Resultados: En este estudio se incluyeron 28 DPC, 9 varones (32,15 %), 19 mujeres (67,85 %), con edades comprendidas entre 41 y 82 años, con una mediana de 69,5 años.

19 pacientes (67,86 %) presentaron ausencia de complicaciones Clavien Dindo ≥ 3 , 21 pacientes (75 %) tuvieron una estancia hospitalaria $< p75$ ($p75$ de la cohorte: 29,50 días), 22 pacientes (81,48 %) no reingresaron antes de los 90 días y 26 pacientes (92,86 %) no registraron mortalidad a los 90 días de la cirugía. 15 pacientes (53,57 %) alcanzaron el TO o resultado de libro.

Al introducir variable de suplementación oral preoperatoria y alcance del TO, obtuvimos los siguientes resultados: los pacientes con suplementación preoperatoria obtuvieron tuvieron menor porcentaje de Clavien Dindo ≥ 3 que los pacientes que no se suplementaron (23,53 % vs. 36,36 % p valor = 0,67). Los pacientes que recibieron suplementación preoperatoria presentaron una estancia hospitalaria $< p 75$ del 33,33 % vs. 18,18 % de los que no se suplementaron (p valor = 0,67). Los pacientes con suplementación preoperatoria obtuvieron un porcentaje de reingreso a los 90 días menor que aquellos pacientes que no se suplementaron (6,25 % vs. 40 %, p valor = 0,05). Los pacientes que se suplementaron presentaron una mortalidad a los 90 días de 5,88 % frente al 9,09 % de los que no se suplementaron (p valor = 1).

Pese a no obtener diferencias estadísticamente significativas se observa una tendencia a menor complicaciones en el grupo de suplementación preoperatoria donde dicha significación estadística podría alcanzarse al aumentar el tamaño muestral que es una de las limitaciones del estudio.

Pese a no obtener significancia estadística, los pacientes con suplementación preoperatoria obtuvieron más TO_BÁSICO que los pacientes que no se suplementaron (58,82 % vs. 36,36 %, p valor = 0,2457).

El 60,71 % pacientes recibieron suplementación oral preoperatoria. De los que recibieron suplementación 58,82 % alcanzaron TO y 41,18 % no lo alcanzaron.

Conclusiones: La corrección de la desnutrición podría desempeñar un papel independiente en la reducción de la gravedad de las complicaciones, la duración de la hospitalización y contribuir a alcanzar el TO. La prehabilitación nutricional en pacientes sometidos a cirugía de adenocarcinoma de cabeza de páncreas ha demostrado una mejora en los resultados postoperatorios. Las directrices ERAS recomiendan el uso de suplementos nutricionales en el periodo preoperatorio. Serían necesarios futuros estudios para evaluar la influencia de la suplementación en las distintas etapas del tratamiento de la enfermedad.

Palabras clave: Suplementación oral, adenocarcinoma de cabeza de páncreas, resultado de libro, *textbook outcome*.

P-CI-22

OPTIMIZACIÓN DE LA RECUPERACIÓN EN CIRUGÍA COLORRECTAL: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA ENTRE FAST-TRACK Y VÍA RICA

C. Farrés Pla¹; P. Planellas Giné²; L. Cornejo Fernández²; R. Farrés Coll²; A. Codina Cazador²

¹Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona; ²Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona

Objetivos: El estudio tiene como objetivo comparar la respuesta inflamatoria postoperatoria, medida mediante los niveles de proteína C reactiva (PCR), en pacientes sometidos a cirugía oncológica colorrectal bajo el protocolo "Vía RICA" en comparación con el modelo Fast-Track. Secundariamente se evalúa el impacto, la evolución y complicaciones postoperatorias.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes con grupo histórico para comparar la respuesta inflamatoria y la evolución postoperatoria en pacientes sometidos a cirugía oncológica colorrectal electiva bajo dos protocolos de recuperación. Se incluyeron pacientes intervenidos entre 2022 y 2023 siguiendo el protocolo Vía RICA y se compararon con una cohorte histórica de pacientes operados entre 2016 y 2017 bajo el enfoque *Fast-Track*. Se excluyó el periodo 2018-2021, ya que correspondió a la fase de implementación progresiva del protocolo RICA en el hospital. Se aplicaron criterios de exclusión a los pacientes sometidos a cirugía multivisceral o que no completaron el protocolo de recuperación intensificada.

Resultados: Se analizaron un total de 156 pacientes en el grupo Protocolo RICA y 235 en el grupo histórico *Fast-Track*. Los niveles de PCR fueron significativamente inferiores en el grupo RICA en los días 1, 2, 3 y 4 del postoperatorio, con una diferencia máxima en el tercer día 6,23 (3,1-10,3) mg/dl vs. 7,97 (3,95-13,66) mg/dl ($p = 0,001$), lo que sugiere una menor respuesta inflamatoria quirúrgica. En cuanto a las complicaciones, se observó una reducción de los eventos graves (Clavien-Dindo $\geq 3B$) en el grupo RICA (3,8 % vs. 11,5 %, $p = 0,008$), así como una menor incidencia de dehiscencia anastomótica (2,9 % vs. 9,8 %, $p = 0,019$) y de necesidad de reintervención (3,2 % vs. 9,8 %, $p = 0,013$). Aunque sin alcanzar significación estadística, la mortalidad a 30 días fue del 1,3 % en el grupo *Fast-Track* frente al 0 % en el grupo RICA.

La recuperación postoperatoria mostró diferencias relevantes, con un menor uso de drenajes intraabdominales (61,5 % vs. 77,8 %). La reintroducción de la dieta, tanto líquida como completa, se realizó de manera significativamente más temprana en el grupo RICA ($p < 0,001$), al igual que la deambulación, la recuperación del tránsito intestinal y la retirada de sonda vesical y drenajes intraabdominales, fluidoterapia intravenosa y vía venosa, todo ello con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Como resultado, la estancia hospitalaria se redujo de manera considerable en el grupo RICA, con una mediana de 5 días (RIC: 5-7) en comparación con 6 días (RIC: 5-9) en el grupo FT ($p < 0,001$).

Conclusión: El protocolo Vía RICA se asocia con una menor respuesta inflamatoria postoperatoria, reflejada en la reducción de los niveles de PCR, así como con una recuperación más rápida, menor estancia hospitalaria y una reducción significativa de las complicaciones postoperatorias en comparación con el modelo *Fast-Track*.

Palabras clave: Cirugía, colorrectal, oncológico, *Fast-Track*, RICA.

P-CI-23**RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA DIETA BLANDA BAJA EN RESIDUOS VS. DIETA LÍQUIDA TRAS CIRUGÍA COLORRECTAL**

L. Pérez Santiago; M. Riera Cardona; M. Morcillo Martínez; L. Garzón Hernández; F. Castillejos Ibáñez; S. García Botello

Hospital Clínico Universitario de Valencia

Objetivos: Valorar los efectos de la implementación de una dieta blanda baja en residuos y de fácil digestión (DB) el primer día postoperatorio frente a una dieta líquida en pacientes intervenidos de cáncer colorrectal, y analizar su influencia en la estancia hospitalaria y el desarrollo de íleo paralítico.

Métodos: Estudio prospectivo unicéntrico de cohortes en pacientes sometidos a cirugía colorrectal programada con resección intestinal entre febrero de 2022 y octubre de 2024. Se establecieron dos grupos secuenciales: grupo control (cohorte histórica prospectiva de pacientes que iniciaron tolerancia a dieta líquida el 1.º día postoperatorio) y grupo experimental (cohorte prospectiva de pacientes que iniciaron dieta blanda baja en residuos el 1.º día postoperatorio). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, intervenidos de cirugía colorrectal programada y que aceptaron participar. Se excluyeron pacientes que no completaron el protocolo ERAS, que fueron incapaces de comprender el protocolo y/o que fueron intervenidos de carácter urgente. Además, todos los pacientes se incluyeron en el protocolo de prehabilitación y se siguió la guía clínica de RICA bajo el amparo de una comisión clínico-técnica de recuperación intensificada de cirugía.

Las variables resultado fueron la estancia hospitalaria y el íleo postoperatorio. Se realizó un análisis descriptivo y, posteriormente, un análisis univariante y multivariante para analizar si el inicio de una dieta blanda influía de manera independiente en dichas variables.

Conclusiones: Se reclutaron un total de 384 pacientes, 286 pacientes en el grupo control y 98 en el grupo experimental. En el grupo control, la media de edad fue 67,32 (\pm 15,02) años con un total de 173 (60,5 %) hombres. En el grupo experimental, la media de edad fue de 70,81 (\pm 10,78) años y 60 hombres (61,2 %). En cuanto a las características intraoperatorias, la mayoría de los procedimientos fueron laparoscópicos (82,2 % en el grupo control vs. 84 % en el experimental, $p = 0,419$).

Para valorar la estancia hospitalaria, se realizó un análisis univariante que objetivó diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos presentando una media de 7,28 (\pm 6,67) días en grupo control frente a 4,92 (\pm 3,41) días el grupo experimental ($p < 0,001$). En el análisis multivariante de los factores relacionados con los días de ingreso, el inicio de la DB se asoció significativamente con una menor estancia hospitalaria del grupo experimental (OR: 0,28 [0,09-0,86], $p = 0,026$). También se realizó un análisis univariante de los factores que podían influir en el desarrollo del íleo paralítico, sin encontrar diferencias significativas entre ambos grupos ($p = 0,107$). En el análisis multivariante, el inicio de una DB el primer día postoperatorio no mostró una asociación significativa con la aparición de íleo postoperatorio (OR: 0,48 [0,2-1,14], $p = 0,096$).

Por tanto, nuestro estudio concluye que la introducción de una dieta blanda baja en residuos y de fácil digestión el primer día postoperatorio frente a una dieta líquida en pacientes intervenidos de cirugía colorrectal reduce la estancia hospitalaria y no se asocia a aumento de aparición de íleo paralítico.

Palabras clave: Dieta, íleo, estancia, colorrectal.

P-CI-24

INFLUENCIA DE LA REDUCCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN UN SERVICIO DE ADMISIÓN

A. Gómez Santana¹; J. Martín Ramiro²; M. Gutiérrez Camacho²; I. Osorio de la Fuente²

¹Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid; ²Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid

Introducción: Un efecto deseable y esperado de los programas ERA es la reducción de estancias hospitalarias, lo cual permite liberar recursos.

La reducción de la lista de espera quirúrgica (LEQ) es un fin deseable para cualquier centro sanitario, así como un objetivo de calidad institucional y de calidad percibida. No obstante, una reducción excesiva de la misma genera graves problemas para la gestión diaria de los partes quirúrgicos.

Objetivos: Cuantificar la dificultad de completar los partes quirúrgicos semanales cuando la demora media estructural es inferior a 15 días en un hospital público de segundo nivel.

Métodos: Análisis de la evolución de la LEQ del servicio de cirugía del Hospital Universitario Severo Ochoa y las dificultades para localizar usuarios dispuestos a ser intervenidos excluyendo las patologías tumorales y las intervenciones incluidas como preferentes.

Resultados: A partir de diciembre de 2022 la demora media estructural descendió por debajo de 30 días (28,5 días) situándose en mayo de 2023 en 10,3, lo cual conllevó la realización de al menos 5 llamadas de teléfono por cada hueco de quirófano para poder encontrar usuarios dispuestos a ser intervenidos menos de 10 días después de ser incluidos en LEQ, así como un incremento de pacientes en la categoría de temporalmente no programables (TNP) a petición propia hasta alcanzar un 30 % de los pacientes en LEQ.

Conclusiones: La reducción de la LEQ debería ser usada como una oportunidad de mejora, para optimizar la distribución de los recursos quirúrgicos de un centro, permitiendo la asignación de los mismos a los servicios con mayor demora estructural con el fin de alcanzar los objetivos institucionales del hospital en su conjunto.

Palabras clave: LEQ, servicio de admisión.

P-CI-25**RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CIRCUITO RICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PONIENTE, TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA DE PREHABILITACIÓN FUNCIONAL**

M. Aguilar Martínez; A. Pérez Rubio; E. Pérez Martínez; R. Ortega Ortega; N. Espinola Cortés
Hospital Universitario Poniente. El Ejido, Almería

Objetivos: Analizar las respuestas dadas por los pacientes de la encuesta de satisfacción del circuito RICA del Hospital Universitario Poniente, tras la puesta en marcha de la consulta de rehabilitación funcional.

Métodos: Se han incluido en el análisis los primeros 14 pacientes participantes en el circuito actualizado de la Vía RICA en el HUP. Este circuito incluye las tres fases del periodo perioperatorio y, en su última actualización de diciembre de 2024, se incluye la consulta de rehabilitación funcional al frente de la cual se sitúa enfermería y fisioterapia.

Resultados: Se han analizado las respuestas de 14 pacientes a cada respuesta de la encuesta de satisfacción propuesta en la Vía RICA.

El 42,9 % de la muestra lo componen mujeres y el 57,1 % hombres. 10 pacientes se sometieron a cirugía digestiva, 1 a cirugía mamaria y 3 a cirugía urológica. El 85,7 % de los pacientes calificó de "muy buena" la información recibida en el preoperatorio por parte de cirugía, enfermería y fisioterapia. El 78,6 % calificó de "muy bueno" el trato recibido por el personal en el quirófano, descendiendo este porcentaje al 57,1 % al evaluar al equipo de anestesia. En cuanto al postoperatorio, la mayoría de los pacientes (78,6 %) no tuvieron náuseas. El dolor postoperatorio durante todo el ingreso, ha obtenido una media de 4,07 en la escala EVA. Al 78,6 % de pacientes les pareció "a tiempo" la indicación de movilizarse al sillón precozmente, si bien este porcentaje disminuye al 64,3 % cuando se analiza la deambulación. Sin embargo, al 85,7 % les pareció "a tiempo" el reinicio de los líquidos el día de la intervención. A la hora de evaluar la coordinación de los miembros que componen el circuito, el 85,7 % de los pacientes opinó que percibieron que los profesionales estaban "muy coordinados". El 100 % repetiría el circuito y recomendaría a algún conocido-familiar entrar en él si se tuviera que someter a alguna intervención.

Conclusiones: La satisfacción de los pacientes tras el inicio del circuito RICA en el HUP es excelente y se ha incrementado tras la puesta en marcha de la consulta de rehabilitación funcional. Las encuestas de satisfacción y su análisis son herramientas necesarias que se deben realizar periódicamente, con el objetivo de medir la calidad asistencial y explorar áreas de mejora.

Palabras clave: Prehabilitación, cirugía, urología, enfermería, fisioterapia.

P-CI-26

REHABILITACIÓN MULTIMODAL: ABRAMOS SUS OJOS

D. Sánchez Relinque; A. García García; M. E. Valenzuela Mateos; J. Díaz Jiménez; M. J. Muñoz Alfárez; E. Sánchez Sánchez

Hospital Universitario Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

Objetivos: Demostrar las ventajas de la rehabilitación multimodal tanto a nivel de calidad asistencial y gastos económicos como a nivel de humanización, tanto hacia el paciente como a nivel interprofesional.

Métodos: Se han pasado una serie de encuestas de satisfacción previamente elaboradas por nuestro Comité de Rehabilitación Multimodal tanto a pacientes como a los profesionales implicados incluidos dirección/gerencia.

Se han obtenido importantes resultados destacando los obtenidos en satisfacción del paciente, satisfacción del profesional de enfermería, satisfacción del profesional médico, satisfacción del personal administrativo/directivo al margen de los espectaculares resultados económicos.

Conclusiones: Parece demostrado que la Rehabilitación Multimodal bien implementada no solo mejora los resultados postoperatorios de nuestros pacientes, también fomenta el trabajo en equipo y ayuda a tener una mejor percepción de tu propio trabajo.

Abrir los ojos al paciente, a compañeros de profesión y a la dirección-gerencia en cuanto a las múltiples ventajas en términos de calidad, seguridad, humanización y económicos ha pasado a ser un objetivo más que debe imponerse todo Grupo de Rehabilitación Multimodal.

Palabras clave: Rehabilitación, multimodal, multidisciplinar, equipo, humanización.

P-CI-27

IMPACTO DEL PROTOCOLO ERAS SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL EVALUADA MEDIANTE TAC CON SOFTWARE DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN MUJERES INTERVENIDAS POR CÁNCER DE OVARIO AVANZADO

J. L. Sánchez Iglesias¹; F. Palmas¹; E. Vallés¹; R. Guerra²; A. Pérez Benavente¹; U. Acosta Sánchez¹

¹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona; ²ARTIS Development. Las Palmas

Objetivos: Se está estudiando el efecto de la composición corporal en el pronóstico del cáncer, sustituyendo indicadores como el índice de masa corporal (IMC) por otros que reflejan de manera más exacta el estado nutricional de las pacientes. La sarcopenia se caracteriza por la pérdida generalizada de masa muscular y se ha asociado con peor supervivencia y más complicaciones postoperatorias en pacientes con cáncer de ovario. La composición corporal se puede evaluar mediante TAC utilizando inteligencia artificial (IA), con imágenes de alta resolución del músculo graso y esquelético que pueden analizarse mediante un software automatizado. Los programas de cuidado perioperatorio ERAS buscan optimizar la recuperación de las pacientes y han demostrado reducir la estancia hospitalaria sin aumentar la morbilidad tras cirugía

por cáncer de ovario. Nuestro objetivo es estudiar el impacto de los protocolos ERAS en la composición corporal tras la cirugía por cáncer de ovario avanzado, en comparación a un grupo de manejo convencional.

Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes que incluye pacientes con diagnóstico histológico de cáncer de ovario en estadios IIB-IV de la FIGO, sometidas a cirugía de citorreducción primaria (CCR1) o de intervalo tras quimioterapia neoadyuvante (CI), en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona entre 2014 y 2021. Se incluyeron dos cohortes: una de pacientes tratadas según el protocolo ERAS entre 2014 y 2021 y otra con manejo convencional entre 2014 y 2018 (pertenecientes al ensayo clínico prospectivo randomizado PROFAST). Para evaluar la composición corporal se utilizó TAC con software de IA FocusedON, midiendo tanto la cantidad de masa muscular (cm y cm/m - SMI: Skeletal Muscle Index) como la calidad (Unidades de Hounsfield, HU). La pérdida de masa muscular se evaluó comparando el TAC al diagnóstico y al mes de la cirugía.

Resultados: Se incluyeron 84 pacientes, 60 en el grupo ERAS y 24 en el convencional. No hubo diferencias entre los grupos en cuanto a edad, IMC o complejidad quirúrgica. El grupo ERAS presentó menor estancia hospitalaria (6 días de mediana vs. 8, p 0,04), y menos complicaciones postoperatorias graves (6,7 % vs. 12,5 %, p 0,40). La cantidad y calidad de masa muscular al diagnóstico fue similar entre los grupos. Tras la cirugía, se observó pérdida de masa muscular en ambos grupos, con tendencia a menor pérdida de calidad en el grupo ERAS: $-6,3$ vs. $-5,5$ cm², p 0,79; $-2,5$ vs. $-2,1$ cm²/m², p 0,79; y $-0,96$ vs. $-2,4$ HU, p 0,44. En CI, se observó pérdida muscular independientemente del manejo perioperatorio ($n = 36$: 28 ERAS y 8 convencional): $-3,3$ vs. $-3,4$ cm², p 0,96; $-1,2$ vs. $-1,4$ cm²/m², p 0,87; y $-0,8$ vs. $-0,9$ HU, p 0,87. En CCR1, el grupo ERAS ($n = 29$) tendió a mayor pérdida de cantidad de masa muscular pero menor de calidad respecto al grupo convencional ($n = 14$): $-9,6$ vs. $-5,9$ cm², p 0,61; $-3,8$ vs. $-2,2$ cm²/m², p 0,58; $-1,2$ vs. $-2,7$ HU, p 0,51.

Conclusión: Las pacientes intervenidas por cáncer de ovario avanzado presentan pérdida de masa muscular evaluada por TAC tras la cirugía, independientemente de la aplicación de un protocolo ERAS. En nuestro estudio retrospectivo con tamaño muestral limitado, las pacientes que siguieron el protocolo ERAS presentan una tendencia a menor pérdida de calidad de masa muscular tras la cirugía en comparación al manejo convencional, especialmente en CCR1. Es el primer estudio que evalúa el impacto de un protocolo ERAS en la composición corporal.

Palabras clave: ERAS, sarcopenia, cáncer de ovario avanzado, inteligencia artificial.

P-CI-28

ÁCIDO FÓLICO COMO BIOMARCADOR PREDICTIVO DE LA DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE CÁNCER COLORRECTAL

A. Chirivella Fernández; M. García Afonso; M. N. Baron Pail; J. Rivera Castellano; J. Escudero; A. F. Bravo Gutiérrez

Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife

Objetivos: La sarcopenia predice resultados negativos en la cirugía colorrectal, incluyendo la dehiscencia anastomótica. El ácido fólico es esencial para procesos celulares como la síntesis

de ADN y la reparación tisular, lo que sugiere que podría influir en la cicatrización anastomótica. El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre los niveles sanguíneos preoperatorios de ácido fólico, la sarcopenia definida radiológicamente mediante la densidad del psoas, y los resultados posoperatorios en pacientes sometidos a resección por cáncer colorrectal.

Métodos: Se realiza un estudio prospectivo de cohortes en intervenidos de cáncer colorrectal con intención curativa por cirujanos colorrectales desde junio de 2023 hasta noviembre de 2024.

Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años de edad. Los criterios de exclusión fueron cirugía transanal mínimamente Invasiva (TAMIS), amputación abdominoperineal, colostomías, intervenciones de urgencias, urgencias diferidas y pacientes en los que no se pudo realizar seguimiento tras el alta.

Para la valoración de ácido fólico se modelaron como datos binarios: niveles normales ($> 2,7$ ng/ml) y niveles insuficientes ($\leq 2,7$ ng/ml) según la analítica sanguínea preoperatoria.

Se analiza el TC de extensión de todos los pacientes utilizando el software de visualización de imágenes Centricity y se procede a la medición de la densidad de ambos músculos psoas en el corte axial a nivel de la L3 para definir sarcopenia radiológica en pacientes con densidad niveles inferiores de 34,4 HU en hombres y 34,1 HU en mujeres.

Se realiza seguimiento de los pacientes hasta su alta valorando complicaciones postquirúrgicas tempranas (< 30 días): dehiscencia anastomótica, reintervención quirúrgica, reingreso e infección del sitio quirúrgico.

Las pruebas estadísticas utilizadas para evaluar las asociaciones realizadas con el programa SPSS 26.0. Los datos descriptivos se presentan como media (\pm desviación estándar), mediana o número (%), según proceda. Para comprobar la asociación entre el ácido fólico y la sarcopenia radiológica y fuga anastomótica se realizaron tablas cruzadas. Los riesgos relativos (RR) se presentan con intervalos de confianza (IC) del 95 %. Se consideró significativo un nivel de $p \leq 0,05$.

Resultados: Se analizaron 250 pacientes. El 12 % de los pacientes presentaron niveles bajos de ácido fólico ($< 2,7$ ng/ml) y el 16 % fueron diagnosticados con sarcopenia. Además, los niveles bajos de ácido fólico están asociados con un mayor riesgo de diagnóstico de sarcopenia [RR 4.63 (IC 95 %; 2,26-9,49)]. El diagnóstico de sarcopenia radiológica se asoció con un aumento del riesgo de dehiscencia anastomótica [RR 1,98 (IC 95 %; 1,3-2,83)].

Conclusiones: El ácido fólico bajo está asociado con el aumento del riesgo de sarcopenia. La deficiencia de ácido fólico podría considerarse un factor de riesgo modificable para la sarcopenia y, por lo tanto, reducir el riesgo de dehiscencia anastomótica en pacientes con cáncer colorrectal. La suplementación preoperatoria proteica con ácido fólico podría ser una intervención protectora para la dehiscencia anastomótica.

Palabras clave: Dehiscencia quirúrgica, ácido fólico, sarcopenia, cáncer colorrectal, morbilidad postoperatoria.

ENFERMERÍA

P-EN-01

CRIBAJE PREOPERATORIO DE LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA: VALORACIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL Y ABORDAJE PREOPERATORIO

I. Montllor Ramoneda; M. I. Martín Hernández; M. Ferre Puig

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos: Describir los resultados obtenidos con la escala PHQ-4 en los pacientes atendidos en la consulta preoperatoria de la Enfermera de Práctica Avanzada del Programa de Recuperación Intensificada (RIC).

Métodos: Se llevó a cabo un análisis retrospectivo descriptivo mediante la revisión de datos obtenidos del programa del hospital en 2023. Los resultados de la escala validada PHQ-4, aplicada a todos los pacientes pendientes de cirugía en la consulta preoperatoria de la EPA del Programa RIC, fueron analizados tras la aprobación del Comité de Ética del Hospital.

Resultados: La valoración preoperatoria del estado emocional constituye un componente esencial en la preparación del paciente quirúrgico. En 2023, el Programa RIC del Hospital Universitario Vall d'Hebron atendió a un total de 4197 pacientes, de los cuales 676 (16,11 %) se encontraban en espera de cirugías invasivas o con un riesgo elevado de complicaciones, motivo por el cual se les realizó una prehabilitación completa que incluyó una consulta con el servicio de psicología. Para el resto de los pacientes (3520, 83,87 %), se realizó una evaluación de su estado emocional mediante cribado por el equipo de enfermería, quienes remitieron a los pacientes con resultado positivo a psicología clínica. Los resultados indicaron que 731 pacientes (20,77 %) presentaron puntuaciones positivas en la escala PHQ-4. De estos, 205 pacientes (28,04 %) aceptaron la derivación para el abordaje psicológico preoperatorio.

Conclusiones: Estos hallazgos subrayan la relevancia de incluir una valoración emocional preoperatoria en los planes de recuperación intensificada para pacientes quirúrgicos. Según la evidencia científica actual, niveles elevados de ansiedad preoperatoria están asociados a pronósticos de salud menos favorables, lo que destaca la importancia de incorporar estas intervenciones en los programas de atención preoperatoria para optimizar los resultados en la salud del paciente.

Palabras clave: Estado emocional, preoperatorio, recuperación intensificada, enfermera de práctica avanzada, optimización quirúrgica.

P-EN-02

GESTIÓN DEL FISIOTERAPEUTA COMO MIEMBRO DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINAR EN LA VÍA CLÍNICA RICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL

S. Sanz Seligrat; M. Pérez Ferreiro

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Objetivos: La Vía Clínica RICA tiene como objetivo principal mejorar la recuperación de los pacientes tras una cirugía mediante un enfoque multimodal. Esto incluye optimizar el manejo perioperatorio para reducir el trauma quirúrgico y acelerar la recuperación.

El fisioterapeuta, forma parte del equipo de profesionales relacionados con el tratamiento interdisciplinar de estos pacientes, desarrollando unas funciones específicas que incluyen: evaluación e intervención preoperatoria, manejo intraoperatorio, rehabilitación postoperatoria, seguimiento y evaluación del proceso.

Estos objetivos buscan no solo mejorar los resultados clínicos, sino también la calidad de vida del paciente tras la cirugía.

La aparición de oportunidades de práctica avanzada, que proporcionen intervenciones fisioterapéuticas especializadas de alto nivel, refleja un área de desarrollo significativo en la fisioterapia para satisfacer las necesidades de la sociedad y la evolución de los modelos de prestación de servicios.

Métodos: Para un adecuado seguimiento y control de la actividad del fisioterapeuta RICA, se ha creado una agenda específica en HCIS y otra en el programa específico de gestión de pacientes de rehabilitación "Sinfho". Esta agenda es gestionada directamente por el propio profesional y derivada al mismo profesional a través de una interconsulta multipedido realizada por el especialista correspondiente.

Conclusiones: El circuito de citación establecido entre el equipo interdisciplinar permite al paciente acudir el mismo día a las citas de anestesia, nutrición, enfermería y fisioterapia, agilizando el proceso y evitando al paciente múltiples desplazamientos.

La creación de agendas específicas en Sinfho ha permitido codificar las técnicas de tratamiento en función de la intervención y la especialidad, permitiendo así un registro más específico de la actividad realizada, lo que permitirá posteriormente un análisis de datos y elaboración de informes.

Palabras clave: Fisioterapeuta, Vía Clínica RICA, equipo interdisciplinar, gestión, cirugía torácica.

**P-EN-03****PON MÚSICA A TU CIRUGÍA. PROGRAMA DE EMPODERAMIENTO Y HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA ABDOMINAL MAYOR ONCOLÓGICA DEL GRUPO DE MPO**

V. Moreno Blanco; A. M. Peiró Ramada; A. V. Ruiz Millán; B. Capirote Blasco

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Objetivos:

- » Mejorar la calidad y eficiencia de todas las intervenciones (presenciales y/o no presenciales) que se proporcionan a los pacientes que entran a formar parte del programa de MPO.
- » Implicar y empoderar al paciente en el proceso quirúrgico y humanizar la asistencia para proporcionar una experiencia lo más satisfactoria posible al paciente.

El programa de musicoterapia en quirófano ofrece al paciente la posibilidad de escuchar la música que elija durante su estancia en quirófano, haciéndole protagonista de su película reduciendo de este modo su ansiedad, además de establecer un contacto cercano y cálido con el equipo quirúrgico (anestesiólogo/cirujano/enfermera).

Métodos:

Indicadores de resultado:

- » Se valorará el grado de satisfacción mediante una encuesta entregada al paciente tras el procedimiento quirúrgico. A través de la Unidad de Calidad de la Dirección de Área de Planificación del Hospital La Fe, se ha creado una encuesta de opinión a todos los pacientes incluidos en el programa, que quieran participar.
- » Escala de valoración, *patient reported experience*.

A través de una entrevista personalizada con los pacientes que han formado parte del programa, se les pregunta por el grado de satisfacción con la atención recibida por parte del personal de MPO y si tienen alguna propuesta de mejora.

Plan de trabajo y agenda de implantación: la Unidad de Medicina Perioperatoria lleva instaurado desde hace unos meses este programa con resultados muy positivos y queremos universalizar la medida a todos los pacientes quirúrgicos en todos los quirófanos. Hasta ahora se ha realizado a través de la buena voluntad de los profesionales que tienen una cuenta abierta en alguna plataforma de música en *streaming* (habitualmente Spotify®) que permiten su utilización a través del hilo musical instalado en todos los quirófanos del Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Normas de uso: cada quirófano tendrá su propia línea con el número del quirófano, la enfermero/a circulante será responsable de la cuenta. Cuando el paciente se encuentre en acogida prequirúrgica el equipo quirúrgico se presentará y le ofrecerá la posibilidad de participar y elegir la música. De este modo cuando el paciente entre en el quirófano y hasta que se encuentre sedado o bajo anestesia general estará escuchando la música de su elección. Posteriormente el equipo quirúrgico podrá hacer uso de la línea con el fin de promover un ambiente cálido y con-

fortable. Previo a despertar al paciente, se volverá a poner la música elegida para un despertar apacible y libre de ansiedad.

Conclusiones: Para monitorizar los resultados se realizó una prueba piloto a 45 pacientes en el mes de mayo incluyendo en la encuesta de satisfacción global que se le realiza al paciente al alta de su hospitalización con la siguiente pregunta:

1. ¿Se le ha permitido elegir la música en quirófano para aliviar la ansiedad?
2. En caso afirmativo ¿Cómo le hizo sentir?

Obteniendo los siguientes resultados de los pacientes que habían entrado a formar parte de la iniciativa "Pon música a tu cirugía".

Palabras clave: Musicoterapia, enfermería, perioperatorio, humanización.

P-EN-04

EL QUIRÓFANO, UNA ESTANCIA MÁS AMABLE. PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA ABDOMINAL MAYOR ONCOLÓGICA, INCLUIDO EN EL PROGRAMA DE MPO DEL HOSPITAL LA FE

V. Moreno Blanco; B. Capirote Blasco; A. M. Peiró Ramada; A. V. Ruiz Millán

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Objetivos:

- » Humanizar la asistencia a pacientes de cirugía mayor oncológica.
- » Disminuir la ansiedad y el estrés generados en entornos hostiles, proporcionando una experiencia lo más satisfactoria y confortable posible.
- » Implicar y empoderar al paciente en el proceso quirúrgico.
- » Mejorar la calidad y eficiencia de todas las intervenciones (presenciales y/o no presenciales) que se proporcionan a las/los pacientes que entran a formar parte del programa de MPO.
- » Implicar y empoderar al paciente en el proceso quirúrgico y humanizar la asistencia para proporcionar una experiencia lo más satisfactoria posible al paciente.

Métodos: Dentro del Plan de Humanización llevado a cabo por el Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, desde la Unidad de Medicina Perioperatoria se están articulando dos acciones.

Por un lado, el programa "Pon música a tu cirugía": programa de empoderamiento y humanización de la asistencia al paciente sometido a cirugía abdominal mayor oncológica dentro del programa de MPO. Por otro lado, la colocación de vinilos especiales en las paredes de los quirófanos, con ilustraciones o fotografías que generan bienestar, en aquellos incluidos dentro del programa MPO, concretamente el quirófano 13 de cirugía digestiva.

Todos sabemos que los quirófanos resultan fríos e impersonales. El tiempo de espera en el quirófano hasta el inicio de la inducción, asocia un grado de estrés y ansiedad para el paciente,

umentando la vulnerabilidad percibida. Es un ambiente desconocido, está desprovisto de todas sus pertenencias, no tiene la presencia de ningún acompañante y con la incertidumbre de cómo se desarrollará la cirugía. Con la iniciativa "El quirófano, una estancia más amable" deseamos disminuir la ansiedad y el miedo, proporcionando un entorno confortable para el paciente, favoreciendo circunstancias que mejorarán la relación directa con el equipo quirúrgico (anestesiólogos/os, cirujanas/os y enfermeras/os).

La iniciativa surge tras las alianzas en materia de medicina perioperatoria con otros lugares de Europa. Como ejemplo, Holanda tiene en su programa la incorporación de medidas destinadas a mejorar la experiencia del paciente, decorando los espacios quirúrgicos con vinilos de superficie que cumplan todas las especificaciones de seguridad necesarias en el entorno quirúrgico.

Conclusiones: Para monitorizar los resultados se realizó una prueba piloto a 45 pacientes en el mes de mayo incluyendo en la encuesta de satisfacción global que se le realiza al paciente al alta de su hospitalización con la siguiente pregunta:

- » ¿Se le ha permitido elegir la música en el quirófano para aliviar la ansiedad?
- » En caso afirmativo ¿Cómo le hizo sentir?

Obteniendo los siguientes resultados de los pacientes que habían entrado a formar parte de la iniciativa "Pon música a tu cirugía".

Respecto a la calidad de vida, a todos los pacientes que entran a formar parte del programa de MPO se les pasa en la primera consulta el Cuestionario EQ5EVA dónde se valora la calidad de vida del 1 al 10, registrando el mismo en la historia clínica electrónica ORION.

Tras finalizar el programa y al mes de la intervención quirúrgica se vuelve a pasar el cuestionario. Como resultados obtuvimos:

El 27 % de los pacientes mantienen los mismos valores en la calidad de vida al inicio del programa y al mes de la intervención.

El 35 % de los pacientes mejoran la calidad de vida en dos puntos respecto al valor inicial.

El 31 % empeoran su calidad de vida, disminuyendo dos puntos respecto al inicio del programa

Un 7 % de los pacientes no tienen cumplimentados los dos valores (inicial y al mes).

- » Experiencia percibida por el paciente mayor del 90 %.
- » Aplicabilidad esperada en el quirófano 13 y posibilidad de ampliación a otros quirófanos.

Palabras clave: Humanización, cuidados enfermería, perioperatorio, ansiedad.

P-EN-05

INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE ESTERNOTOMÍA EN PACIENTES VALVULARES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA CARDIACA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE DURANTE EL AÑO 2024 DENTRO DEL PROGRAMA ERAS

X. Martín Cerezo; J. A. Jerez González; B. Miguel Huguet; F. Escrihuela Vidal; J. L. García Fuentes; E. Calvo Barriuso

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

Objetivos: Analizar la incidencia de infecciones de esternotomía en pacientes sometidos a cirugía valvular cardiaca en el Hospital de Bellvitge durante el año 2024 dentro de un programa ERAS (Enhanced Recovery After Surgery).

Evaluar el impacto de las medidas preventivas implementadas desde la consulta de prehabilitación liderada por la enfermera ERAS.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes operados únicamente de patología valvular (sin otra cardiopatía a reparar) entre enero y diciembre de 2024. Se recogieron datos sociodemográficos, factores de riesgo y tipo de intervención quirúrgica. Se contemplaron las siguientes medidas preventivas aplicadas en la consulta de prehabilitación: optimización nutricional, preparación cutánea preoperatoria, descolonización profiláctica de *S. Aureus* y educación sobre cuidados postoperatorios. La infección de esternotomía se clasificó según los criterios de los CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Los resultados se expresaron con intervalos de confianza (IC) del 95 %. Se analizaron las tasas de infección superficial y profunda. También se evaluó la relación entre factores de riesgo y la aparición de infecciones.

Durante el 2024 fueron intervenidos un total de 239 pacientes para corrección de su valvulopatía (valvulares puros), perteneciendo 228 de ellos al programa ERAS. La incidencia global de infección de esternotomía (DSWI) dentro del programa fue del 2,6 % (6 casos) precisando revisión quirúrgica por esta complicación un total de 2 pacientes (0,9 %). Además, el 1,3 % de los casos, 3 pacientes en total, se resolvieron con resultados de cultivos negativos.

Conclusiones: La incidencia de infección de esternotomía profunda en casos de pacientes dentro del programa ERAS fue solo del 2,6 % en 2024.

La consulta de prehabilitación liderada por enfermería ERAS fue clave en la prevención de complicaciones.

Los pacientes que cumplieron con las medidas preventivas presentaron menor tasa de infección.

La educación preoperatoria mejoró los resultados postoperatorios.

Palabras clave: Cirugía cardiaca, enfermera ERAS, DSWI.

P-EN-06**PRIME (PERIOPERATIVE REMOTE INDIVIDUALIZED MONITORING PROGRAMME) Y VIP (VIGILANCIA POSTQUIRÚRGICA): PROGRAMAS DE MONITORIZACIÓN REMOTA PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA CON INNOVACIÓN**

V. Moreno Blanco; M. J. Felip; C. Alegre; A. V. Ruiz Millán; B. Copariate Piqueras

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Objetivos: Las complicaciones postoperatorias son la tercera causa de muerte a nivel global. Las estrategias que podemos implementar van ligadas a asumir la responsabilidad integral de los cuidados perioperatorios. Desde la inclusión en lista de espera quirúrgica, gestionando la optimización del paciente a través de la prehabilitación, el control intraoperatorio del estrés quirúrgico, hasta el seguimiento proactivo a largo plazo del paciente, durante al menos 30 días, para evaluar el impacto de la optimización y detectar precozmente estas complicaciones necesitamos datos.

Hay que innovar en los circuitos y disminuir el tiempo desde que el paciente se incluye en lista de espera quirúrgica hasta que comenzamos el programa de prehabilitación. La monitorización remota nos permite individualizar el programa de prehabilitación, así como evaluar la recuperación postoperatoria.

Existe la necesidad de integrar la percepción del paciente en este circuito asistencial. En este sentido, con el objetivo de que los pacientes lleguen a quirófano con la mejor forma física y mental, estamos trabajando en un programa piloto de monitorización remota continua con un reloj inteligente grado médico.

Métodos: Utilizamos el dispositivo Masimo SafetyNet y el reloj inteligente Masimo W1 grado médico, permite una monitorización continua de uso clínico, integrado en un programa de cuidados de atención médica digital, así como la vigilancia remota de los pacientes.

Los pacientes que se pueden beneficiar de este sistema son los que se van a someter a una cirugía abdominal mayor y que cumplan con al menos tres semanas de programa de prehabilitación a la cirugía. Aquí se contemplan indicaciones individualizadas sobre actividad deportiva, pautas de sueño, corrección de anemia, así como soporte nutricional y emocional.

Durante esas tres semanas, el reloj inteligente registra de forma continua cómo evolucionan diferentes variables biomédicas como: la frecuencia cardíaca, la variabilidad de la frecuencia de pulso, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno en función del programa de cuidados que la persona realiza. Esa información la visualiza el paciente en su teléfono móvil y se envía de forma automática a su historia clínica para que el equipo multidisciplinar realice el seguimiento y los ajustes necesarios para llegar a quirófano de la mejor manera posible. Después de la operación, se continúa la monitorización continua del paciente durante un mes para evaluar su recuperación y detectar precozmente complicaciones. Se prevé que la información recopilada permita hacer minería de datos y, por ejemplo, desarrollar algoritmos que determinen el mejor momento para operar a una persona en función de cuáles sean sus indicadores de salud basales, evaluar su recuperación, así como anticipar complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: Este tipo de avances tecnológicos permiten un diagnóstico proactivo de las complicaciones postoperatorias, mejorando la seguridad del paciente y el alta hospitalaria temprana en pacientes quirúrgicos.

Palabras clave: Perioperatoria, monitorización remota, innovación, tecnología.

P-EN-07

ANÁLISIS DE LA INGESTA ALIMENTARIA Y SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON LAS DIETAS HOSPITALARIAS EN EL CONTEXTO DE LA REHABILITACIÓN MULTIMODAL

E. Morata Sánchez; L. Gómez Murcia; M. Parreño Casanova; J. Beneyto Fernández; M. Molina García
Hospital General Universitario de Elche

Objetivos: Evaluar la ingesta y satisfacción de pacientes quirúrgicos con las dietas hospitalarias, analizando su relación con el estado anímico y el consumo de alimentos externos.

Métodos: Estudio observacional transversal en pacientes hospitalizados en el área quirúrgica del HGUE. Se analizaron la ingesta, la satisfacción con la dieta y su relación con el estado emocional y el consumo de alimentos externos. Se recopilaron 205 diarios de ingesta (LC 7 %, IC 95 %) sobre 17.403 ingresos anuales.

Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con capacidad de comunicación y alimentación oral sin restricciones. Se excluyeron aquellos con deterioro cognitivo severo, ayuno prolongado o nutrición enteral/parenteral exclusiva. Se recogieron datos sobre ingesta, satisfacción y estado emocional (HADS).

El análisis estadístico incluyó pruebas descriptivas, Chi-cuadrado para variables categóricas y U de Mann-Whitney para comparar ingesta y estado anímico. Se aplicaron modelos de regresión logística para identificar factores predictores de baja satisfacción y menor consumo.

Conclusiones: Los pacientes quirúrgicos presentaron menor ingesta y mayor desperdicio que otras especialidades ($p = 0,009$), lo que sugiere menor aceptación de la dieta y posibles implicaciones en la recuperación. Se observaron diferencias por sexo, con mayor consumo en hombres ($p = 0,001$) y mayor desperdicio en mujeres ($p = 0,001$).

Los pacientes quirúrgicos valoraron peor el sabor ($p = 0,022$) y la presentación de los alimentos ($p = 0,001$). No obstante, los ≥ 80 años percibieron mejor la presentación que los jóvenes ($p = 0,004$).

El consumo de comida externa fue mayor en cirugía que en otras especialidades ($p = 0,031$), especialmente en menores de 40 años ($p = 0,004$), reduciendo la ingesta hospitalaria en quienes introdujeron alimentos externos ($p = 0,020$).

La edad influyó en el desperdicio alimentario ($p = 0,002$ y $p = 0,004$). Ansiedad y depresión se asociaron con mayor desperdicio ($p = 0,002$ y $p = 0,017$), reflejando menor adherencia a la dieta. Los ≥ 80 años presentaron los niveles más altos de ansiedad y depresión ($p = 0,031$).

Palabras clave: Ingesta, satisfacción, dietas hospitalarias.

P-EN-08**MEDICIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA DISTRACCIÓN AUDIOVISUAL PARA REDUCIR LA ANSIEDAD POSTOPERATORIA EN PACIENTES OPERADOS DE CIRUGÍAS COLORRECTALES, TORÁNICAS Y HEPATOPANCREATOBILIARES**

M. Comas Carrillo; L. Cano Blesa; I. Pagés Valiente

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona

Objetivos: El objetivo principal es determinar la efectividad del uso de la distracción audiovisual en el paciente postoperado ante la ansiedad postoperatoria.

Métodos: Ensayo clínico aleatorizado en pacientes postoperados en el área postquirúrgica del Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona. Se incluyen pacientes mayores de 18 años, intervenidos de cirugía hepática-pancreática, colorrectal o torácica, con un glasgow 15 e incluidos en del Protocolo de Recuperación Intensificada.

En este se diferencian dos grupos: un grupo control, con un postoperatorio habitual, y un grupo intervención, que recibe la distracción musical o visual, a elección del paciente.

Los datos se recogen mediante un cuestionario que se aplica en tres momentos. Una medida basal, a las 3 y 7 horas postoperatorias. En el caso del grupo control se realiza el postoperatorio habitual. En cambio, el grupo experimental en el momento de la recogida se empieza la distracción, con una duración mínima de 30 minutos, y pasado este tiempo se registran los datos.

Resultados: Los datos han sido obtenidos mediante un cuestionario desarrollado por las investigadoras. En este momento se ha incluido una muestra de 70 participantes, distribuidos en dos grupos: grupo control (n = 41) y grupo experimental (n = 29). Los análisis estadísticos revelan diferencias significativas en los niveles de ansiedad medidos con la STAI. A las 3 horas ($p = 0,008$), el grupo control (mediana 12,9) experimenta mayores niveles de ansiedad en relación al grupo experimental (mediana 10,6). En la STAI de las 7 horas, los resultados fueron similares ($p = 0,014$), donde podemos observar mayor ansiedad en el grupo control (mediana 14,1) comparado con el grupo experimental (mediana 7,06). En cuanto al uso de analgésicos, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos ($p = 0,216$), pero sí podemos observar que, a las 3 horas, en el grupo control, el 48,8 % de los pacientes precisan analgésico en relación a un 31 %. Y un 31,1 % del grupo control y un 37,9 % del grupo experimental a las 7 horas. En relación con la tolerancia al protocolo de recuperación intensificada, no se encuentran resultados significativos ($p = 0,342$), con un 19,5 % de pacientes, en el grupo control, que no toleran el protocolo y un 10,3 % en el grupo experimental.

Conclusiones: En este momento, podemos concluir que el grupo experimental experimenta una reducción significativa de la ansiedad entre las 3 y las 7 horas, en comparación con el grupo control, cuyo nivel de ansiedad es más elevado en este mismo periodo. Esta notoria diferencia podría indicar que la intervención experimental tiene un efecto positivo en la reducción de la ansiedad. No obstante, no se obtienen diferencias significativas en el uso de analgésicos y la tolerancia a la recuperación intensificada entre ambos grupos. Estos hallaz-

gos indican que, aunque exista una reducción de la ansiedad en el grupo experimental, no existe una relación directa entre los otros factores.

Nota: Publicación parcial de datos.

Palabras clave: Ansiedad, cuidados postoperatorios, recuperación de la función, cirugía colorrectal, cirugía torácica.

P-EN-09

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SCREENING DE FRAGILIDAD DENTRO DE UN PROTOCOLO DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA COLORRECTAL ONCOLÓGICA: RESULTADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Palacios Blanco; P. Valverde Martín; M. C. Blázquez Talaban; M. Villares Ojea; S. Sanz Seligrat; I. Ruiz Torres
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Objetivos: Se establecen los siguientes objetivos para el estudio:

- » Analizar la tasa de complicaciones postoperatorias según la escala EPCO (*European Perioperative Clinical Outcome definitions*) entre los pacientes de nuestro centro que se incluyen en el circuito RICA en cirugía colorrectal oncológica.
- » Analizar si la aparición de dichas complicaciones en el postoperatorio se correlaciona con alguna de las escalas de *screening* de fragilidad; FRAIL y BARTHEL realizadas en el preoperatorio como parte del circuito de prehabilitación.
- » Analizar si los pacientes incluidos en un programa de prehabilitación quirúrgica dentro del Protocolo RICA recuperan su situación basal en cuanto a dependencia (BARTHEL) y fragilidad (FRAIL) al mes del alta.
- » Analizar la relación entre un estado de anemia preoperatoria (< 13 mg/dl) y la aparición de complicaciones postquirúrgicas según la escala EPCO.

Métodos: Como parte de la práctica habitual de un Programa Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto se realiza un estudio unicéntrico observacional descriptivo en el que se analizará si existe correlación entre la valoración preoperatoria de fragilidad (FRAIL) y dependencia (Barthel) y la aparición de complicaciones en los 30 primeros días del postoperatorio quirúrgico.

La población de referencia son pacientes que van a ser intervenidos de cirugía colorrectal oncológica que forman parte del Protocolo Recuperación Intensificada Cirugía del Adulto (RICA) del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Para esta población se establecen los siguientes criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años, pacientes intervenidos de cirugía colorrectal oncológica programada que incluye hemicolectomía derecha, hemicolectomía izquierda, sigmoidectomía, resección anterior baja (RAB), amputación abdomino pélvica (AAP) y colectomía total. Como criterios de exclusión se establece: cirugía urgente, embarazo o lactancia, negativa del paciente a participar en el estudio, pacientes ASA IV, falta de capacidad de colaboración o entendimiento por parte del paciente y/o falta de apoyo familiar suficiente.

El programa consta de tres etapas bien diferenciadas: una primera etapa preoperatoria antes de la intervención quirúrgica, una segunda operatoria durante la estancia del paciente en el hospital y una tercera postoperatoria desde el alta hospitalaria hasta los 30 días de la misma.

- » *Preoperatoria*: El circuito de prehabilitación consta de un equipo multidisciplinar coordinado formado por profesionales de enfermería, anestesia, fisioterapia y nutrición. El paciente es atendido el mismo día y en estas consultas se realizan todas las intervenciones referentes a la optimización y prehabilitación multimodal del paciente.
- » En la consulta de enfermería, como parte de la misma, se realiza un *screening* de fragilidad y dependencia mediante las escalas FRAIL y Barthel y se recoge el valor de Hemoglobina basal del paciente. Además de las variables: edad (fecha nacimiento), sexo (V/ M), peso (kg) talla (cm), IMC (peso/talla); comorbilidades: HTA, DM, EPOC, cardiopatía isquémica, SAOS, IRC, FA (sí/no). También se registra el tipo de intervención programada hemicolectomía derecha (HCD), hemicolectomía izquierda (HCI), sigmoidectomía, resección anterior baja (RAB), amputación abdomino pélvica (AAP) y colectomía total.
- » *Operatoria*: durante el ingreso en el hospital el profesional de enfermería lleva a cabo seguimiento del paciente mediante historia clínica del paciente y como parte del mismo se recopila la aparición de complicaciones postquirúrgicas según la escala EPCO.
- » *Postoperatoria*: tras el alta hospitalaria se realizan dos controles telefónicos, uno a las 48 horas y otro a los 30 días del alta hospitalaria, en los que se interroga al paciente sobre la aparición de complicaciones (EPCO) y reevalúa su estado de fragilidad (FRAIL) y dependencia (Barthel).

Resultados: Un total de 142 pacientes son incluidos en el estudio. Fueron excluidos 12 pacientes del análisis, 11 pacientes aún no habían cumplido los 30 días del alta hospitalaria y otro paciente fue excluido por éxitus.

La muestra final de pacientes 57,69 % fueron varones ($n = 75$) y 42,31 % mujeres ($n = 55$). La edad media (DS) fue de 66,98 (17,87) años. Entre las principales comorbilidades destaca HTA 55,77 % ($n = 66$), DM 21,54 % ($n = 28$), EPOC 10 % ($n = 13$), SAOS 6,9 % ($n = 9$), CI 4,6 % ($n = 6$), FA 3,8 % ($n = 5$) y IRC 0,7 % ($n = 1$). El principal procedimiento realizado fue HCD 43,07 % ($n = 56$), seguido de sigmoidectomía 24,61 % ($n = 32$), RAB 20,77 % ($n = 27$), HCI 6,9 % ($n = 9$), colectomía total 3 % ($n = 4$) y por último AAP 2,3 % ($n = 3$).

A la hora de analizar si las escalas de fragilidad (FRAIL) y dependencia (Barthel) se relacionan con la aparición de complicaciones, vemos que no guardan relación con las complicaciones durante el ingreso (FRAIL $p = 0,26$ y Barthel $p = 0,26$); tampoco con las complicaciones aparecidas a las 48 horas del alta hospitalaria (FRAIL $p = 0,77$ y Barthel $p = 0,81$); ni con las acontecidas a los 30 días del alta hospitalaria (FRAIL $p = 0,24$ y Barthel $p = 0,64$).

El valor de hemoglobina, medido en la analítica preoperatoria, comparado con la aparición de complicaciones, se observa relación con la aparición de complicaciones durante el ingreso ($p = 0,01$) pero no con las complicaciones aparecidas a las 48 horas del alta hospitalaria ($p = 0,41$) ni con las acontecidas hasta los 30 días de la misma ($p = 1,00$).

Analizando la tendencia de la escala FRAIL, durante el proceso vemos que en la valoración prequirúrgica, la mediana para la escala Frail fue de 1 (0; 1), en la valoración a las 48 horas del alta hospitalaria la mediana es de 1 (0; 2) y a los 30 días del alta hospitalaria la mediana es 1 (0; 1).

Sobre Barthel observamos que en la valoración prequirúrgica la mediana es 100 (95; 100). A la valoración en las 48 horas del alta hospitalaria la mediana es de 95 (90; 95). En la última valoración a los 30 días del alta hospitalaria y la mediana es 100 (95; 100).

Analizando la tendencia de la escala Barthel durante el proceso se observa que a las 48 horas del alta hospitalaria 39 pacientes mantienen su puntuación basal, 4 pacientes la mejoran y 87 la empeoran. A los 30 días del alta hospitalaria se observa que 99 pacientes mantienen su estado basal de dependencia, 23 han empeorado y 8 pacientes han mejorado.

Respecto a FRAIL, durante el proceso se observa que a las 48 horas de la intervención 73 pacientes mantienen su estado, 48 pacientes son más frágiles y 9 pacientes han mejorado su basal. Analizando la situación a los 30 días del alta hospitalaria vemos que 91 pacientes mantienen su estado basal, 29 pacientes han descendido y en 10 pacientes ha mejorado.

Conclusiones: Estos resultados reflejan la importancia de los programas actuales de prehabilitación multimodal. En ellos podemos observar que los pacientes frágiles y dependientes no se relacionan con la aparición de complicaciones quirúrgicas. Además, al tratarse de una patología oncológica no podemos olvidar la posibilidad de tener que iniciar un proceso de adyuvancia, por eso la importancia de evaluar ese estado en cuanto a fragilidad y dependencia final. Por último, hay que recalcar la importancia de la anemia preoperatoria y la relevancia de su optimización de cara a evitar complicaciones quirúrgicas como muestran todos los programas actuales de Patient Blood Management.

Palabras clave: Enfermería, enfermería práctica avanzada, rehabilitación multimodal, fragilidad, dependencia.

P-EN-10

ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN MULTIMODAL

M. Ferrer-Dalmau Beltrán

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Objetivos: Explorar la percepción de los profesionales tras la implementación de un nuevo programa de prehabilitación multimodal, identificando las debilidades y fortalezas del mismo.

Métodos: Estudio cualitativo exploratorio mediante un análisis DAFO del Programa de Prehabilitación Multimodal. La población de estudio fueron todos los profesionales que participan en el programa de prehabilitación multimodal, excluyendo los que no participan de manera regular. Se analizaron debilidades y fortalezas del programa.

En cuanto a las debilidades, se observó una experiencia limitada en el programa, circuitos asistenciales confusos, escasa disponibilidad de los pacientes y duplicidad de registros. Además, la

falta de información proporcionada por el cirujano dificultó la captación de los pacientes. Las amenazas identificadas fueron las barreras económicas o logísticas.

Sin embargo, se observaron fortalezas como el hecho de ser un programa consolidado en otros centros, permitía establecer prácticas clínicas validadas y respaldadas por la evidencia. También, la prehabilitación representó un aliciente para pacientes y profesionales, observándose un efecto beneficioso en la recuperación y prevención de complicaciones. Las oportunidades que refirieron fueron que este programa fomentaba la promoción del autocuidado y el empoderamiento del paciente y facilitaba el cuidado integral y la creación de vínculos entre diferentes niveles asistenciales.

Conclusiones: El análisis DAFO permitió identificar barreras y oportunidades que perciben los profesionales en la implementación del programa de prehabilitación multimodal. A pesar de las limitaciones observadas por su reciente implantación como la duplicidad de registros y captación inicial limitada, su impacto positivo en la recuperación del paciente y su capacidad para promover el autocuidado refuerzan su valor. Para garantizar su sostenibilidad, es fundamental optimizar los circuitos, mejorar la captación de pacientes y fortalecer la integración interdisciplinaria. En este sentido, se está elaborando un registro multidisciplinar asociado al programa de prehabilitación integrado en un nuevo sistema de información clínica y asistencial, así como un tríptico para mejorar la captación de los pacientes. Se requieren estudios futuros que evalúen la efectividad de estas medidas.

Palabras clave: Prehabilitación, implementación, DAFO.

P-EN-11

RIESGO DE DESNUTRICIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL COMO PREDICTORES DE LA ADMINISTRACIÓN DE HIERRO INTRAVENOSO EN CIRUGÍA COLORRECTAL

E. Sánchez Sánchez¹; D. Sánchez Relinque¹; A. García García¹; M. E. Valenzuela Mateos¹; M. M. Palacios Rosich¹; M. J. Muñoz Alférez²

¹Hospital Universitario Punta de Europa. Algeciras, Cádiz; ²Universidad de Granada

Objetivos: Analizar asociación entre el riesgo de desnutrición y el estado nutricional con la administración de hierro (Fe) i.v. en pacientes que van a ser sometidos a cirugía colorrectal.

Métodos: Se lleva a cabo estudio observacional a pacientes que van a ser sometidos a cirugía colorrectal. Se recogerá el riesgo de desnutrición a través del *Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)*, el estado nutricional mediante los criterios GLIM, la administración de Fe intravenoso y resultado de hemoglobina (Hb) tras extracción sanguínea.

Resultados: Participaron un total de 110 pacientes, de los cuales el 38,2 % eran mujeres y el 61,8 % hombres. La edad media fue de 67,46 ± 11,9 años. De ellos, el 22,7 % recibieron Fe intravenoso.

Los resultados de administración de Fe intravenoso, según el método MUST, mostraron que el 8,5 % de los sujetos con riesgo bajo se administraron Fe intravenoso, siendo el porcentaje para

el riesgo medio y riesgo alto de 22,2 % y 35,2 % respectivamente ($p = 0,006$). Los valores medios de Hb según el método MUST fueron los siguientes: riesgo bajo = 13,4 g/dl, riesgo medio = 13,3 g/dl y riesgo alto = 12,4 g/dl ($p = 0,356$).

Si tomamos como referencia los criterios GLIM, los resultados obtenidos fueron que el 15,7 % de los sujetos sin desnutrición recibieron Fe i.v., el 33,3 % de aquellos que presentaron desnutrición moderada y el 42,9 % con desnutrición severa ($p = 0,058$). Los valores medios de Hb según el estado nutricional reportado por los criterios GLIM fueron los siguientes: no desnutrición = 13,4 g/dl, desnutrición moderada = 12,4 g/dl y desnutrición severa = 12,1 g/dl ($p = 0,129$).

Conclusiones: Los resultados de este estudio sugieren que existe una asociación significativa entre el riesgo de desnutrición y la administración de Fe intravenoso. Si bien no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estado nutricional evaluado mediante los criterios GLIM y la administración de Fe i.v., se observó una tendencia similar, con una mayor proporción de pacientes con desnutrición moderada y severa recibiendo Fe i.v. en comparación con aquellos sin desnutrición. Sucede lo mismo con los valores medios de la HB, riesgo nutricional y estado nutricional.

Palabras clave: Desnutrición, anemia, hierro, cáncer colorrectal.

P-EN-12

APLICACIÓN DE LAS TIC EN LA PREHABILITACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO: PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN VÍDEO EDUCATIVO

B. Prieto Rodrigo; E. del Retiro Corchado

Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Tarragona

Objetivos: Desarrollar y evaluar la viabilidad de un recurso audiovisual educativo como complemento a la información proporcionada en la consulta de enfermería de prehabilitación multimodal, con el propósito de mejorar la comprensión de la información de los pacientes y familiares sobre el proceso de prehabilitación, y así optimizar su preparación quirúrgica.

Métodos: El proyecto contempla las siguientes fases:

- » *Revisión de protocolos:* se tomarán como base los protocolos ya elaborados en la prehabilitación multimodal de la cirugía colorrectal del Hospital Universitario Sant Joan de Reus, ya que fue la cirugía pionera en formar parte del programa de prehabilitación.
- » *Diseño del contenido educativo:* se elaborará un guion con lenguaje claro y accesible, dirigido a pacientes y familiares.
- » *Producción del vídeo:* se grabará un material audiovisual explicativo que refuerce los puntos clave.
- » *Implementación piloto:* se entregará el vídeo a un grupo de pacientes previamente seleccionados en la primera visita de enfermería quirúrgica, además de la información verbal y escrita proporcionada de manera habitual.
- » *Evaluación del impacto:* se valorará la comprensión y satisfacción de los pacientes me-

diante una encuesta antes y después de la intervención quirúrgica, comparándolos con un grupo control que solo recibirá la información usual.

Resultados: Debido a que el proyecto se encuentra en fase de diseño, los resultados aún no pueden ser evaluados. No obstante, se espera que la implementación de este recurso audiovisual facilite el entendimiento de la información prequirúrgica, mejore la adherencia a las recomendaciones y disminuya la ansiedad preoperatoria.

Conclusiones: El uso de las TIC en la educación del paciente quirúrgico representa una estrategia innovadora con potencial para mejorar la comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes.

En el caso de que la implementación de este vídeo educativo demuestre su eficacia de manera satisfactoria para los usuarios, se podría considerar su extensión a otras especialidades quirúrgicas incluidas dentro del programa de la prehabilitación multimodal del Hospital Universitario Sant Joan de Reus.

Palabras clave: Prehabilitación multimodal, cirugía colorrectal.

P-EN-13

IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE PREHABILITACIÓN PARA LA PREPARACIÓN QUIRÚRGICA

A. B. Serrano Martos; B. González Vega; G. Torres Carrera; B. Casanovas Soriano; L. Vidal Domenech
Salut Sant Joan de Reus, Tarragona

Objetivos: La prehabilitación es un enfoque multidisciplinario que busca optimizar el estado funcional del paciente antes de una cirugía mayor, facilitando su recuperación postoperatoria. La enfermería desempeña un papel clave en la valoración, educación y acompañamiento del paciente a lo largo de todo el proceso. En el Hospital Universitario Sant Joan de Reus, se ha implementado una consulta de enfermería en prehabilitación para mejorar la preparación de los pacientes, asegurando una coordinación efectiva con anestesia y el resto de profesionales implicados en la atención perioperatoria.

Describir el papel de la enfermería en la consulta de prehabilitación quirúrgica y su impacto en la preparación del paciente, destacando la importancia del trabajo en equipo y la educación sanitaria en este proceso.

Métodos: La actividad de la consulta incluye:

- » Valoración funcional inicial mediante la prueba de marcha para establecer el estado basal del paciente.
- » Recomendaciones personalizadas sobre ejercicio, alimentación y control de factores de riesgo, en coordinación con el equipo quirúrgico y anestesiológico.
- » Educación sanitaria y seguimiento para reforzar la adherencia a las indicaciones preoperatorias.

La enfermería actúa como un eje de comunicación entre los distintos profesionales, facilitando la continuidad asistencial y asegurando que el paciente reciba un abordaje integral adaptado a sus necesidades.

Conclusiones: La consulta de enfermería en prehabilitación representa un avance en la atención perioperatoria, contribuyendo a una mejor preparación quirúrgica de los pacientes. A través del trabajo en equipo con anestesia y el resto de especialistas, la enfermería garantiza una atención coordinada, promoviendo la implicación activa del paciente en su recuperación.

Los programas de prehabilitación multimodal sitúan al paciente en el centro del proceso, incluyendo intervenciones en los ámbitos físico, nutricional y emocional, así como la gestión de factores de riesgo como el tabaquismo, la diabetes y la anemia. En este contexto, la enfermería desempeña un papel esencial, asegurando la comunicación entre los distintos profesionales, proporcionando educación para la salud y acompañando al paciente a lo largo de todo el proceso.

Además de mejorar la calidad de la atención, este modelo permite optimizar los recursos sanitarios y reducir los costos asociados a complicaciones postoperatorias, logrando una atención más personalizada y efectiva. Así, la enfermería se convierte en un pilar fundamental en el acompañamiento del paciente, garantizando una recuperación más rápida y segura.

Palabras clave: Acompañamiento, multidisciplinar, valoración, educación, enfermería.

P-EN-14

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL PACIENTE DE CIRUGÍA COLORRECTAL EN PREHABILITACIÓN MULTIMODAL: ESTABLECIMIENTO DE UN ESTÁNDAR INTERDISCIPLINARIO

B. González Vega; B. Casanovas Soriano; G. Torres Carrera; A. B. Serrano Martos; L. Vidal Domenech
Salut Sant Joan de Reus, Tarragona

Objetivos: La atención a los pacientes sometidos a cirugía colorrectal ha evolucionado hacia un modelo de prehabilitación multimodal con el objetivo de optimizar el estado preoperatorio y mejorar los resultados postoperatorios. La prehabilitación incluye intervenciones en tres ámbitos: condición física, estado nutricional y bienestar psicológico. La consulta de enfermería de prehabilitación quirúrgica es clave en este proceso, ya que es el primer punto de contacto con el paciente y donde se realiza una valoración integral. Durante esta visita, se proporcionan recomendaciones personalizadas y se inicia el seguimiento estructurado hasta el postoperatorio domiciliario. La estandarización de los cuidados de enfermería en este circuito garantiza una atención homogénea y coordinada, favoreciendo la seguridad y el empoderamiento del paciente.

Diseñar un procedimiento interdisciplinario que permita estandarizar los cuidados de enfermería en pacientes sometidos a cirugía colorrectal dentro de un programa de prehabilitación multimodal.

Métodos: Se constituyó un grupo de trabajo interdisciplinario formado por cirujanos especializados en cirugía colorrectal, enfermería de la unidad de hospitalización y una enfermera experta en metodología. Se analizaron los cuidados de enfermería más frecuentes en estos pacientes, así como los aspectos relevantes para cada disciplina implicada. Se integró la estructura del circuito de prehabilitación, incluyendo la consulta inicial de enfermería, la coordinación con anestesiología y otras especialidades (nutrición, fisioterapia, hematología) y el seguimiento telefónico semanal. Posteriormente, se seleccionaron las intervenciones de enfermería más adecuadas y se estableció un seguimiento estandarizado del paciente hasta el postoperatorio domiciliario.

Conclusiones:

El plan de cuidados estandarizado incluye:

- » Consulta de enfermería prehabilitadora: valoración integral inicial (funcional, nutricional y cognitiva), educación sanitaria y derivación si procede.
- » Intervenciones personalizadas: recomendaciones dietéticas, programa de ejercicio físico y apoyo psicológico.
- » Seguimiento continuado: llamadas telefónicas semanales para reforzar recomendaciones, resolver dudas y monitorizar el progreso.
- » Cuidados postoperatorios: control del dolor, movilización precoz, fisioterapia respiratoria, cuidado de la herida quirúrgica y prevención de complicaciones.
- » Diagnósticos enfermeros ATIC: riesgo de infección (10002726), ansiedad preoperatoria (10000250), dolor (10001524), riesgo de distrés respiratorio (10005271), entre otros.

La estandarización de los cuidados de enfermería en prehabilitación multimodal para cirugía colorrectal, integrando la consulta de enfermería y el seguimiento estructurado, facilita una atención integral y coordinada. Este modelo mejora el empoderamiento del paciente, optimiza la preparación preoperatoria y reduce riesgos postoperatorios. El trabajo interdisciplinario ha permitido establecer un protocolo consensuado que asegura la calidad asistencial en todo el proceso perioperatorio.

Palabras clave: Optimización, valoración integral, empoderamiento, cirugía colorrectal.

NUTRICIÓN

P-NU-01

OPTIMIZACIÓN NUTRICIONAL PREQUIRÚRGICA EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO Y USO DE LA DINAMOMETRÍA PARA SU MONITORIZACIÓN

A. Sirvent Segovia

Hospital General de Almansa, Albacete

Introducción: La optimización nutricional prequirúrgica en pacientes oncológicos ha demostrado mejorar el pronóstico, con reducción de complicaciones y mortalidad, menor tiempo de hospitalización y disminución de los costes sanitarios asociados.

La valoración morfofuncional (VMF) permite mediciones objetivas del estado nutricional del paciente, para prescripción de tratamiento nutricional y ejercicio físico. También permite monitorizar el estado nutricional (y su respuesta a renutrición y ejercicio físico; tanto en composición corporal como funcionalidad).

Descripción del caso: Varón de 68 años, sin antecedentes relevantes, derivado a Endocrinología y Nutrición para optimización nutricional prequirúrgica. Diagnóstico en junio/2022: adenocarcinoma en curvatura menor gástrica, estadio IIIA (T4aN2M0). Tratamiento planteado: quimioterapia (QT) neoadyuvante y cirugía posterior (gastrectomía total).

Primera consulta (junio/2022): El paciente refiere pérdida de peso de 10 kg en el último año: peso previo 70 kg, actual 60 kg. Niega hiporexia; sí disminución de ingesta por plenitud precoz. También astenia y disminución de ejercicio físico (previo: caminaba 1 hora/día).

Resumen valoración nutricional inicial: Varón 68 años, enfermedad oncológica localmente avanzada. Talla 1,62 m. Peso actual: 60 kg (IMC: 22,86 kg/m²). Peso habitual: 70 kg (IMC: 26,72 kg/m²; pérdida 14,3 % en 12 meses). Dinamometría: 35 kg (percentil 25-50). Sin alteraciones analíticas significativas. Sin riesgo de síndrome de realimentación. Sin alteraciones en masticación ni deglución. Disminución de ingesta por plenitud precoz. No náuseas, vómitos, ni alteraciones en deposiciones. Diagnóstico de desnutrición moderada según criterios GLIM.

Evolución: Soporte nutricional con recomendaciones por dietista-nutricionista (dieta fraccionada con refuerzo calórico-proteico) y 2 suplementos nutricionales orales al día, hipercalóricos/hiperproteicos (SNO HP/HC), con indicaciones para mejorar tolerancia y adherencia (tomas fraccionadas y entre comidas); y ejercicio de fuerza adaptado.

Octubre/2022 (fecha cirugía): tras 4 ciclos de QT y más de 3 meses de optimización nutricional, peso 65 kg (IMC 24,76 kg/m², ganancia de 8,3 % en 3 meses). También aumento de fuerza prensora: 40 kg (percentil 50). La desnutrición está resuelta (no cumple criterios GLIM).

Como hallazgo de interés, en la anatomía patológica de la pieza quirúrgica no se encontró tumor residual. Continúa en seguimiento, con recomendaciones dietéticas para paciente gas-

trectomizado y 2 SNO, además de vitamina B₁₂ intramuscular/mensual. Peso estable sobre 65 kg y fuerza prensora en aumento (agosto/2023: 48 kg, percentil 50-75).

Conclusiones: Este caso muestra cómo la optimización nutricional en pacientes oncológicos, especialmente en quirúrgicos, mejora el pronóstico y disminuye los costes.

En las fechas del caso solo contábamos en nuestro centro con dinamometría como herramienta avanzada de VMF. La dinamometría constituye uno de los 6 criterios que permiten definir malnutrición según ASPEN; y, además, es un parámetro muy sensible a los cambios con renutrición, muy útil en el seguimiento de los efectos de la terapia nutricional a corto-medio plazo. Empleada sobre todo para predecir complicaciones postquirúrgicas, muy útil en pacientes ancianos; este caso es un ejemplo excelente de su uso.

Palabras clave: Nutrición, oncológico, prequirúrgico, dinamometría.

P-NU-02

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LA DIETISTA-NUTRICIONISTA EN UNA UNIDAD FUNCIONAL DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA

N. Artalejo Giménez

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Gerona

Objetivos: Exponer los resultados después de una valoración nutricional realizada por una dietista-nutricionista (D-N) en una Unidad Funcional de Recuperación Intensificada en Cirugía (UF RIC) de un hospital de 3.^{er} nivel.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo con 542 pacientes candidatos a cirugía mayor que fueron derivados a la UF RIC durante el periodo comprendido entre octubre de 2023 hasta octubre de 2024.

El proceso de prehabilitación se inició con una valoración por parte de enfermería, que realizó el test de cribado nutricional Perioperative Nutrition Score (PONS) a todos los pacientes.

El PONS es un método de cribado de nutrición perioperatoria para la predicción de mortalidad postoperatoria que consta de 4 apartados donde se valora el Índice de Masa Corporal (IMC), la pérdida de peso en menos de 6 meses, la reducción de la ingesta durante la última semana y también se incluye la albúmina < 3 g/dl. Cualquiera de estos apartados afirmativos será considerado un cribado PONS positivo.

A los pacientes con cribado PONS positivo, la D-N les realizó una valoración nutricional (VN) y morfofuncional (dinamometría y impedanciometría). Posteriormente, elaboró un plan nutricional personalizado con recomendaciones dietéticas específicas y/o suplementación nutricional oral (SNO).

De los 542 pacientes atendidos a la UF RIC, la D-N visitó el 40 % (n = 216), de los cuales el 24,5 % (n = 53) presentaron un resultado del cribado PONS positivo.

Los pacientes con cribado PONS positivo (n = 53) fueron derivados desde las siguientes especialidades: el 66 % de cirugía digestiva, el 13 % de ginecología, el 7,6 % de torácica, el 6 % de urología, el 5,6 % de cardiología y el 1,8 % de neurointervencionismo.

El 58 % (n = 31) fueron mujeres con una media de IMC del 22,2 kg/m² y el 42 % (n = 22) hombres con una media de IMC de 23,3 kg/m². La edad media en ambos sexos fue de 66 años.

La albúmina promedio para las mujeres fue de 3,9 g/dl y para los hombres de 3,8 g/dl.

La media del ángulo de fase fue de 4,3º para las mujeres y de 4,8º para los hombres.

El 82,6 % de las mujeres y el 90,4 % de los hombres presentó una fuerza de presión manual (dinamometría) inferior al percentil 50. El 55,5 % de las mujeres presentó una disminución de masa muscular (circunferencia pantorrilla) con una media de 30,8 cm y el 40 % de los hombres presentó una disminución de la masa muscular con una media de 31,5 cm.

El 60 % de las mujeres perdió un 10,5 % de peso en los 6 meses previos a la visita y el 60 % de los hombres perdió el 12,5 % de peso.

El 86,8 % (n = 46) de los pacientes recibió SNO.

Conclusiones: Los pacientes con cribado PONS positivo presentan desnutrición por uno o varios criterios como la pérdida de peso, la reducción de la fuerza muscular, de la masa muscular y un bajo ángulo de fase lo que predispone a un mayor riesgo de complicaciones postquirúrgicas.

La intervención de la D-N es esencial para la optimización del paciente con cribado PONS positivo que va a ser sometido a cirugía, ya que la correcta valoración y el manejo nutricional puede ayudar a mejorar los resultados clínicos, reducir las complicaciones postquirúrgicas, favorecer una recuperación precoz y disminuir la estancia hospitalaria. Aunque, se requieren más estudios para evaluar su impacto a largo plazo.

Palabras clave: Valoración, desnutrición, dietista-nutricionista, optimización.

P-NU-03

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD FUNCIONAL DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

N. Pons Portas

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Gerona

Objetivos: Describir la implementación de una Unidad Funcional de Recuperación Intensificada en Cirugía (UF RIC) formada por un equipo multidisciplinar (enfermería, fisioterapia, psicología y dietética-nutrición).

Dar a conocer los resultados a un año de esta implementación.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo con 440 pacientes candidatos a ci-

rugía mayor que fueron derivados a la UF RIC durante el año 2024 con el objetivo de optimizar el estado funcional, nutricional y/o psicológico antes de la cirugía para mejorar los resultados postoperatorios.

El proceso de prehabilitación se inició con una valoración por parte de enfermería, que realizó el test de cribado nutricional Perioperative Nutrition Score (PONS), un cuestionario de detección de malestar emocional y la valoración de la anemia entre otras funciones.

El PONS es un método de cribado de nutrición perioperatoria para la predicción de mortalidad postoperatoria que consta de 4 apartados donde se valora el Índice de Masa Corporal (IMC), la pérdida de peso en menos de 6 meses, la reducción de la ingesta durante la última semana y la albúmina < 3 g/dl. Cualquiera de estos apartados afirmativos será considerado un cribado PONS positivo.

Los pacientes con cribado PONS positivo fueron derivados a la Dietista-Nutricionista (D-N) para la realización de una valoración nutricional completa, una intervención nutricional específica y aquellos con cribado negativo la enfermera les proporcionó el consejo dietético para mantener el estado nutricional previo a la cirugía.

Además, los pacientes recibieron indicaciones y tratamiento por parte del servicio de fisioterapia a fin de mejorar la función respiratoria y condición física pre y postoperatoria. También fueron atendidos por el servicio de psicología para la optimización del paciente a nivel emocional y ayudar a manejar el estrés quirúrgico.

Asimismo, se crearon unos vídeos con información a nivel dietético y de fisioterapia respiratoria y motora para todo paciente candidato a cirugía mayor.

Resultados: De los 440 pacientes atendidos a la UF RIC el 60 % (n = 264) tenían más de 65 años. El 40 % (n = 176) eran mujeres y el 60 % (n = 264) hombres.

La D-N visitó al 40 % de pacientes (n = 176), la fisioterapeuta el 71 % (n = 312) y la psicóloga el 10 % (n = 44). Cabe destacar que algunos pacientes ya estaban en seguimiento con psicoconco- logía y ya no se derivaron a la psicóloga de la Unidad.

Las especialidades quirúrgicas atendidas por la UF RIC fueron el 50,2 % (n = 221) de cirugía on- cológica digestiva, el 21,6 % (n = 95) de cirugía cardiaca, el 21,6 % (n = 95) de cirugía oncológica torácica, el 2 % (n = 9) de neurointervencionismo y el 4,6 % (n = 20) de otras especialidades. Los pacientes derivados de otras Unidades Funcionales de ginecología y urología (n = 36) fueron visitados por la D-N y la fisioterapeuta en la UF RIC.

El 25 % (n = 212) de los pacientes valorados por la D-N tuvo un cribado PONS positivo.

Conclusiones: La implementación de la UF RIC permite una evaluación integral y una interven- ción personalizada en los pacientes quirúrgicos con especial énfasis en la optimización a nivel nutricional, funcional y psicológica. Estos datos respaldan la utilidad de los programas de pre- habilitación en la mejora de la preparación del paciente que va a ser sometido a cirugía mayor, así como los beneficios postcirugía.

Palabras clave: Dietista-nutricionista, descripción, implementación, unidad funcional.

P-NU-04

¿ESTAMOS INCLUYENDO CORRECTAMENTE LOS PACIENTES EN EL PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN MULTIMODAL? LA RESPUESTA A TRAVÉS DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC)

M. Ricart Viles; A. Lluch Romero; F. Palmas; F. Mucarzel Suarez-Arana; I. Montllor Ramoneda; C. Rivero; H. Seguro; R. Burgos

Hospital Universitario Vall d'hebron. Barcelona

Objetivos: Para los pacientes con cáncer colorrectal (CCR) la cirugía electiva (IQ) es un tratamiento habitual. La recuperación intensificada en cirugía (RIC) es una estrategia perioperatoria para optimizar el estado nutricional y la composición corporal (CC).

Valorar la superioridad del programa RIC en los pacientes sometidos a cirugía por CCR vs. pacientes no prehabilitados (PNP). Valorar si la cantidad y calidad de masa muscular basal (MM) influye en las complicaciones postquirúrgicas (CPQ).

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes con CCR tratados quirúrgicamente en dos grupos de estudio RIC (frágiles o MUST > 2) y PNP (MUST < 2).

Variables: antropométricas, desnutrición (GLIM) y fuerza de prensión (HG).

CC: bioimpedancia y medición de MM en TC abdominal (L3) mediante software FocusedON BC*.

Variables RIC: sobrecarga de Carbohidratos (SCHO), inicio oral preco < 6h (IOP). CPQ y análisis de los factores implicados. Establecemos punto de corte según % grasa intramuscular (% IMAT) para CPQ por curvaROC.

Resultados: Descripción demográfica: incluimos 270 pacientes con CCR (44 % RIC y 56 % PNP), 61,5 % varones, edad (71 ± 11 años).

Sin diferencias en diagnóstico nutricional (GLIM) o sarcopenia (por TC) (85,7 %: 78,1 %) ($p = 0,112$). El 76,9 % presentan baja MM por TC, un 23 % por BIA.

El grupo RIC vs. PNP presenta: baja MM en grupo RIC (39,15 cm²/m²: 41,20 cm²/m² $p = 0,059$), menor densidad muscular (UH) ($p = 0,048$), mayor % IMAT (2,89 %: 2,43 % $p = 0,023$) y mayor dinamopenia (55,7 vs. 44,3 % $p = 0,007$).

CPQ: un 30,4 % de la muestra presentó CPQ mayoritariamente Clavien-Dindo II*** (58 %), siendo más prevalente entre el grupo RIC ($p = 0,05$). El 57,1 % de los pacientes con CPQ presentan un % IMAT superior a 2,20 % (AUC: 0,607; $p = 0,007$; especificidad: 0,56; sensibilidad: 0,57; verosimilitud: 1,32).

El 55,2 % del total tomó SCHO 2 h antes de la cirugía. Entre ellos se observó mayor frecuencia

de IOP ($p = 0,007$), mejor tolerancia ($p = 0,034$), progresión nutricional adecuada ($p = 0,005$) y menor frecuencia de sonda nasogástrica de aspiración ($p = 0,026$).

Conclusiones: El TC es una técnica realizada en todos los pacientes sometidos a cirugía, útil en la determinación de la CC y el pronóstico postquirúrgico, más allá del cribado nutricional que infraestima la desnutrición. La infiltración grasa en la MM podría predecir de forma precoz CPQ.

En nuestra muestra la SCHO favorece una correcta evolución postoperatoria.

Palabras clave: Composición corporal, tomografía computarizada, cirugía colorrectal, rehabilitación nutricional, sobrecarga de carbohidratos.

P-NU-05

ESTUDIO PILOTO OBSERVACIONAL DE PACIENTES INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN NUTRICIONAL PREQUIRÚRGICO

N. Ibarrola Jurado; C. A. Estrada Acosta; A. Guasch Sintés; C. Martí Mézcua; M. E. Solano Fraile; T. Michalopoulou Alevras; M. S. Castell Albert; A. Megía Colet

Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

Objetivos: Evaluar las características de los pacientes que han participado en el programa de rehabilitación nutricional prequirúrgica del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona y su relación entre el estado nutricional preoperatorio, la estancia hospitalaria y la aparición de complicaciones postoperatorias.

Métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo de los pacientes que asistieron a la consulta inicial de rehabilitación nutricional entre septiembre y diciembre de 2023. Se evaluaron las características basales según sexo, la relación entre estado nutricional preoperatorio y complicaciones, y los factores asociados a la estancia hospitalaria y nutrición parenteral (NP) postoperatoria.

Resultados: Se evaluaron 51 pacientes, 62,7 % eran hombres. Edad media $68,11 \pm 11,36$ años. Los pacientes con complicaciones postoperatorias (23,5 %) mostraron niveles significativamente menores de proteína total (PT) ($p = 0,039$). Aquellos con una estancia hospitalaria más prolongada presentaron fuerza muscular reducida ($p = 0,031$), niveles más bajos de PT ($p = 0,038$), NP postoperatoria ($p = 0,006$) y más complicaciones ($p = 0,005$). Los pacientes con NP postoperatoria presentaban patologías quirúrgicas relacionadas con el páncreas ($p = 0,032$). El uso de NP postoperatoria se asoció a niveles más bajos de PT ($p = 0,031$), complicaciones ($p = 0,001$) y NP preoperatoria ($p = 0,010$).

Resultados: El presente estudio muestra que la estancia hospitalaria media, la presencia de complicaciones y la NP postquirúrgica están muy relacionados con el estado nutricional prequirúrgico del paciente.

Palabras clave: Prehabilitación, nutrición, paciente prequirúrgico, estado nutricional.

P-NU-06

ÁNGULO DE FASE PRE Y POSTQUIRÚRGICO EN PACIENTES CON OSTOMÍA: UN INDICADOR DEL ESTADO FUNCIONAL

A. García García; D. Sánchez Relinque; M. E. Valenzuela Mateos; M. M. Palacios Rosich; M. J. Muñoz Alférez; E. Sánchez Sánchez

Hospital Universitario Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

Objetivos: Analizar las variaciones en el ángulo de fase antes y después de la cirugía en pacientes con ostomía postquirúrgica.

Métodos: Se realizó estudio descriptivo prospectivo. Se recogió el valor del ángulo de fase (AF) a través de bioimpedanciometría pre y postcirugía (30 días).

Resultados: Se estudiaron un total de 93 sujetos con edad media de $67,0 \pm 12,3$ años. El 35,5 % fueron mujeres y el 64,5 % hombres. De ellos, 23,7 % presentaron ostomía, siendo el resultado para ileostomía del 19,3 % y del 4,3 % para colostomía. El valor medio del ángulo de fase previa la cirugía en pacientes con ostomía fue del $4,8^\circ \pm 0,6^\circ$ y tras 30 días tras la cirugía fue $4,7^\circ \pm 0,6^\circ$. En participantes con ileostomía los valores fueron $4,2^\circ \pm 0,4^\circ$ y $4,2^\circ \pm 0,3^\circ$, respectivamente. Los sujetos con colostomía presentaron un ángulo de fase previo de $4,7^\circ \pm 0,4^\circ$ y $4,4^\circ \pm 0,3^\circ$ tras la cirugía. No existieron diferencias estadísticamente significativas entre participantes con o sin ostomía y el resultado del ángulo de fase. Nuestros resultados muestran que no existen variaciones importantes en el ángulo de fase pre y postcirugía en pacientes con ostomía postquirúrgica, aunque se debe seguir investigando con una muestra más amplia para obtener conclusiones más robustas.

Palabras clave: Nutrición, cirugía colorrectal, bioimpedancia, ángulo fase, ostomías.

P-NU-07

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE ESOFAGOGÁSTRICO: ANÁLISIS DE UNA BASE DE DATOS

C. Zurera Gómez; D. L. Marginean; C. Muñoz Jiménez; M. J. Muñoz Molina; P. Pérez Reyes; M. A. Gálvez Moreno

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Objetivos: Evaluar el estado nutricional de pacientes con cáncer de esófago y gástrico, así como la efectividad de una intervención nutricional.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en 40 pacientes con carcinoma esofágico y gástrico que recibieron intervención nutricional en el Hospital Reina Sofía de Córdoba entre 2019 y 2022. Se analizaron Índice de Masa Corporal (IMC), parámetros bioquímicos y nutricionales, ángulo de fase, masa grasa (FM), masa libre de grasa (FFM), agua corporal total (TBW) y criterios GLIM.

Se recopilaron datos al inicio y a los tres meses postcirugía. Se registró el tipo de dieta y la suplementación nutricional aplicada, correlacionando estos factores con el estado nutricional

final.

Conclusiones:

Características antropométricas:

- » Edad promedio: $62,85 \pm 8,88$ años.
- » IMC: inicial $26,35 \pm 5,09$ kg/m² → 3 meses $25,78 \pm 5,74$ kg/m².
- » Pérdida de peso: $10,54 \pm 6,82$ %.
- » Ángulo de fase: inicial $4,79 \pm 1,04$ → 3 meses $5,01 \pm 1,18$.
- » FFM: inicial $34,63 \pm 12,41$ kg → 3 meses $30,58 \pm 24,27$ kg.
- » Masa grasa (FM): inicial $17,46 \pm 10,10$ kg → 3 meses $15,97 \pm 10,22$ kg.
- » Agua corporal total (TBW): inicial $39,46 \pm 12,22$ l → 3 meses $41,33 \pm 8,19$ l.

Parámetros bioquímicos: inicial y a los 3 meses.

- » Hemoglobina: $12,08 \pm 2,01$ g/dl → $12,45 \pm 1,79$ g/dl.
- » Hematocrito: $38,33 \pm 5,70$ % → $39,88 \pm 5,81$ %.
- » Leucocitos: $7318,68 \pm 2540,18$ → $8168,82 \pm 4769,36$.
- » Glucosa: $111,95 \pm 42,02$ mg/dl → $103,06 \pm 29,74$ mg/dl.
- » Albúmina: $3,84 \pm 0,50$ g/dl → $4,26 \pm 0,49$ g/dl.
- » Prealbúmina: $17,77 \pm 8,03$ mg/dl → $21,11 \pm 6,48$ mg/dl.
- » Proteínas totales: $6,43 \pm 0,90$ g/dl → $6,80 \pm 0,74$ g/dl.
- » Ferritina: $184,86 \pm 211,51$ mg/dl → $303,54 \pm 611,85$ mg/dl.
- » Transferrina: $245,96 \pm 77,56$ mg/dl → $275,62 \pm 66,40$ mg/dl.
- » Colesterol total: $146,26 \pm 48,98$ mg/dl → $177,32 \pm 39,98$ mg/dl.
- » Triglicéridos: $116,81 \pm 38,82$ mg/dl → $133,97 \pm 64,27$ mg/dl.

Análisis estadístico: La prueba de rangos con signo de Wilcoxon mostró una reducción significativa del IMC ($Z = -2,722$, $p = 0,006$) y de la glucosa plasmática ($Z = -2,848$, $p = 0,004$), sugiriendo mejoras en la composición corporal y el control glucémico.

No hubo cambios significativos en el Ángulo de Fase ($Z = -0,535$, $p = 0,593$), FFM ($Z = -1,069$, $p = 0,285$) ni FM ($Z = -0,535$, $p = 0,593$). En parámetros bioquímicos, la hemoglobina ($Z = -0,711$, $p = 0,477$) y la albúmina ($Z = -1,328$, $p = 0,184$) no mostraron cambios relevantes.

El conteo de leucocitos presentó una reducción cercana a la significancia estadística ($Z = -1,965$, $p = 0,049$), lo que podría indicar cambios en la respuesta inflamatoria. Otros biomarcadores como la prealbúmina ($Z = -0,561$, $p = 0,575$), proteínas totales ($Z = -1,734$, $p = 0,083$), ferritina ($Z = -0,153$, $p = 0,878$), transferrina ($Z = -1,123$, $p = 0,261$) y colesterol total ($Z = -1,072$, $p = 0,284$) no evidenciaron cambios estadísticamente significativos.

El estado de desnutrición según los criterios GLIM no mostró variaciones relevantes ($Z = -0,707$, $p = 0,480$).

Palabras clave: Nutrición clínica, cáncer esofagogástrico, intervención nutricional, estado nutricional.

P-NU-08

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN MORFOFUNCIONAL EN UNA CONSULTA DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL PREOPERATORIA

M. M. García González; V. Triviño Yannuzzi; M. Llaveró Valero; S. Llopis Salinero; L. Verguizas Gallego; C. Sevillano Collantes

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Objetivos: Valorar la prevalencia de la desnutrición y la sarcopenia en los pacientes que acuden a la consulta de valoración nutricional preoperatoria del Hospital Universitario Infanta Leonor.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de corte transversal conformado por 29 pacientes pendientes de intervención quirúrgica que acudieron a nuestra consulta de valoración nutricional preoperatoria.

Variables del estudio: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), cribado desnutrición (MUST), valoración fuerza muscular mediante dinamometría, funcionalidad mediante Test Up and Go, valoración de la cantidad muscular y masa celular mediante bioimpedanciometría eléctrica (ángulo de fase, ángulo de fase estandarizado, masa muscular apendicular (ASMM) e índice de masa muscular esquelética (SMI)) y ecografía nutricional del recto anterior del cuádriceps (RAC) (área, grosor y altura músculo) y motivo de intervención.

Resultados: Se incluyeron en el estudio a 29 pacientes con una edad media de $63,93 \pm 11,39$ años. El 20,69 % eran mujeres frente al 79,31 % de los hombres, con un IMC de $26,92 \pm 6,33$ kg/m².

Aplicando las pruebas de cribado y los criterios GLIM, el 72 % de los pacientes del estudio presentaban desnutrición, de los cuales el 57,14 % poseían una desnutrición moderada versus un 42,85 % de desnutrición severa. El resto de los pacientes no desnutridos presentaban riesgo de desnutrición.

La prevalencia de sarcopenia fue del 68,97 % de acuerdo con los criterios diagnósticos EWGSOP2.

En cuanto a la fuerza muscular en los test funcionales, se objetivó una media de $6,58 \pm 2,42$ segundos en el Test Up and Go acorde a los rangos de normalidad. En la dinamometría, la fuerza muscular del 44,84 % de los pacientes correspondía con un percentil menor de 5, el 37,93 % entre un p5 y p25; el resto de pacientes (17,24 %) presentaban una fuerza muscular en el percentil 25 o mayor.

En cuanto a la bioimpedanciometría, el ángulo de fase por sexos era de $6,48 \pm 5,06^\circ$ en hombres frente a $5,09 \pm 0,5^\circ$ en mujeres, con un ángulo de fase estandarizado de $0,36 \pm 0,9$. El ASMI en hombres era de $10,38 \pm 3,08$ kg y de $6,83 \pm 0,83$ kg en mujeres, manteniéndose ambos grupos por encima de los puntos de corte de masa muscular reducida establecidos por GLIM. Por otro lado, el ASMM en hombres era de $21,13 \pm 5,23$ kg versus $14,66 \pm 6,92$ kg en mujeres por lo que únicamente existía sarcopenia en el segundo grupo.

Finalmente, la ecografía del RAC en los pacientes, el grosor era de $12,75 \pm 3,59$ cm, la altura de $40,96 \pm 8,65$ cm y el área de $4,19 \pm 1,42$ cm.

El motivo de intervención fue: cáncer colorrectal (31,83 %), cáncer ORL (27,59 %), cáncer gástrico y pancreático (20,69 %), patología hepatobiliar (6,9 %) y otros (13,79 %).

Conclusiones: La evaluación nutricional preoperatoria como parte de la rehabilitación multimodal es fundamental en el paciente prequirúrgico dada la elevada prevalencia de desnutrición y sarcopenia en este tipo de pacientes. La valoración morfofuncional nos permite un mejor diagnóstico y evaluación nutricional, con el fin de intervenir nutricionalmente de forma precoz para reducir el número de complicaciones postoperatorias, el riesgo de desnutrición durante el proceso y de obtener un adecuado éxito quirúrgico.

Palabras clave: Valoración morfofuncional, evaluación nutricional preoperatoria, rehabilitación multimodal, desnutrición, sarcopenia.

P-NU-09

IMPACTO DE LAS OSTOMÍAS EN EL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CIRUGÍA COLORRECTAL: ANÁLISIS PRE Y POSTOPERATORIO

D. Sánchez Relinque¹; A. García García¹; M. E. Valenzuela Mateos¹; M. García Gausi¹; M. Saavedra Chacón¹; M. Palacios Rosich¹; M. J. Muñoz Alférez²; E. Sánchez Sánchez¹

¹Hospital Universitario Punta de Europa. Algeciras, Cádiz; ²Universidad de Granada

Objetivos: Analizar el impacto de la realización de colostomías e ileostomías en el riesgo de desnutrición pre y postcirugía colorrectal.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal. Se recoge la presencia de riesgo de desnutrición a través del Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) previa cirugía y 30 días posteriores y presencia de colostomía o ileostomía. A todos los participantes se le realizó abordaje nutricional intensivo como parte de la rehabilitación multimodal.

Resultados: Se estudiaron un total de 94 sujetos con una media de edad de $67,2 \pm 12,4$ años, de los cuales el 35,1 % fueron mujeres y el 64,8 % hombres.

Previa a la cirugía, el 43,6 % presentó riesgo bajo, el 6,4 % riesgo medio y el 50,0 % riesgo alto de presentar desnutrición. Los resultados obtenidos 30 días postintervención fueron los siguientes: riesgo bajo = 74,5 %, riesgo medio = 4,3 % y riesgo alto = 21,3 % ($p = 0,010$).

Al 23,4 % de los participantes se le realizó algún tipo de ostomía (4,3 % colostomía y 19,1 % ileostomía).

Los porcentajes de riesgo nutricional se mantuvieron constantes en aquellos pacientes a los que se le realizó colostomía (riesgo bajo = 25,0 % y riesgo alto = 75,0 %, no presentando ningún sujeto riesgo medio). Los porcentajes variaron en aquellos sujetos a los que no se le realizó colostomía (riesgo bajo = 44,4 % vs. 76,7 %, riesgo medio = 6,7 % vs. 4,4 %, riesgo alto = 48,9 % vs. 18,9 %).

En pacientes con ileostomía los resultados fueron los siguientes: riesgo bajo = 22,2 % vs. 44,4 %, riesgo medio = 5,6 % vs. 0,0 %, riesgo alto = 72,2 % vs. 55,6 %). En aquellos sujetos sin ileostomía los resultados fueron: riesgo bajo = 48,7 % vs. 81,6 %, riesgo medio = 6,7 % vs. 5,2 % y riesgo alto = 44,8 % vs. 13,1 %).

Los resultados muestran que la presencia de colostomía mantiene constantes los porcentajes de riesgo nutricional, con una alta prevalencia de riesgo alto tras la cirugía. En contraste, en los pacientes sin colostomía se observa una mejora significativa en el estado nutricional, con un aumento del porcentaje de riesgo bajo y una disminución del riesgo.

Asimismo, la presencia de ileostomía se asocia con una menor mejoría nutricional, manteniendo un porcentaje elevado de riesgo alto postintervención. Por el contrario, en pacientes sin ileostomía se evidencia una mejora significativa del estado nutricional, con un aumento del riesgo bajo y una reducción del riesgo alto. Se necesitan más investigaciones con tamaños muestrales más grandes. Estos hallazgos resaltan la importancia de la rehabilitación y la realización de un correcto seguimiento nutricional en pacientes con ostomías para optimizar su recuperación postquirúrgica (postrehabilitación multimodal).

Palabras clave: Rehabilitación multimodal, desnutrición, ileostomía, colostomía.