



MEMORIA

2025

CIRUGIA GENERAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Índice:

1 ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Memoria asistencial. Resultados Clínicos del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo	5
2.1. Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática (HPB)	13
2.1.1. Resultados de Cirugía Hepática	13
2.1.2. Resultados de Cirugía Pancreática	20
2.2. Unidad de Cirugía Endocrina	26
2.3. Unidad de Cirugía Colorrectal	33
2.4. Unidad de Cirugía Esofagogástrica y Bariátrica	40
2.4.1. Resultados de Cirugía Esofagogástrica	40
2.4.2. Resultados de Cirugía Bariátrica y funcional.....	48
2.4.3. Cirugía Funcional Esofagogastrica.....	57
3. Memoria Científica	58
3.1. Comunicaciones a Congresos	59
3.2. Publicaciones en Revistas	66
3.3. Asistencia a Congresos, Cursos y Jornadas	68
3.4. Cursos Organizados por la Unidad de Gestión Clínica	70
4. Formación de Enfermería y TCAE	72
5. Participación en Comisiones Hospitalarias	75
6. Pertenencia a Sociedades Científicas	77
7. Formación Académica Impartida	79
7.1. Tutores Clínicos	79
7.2. Profesores Asociados	80
7.3. Tutores de Residentes	81
8. Profesionales Acreditados por la ACSA	82

1- INTRODUCCIÓN:

Introducción

El año 2025 ha estado marcado por importantes retos para el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Puerta del Mar. Entre ellos, ha destacado el proceso de acreditación de la Unidad, la organización de numerosas actividades formativas y la adaptación a un escenario especialmente complejo, condicionado por la disminución del número de quirófanos disponibles y la reducción del presupuesto.

A pesar de estas limitaciones, la carga asistencial no solo se ha mantenido, sino que el compromiso con nuestros pacientes ha permanecido intacto. La actividad asistencial, docente e investigadora del Servicio ha continuado desarrollándose con elevados estándares de calidad y con resultados satisfactorios, reflejo del esfuerzo, la dedicación y la profesionalidad de todos los integrantes del equipo.

Nuestra capacidad de adaptación, la vocación de servicio y el trabajo coordinado han sido, una vez más, los pilares fundamentales que nos han permitido afrontar con éxito las dificultades, consolidando la confianza que tanto nuestros pacientes como la institución depositan en nuestro Servicio.

Durante este año, además, el Servicio ha experimentado una importante evolución en su composición profesional como consecuencia de los procesos de Oferta Pública de Empleo, concursos de traslados, jubilaciones, bajas e incorporaciones de nuevos profesionales. Estos cambios han afectado a todas las categorías que integran el Servicio —, personal de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), celadores, personal administrativo y otros profesionales—, favoreciendo una renovación que, gracias al esfuerzo colectivo, se ha integrado con éxito sin comprometer la continuidad asistencial.

Asimismo, se ha continuado apostando decididamente por la formación, la innovación y el desarrollo profesional mediante la organización y participación en cursos, jornadas científicas, sesiones clínicas y proyectos de investigación, convencidos de que la actualización permanente del conocimiento constituye una herramienta esencial para ofrecer una atención sanitaria de excelencia.

Porque, por encima de cualquier circunstancia, el mayor valor de nuestro Servicio continúa siendo su capital humano. Son las personas quienes hacen posible que los objetivos se alcancen, quienes convierten las dificultades en oportunidades de mejora y quienes mantienen viva una cultura basada en la excelencia, el respeto, la colaboración y el compromiso con el paciente.

Miramos hacia el futuro con ilusión y determinación, conscientes de que cada desafío representa una nueva oportunidad para seguir creciendo, innovando y mejorando. El camino recorrido durante este año demuestra que, cuando compartimos una visión común y trabajamos unidos, somos capaces de superar cualquier adversidad. Con esa convicción afrontamos una nueva etapa, orgullosos del trabajo realizado y plenamente comprometidos con nuestra misión de ofrecer la mejor atención posible a nuestros pacientes.

Así pues la plantilla general sigue siendo de 314 profesionales que se distribuyen de la siguiente manera.

- 127 Enfermería
- 133 TCAE
- 24 Celadores
- 17 Facultativos
- 8 administrativos
- 5 residentes



La distribución de los facultativos en cuanto a la labor asistencial y ello queda reflejado en la siguiente tabla:

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR CÁDIZ

UCG CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

JEFE DE SERVICIO	JOSE MANUEL PACHECO GARCIA					
JEFE DE SECCIÓN	Mª DE LOS ANGELES MAYO OSSORIO					
TUTOR RESIDENTES	ANDER BENGOCHEA TRUJILLO AMPARO VALVERDE MARTINEZ TATIANA GOMEZ SANCHEZ					
PROFESORES ASOCIADOS	Mª DE LOS ANGELES MAYO OSSORIO, JOSE MANUEL PACHECO GARCIA, EVA MARIA SANCHO MARAVER, JOSE RAMON CASTRO FERNANDEZ, Mª JESUS CASTRO SANTIAGO, Mª CARMEN BAZAN HINOJO, Mª DOLORES CASADO MAESTRE, AMPARO VALVERDE MARTINEZ, TATIANA GOMEZ SANCHEZ.					
UNIDADES	ENDOCRINO	ESOFAGOGASTRICA Y BARIATRICA	HPB	COLORECTAL	GENERAL Y PARED ABDOMINAL	CMA
RESPONSABLE	DANIEL PEREZ GOMAR	Mª DE LOS ANGELES MAYO OSSORIO	Mª JESUS CASTRO SANTIAGO	EVA MARIA SANCHO MARTAVER	ANDER BENGOCHEA TRUJILLO	VIRGINIA GONZALEZ RODICIO
MIEMBROS	VIOLETA CAMACHO MARENTE Mª DOLORES CASADO MAESTRE MERCEDES FORNELL ARIZA CARMEN BAZAN HINOJO	JOSE MANUEL PACHECO GARCIA ANDER BENGOCHEA TRUJILLO MERCEDES FORNELL ARIZA	ALONSO CAMACHO RAMIREZ AMPARO VALVERDE MARTINEZ Mª DOLORES CASADO MAESTRE JUAN CARLOS HERRERA CASTILLO	JOSE RAMON CASTRO FERNANDEZ CARMEN BAZAN HINOJO FRANCISCO ROMERO ACEITUNO Mª JOSE JIMENEZ VAQUERO TATIANA GOMEZ SANCHEZ	VIOLETA CAMACHO MARENTE MERCEDES FORNELL ARIZA JOSE ANTONIO BECERRA TORO TATIANA GOMEZ SANCHEZ ANGELA ORTIZ SANCHEZ	VIOLETA CAMACHO MARENTE MERCEDES FORNELL ARIZA JOSE ANTONIO BECERRA TORO TATIANA GOMEZ SANCHEZ ANGELA ORTIZ SANCHEZ

A photograph of surgeons in an operating room. The scene is dimly lit, with bright surgical lights visible at the top. In the foreground, a surgeon is wearing a scrub cap with a Hello Kitty design and a surgical mask. To the right, another surgeon is visible, also wearing a mask and glasses. The text 'MEMORIA ASISTENCIAL' is overlaid in the center in a large, white, sans-serif font.

MEMORIA ASISTENCIAL

2- MEMORIA ASISTENCIAL:

Resumen actividad asistencial UGC cirugía General 2024

El año 2025 ha venido, aún si cabe, mas marcado por un descenso de las sesiones quirúrgicas, respecto al año 2024 , así como también por un descenso en el presupuesto asignado a la unidad, pero como comentamos en la introducción la presión asistencias debido a la referencialidad de nuestro hospital, no ha descendido e incluso se ha visto incrementada en este año. Por otro lado las semanas de huelga de Facultativos y TCAE ha influido en la actividad asistencial.

Presentamos a continuación, el resumen de la actividad asistencial realizada por el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Puerta del Mar durante 2025.

Resumen resultados UGC Cirugía General 2025

Hospitalización 2025 e intervenciones quirúrgicas durante el año 2025

Este año 2025 se han ingresado en nuestro servicio 1.055 pacientes de los cuales la mayoría han sido intervenidos en el hospital Puerta del Mar, observándose un descenso importante de las sesiones hospitalarias en el hospital de San Carlos que no han llegado ni a un 25% de la actividad quirúrgica realizada.

 Junta de Andalucía Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias SERVICIO ANDALUZ DE SALUD		HOSPITAL PUERTA DEL MAR														
Sistemas de Información. Hospital Universitario Puerta del Mar		% DE EPISODIOS DE HOSPITALIZACIÓN CON INFORMES DE ANAMNESIS, EVOLUCIÓN y ALTA o EXITUS (FIRMADOS). ACUMULADO Noviembre 2025														
U.F. ALTA N	Nº DE ALTAS	ANAM	ANA FIRMA	% ANAM FIRMA	EVOLUC	% EVOLUC	INF ALTA	ALTA FIRMA	% ALTAS FIRMA	EXITUS	INF EXITUS	EXITUS FIRMA	% INF EXIT FIRMA	CON 3 DOC.	CON 3 DOC. FIRMADO.	% HISTORIA HOSP.
Anestesiología y Reanimación	9	8	8	89%	8	89%	1	-	0%	8	8	8	100%	8	8	89%
Angiología y Cirugía Vascular	560	560	559	100%	560	100%	548	545	99%	11	13	13	118%	559	557	99%
Aparato Digestivo	846	844	841	99%	846	100%	810	799	98%	32	32	32	100%	836	827	98%
Cardiología	1.543	1.511	1.495	97%	1.515	98%	1.522	1.500	98%	15	11	10	67%	1.503	1.469	95%
Cirugía Cardiovascular	525	523	521	99%	525	100%	523	517	99%	4	3	3	75%	523	515	98%
Cirugía General y Digestiva	1.055	1.054	1.051	100%	1.050	100%	1.041	1.033	99%	14	13	13	93%	1.048	1.038	98%
Cirugía Maxilofacial	385	385	385	99%	386	99%	385	382	99%	2	2	2	100%	385	382	98%



Junta de Andalucía

Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

ESTUDIO COMPARATIVO ACUMULADO MES NOVIEMBRE

SALIDAS PROPIAS x INTERVENCIÓN DE PACIENTES DE LEQ INSCRITOS EN AGD

UNIDAD FUNCIONAL	2019	2022	2023	2024	2025	2025 vs 24	% 2025 vs 24
Angiología y Cirugía Vascular	908	974	873	907	695	-212	-23%
Cirugía Cardiovascular	460	349	339	281	273	-8	-3%
Cirugía General y Digestiva	1.336	1.067	965	1.419	671	-748	-53%

De los 1055 ingresados solo 671 pacientes han sido intervenidos de lista de espera, el resto de pacientes son pacientes intervenidos de urgencia o pacientes que han ingresado para manejo conservador.

Consultas Externas

Hemos atendido en CCEE a 7601 pacientes, repartidos entre las siguientes consultas:

- 9 consultas semanales del Hospital Puerta del Mar,
- 3 consultas semanales de CPE Vargas Ponce
- 2 consultas semanales en Hospital San Carlos

De estas consultas el 34% corresponde a primeras veces y el 66% a revisiones



Junta de Andalucía
Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Sistemas de Información. Hospital Universitario Puerta del Mar

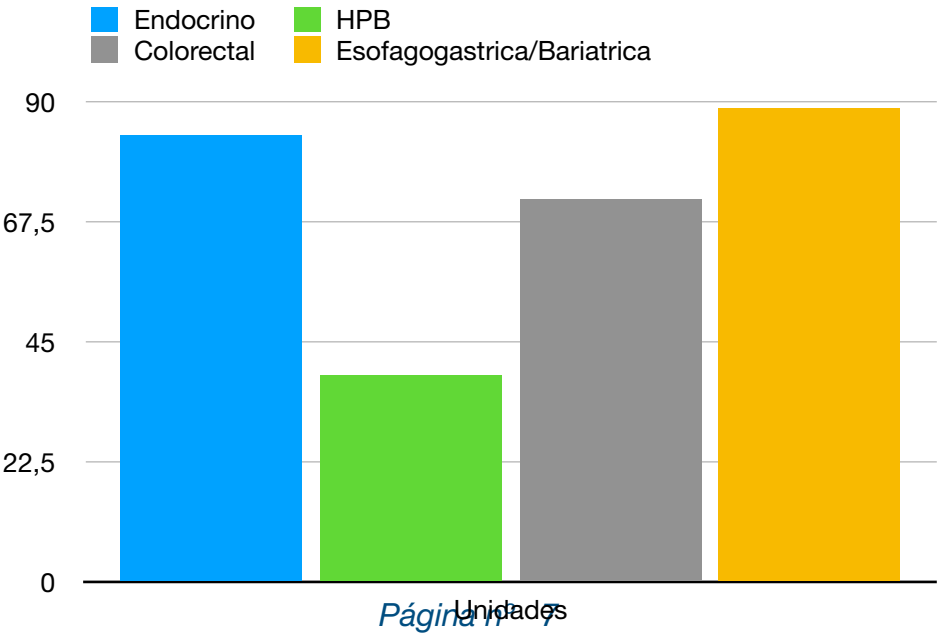
HOSPITAL PUERTA DEL MAR

% DE EPISODIOS DE CCEE CON REGISTROS EN HH.CC.
RESULTADO ACUMULADO NOVIEMBRE 2025

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA	REALIZADAS	NO ACUDE o RECHAZO	NO CAPTURADAS	% No Capturadas	TIENE ANAMNESIS	TIENE EVOLUCION	TIENE ALTA	TIENE PREANES.	% HISTORIA CCEE
ALERGOLOGÍA	9.135	1.158	300	3%	3.343	11.415	843	1	100%
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN	14.752	1.049	701	4%	1.504	5.360	705	10.454	100%
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	10.290	1.005	218	2%	2.681	8.456	676	2	100%
APARATO DIGESTIVO	17.828	1.277	353	2%	2.708	22.986	732	2	100%
CARDIOLOGÍA	15.557	809	648	4%	3.708	8.488	1.894	6	75%
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	819	33	297	26%	337	396	3	-	66%
CIRUGÍA GENERAL	7.601	604	313	4%	2.689	5.240	1.231	8	100%

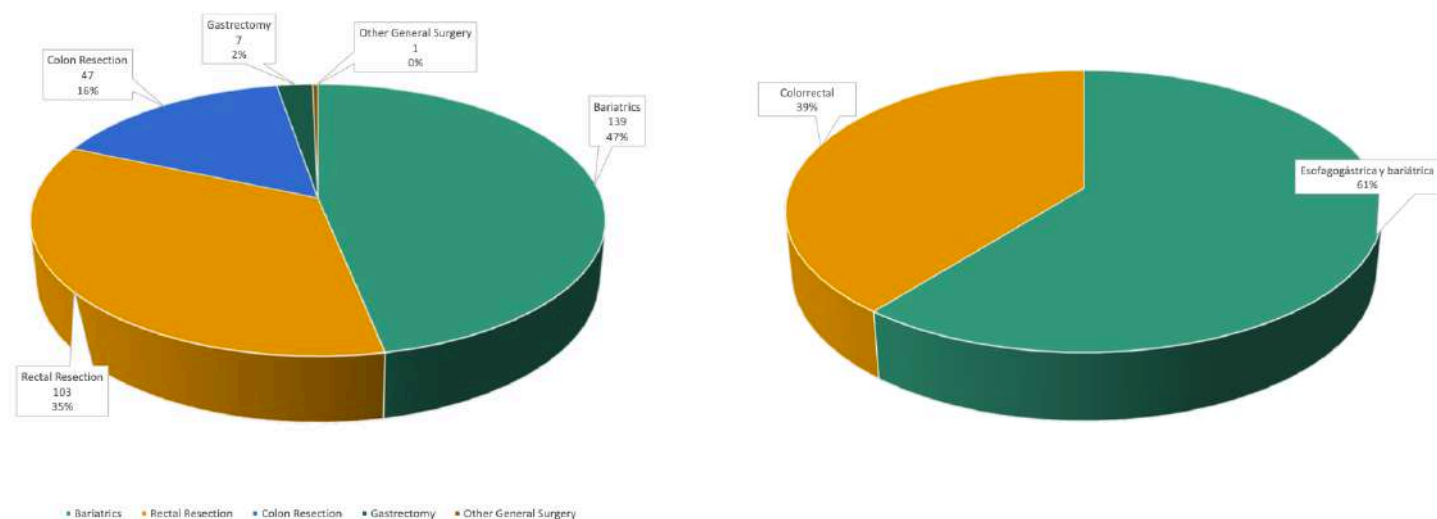
Número de cirugías realizadas por unidades

En siguiente figura queda reflejado el número de cirugías realizadas por cada unidad durante el 2025. 39 cirugías HPB, 82 cirugía endocrina, 72 cirugía colorectal, Cirugia unidad Esofagogástrica y bariátrica 90.



Nºcirugías robóticas Cirugía general: 297 pacientes 2020 a 2026

En cuanto a cirugía robotica desde 2020 en que se inicio la cirugía robotica colorectal, se han intervenido 297 pacientes, de los cuales 150 son de la Unidad de cirugía colorectal y 147 de la unidad de cirugía esofagogastrica y bariátrica que inició su primera cirugía robotica en 2022. (Datos cedidos por Abex).



Resultados generales:

Se presentan los resultados generales de la unidad, en el cuadro de mandos adjunto indicando las siglas empleadas en el mismo a continuación.

FUENTE DATOS:

- Dirección Hospital Universitario Puerta del Mar.
- Unidad de Tecnología de la Información Hospital Universitario Puerta del Mar.
- UGC Farmacia Hospital Universitario Puerta del Mar.

LECTURA:

LEQ (no pacientes) = Lista de espera quirúrgica. Número de pacientes que superan periodo de garantía.

>365 d = Número de pacientes que superan los 365 días en lista de espera quirúrgica.

Priorizac. (%) = Priorización Lista de Espera Quirúrgica.

PAP<60d (días) = Pacientes pendientes de primera CCEEP Atención Primaria Demora > 60 días.

Demora media

PAE<60d (días) = Pacientes pendientes de primera CCEE de atención especializada Demora > 60 días. Demora media.

R CCEE (%) = Resolución en Consultas Externas. Primeras vs totales CCEE.

Diag>30 d (días) = Pruebas diagnósticas inferior a 30 días. Demora media en días.

Intercons (%) = Uso de la hoja de interconsulta.

R Qx (%) = Rendimiento Quirúrgico. Referencia 80%.

SUSP Qx (%) = Suspensiones Quirúrgicas (Se compara el periodo acumulado con el mismo periodo de ejercicio anteriores)

% CMA (%) = Cirugía Mayor Ambulatoria. Grado de resolución en CMA. Objetivo 70%.

H d día (%) = Sesiones de hospital de día con estancia < 24 horas.

RI<30d (%) = Reingresos urgentes antes de 30 días. Tasa Andaluza (4,20%).

EMPO (días) = Estancia Media Preoperatoria. Menor de 0,5 días (12 horas).

LVQ (%) = Listado de Verificación Quirúrgica. % de LVQ respecto al total de Hojas Quirúrgicas.

Hoja Qx (%) = Informe calidad en la cumplimentación de la hoja quirúrgica.

Hist Dig (%) = Informe calidad en la cumplimentación de la Historia digital.

Farm%> (%) = Consumo farmacia global. % Incremento del importe. Objetivo < 2%

Farm OM (%) = Consumo farmacia omeprazol. % omeprazol / otros Inhibidores bomba de protones. Objetivo 87-83% Farma%P (%) = Consumo de farmacia. % Variación no prescripciones. Objetivo < 0%.

Dolor (%) = Valoración del dolor en pacientes hospitalizados.

UPP (%) = Valoración de Úlceras Por Presión en pacientes hospitalizados.

Flebitis (%) = Prevención flebitis. Retirada catéter venoso en al menos 50% pacientes con más de 24 horas de hospitalización. V. Caídas (%) = Valoración del riesgo de caídas. Porcentaje test de cribado en > 65 años.

Ind. AGD = Porcentaje de inscripciones registradas por facultativo en un periodo de tiempo.

IC ANES = Porcentaje de interconsultas (PAEs) solicitadas a la Unidad de Anestesia.

CUADRO DE MANDO 2025

UGC CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
LEQ	144	172	142	142	144	167	179	205	249	280	249	308
>365 d.	7	5	6	7	7	12	20	23	23	25	27	32
Priorizac.	98 %	92 %	93 %	93 %	91 %	92 %	88 %	90 %	98 %	90 %	90 %	92 %
PAP<60d	50	48	49	50	47	42	55	56	55	47	47	53
PAE<60d	26	27	21	23	22	22	38	46	45	24	24	40
R CCEE	35,4 %	33,5 %	34,7 %	35,3 %	35,1 %	35,4 %	36,4 %	36,5 %	33,5 %	36,6 %	37,0 %	33,5 %
Diag<30d	116	110	98	84	89	38	0	0	0	0	0	0
Intercons	96 %	98 %	95 %	92 %	91 %	91 %	92 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
R Qx	75 %	76 %	74 %	78 %	78 %	78 %	79 %	79 %	79 %	79 %	80 %	79 %
SUSP Qx	-24 %	-20 %	-24 %	77 %	59 %	59 %	71 %	57 %	57 %	57 %	63 %	82 %
% CMA	37 %	40 %	45 %	47 %	47 %	45 %	46 %	46 %	50 %	55 %	54 %	56 %
H. de día	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
RI<30d	2,38 %	2,50 %	2,91 %	3,47 %	-	-	2,66 %	-	-	2,72 %	2,65 %	2,70 %
EMPO	0,50	0,50	0,59	0,59	1,23	1,01	1,01	1,01	1,01	1,06	1,01	0,92
LVQ	98 %	98 %	98 %	96 %	96 %	96 %	97 %	97 %	98 %	97 %	97 %	98 %
Hoja Qx	95 %	94 %	96 %	95 %	93 %	93,2 %	92,0 %	92,2 %	93 %	91,9 %	92,2 %	91,8 %
Hist Dig	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	99 %	98 %	99 %

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Farm% >	-17,45 %	-7,10 %	-9,03 %	-11,56 %	-2,95 %	5,66 %	-3,44 %	1,22 %	15,92 %	6,42 %	1,72 %	6,99 %
Farm OM	86,31 %	87,14 %	82,94 %	82,61 %	85,09 %	87,84 %	89,14 %	83,96 %	84,81 %	83,55 %	86,51 %	83,08 %
Farm % P	-5,15 %	-21,51 %	-12,85 %	-21,15 %	-2,25 %	17,25 %	-11,40 %	67,75 %	52,95 %	-9,44 %	-12 %	-10,04 %
Dolor	85 %	84 %	85 %	84 %	83 %	84 %	85 %	84 %	85 %	85 %	85 %	85 %
UPP	85 %	90 %	83 %	92 %	90 %	90 %	90 %	85 %	90 %	90 %	90 %	90 %
Flebitis	98 %	100 %	100 %	99 %	95 %	97 %	97 %	97 %	95 %	95 %	72 %	71 %
V. Caídas	84 %	90 %	91 %	92 %	92 %	92 %	93 %	91 %	92 %	92 %	93 %	93 %
Ind. AGD	99 %	99 %	100 %	99 %	100 %	99 %	100 %	100 %	100 %	100 %	97 %	99 %
IC ANEST	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Reclamaciones y sugerencias.

Durante el año 2025 se registró un incremento en el número de reclamaciones gestionadas a través de la aplicación RESUELVE, alcanzándose un total de 133 reclamaciones, frente a las registradas en 2024. Este aumento estuvo motivado, fundamentalmente, por el incremento de los tiempos de espera para intervención quirúrgica, consecuencia de la reducción del número de sesiones quirúrgicas disponibles durante el año, así como por el impacto asistencial derivado de los periodos de huelga iniciados en 2025.

La distribución de las reclamaciones fue la siguiente:

Accesibilidad asistencial: 101 reclamaciones, de las cuales 81 estuvieron relacionadas con la lista de espera para intervención quirúrgica y 16 con la asignación de citas.

Asistencia sanitaria: 7 reclamaciones.

Organización funcional: 3 reclamaciones.

Comunicación, trato y actitud de los profesionales: 3 reclamaciones.

Confortabilidad: 2 reclamaciones, correspondientes a una incidencia relacionada con la alimentación hospitalaria y otra con la lencería.

Información: 1 reclamación.

A pesar del incremento experimentado, la totalidad de las reclamaciones fueron tramitadas y contestadas dentro de los plazos establecidos, garantizando una respuesta individualizada a cada usuario. Asimismo, el análisis de las incidencias permitió identificar oportunidades de mejora, implantándose las medidas correctoras correspondientes en aquellos aspectos susceptibles de optimización.

El Servicio mantiene su compromiso con la mejora continua de la calidad asistencial, considerando las reclamaciones y sugerencias de los pacientes como una herramienta fundamental para detectar áreas de mejora y orientar las actuaciones encaminadas a incrementar la seguridad, la accesibilidad y la satisfacción de los usuarios.

2025 el número de reclamaciones contestadas en la aplicación RESUELVE se ha incrementado a respondido en tiempo y forma y se han aplicado las medidas de mejora oportunas .Objetivos

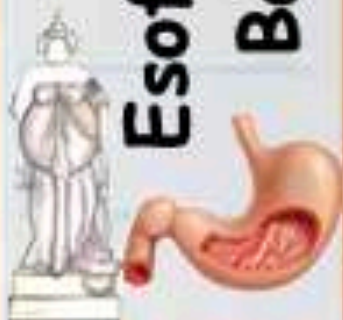
[illegible]

RESULTADO UNIDADES

**Cirugía
Endocrina**



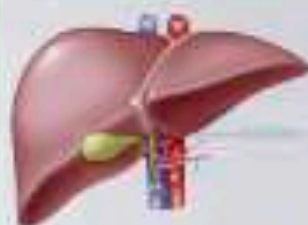
**Cirugía
Esofagogastrica
Bariátrica**



**Cirugía
Colorectal**

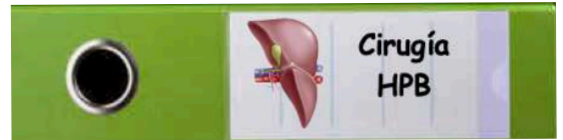


**Cirugía
HPB**



2.1- RESULTADOS UNIDAD HPB:

2.1.1-Resultados de la cirugía hepática: 2025



RESULTADOS DE CIRUGÍA HEPÁTICA DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR AÑO 2025

María Jesús Castro Santiago, María Dolores Casado Maestre, Amparo Valverde Martínez, José Manuel Pacheco García.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años hemos vivido un incremento en el número de intervenciones quirúrgicas sobre el hígado, tanto en patología benigna, potencialmente maligna y patología maligna propiamente dicha, debido a las mejoras en las técnicas de diagnóstico, avances en el campo de la cirugía, líneas de quimioterapia y al tratamiento médico-quirúrgico integral en el seno de equipos multidisciplinares. Este incremento en el volumen de hepatectomías ha sido fundamentalmente en el contexto de enfermedad hepática secundaria.

En España se diagnostican aproximadamente 40.000 casos de cáncer colorrectal al año. Entre el 50-75% de los casos presentará metástasis a lo largo de su evolución, entre el 15-25% de forma sincrónica y hasta el 50% de forma metacrónica. Las metástasis hepáticas (MH) son los tumores hepáticos más frecuentes en términos absolutos. Históricamente se ha considerado que un alto porcentaje de los pacientes diagnosticados de metástasis hepáticas era irresecable y gracias a avances en el campo de la oncología, radiología, cirugía actualmente mínimamente invasiva (laparoscópica y/o robótica) y técnicas ablativas se ha conseguido que hasta un 40% de los pacientes sea resecable. Las metástasis hepáticas de cáncer colorrectal suponen la principal indicación de cirugía hepática, que continúa siendo la mejor opción terapéutica en estos pacientes.

La cirugía se considera hoy en día el estándar de tratamiento de las metástasis hepáticas y otros tumores malignos primarios del hígado así como de otras patologías ya sea por su potencial de malignización como por la sintomatología que puedan ocasionar, ya que está gravada con una morbilidad y mortalidad asumibles (morbilidad grave del 20% y una mortalidad <5%).

La creación de equipos multidisciplinares para el manejo de la patología hepática ha conseguido mejorar la supervivencia de los pacientes con patología maligna y mejorar su calidad de vida.

La mejora de la calidad asistencial, se ha convertido en un factor importante en todo el mundo. Es una prioridad para la eficiencia y al mismo tiempo para reducir los costes del sistema sanitario. La National Health Service (NHS), The American College of Surgeons (National Surgical Quality Improvement Program), The Centers for Medicare and Medicaid Services (Surgical Care Improvement Project), the European Commission Health Program, and the World Health Organization (Surgical Safety Checklist) han propuesto unas medidas de calidad, normas y resultados de los procedimientos quirúrgicos. El “benchmark” (BM) se ha propuesto como un proceso clínicamente aplicable de medición y búsqueda de

la mejor práctica quirúrgica, comparando los resultados de un solo centro con unos indicadores de rendimiento (benchmark values, BMV). Se han propuesto

BM para diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos: gastrointestinales, cardiotorácicos, así como para la cirugía hepática, para esta última aún no bien definido. La mayoría de la cirugía hepática es realizada en pacientes con neoplasias malignas y comorbilidad grave, así como en pacientes que reciben tratamientos preoperatorios (neoadyuvancia, drenaje biliar preoperatorio....) y además el grado de complejidad es diferente, en función de si se trata de hepatectomías mayores o hepatectomías menores. Los “benchmark values” recogidos en la cirugía hepática están relacionadas con: 1. datos demográficos del paciente: edad, sexo, ASA, ictericia, terapia neoadyuvante... 2. El tiempo desde que se diagnostica la patología hasta la cirugía. 3. Procedimiento quirúrgico: tiempo quirúrgico, sangrado intraoperatorio, transfusiones, tipo de resección hepática, maniobras de Pringle... 4. Morbilidad peri y postoperatoria. 5. Reintervención. 6. Mortalidad. 7. Estancia hospitalaria y readmisión. 8. Las complicaciones específicas de la cirugía hepática como hemorragia postoperatoria definida por el Grupo Internacional para el Estudio de la Cirugía Hepática (ISGLS) con una incidencia que oscila entre el 1 y el 8%, las complicaciones biliares y fugas biliares (definida por la ISGLS) con una incidencia entre el 2,5 y el 23% según las series, la Insuficiencia Hepática posthepatectomía (definida por la ISGLS) cuya incidencia oscila entre 0 y el 32%, aunque en los últimos años tiende a disminuir, infección del sitio quirúrgico y otras complicaciones postoperatorias 1, 2.

Por otro lado, surge el concepto de “Texbook Outcome liver resection” que definen unos estándares de calidad en cirugía hepática para evaluar la calidad asistencial y medir los resultados 3.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han analizado de forma retrospectiva los resultados obtenidos tras las resecciones hepáticas de la unidad de cirugía hepatobiliopancreática del Hospital Universitario Puerta del Mar (HUPM) del año 2025 atendiendo a las medidas de calidad establecidas actualmente en la cirugía hepática, basándonos en una búsqueda sistemática de las guías de práctica clínica e indicadores publicados en la literatura científica. Se ha realizado un análisis descriptivo de los resultados obtenidos en nuestra unidad comparando nuestros resultados con las medidas de calidad establecidos y considerados actualmente en la literatura.

Las medidas de calidad seleccionados para la resección hepática en nuestra Unidad en el año 2025 han sido:

- Datos demográficos como el sexo.
- Tipo de Resección Hepática: Hepatectomía menor, Hepatectomía mayor (derecha e izquierda) y Triseccionectomía.
- Tipo de abordaje: laparoscópico, abierto.
- Patología maligna vs benigna. Histología.
- Necesidad de transfusión hemoderivados.
- Tasa de morbilidad según la clasificación de Clavien-Dindo, analizando de forma independiente la morbilidad menor (Clavien I-II) y morbilidad

mayor (III-IV).

- Mortalidad (Clavien V).
- Reintervenciones.
- Márgenes quirúrgicos.
- Hemorragia postoperatoria (caída de >3 puntos de la hemoglobina).
- Fístula biliar.
- Insuficiencia hepática postoperatoria.
- Estancia Hospitalaria (días).
- Readmisión.

RESULTADOS

Durante el año 2025 se han realizado un total de 28 resecciones hepáticas. Figura 1.

De las resecciones hepáticas, el 50% fueron resecciones mayores, consideramos cirugía hepática mayor: cirugías de más de 3 segmentos hepáticos y segmentos posteriores, 39% hepatectomías menores y no resecables el 11%. Figura 2.

El 71% de los pacientes se intervinieron por vía laparoscopia (20 pacientes). Abordaje abierto el 20% de los casos (8 pacientes). Figura 3.

El 93% fue patología maligna y el 7% patología benigna. Los diagnósticos anatomopatológicos de patología maligna fueron: 19 pacientes diagnosticados de MTX hepáticas de CCR, 4 pacientes hepatocarcinomas (HCC), 1 paciente diagnosticados de Colangiocarcinoma Intrahepático, 1 paciente diagnosticados de Colangiocarcinoma Perihiliar y un paciente con el diagnóstico de mtx de carcinoma de urotelio. Dentro del estudio anatomopatológico de la patología Benigna: un paciente con el diagnóstico de Cistoadenoma Biliar y otro paciente con el diagnóstico de nódulo de regeneración . Figura 4.

Necesitaron transfusión de hemoderivados el 7% de los casos. Figura 5.

La tasa de morbilidad global de nuestra serie fue del 11% y la tasa de mortalidad fue del 0%. Figura 6. Dos pacientes presentaron morbilidad menor (Clasificación Clavien Dindo I-II) y un paciente presentó morbilidad mayor IVb clasificación Clavien-Dindo y ningún paciente presentó morbilidad C-D V. Figura 7. No hemos tenido ninguna reintervención.

La tasa R0 fue del 71% y la incidencia de R1 fue del 20%, la mayoría R1 vascular y en MTX de origen CCR. La media ponderada considerada como estándar de calidad es del 18% con un límite superior del 25%. Figura 8.

No hemos tenido hemorragia postoperatoria, ni fístula biliar. Nuestra serie presentó una incidencia de disfunción hepática postoperatoria (DHPH) grado A de la ISGLS. Figura 9. La estancia media hospitalaria fue de 4,3 días . Nuestra tasa de readmisión es del 0%.

DISCUSIÓN

En los últimos años se ha incrementado el número de procedimientos en cirugía hepática gracias a los avances en el campo del diagnóstico, avances técnicos en cirugía y en agentes quimioterápicos. La cirugía de hígado es técnicamente demandante y exige un perfecto conocimiento de la anatomía y funcionalidad hepática. En el ámbito de la cirugía, la aparición del abordaje laparoscópico/robótica, la ecografía intraoperatoria y el desarrollo de instrumentos para

la disección y la hemostasia ha conseguido mejorar los resultados de las intervenciones, ya que la morbilidad en los comienzos de la cirugía no era desdeñable.

Las sociedades científicas han empleado grandes esfuerzos en establecer unos indicadores de calidad para los distintos procedimientos terapéuticos que permitan analizar los resultados obtenidos y poder compararlos entre los distintos grupos con el objetivo de ofrecer a los pacientes la mejor calidad en la asistencia sanitaria recibida. Los estándares de calidad en cirugía hepática más aceptados para la resección son los acordados por el grupo ISGLS. Actualmente el concepto del “benchmark” se ha propuesto como un proceso clínicamente aplicable de medición y búsqueda de la mejor práctica quirúrgica, comparando

los resultados de un solo centro con unos indicadores de rendimiento (benchmark values, BMV). Se han propuesto BM para diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos, para la cirugía hepática aún no bien definido. Nuestra morbilidad es del 11%, en rango según los estándares descritos en la literatura, media ponderada del 33%. Nuestra mortalidad es del 0%, se acepta como estándar de calidad el 2% en cirugía hepática 4.

Nuestra tasa de DHPH es del 3%, similar a los estándares de calidad con un límite superior del 8%. Por tanto, los resultados obtenidos por la Unidad de Cirugía Hepatobiliar del Hospital Universitario Puerta del Mar en las resecciones hepáticas se ajustan a los estándares de calidad aceptados para la cirugía hepática.

Figuras Resultados de la Cirugía hepática:



Figura 1. Sexo



Figura 3. Abordaje



Figura 4. Anatomía Patológica



Figura 2. Hepatectomías

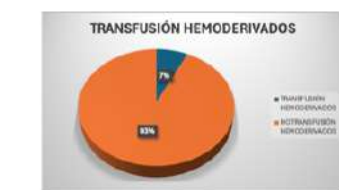


Figura 5. Transfusión Hemoderivados



Figura 6. Morbimortalidad



Figura 8. Márgenes de Resección

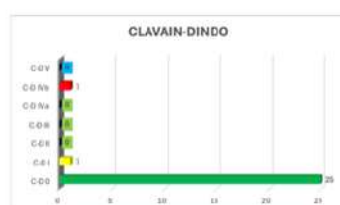


Figura 7. Clasificación Clavain-Dindo



Figura 9. Disfunción Hepática Postoperatoria/Fuga Biliar/Hemorragia

2.1.2; Resultados de la Cirugía Pancreática 2025:

RESULTADOS DE CIRUGÍA PANCREÁTICA DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR AÑO 2025

María Jesús Castro Santiago, María Dolores Casado

Maestre, Amparo Valverde Martínez. Jose Manuel Pacheco García.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma de páncreas constituye la cuarta causa de mortalidad en España y en Estados Unidos, siendo la resección quirúrgica el único tratamiento que logra aumentar la supervivencia. Se trata siempre de un reto para el cirujano debido a la dificultad técnica del procedimiento, y a pesar de que la mortalidad se ha reducido en los últimos años, aún es bastante elevada las complicaciones postoperatorias. La resección oncológica pancreática es una intervención de gran complejidad técnica, por lo que la necesidad de tomas de decisiones de equipos expertos, identificación de estándares de calidad y la necesidad de aplicar unos protocolos comunes constituyen elementos de gran importancia para disminuir la variabilidad en la práctica quirúrgica, mejorar los resultados y obtener una máxima optimización de los recursos disponibles. La morbilidad y mortalidad en la cirugía pancreática, particularmente en la pancreatoduodenectomía (PD), ha disminuido drásticamente en las últimas cuatro décadas. La mortalidad en 1970, era mayor del 25%, actualmente es menor del 2% en centros de alto volumen, sin embargo, la morbilidad a menudo permanece por encima del 40%, a pesar del avance en las técnicas quirúrgicas, anestesia, diagnóstico preoperatorio por imagen.... de hecho, las complicación más específica de la cirugía de páncreas, la fístula pancreática postoperatoria, aún no han mejorado.

La mejora de la calidad asistencial es una prioridad absoluta para obtener una mejor asistencia y una reducción de los costes. Necesitamos conocer los resultados de nuestra atención asistencial y compararlos con otras unidades o

centros de referencia para intentar mejorar. Para ello, necesitamos unas

medidas de resultado estándar con las que podamos compararnos. Entre los posibles sistemas de análisis de resultados se encuentra el “benchmarking” (BM), utilizado recientemente en la cirugía y que consiste en un proceso de medida y búsqueda de los mejores resultados postoperatorios, lo que permite comparar los resultados de un centro concreto con los indicadores que se consideran referencia óptima (valores benchmarking). El BM ha sido recientemente empleado en múltiples procedimientos quirúrgicos (trasplante hepático, duodenopancreatectomía cefálica (DPC), pancreatectomías izquierdas, hepatectomías, esofagectomías o cirugía bariátrica...). Actualmente la aplicación del BM en cirugía pancreática aunque ha sido aplicada, pero tiene ciertas limitaciones como que los valores definidos no son comparables con series previas, lo que obliga a realizar una valoración prospectiva, que al ser obtenidos de estudios multicéntricos pueden existir una ausencia de estandarización de actuaciones médicas, así como diferencias en el volumen de cirugía pancreática en cada centro 1,2. Otro concepto o término como medida de resultado surgido recientemente es el “Textbook Outcome (TO)”, una nueva medida compuesta de resultados clínicos que se puede utilizar para medir la calidad de los resultados quirúrgicos. Los TO para la cirugía pancreática fueron

publicados por el Dutch Pancreatic Cancer Group (DPCG) en 2020 3.

Por tanto, el BM puede ser una herramienta o medida de calidad útil que aporta información sobre resultados postoperatorios y oncológicos aplicada a cirugías específicas y en pacientes seleccionados pero aún se desconocen los mejores resultados alcanzables después de pancreatectomías tanto para DPC como para pancreatectomías izquierdas, en consecuencia, las comparaciones de resultados entre los diferentes centros sigue siendo especulativas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han analizado de forma retrospectiva los resultados obtenidos tras las resecciones pancreáticas de la Unidad Hepatobiliopancreática del Hospital Universitario Puerta del Mar (HUPM) del año 2025, atendiendo a las medidas de

calidad establecidas actualmente en la cirugía pancreática. El proceso de investigación de este trabajo se ha realizado identificando los indicadores de calidad que tienen relevancia clínica en la cirugía oncológica pancreática, basándonos en una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica, conferencias de consenso, trabajos de revisión sobre la calidad de la cirugía oncológica pancreática y desarrollo de indicadores, incluyendo trabajos que utilizan como herramienta de análisis de resultados los BM y los TO tanto en la DPC como las resecciones pancreáticas izquierdas. Las medidas o

indicadores de calidad seleccionados deben tener las siguientes características: 1. relevancia clínica, de forma que tenga impacto en el pronóstico o en la evolución postoperatoria, 2. estar claramente mencionado en los estudios nacionales e internacionales o que sus valores puedan ser calculados con facilidad a partir de los datos aportados y 3. que aparezcan con una frecuencia suficiente para poder ser evaluados. Hemos realizado un análisis descriptivo de los resultados obtenidos en nuestra Unidad comparando nuestros resultados con las medidas de calidad establecidos y considerados actualmente en la literatura científica. Como referencia hemos tomado un estudio nacional que establece unos límites de calidad aceptables 6 y un estudio multicéntrico en el que participan 23 centros internacionales expertos en cirugía pancreática oncológica 2.

Las medidas de calidad seleccionados para la resección pancreática en nuestra Unidad en el año 2025 han sido:

- Datos demográficos: sexo.
- Tipo de resección pancreática: DPC, pancreatectomía izquierda.
- Tipo de abordaje: abierto/laparoscópico.
- Tasa de Resecabilidad.
- Patología maligna vs benigna. Estudio Anatomopatológico.
- Necesidad de transfusión hemoderivados.
- Tasa de Morbilidad según clasificación Clavien-Dindo analizando de forma independiente la morbilidad menor (Clavien I-II) y morbilidad mayor (Clavien III-IV). - Mortalidad (Clavien V).
- Reintervenciones.
- Tasa de fístula pancreática (ISGPF Classification B-C): Grado B
Grado C
- Fuga bioquímica (biochemical leak)

- Tasa de fístula biliar.
- Hemorragia postoperatoria (ISGPF Classification A-B-C). - Estancia media Hospitalaria (días).
- Resultados Oncológicos:

Tasas R0

Número de ganglios extraídos

RESULTADOS

Durante el año 2025 hemos intervenido 11 pacientes, cinco mujeres y seis varones. Figura 1.

Realizamos duodenopancreatectomía cefálica (DPC) en el 55% de los casos, pancreatectomía izquierda en el 27% de los casos y pancreatectomía izquierda ampliada en el 18% de los casos. Figura 2. En cuanto al abordaje el 82% fue cirugía abierta y el 18% abordaje laparoscópico. Figura 3.

Las decisiones sobre el manejo del diagnóstico y la resecabilidad en el caso del adenocarcinoma de páncreas y LOES malignas del páncreas se han realizado

en un comité multidisciplinar, utilizando estudios de imagen de alta calidad como la Tomografía Computarizada (TC multicorte de páncreas) utilizando un

protocolo pancreático de fase dual, con imágenes obtenidas en fase venosa portal y arterial y de este modo establecer la relación de lesión pancreática con el eje venoso portomesentérico y arterial: Tronco Celíaco (CT), Arteria Hepática Común (AH) y Arteria Mesentérica Superior (AMS) y de este modo poder establecer los criterios de resecabilidad según NCCN Guidelines Version 2.2025 Pancreatic Adenocarcinoma, en los casos con diagnóstico preoperatorio de Adenocarcinoma de Páncreas 7 . En caso de duda diagnóstica hemos realizado resonancia magnética de páncreas (RM), esta la utilizamos

fundamentalmente para caracterizar lesiones hepáticas indeterminadas o en caso de alergia al contraste yodado. Este estudio se completó con TC tórax para las LOES malignas. El uso del PET-TC no está completamente clarificado, lo utilizamos en lesiones páncreas resecables con factores de riesgo y con sospecha de adenocarcinoma de páncreas localmente avanzado y metastásico. La ecoendoscopia no se recomienda como herramienta de rutina en el adenocarcinoma de páncreas solo la utilizamos cuando puede ser complementaria a la TC para la correcta estadificación preoperatoria y en caso de recibir neoadyuvancia y en los TNEp para determinar grado histológico y Ki67 y en las neoplasias quísticas de páncreas > 3 cm. En nuestra serie la tasa

de resecabilidad es del 100%, si comparamos nuestros resultados con lo publicado en la bibliografía nacional, la media ponderada de tasa de resecabilidad es del 75% y el límite de calidad aceptable es > 58%.

El estudio Anatomopatológico queda reflejado en la figura 4. El diagnóstico del 55% de las resecciones pancreáticas fue de adenocarcinoma ductal de páncreas. Nuestro centro es considerado como centro de medio volumen (entre 15 y 20 resecciones pancreáticas mayores realizadas al año).

Un paciente precisó transfusión de hemoderivados intraoperatorio. En

cirugía pancreática la transfusión de hemoderivados ha sido considerada como un valor “benchmark” (BM) y el “BM Cuton” para la transfusión de hemoderivados es considerado < 23%,

por tanto, nuestra serie cumple el BM para la transfusión de hemoderivados.

Definimos como morbilidad cualquier complicación postoperatoria presentada tras la cirugía pancreática, bien relacionada con la cirugía o las complicaciones que surgen por la comorbilidad del paciente. En nuestra serie hemos tenido una morbilidad del 55 %. El “Benchmark cuton” publicado en cirugía pancreática es del 73%. Para medir la morbilidad hemos utilizado la clasificación de Dindo- Clavien: grado I (tres pacientes), grado IIIa (tres pacientes) y grado V (un paciente). Figura 6.

La mortalidad definida como el éxitus desde el primer día postoperatorio hasta los 90 días tras la cirugía por cualquier etiología. Durante el año 2025 hemos tenido un éxitus tras cirugía pancreática, por tanto, nuestra incidencia de mortalidad ha sido del 9%. El “Benchmark cuton” para la mortalidad publicado en cirugía pancreática es del 5%.

En el año 2025 no hemos tenido ninguna reintervención. La media de reintervenciones nacional es del 11% con un límite de calidad aceptable < 20%. La fístula pancreática se ha definido según los criterios de ISGPF 2016 (biochemical leak , grado B y grado C) reflejado en la figura 7. En nuestra serie durante el año 2025 hemos tenido una tasa de fístula pancreática clínicamente relevante del 15%. El “Benchmark cuton” para la fístula pancreática publicado en la literatura científica para la cirugía pancreática es 19%. La media ponderada de fístula pancreática nacional es del 19% con un límite de calidad aceptable < 31%. La tasa de fístula biliar es poco frecuente y generalmente se produce por desvascularización arterial. Es definida por presentar liquido biliar en drenaje y/o colección de contenido biliar intraabdominal. Nuestra serie un presentó fistula biliar. Figura 8. La media ponderada nacional es del 6% con un límite de calidad aceptable < 14%. La hemorragia postquirúrgica intraabdominal o gastrointestinal ha sido definida según la clasificación ISGPS (grado A, grado B y grado C). En nuestra serie ningún paciente presentó hemorragia postoperatoria. El “Benchmark cuton” para la hemorragia severa (grado C) en cirugía pancreática es del 7%. La media ponderada nacional de hemorragia es del 11%, con un límite de calidad aceptable < 21%.

La estancia media en nuestra serie en el año 2025 fue de 15 días. La estancia media nacional es de 11 días, con un límite de calidad aceptable < 21 día.

Las tasas de resección R0 en nuestra Unidad en el año 2025ha sido del 91%. Figura 9. El “Benchmark cuton” para la resección R1 en cirugía pancreática es del 39%.

La media de ganglios extraídos ha sido de 15. El “Benchmark cuton” número de ganglios extraídos en cirugía pancreática maligna es d e l 16. Durante el periodo del año 2025 no hemos tenido ninguna readmisión. El “Benchmark cuton” de readmisión en cirugía pancreática maligna es d e l 21%.

DISCUSIÓN

La resección oncológica del páncreas es una intervención de gran complejidad técnica y con una elevada incidencia de complicaciones postoperatorias, por lo que la identificación de estándares de calidad constituye un elemento de gran importancia para disminuir la variabilidad en la práctica quirúrgica, mejorar los resultados y obtener una máxima

optimización de los recursos disponibles. Los indicadores de calidad, permiten valorar los resultados del tratamiento realizado, además de posibilitar la comparación con otros grupos o unidades especializadas⁴. Varias organizaciones han desarrollado medidas de calidad para la atención quirúrgica y oncológica, entre ellas la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (Surgical Care Improvement Project y la Physician Quality Reporting Initiative), Joint Commission y la American Hospital Association. De los cientos de medidas puestas en práctica hasta ahora, las únicas que involucran en los resultados oncológicos de cáncer de páncreas, son el volumen de casos de pancreatectomía y la mortalidad postoperatoria. Es importante destacar que el Foro Nacional de Calidad (Estados Unidos) ha introducido recientemente una iniciativa para establecer un marco de referencia para la medición de la calidad, con el fin de garantizar que sean científicamente aceptables, es decir: fiables, válidos, utilizables y viables (basados en datos que estén fácilmente disponibles y sean recuperables sin una carga indebida de recogida). Además es necesario que los hospitales evalúen el cumplimiento de los aspectos individuales de la atención a esta patología mediante el uso de indicadores específicos, así como, examinen la calidad general de la atención del cáncer de páncreas mediante el uso de una medida, para identificar oportunidades potenciales de mejora de la calidad dentro de cada institución. Para evaluar la calidad de un servicio o proceso, es necesario establecer comparaciones con algún tipo de guía o referencia, esta referencia es lo que definimos como un estándar de calidad. Idealmente, la calidad debería medirse para las poblaciones con un sistema de atención de salud común y costumbres sociales similares. Además, cualquier evaluación ajustada al riesgo de los parámetros que intervienen en la medición de la calidad debe tenerse en cuenta para las comparaciones. En ausencia de estas condiciones ideales, es necesario encontrar las normas en los datos disponibles en la literatura, aunque esto signifique comparar sistemas tan diferentes como los de Japón, Europa o los Estados Unidos, al menos ofrecerá una perspectiva global de que estándares deben ser considerados. Aunque varios estudios han demostrado la importancia del volumen y la mortalidad hospitalaria, y han hecho importantes contribuciones a nuestra comprensión de la calidad en la atención quirúrgica, estos parámetros no son suficientes. En el trabajo de Bilimoria et al. se describieron 43 estándares de calidad (QLs), incluyendo factores estructurales, factores de proceso de atención clínica, factores de idoneidad del tratamiento, factores de eficiencia y factores de resultados. Existen importantes diferencias metodológicas entre el estudio de Bilimoria et al. y el estudio publicado por L. Sabater et al. en el año 2014 (grupo español), la diferencia más relevante es que Bilimoria et al. identifica los QLs para una variedad de factores basados en las estimaciones de un panel de expertos en cáncer de páncreas y usa los datos obtenidos de la Base Nacional del Cáncer en los Estados Unidos (2004- 2005) y establece estándares de calidad para cinco ítems ⁴. El estudio de L. Sabater et al. identifica los QLs de resultados y establece límites de calidad (AQLs) aceptables para todos los ítems de acuerdo con datos mundiales y utiliza una metodología estadística diferente⁵. Debido a que los dos estudios cubren diferentes aspectos de calidad en la atención en el cáncer de páncreas y distinta metodología, pueden considerarse complementarios. Otro estudio publicado por los mismos autores L.

Sabater et al en el 2018, identifican los estándares de calidad y sus límites de variabilidad aceptables en cirugía oncológica pancreática en España sobre la base de publicaciones realizadas en nuestro país. Los problemas que se plantean a la hora de realizar un trabajo nacional con esta metodología son varios ya que depende de la información que los diferentes investigadores han considerado relevante publicar y que esté disponible en todas las series. Otra dificultad que hay que destacar en el estudio nacional, es la falta de definiciones que los diferentes autores consideran para valorar y presentar sus resultados, a pesar de que existen ya consensos sobre las definiciones de la mayoría de las complicaciones de la cirugía pancreática, ello conlleva que la incidencia de complicaciones muestre una gran disparidad 6.

Recientemente surge el concepto de “benchmarking” ampliamente utilizado en la industria como instrumento para mejorar la calidad. La idea de aplicar este concepto en la cirugía, es evaluar la calidad asistencial o la aplicación de una nueva técnica quirúrgica de un centro o cohorte tomando como referencia a los “mejores” (centros de alto volumen.....). Los indicadores no deben basarse exclusivamente en mortalidad, si no en además cubrir otros criterios de valoración relevante para los pacientes 2.

En nuestro trabajo hemos medido los estándares de calidad y “valores benchmarking y/o textbook Outcomes” establecidos en cirugía pancreática, fundamentalmente en cirugía oncológica, tomando como referencia las publicaciones realizadas en el ámbito nacional (L. Sabater et al. 2018) y publicaciones actuales del ámbito internacional.

Comparándonos con lo descrito en la literatura nacional e internacional y teniendo en cuenta que nuestro estudio es descriptivo, hemos encontrado que la mayoría de nuestros estándares cumplen los límites de calidad nacional aceptados y los “benchmark cutton” aceptados en las publicaciones internacionales. Exceptuando el número de ganglios extraídos en patología pancreática maligna que ligeramente ha sido menor (15 ganglios extraídos en nuestra serie, frente a “benchmark cutton” del 16).

Nuestra morbilidad está dentro del rango del “Benchmark cuton” (31% vs 73%). Nuestra mortalidad en el año 2025 fue del 9%, el valor “ Benchmark cuton de éxitos es del 0% al 5%. El “Benchmark cuton” para la fístula pancreática clínicamente relevante publicado en la literatura científica para a cirugía pancreática es 19%. La media ponderada de fístula pancreática nacional clínicamente relevante es del 19% con un límite de calidad aceptable < 31%, la tasa de fístula pancreática clínicamente relevante en nuestra serie durante el año 2025 ha sido del 15%, menor que lo publicado en la literatura.

Nuestra tasa de reintervención es menor que la media nacional (0% vs 20% respectivamente, límite establecido como aceptable). La tasa de fístula biliar en nuestra serie es menor que los límites de calidad aceptados (9% vs <14%). La tasa de hemorragia en nuestra serie en el año 2024 fue del 0%, similar al “benchmark cutton” (0% vs 7%). La estancia media está en el rango que la media ponderada nacional (9 días vs 21 día).

Por tanto, podemos concluir que nuestra serie cumple con los indicadores y/o “benchmark” ajustándonos a lo publicado en la literatura nacional e internacional.

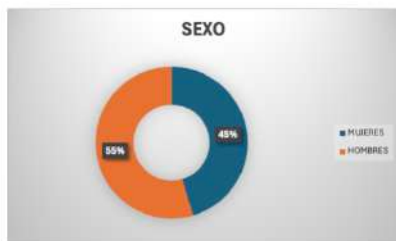


Figura 1: Sexo

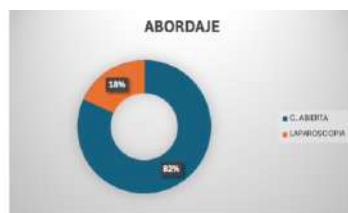


Figura 3: Abordaje quirúrgico

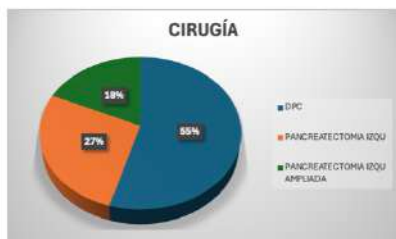


Figura 2: Tipo de Cirugía



Figura 4: Anatomía Patológica



Figura 5: Morbilidad y Mortalidad

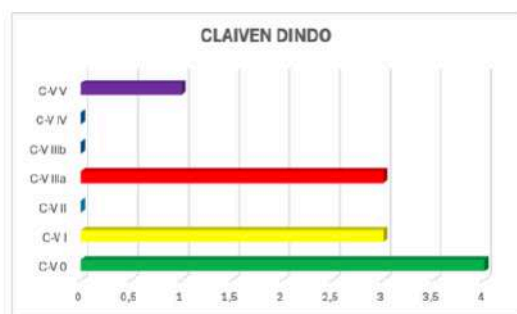
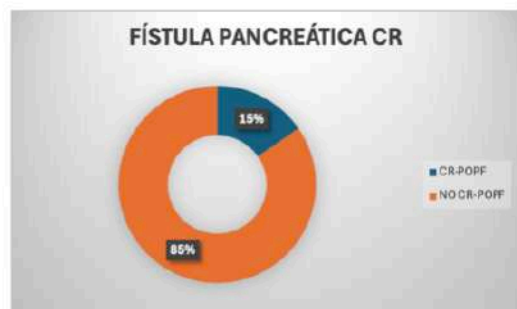


Figura 6: Clasificación CLAIVEN DINDO



Figura 9: Márgenes de Resección



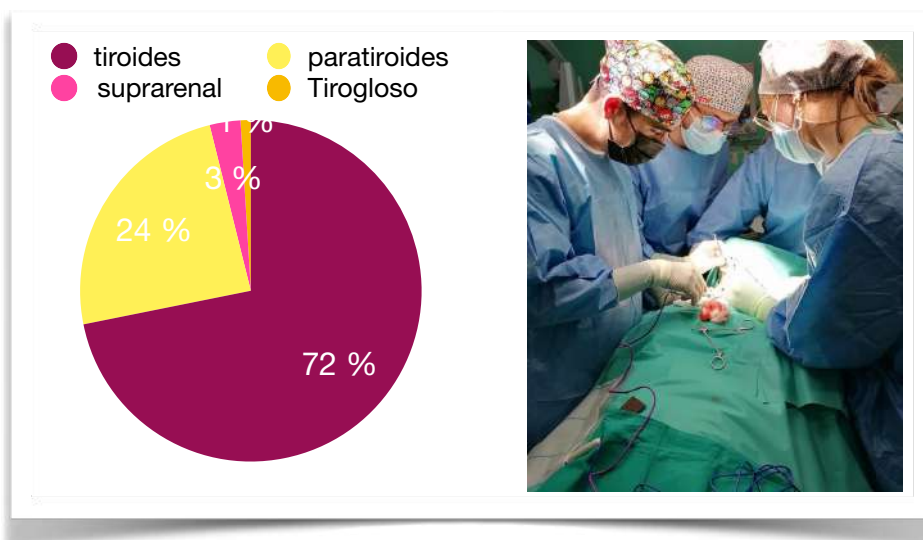
2.2- Resultados de cirugía endocrina:

Daniel Perez gomar, Violeta camacho Marente.

Hasta el 19/12/25 se han intervenido en la Unidad de Cirugía Endocrina hemos tenido un total de 37 quirófanos, interviniéndose 103 pacientes de los cuales:

- 74 intervenciones de cirugía de la glándula tiroides
- 25 intervenciones de cirugía de la glándula paratiroides
- 3 intervenciones sobre las glándulas suprarrenales

Los resultados quedan reflejados en la siguiente gráfica:



RESULTADOS CIRUGIA TIROIDES:

Se han realizado un total de 74 intervenciones sobre la glándula tiroides, el desglose por el tipo de cirugía realizado es el siguiente:

- 35 tiroidectomías totales
- 34 hemitiroid-ectomías
- 5 Ca tiroides con vaciamiento cervical
- 1 quiste del conducto tirogloso

En cuanto a las complicaciones observadas estamos en la mayoría de ellas por debajo de los niveles aceptados como índices de calidad, los resultados quedan reflejados en la siguiente:

- Hematoma asfíctico (0.5-2%): 0 paciente: 0%
- Hipocalcemia (20-50%): 2 paciente: 2,70%
- Lesión bilateral n. recurrente (0.4-0.6%): 1 pacientes: 1,35%
- Lesión unilateral n. recurrente (0-14%): Se acepta en aquellos que no sean endotorácicos ni oncológicos (0.5-8%)

Total: 3 pacientes: 4,05%

Nuestra unidad dispone de sistema de neuromonitorización del nervio recurrente y este ha sido utilizado en 105 de 127 cirugías tiroideas (82,67%).

Tipo de complicación	Indices de calidad	Resultados de la unidad	Cumplimiento
Hematoma asfíctico	0.5-2%	0 %	✓
Hipocalcemia	20-50%	2,7 %	✓
Lesion Bilateral NR	0,4-0,6%(no oncológico)	0 %	✓
Lesion NR Oncologico,	0,5-8%	1,35 %	✓
Lesión unilateral NR	0-14	0 %	✓

RESULTADO CIRUGÍA DE PARATIROIDES:

Durante el 2025 se han intervenido 25 pacientes, de los cuales

4 cervicotomías exploradoras

No casos de hipocalcemia ni hematoma asfíctico

0 caso de lesión de n. recurrente: 0%

0 caso en el que no se produjo descenso PTH: 0%

RESULTADOS DE LA CIRUGÍA DE LA GLANDULA SUPRARRENAL

Hemos intervenido durante el 2025, 3 pacientes

-Sin complicaciones postoperatoria

Estancia media hospitalaria de la Unidad 1,77 días

Uso de neuromonitorización en 71 de 74 cirugías tiroideas (95,94%)

La unidad aunque no realiza las intervenciones en regímen de CMA tiene una estancia media de 1,45 días con un mínimo de 12 horas < de 1 día y un máximo de 10 días.

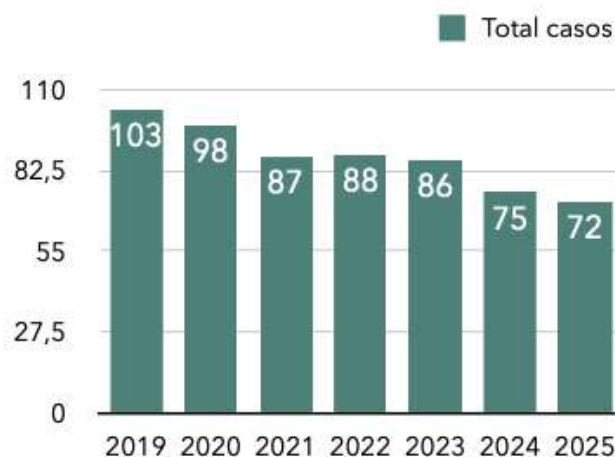
En general la unidad cumple con los criterios de calidad establecidos en las AEC sobre unidades de cirugía endocrina.

2.3-Resultados unidad de cirugía colorectal



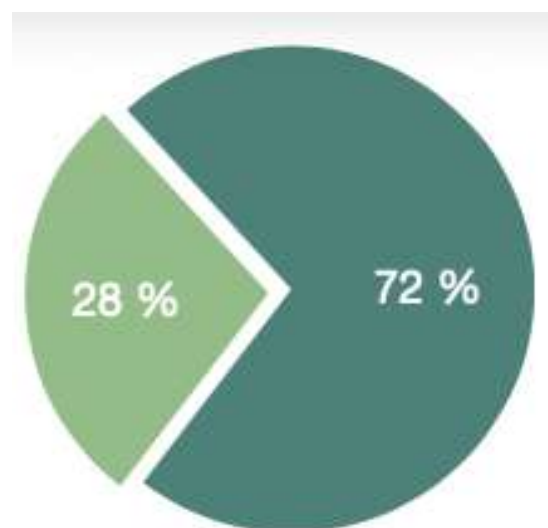
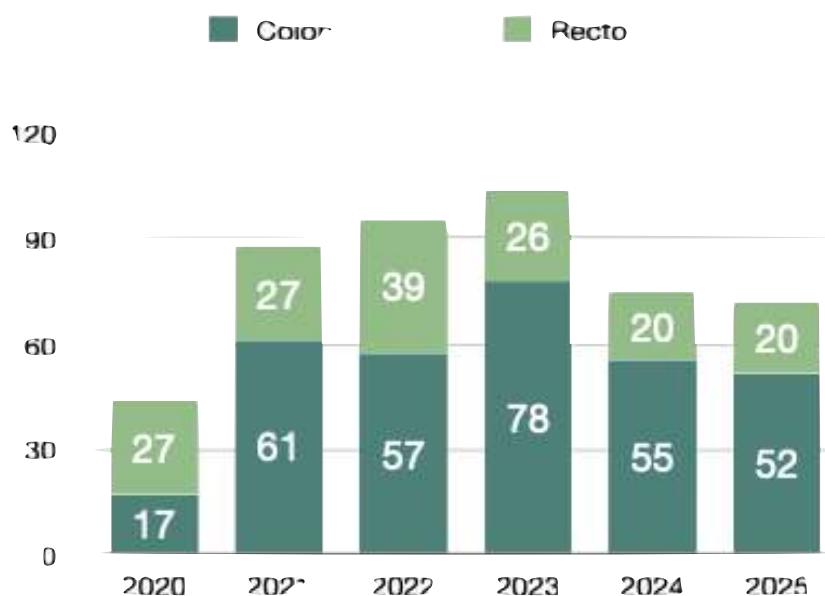
Eva Maria Sancho Maraver, M^a Carmen Bazan Hinojo, Jose Ramón Castro Fernandez, Francisco Romero Aceituno, M^a José Jimenez Vaquero, Tatiana Gomez Sánchez.

El año 2025 ha representado un período de consolidación en la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario Puerta del Mar (HUPM), Cádiz, en el manejo del cáncer colorectal (CCR). A pesar de desafíos persistentes en la gestión de listas de espera y disponibilidad de quirófanos, el volumen de casos intervenidos de forma programada se mantiene estable en comparación con 2024, con un enfoque creciente en abordajes mínimamente invasivos (AMI, incluyendo laparoscópico y robótico Da Vinci).

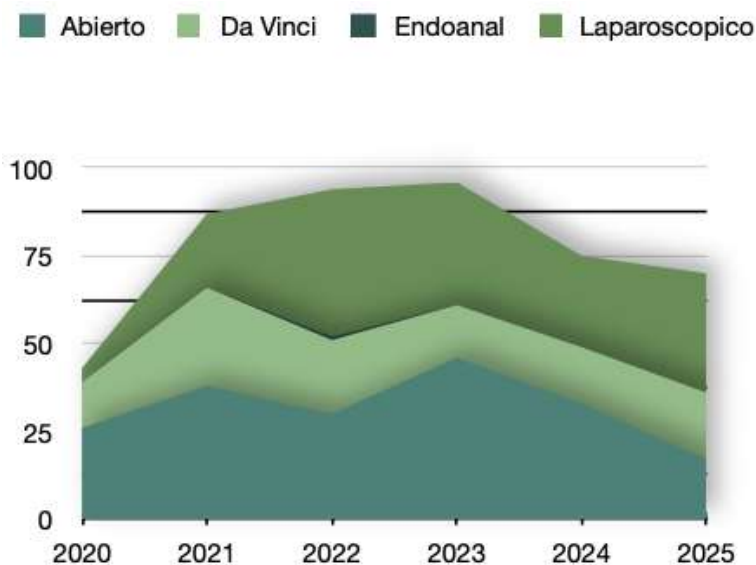
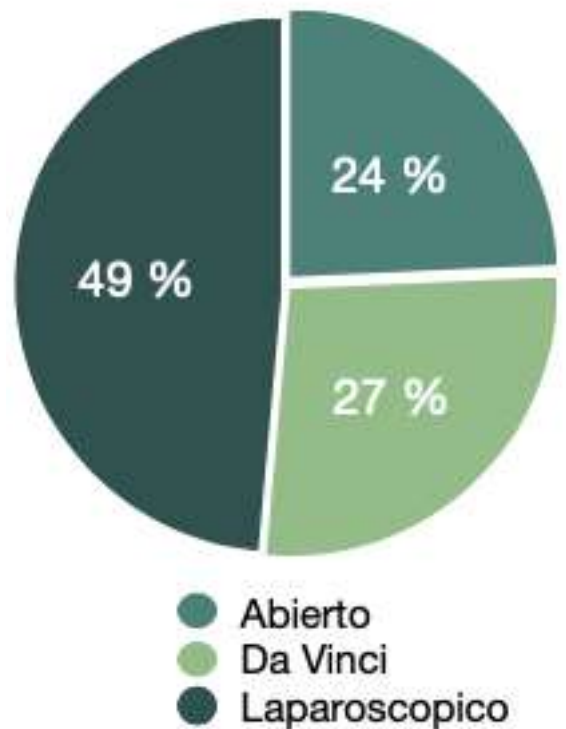


El año 2025 se han intervenido un total de 72 casos de los cuales 20 han sido pacientes con cáncer de recto y los 52 restantes fueron pacientes con cáncer de colon, con la distribución de la figura siguiente.

La proporción entre cáncer de recto y colon ha sido similar a años anteriores, algo inferior en porcentaje de rectos, como se ve en la siguiente tabla:



Respecto a la evolución del uso de la cirugía laparoscópica y robótica frente al abordaje abierto, se mantiene un esfuerzo importante para fomentar el uso de la cirugía laparoscópica y para favorecer que todos los pacientes con cáncer de recto sean operados con abordaje robótico. Este año, más de tres cuartas partes de las cirugías, el 76%, han sido casos intervenidos por abordaje mínimamente invasivo, lo que representa un aumento significativo respecto al año anterior (56%) y recupera el pico observado en 2022 (67%), superando las cifras de años previos como 2023 (52%) y 2021 (56%). Esta progresión refleja una tendencia al alza en los últimos años, con una media histórica alrededor del 55-60% entre 2020 y 2024, posiblemente influida por variaciones en el volumen total de casos (de 96 en 2023 a 78 en 2024 y 70 en 2025).

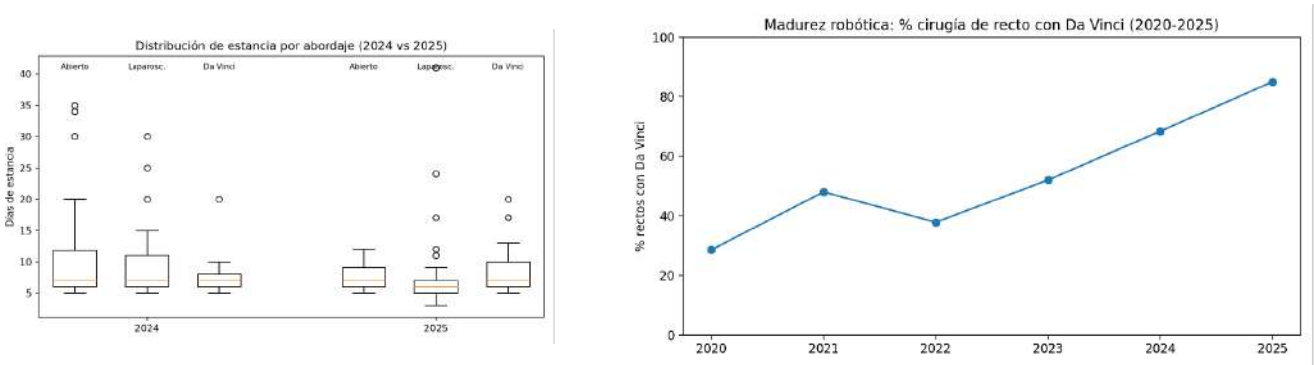


Del total de 20 tumores de recto intervenidos, 17 se han intervenido por abordaje robótico (85%), lo cual implica un uso cada vez más extendido de la cirugía robótica en el cáncer de recto, siendo en la actualidad el abordaje principal en la cirugía rectal en nuestro hospital .

En comparación con hospitales vecinos en Andalucía, como el Hospital Universitario Virgen del Rocío (que alcanzó 3.000 cirugías robóticas totales en 2025, incluyendo colorrectales, con un fuerte énfasis en cirugías mini-invasivas) o el Hospital Clínico de Málaga (donde el 80% de las intervenciones colorrectales eran mínimamente invasivas en datos históricos recientes, con más de 850 casos acumulados), nuestro porcentaje del 76% se mantiene en

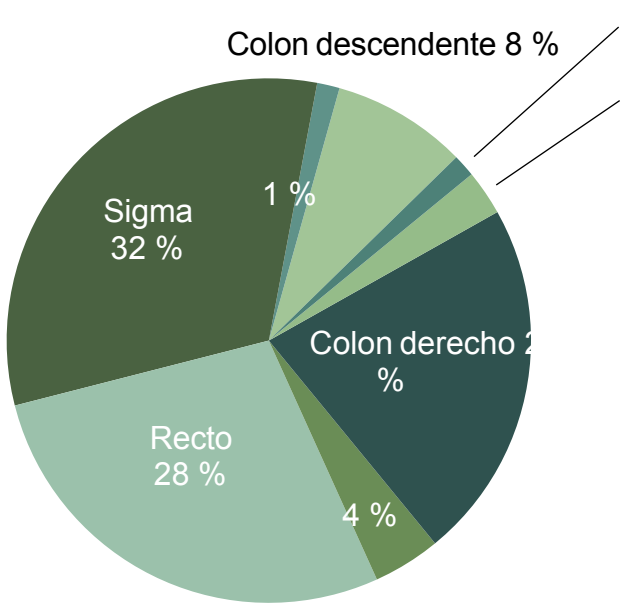
línea o ligeramente por encima de los niveles de otros centros de tercer nivel en el entorno, como el Hospital Universitario Virgen Macarena (que en 2024 avanzaba en la implementación robótica general sin datos específicos de porcentajes en cirugía colorrectal). La cirugía robótica muestra

un incremento moderado en su porcentaje de casos, especialmente en cáncer de recto, donde alcanza aproximadamente el 95% de las intervenciones en 2025, acercándonos al objetivo de universalizar este abordaje en dichos pacientes.



La serie histórica de datos (2019-2025) muestra distribuciones de localizaciones tumorales en cáncer colorrectal que son relativamente estables, con fluctuaciones menores posiblemente atribuibles al volumen variable de casos por año (de 2 en 2019 a un pico de 103 en 2023, con un total acumulado de 481 casos válidos). En términos agregados por lado anatómico (aproximado para 2021-2025, n=435 casos):

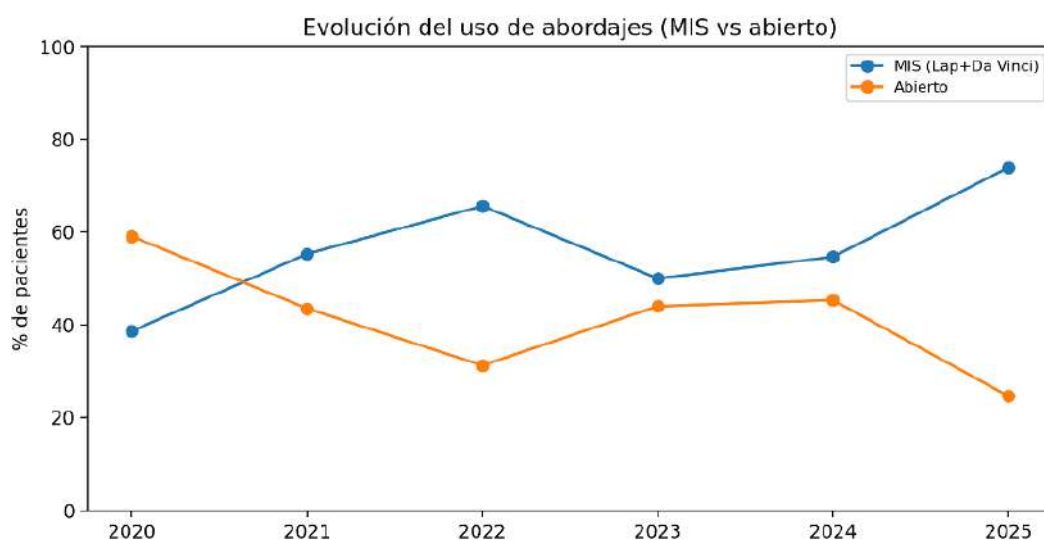
Localización tumor	Historia (Único)	Historia (Único)
Angulo esplenico	1	1,39 %
Angulo hepatico	2	2,78 %
Colon dcho	16	22,22 %
Colon transverso	3	4,17 %
Recto	20	27,78 %
Sigma	23	31,94 %
SINCRÓNICO	1	1,39 %
Colon descendente	6	8,33 %
Total general	72	100,00 %



Derecho/proximal (colon dcho + ángulo hepático + transverso): ~35% (estable, con ligera caída en 2025).

Izquier do/distal (sigma + descendente+ esplénico): ~32% (ligero aumento impulsado por sigma).

Recto: ~30% (estable).



Alineación con la literatura y estadísticas de otros hospitales:

Literatura general/global/Europa: La distribución está bien alineada. Estudios europeos (e.g., EUCAN/EUROCARE) reportan ~30-35% en recto, 25-30% en sigma/distal, 20-30% en proximal/derecho, con variaciones por edad/sexo (mayor proximal en mujeres y ancianos). Globalmente (WCRF/IARC), ~40% proximal, 30% distal, 30% recto en países desarrollados, con una tendencia histórica a aumento proximal ("right-shift") debido a envejecimiento poblacional y cambios dietéticos. En nuestra serie, el ~35% proximal, 32% distal y 30% recto (2021-2025) coincide estrechamente, sin evidencia del "right-shift" significativo (posiblemente por el período corto o foco en cribado).

España y Andalucía: Alta concordancia. Datos nacionales (SEOM/REDECAN) indican ~31% recto, 40% distal (sigma+descendente), 29% proximal, similar a nuestros ~30%/32%/35%. En estudios españoles (e.g., multicéntricos en Nature/PMC), distribuciones subsite: recto 31-43%, sigma ~20-25%, proximal~29%. En Andalucía, registros como el de Granada o Sevilla muestran patrones parecidos (e.g., mayor incidencia distal en hombres), con mortalidad~27/100.000 en varones (similar a nacional). No hay desviaciones notables; nuestras cifras reflejan el énfasis en cribado (FIT) que detecta más distales/ rectales tempranos.

Otros hospitales: Alineado con centros terciarios andaluces/españoles. Por ejemplo, el Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla) reporta ~30% recto y énfasis en proximal en ancianos; el Clínico de Málaga muestra ~35-40% distal. Nuestras cifras (mezcla urbana Cádiz) encajan en el promedio regional sin outliers. No hay datos subsite exactos públicos para comparaciones directas, pero tendencias generales (estabilidad, ~30% recto) coinciden con informes de REDECAN y OECD.

Fuentes:

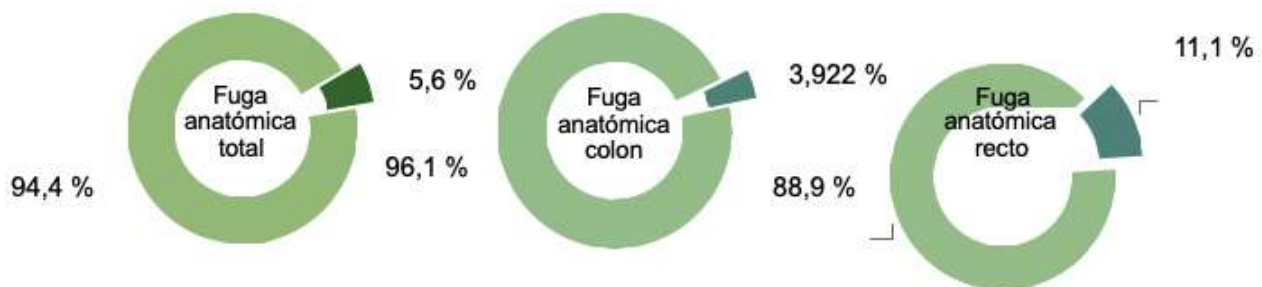
<https://www.europecan.org/bitstream/handle/10261/100000/1/0ce761b6-ee00-491b-93e7-7662be4d115a/download>

<https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/colorectal-cancer-statistics/>
<https://www.nature.com/articles/srep43263> <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8719175/>
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7244163/>
https://en.cr.eu/sites/default/files/inline-files/Colorectal_cancer_factsheet_March_2021.pdf <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8201149/> https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/02/eu-country-cancer-profile-spain-2023_2c613050/260cd4e0-en.pdf <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0923753419569897>

Indicadores de resultado

1. Tasa de dehiscencia anastomótica.

Nº de dehiscencias anastomóticas x 100/Nº total de pacientes operados por CCR de forma electiva. Límites 12-18%



Resultado: 5,6 % Objetivo cumplido.

Según el SISG (the United Kingdom Infection Study Group), fuga anastomóticas se definió como escape de contenido luminal de la union quirúrgica entre dos vísceras huecas.

Existen tres tipos de dehiscencia.

Tipo A

Fuga anastomótica radiológica: nNo repercusión sobre estancia. No requiere cambios en el manejo. No la hemos considerado como fuga en nuestro análisis de pacientes.

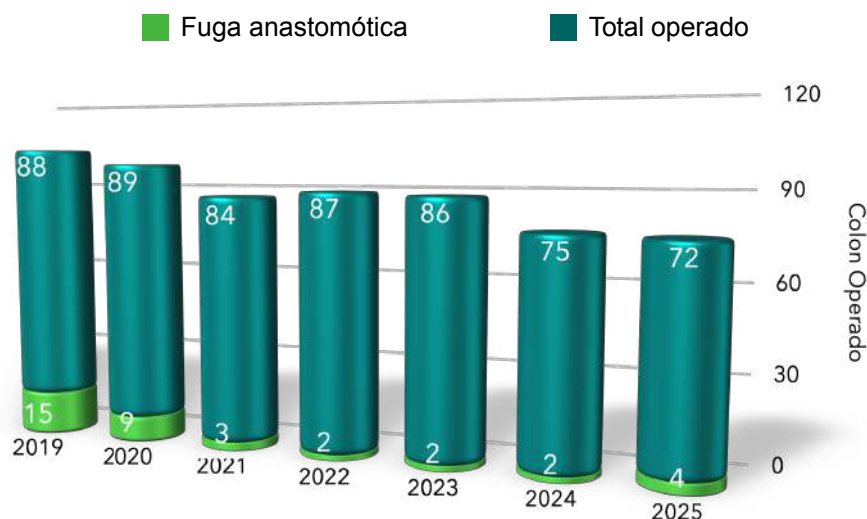
Tipo B

Requiere cambios en el manejo. No relaparatomíaAlarga la estancia hospitalaria.

Tipo C

Requiere relaparotomía. Alarga estancia hospitalaria.

En nuestra serie hemos valorado las fugas anastomóticas tipo B y C que son las que tienen impacto sobre la asistencia sanitaria y calidad de vida del paciente.



En relación con el indicador de tasa de dehiscencia anastomótica (fuga anastomótica) discutido el año pasado, basado en los datos del 2025 del HUPM observamos un ligero aumento en comparación con las cifras de 2024 (1,8% en colon y 5,0% en recto bajo). En 2025, con 72

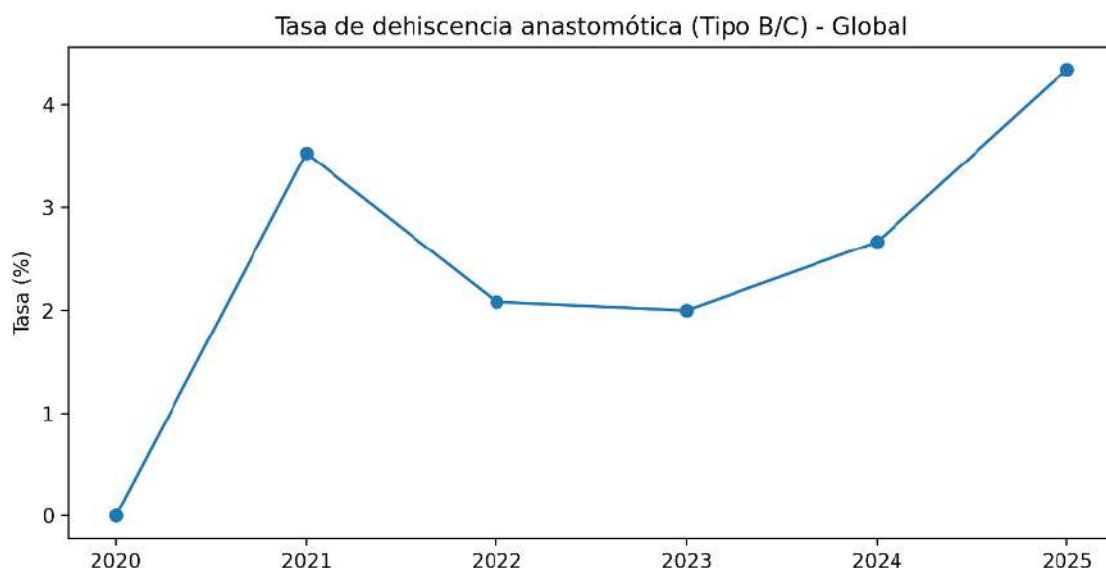
pacientes operados y 69 anastomosis realizadas (excluyendo procedimientos sin anastomosis como Hartmann o amputación abdominoperineal), se registraron 4 casos de fuga anastomótica, lo que representa una tasa global del 5,80%. Desglosado por localización: para colon (51 anastomosis), la tasa fue del 3,92% (2 casos: uno tipo A asintomático de grado I según Clavien-Dindo, sin reintervención, y uno tipo C de grado IIIb que requirió relaparotomía); para los tumores de recto (18 anastomosis, predominantemente bajas o medias-inferiores), alcanzó el 11,11% (2 casos, ambos tipo C de grado IIIb con relaparotomía). No se identificaron fugas tipo B. Aunque estas tasas representan un incremento respecto al año anterior, se mantienen por debajo de los umbrales recomendados por la Asociación Española de Cirujanos (AECOP) (<10% para colon y <15% para recto bajo) y dentro de los rangos aceptables reportados en la literatura internacional (típicamente 1-12% para colon y 5-19% para recto, especialmente en anastomosis bajas), según revisiones como las publicadas en *Frontiers in Surgery* y *Journal of the American Medical Association*.

Este aumento podría atribuirse a factores como la complejidad de los casos (mayor proporción de rectos inferiores) o variaciones en el volumen quirúrgico, pero no indica una desviación significativa de estándares. Las bajas tasas generales continúan reflejando el impacto positivo de la subespecialización en cirugía colorrectal exclusiva, la implantación de la vía clínica RICA (recuperación intensificada después de la cirugía), el proyecto IQZ para mejora de la calidad, y el rol del comité multidisciplinar de tumores digestivos, que aseguran resultados alineados con estándares de calidad elevados.

Se recomienda persistir en el monitoreo de este indicador clave, priorizando estrategias preventivas como la optimización del abordaje robótico en recto y el manejo perioperatorio, para minimizar su impacto en la asistencia sanitaria y la calidad de vida del paciente, siguiendo las recomendaciones de estudios recientes que enfatizan la reducción de fugas para mejorar resultados oncológicos.

Tas de dehiscencia anastomótica recomendadas según AECP

Tasa de dehiscencia		
	RECOMENDADO AECP	HUPM
Tasa de dehiscencia en cirugía de colon	<10%	3,92 %
Tasa de dehiscencia en cirugía del recto bajo	<15%	11,1 %



2. Tasa de conservación de esfínteres.

Resultado: 93,3 %

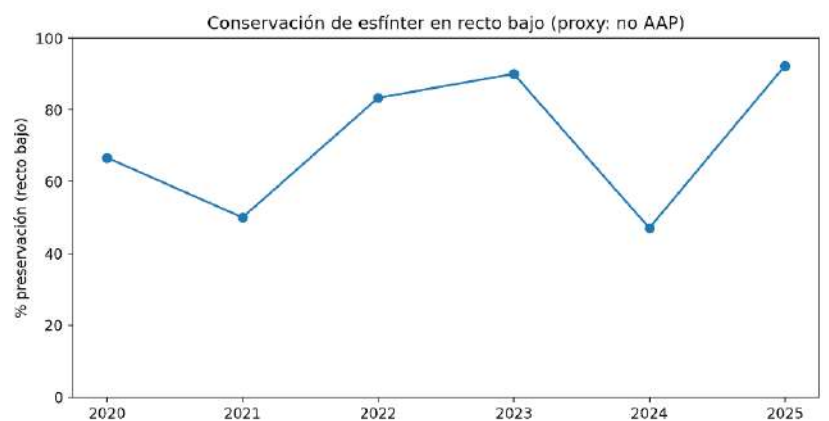
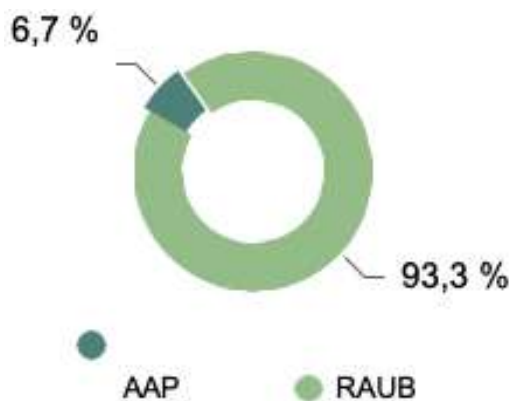
Objetivo conservación de esfínteres:

CUMPLIDO

Recto medio/inferior	
Tipo de cirugía	Conservación esfínter
AAP	1
Total	15

Conservación de esfínter en cáncer de recto después de Cirugía:
 Número de pacientes con cáncer de recto de tercio medio e inferior
 con preservación de esfínter después de Cirugía x 100 / N° pacientes
 total sometidos a Cirugía. Límites entre 70-75%

En relación con el indicador de tasa de conservación de esfínteres en cáncer de recto después de cirugía, basado en los datos del 2025 del Hospital Universitario Puerta del Mar, observamos una mejora significativa en comparación con las cifras de 2024 (52%, no cumplido). En 2025, con 15 casos de recto medio/inferior intervenidos quirúrgicamente, se registró solo 1 amputación abdominoperineal (AAP), lo que representa una tasa de conservación del 93,33% (14/15 casos con preservación mediante procedimientos como resección anterior baja/ ultrabaja). Esta cifra supera ampliamente el objetivo establecido de 70-75%, logrando el cumplimiento del indicador y reflejando un avance notable en la calidad asistencial. El aumento podría atribuirse a factores como la mayor complejidad de los casos intervenidos en años previos (con mayor número de AAP posiblemente relacionado con comorbilidades o estadios avanzados), el incremento en el uso de abordajes robóticos (que facilitan la preservación en rectos inferiores, como se observa en el 85-95% de los casos de recto en 2025), la subespecialización quirúrgica, la implantación de la vía clínica RICA y el rol del comité multidisciplinar de tumores digestivos, que optimizan la selección y el manejo perioperatorio. Estas tasas se mantienen por encima de los rangos reportados en la literatura internacional para cáncer de recto bajo (típicamente 58-79% en revisiones y bases de datos como NCDB, con énfasis en neoadyuvancia y técnicas mínimamente invasivas para mejorar la preservación sin comprometer resultados oncológicos). Se recomienda continuar monitoreando este indicador clave de calidad, priorizando estrategias como la expansión de la cirugía robótica y protocolos estandarizados, para sostener estas tasas elevadas y minimizar el impacto funcional en la calidad de vida del paciente, según recomendaciones de estudios recientes que destacan la preservación como medida de excelencia en cirugía colorrectal.



Fuentes:

<https://www.frontiersin.org/journals/oncology/articles/10.3389/fonc.2022.996866/full>

<https://www.wjgnet.com/1948-9366/full/v17/i7/107525.htm>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4251773/> <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2004.08.170> <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022480414003011> <https://www.pfmjournal.org/journal/view.php?doi=10.23838/pfm.2021.00142>

3.1 Numero de ganglios necesarios tras una cirugía oncológica diferenciando cáncer de recto o colon y según neoadyuvancia

Fórmula: $\frac{\text{Nº de pacientes con Cáncer de COLON los que se ha realizado linfadenectomía mesocólica (con al menos 12 ganglios)}}{\text{Nº de pacientes intervenidos quirúrgicamente}} \times 100$
Dimensión: efectividad
Estándar: 90-95%

Resultado: 68,5% de piezas quirúrgicas con más o igual de 12 ganglios resecados. (Año 2024: 77,77%)

Personas diagnosticadas de Cáncer colorectal a las que se interviene quirúrgicamente en un tiempo inferior a 30 días tras su ingreso en AGD. Límites entre 90-95% (Nota: se excluyen pacientes con Radioterapia previa).

Objetivo: **No cumplido**

Del total de piezas quirúrgicas, 54 corresponden a cirugías sin tratamiento neoadyuvante, de las cuales 17 casos tienen menos de 12 ganglios .

4. Nº de pacientes con cáncer de RECTO con neoadyuvancia a los que se ha resecado al menos 8 ganglios *100/Nº de pacientes intervenidos quirúrgicamente por cáncer de recto con Neoadyuvancia

Nº de pacientes con Cáncer de RECTO los que se ha realizado linfadenectomía (con al menos 8 ganglios) *100/Nº de pacientes intervenidos quirúrgicamente por cáncer de recto
Dimensión: efectividad
Estándar: 90-95%

Resultado: 50% de piezas quirúrgicas con más o igual de 8 ganglios resecados. (Año 2024: 36,84%)

Objetivo: No Cumplido

Del total de piezas quirúrgicas, 16 corresponden a cirugías con tratamiento neoadyuvante, de las cuales 8 casos tienen menos de 8 ganglios.

5. Pacientes con cáncer colorectal que inician el tratamiento Adyuvante en un plazo menor o igual a 6 semanas desde el diagnóstico.

Número de pacientes en los que se inicia el tratamiento en un tiempo menor o igual a seis semanas desde el diagnóstico definitivo x 100/
número de pacientes que inician el tratamiento del CP en el mismo
periodo de tiempo.

Estándar: mínimo 70%. Óptimo >85%

Resultados: 86,666% Objetivo: Cumplido

13 de los 15 pacientes inician el tratamiento adyuvante a las 6 semanas o antes, desde el diagnóstico AP de CCR.

Indicadores de proceso

Pacientes intervenidos antes de un mes desde RDQ

Personas diagnosticadas de Cáncer colorectal a las que se interviene quirúrgicamente en un tiempo inferior a 30 días tras su ingreso en AGD.
Límites entre 90-95% (Nota: se excluyen pacientes con Radioterapia previa).

Resultado: 63,8% Objetivo: No cumplido

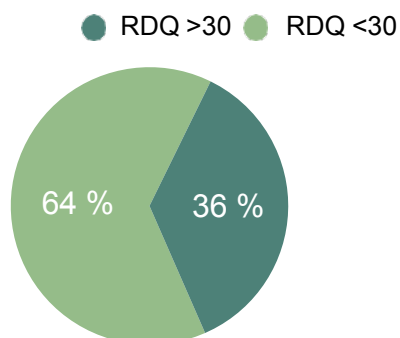
En relación con el indicador de p r o c e s o d e p a c i e n t e s intervenidos quirúrgicamente en un tiempo inferior a 30 días tras su ingreso en el Área de Gestión Digestiva (AGD) para cáncer colorrectal (excluyendo aquellos con radioterapia previa), basado en los datos del 2025 del Hospital Universitario Puerta del Mar, observamos un descenso en comparación con las cifras de 2024 (78%, no cumplido). En 2025, se registró una tasa del 63,83% (30 casos <30 días).

Esta cifra no alcanza el objetivo establecido de 90-95%, manteniendo el no cumplimiento del indicador, aunque la media de días hasta la cirugía fue de 22,74 (mejor que los 25 de 2024), con un máximo de 112 días posiblemente relacionado con comorbilidades, complejidad oncológica o demoras logísticas en un contexto de volumen estable de

casos. La mayoría de los retrasos podrían atribuirse a factores como la optimización preoperatoria o coordinación multidisciplinar, sin impacto aparente en la evolución clínica. Estas tasas, aunque por debajo del umbral deseado, se alinean con rangos reportados en la literatura internacional para tiempos de espera desde diagnóstico a cirugía en cáncer de colon (mediana de 31 días en estudios canadienses, o medias de 42-61 días en cohortes estadounidenses, con recomendaciones de 3-6 semanas para no afectar la supervivencia). Se recomienda intensificar esfuerzos en la vía clínica RICA y el comité multidisciplinar para reducir demoras, priorizando protocolos estandarizados que minimicen tiempos sin comprometer la seguridad, alineándonos con evidencias que enfatizan la importancia de intervenciones oportunas para mejorar resultados oncológicos y la calidad asistencial.

COLON - RDQ < 30

Recto/ colon	Colon	
RDQ A TIEMPO	Historia	%
FALSO	17	33,3 %
VERDADERO	30	58,8 %
(vacío)	4	7,8 %
Total general	51	100,00 %



2. Personas valoradas por el comité de tumores antes de la intervención quirúrgica

Personas diagnosticadas de cáncer colorectal que antes de iniciar tratamiento son valoradas por el comité de tumores

Formula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas diagnosticadas de CCR que han sido valoradas por la comisión de tumores antes de iniciar el proceso terapéutico}}{\text{N}^\circ \text{ total de personas diagnosticadas de CCR}}$

Estándar >60%

Resultado: 96% de los pacientes fueron valorados en comité previo a intervención.

Objetivo: Cumplido.

3. Personas valoradas por el comité de tumores en menos de 60 días desde el diagnóstico AP

Formula: N° de personas diagnosticadas de CCR que han sido valoradas por la comisión de tumores antes de iniciar el proceso terapéutico en menos de 60 días desde la recepción de la AP/N° total de personas valoradas por el comité de tumores
Estándar >60%

Objetivo: 100% Cumplido

4. Estadio oncológico de pacientes presentados en el comité de tumores

Estadio I: 12.5% (14% del total de pacientes intervenidos durante el año 2024). Estadio II: 39% (33% del total de pacientes intervenidos durante el año 2024). Estadio III: 43,7% (49% del total de pacientes intervenidos durante el año 2024) Estadio IV: 4.6% (2,5% del total de pacientes intervenidos durante el año 2024).

Si lo analizamos diferenciando cancer de colon y cancer de recto obtenemos los siguientes resultados

Pacientes con cáncer de Colon:

Estadio I 19,5%,

Estadio II 54,5%,

Estadio III 25%,

Estadio IV 4,5%

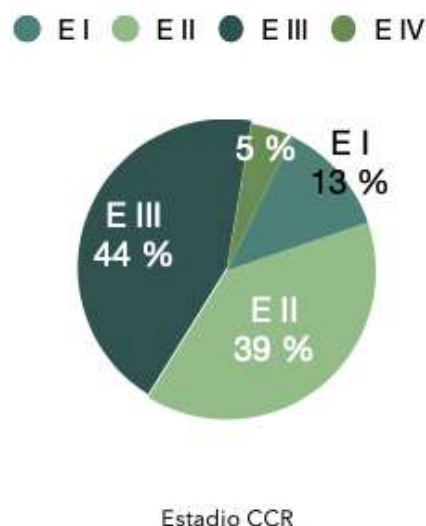
Pacientes con cáncer de recto:

Estadio I 5%,

Estadio II 5%,

Estadio III 85%,

Estadio IV 5%.



Estadio	Pacientes con cáncer de colon	Pacientes con cáncer de recto
I	19,5 %	5 %
II	54,5 %	5 %
III	25 %	85 %
IV	4,5 %	5 %

5. Tiempo desde primera consulta hasta colonoscopia diagnóstica:

Formula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas que se han realizado colonoscopia diagnóstica en menos de 30 días desde la consulta}}{\text{N}^\circ \text{ total de personas vistas en la consulta}}$
 Objetivo: 90%

Resultado: 63%

Objetivo: No cumplido

6. Tiempos de respuesta Radioterapia - Intervalo entre comité de tumores y tratamiento neoadyuvante .

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes cuyo intervalo entre presentación en comité de tumores e inicio de tratamiento Radioterápico es igual o inferior a 30 días naturales}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que han recibido tratamiento neoadyuvante por neoplasia maligna de esa localización.}}$
 Estándar 90%

Resultado: 54%.

Objetivo: No CUMPLIDO

Resultado: 54% de pacientes a los que se comienza radioterapia desde derivación del comité comienzan radioterapia en menos de 30 días ,mejorando con respecto a los datos del año anterior en el que un 42% de los pacientes comenzaban la radioterapia antes de los 30 días desde que se presentan en comité.

7. Tiempo de recepción de resultado de anatomía patológica tras biopsia de muestra.

Nº de informes de resultados de biopsia diagnóstica de pacientes con sospecha o confirmación de cáncer emitidos por la CGC de Anatomía Patológica y recibidos por el solicitante en menos de 7 días desde la petición/Nº de biopsias remitidas a la UGC de Anatomía Patológica de paciente con sospecha o confirmación de cáncer x 100.
Estándar 100%

Objetivo: No cumplido

Resultado: 93.40 % de biopsias con informes en un plazo igual o inferior a 7 días.

Se han revisado un total de 91 biopsias diagnosticadas de adenocarcinoma intestinal infiltrante, de las cuales 6 casos tienen el informe posterior a 7 días naturales. (Año 2024: 93,75%)

8. Recepción por el solicitante en menos de 15 días del informe de la pieza quirúrgica resultados del estudio de la pieza quirúrgica desde la remisión de la muestra al Servicio de Anatomía Patológica:

Nº de informes de resultados de estudios de pieza quirúrgica de pacientes con sospecha o confirmación de cáncer emitidos por la CGC de Anatomía Patológica y recibidos por el solicitante en menos de 15 días desde la petición/Nº de biopsias remitidas a la UGC de Anatomía Patológica de paciente con sospecha o confirmación de cáncer x 100.
Estándar 100%

Resultado: 85.71% de piezas quirúrgicas con informes en un plazo igual o inferior a 15 días.

Objetivo: No cumplido

Se han revisado un total de 70 piezas quirúrgicas, de las cuales 10 casos tienen el informe posterior a 15 días (60 casos con informes en menos o igual a 15 días). (Año 2024: 77,77%)

9. Pacientes derivados a CCEE de oncología que son vistos en el plazo de 6 semanas tras el alta hospitalaria

Número de pacientes que son vistos en CCEE de oncología en un tiempo menor o igual a seis semanas desde el diagnóstico definitivo x 100/numero de pacientes que inician el tratamiento del CP en el mismo periodo de tiempo. Estándar 80-95%

Resultado: 93,3%

14 de los 15 pacientes derivados como PAE desde cirugía fueron vistos antes de 6 semanas en CCEE de oncología

Objetivo: Cumplido

10. Pacientes con cáncer colorectal que inician el tratamiento adyuvante en un plazo menor o igual a 6 semanas desde el diagnóstico.

Número de pacientes en los que se inicia el tratamiento en un tiempo menor o igual a dos semanas desde el diagnóstico definitivo x 100/ numero de pacientes que inician el tratamiento del CP en el mismo periodo de tiempo.

Estándar: mínimo 70%. Óptimo >85%

Resultado: 86,6%

OBJETIVO: Cumplido

13 de los 15 pacientes Pacientes q inician la QT adyuvante 2 semanas o antes de ser vistos como PAE en oncología médica.

11.Realización de RMN de estadificación en 15 días tras su solicitud en los pacientes diagnosticados de cáncer de recto

Numero de pacientes diagnosticados de cáncer de recto a los que se realiza RMN de estadificación o revaluación en 10 días a partir de la fecha de solicitud/nº de pacientes diagnosticados de cáncer de recto a los que se realiza RMN de estadiaje o revaluación

Estándar mayor o igual 90%

Se han realizado un total de 18 RM de estadificación

Resultado: 77% de las RM realizadas se han efectuado en los 15 primeros días desde su petición

Objetivo: No cumplido

12. Realización de RMN de reestadificación en 15 días tras su solicitud en los pacientes diagnosticados de cáncer de recto

Número de pacientes diagnosticados de cáncer de recto a los que se realiza RMN de estadificación o reevaluación en 10 días a partir de la fecha de solicitud/nº de pacientes diagnosticados de cáncer de recto a los que se realiza RMN de estadiaje o reevaluación
Estándar mayor o igual 90%

Resultado: 90%

Objetivo: Cumplido

Se han realizado un total de 18 restadificaciones, de las cuales el 53,33% han sido realizadas en el intervalo de plazo establecido por el médico peticionario.

Resumen Objetivos unidad de cirugía colorectal

Indicador	Tipo	Resultado reportado	Objetivo/ Estándar	Cumplido
Tasa de dehiscencia anastomótica	Resultado	5,6 %	<12-18%	Sí
Tasa de conservación de esfínteres	Resultado	93,3 %	70-75%	Sí
Ganglios >=12 en colon sin neoadyuvancia	Resultado	68,5 %	90-95%	No
Ganglios >=8 en recto con neoadyuvancia	Resultado	50 %	90-95%	No
Inicio adyuvancia <=6 semanas desde diagnóstico	Resultado	86,67 %	Mínimo 70%, óptimo >85%	Sí
Pacientes intervenidos <1 mes desde RDQ (colon sin neo)	Proceso	63,83 %	90-95%	No
Personas valoradas por comité antes de intervención	Proceso	96 %	>60%	Sí
Personas valoradas por comité <60 días desde AP	Proceso	100 %	>60%	Sí
Tiempo desde primera consulta hasta colonoscopia diagnóstica	Proceso	63 %	90 %	No
Intervalo comité a inicio RT neoadyuvante <30 días	Proceso	54 %	90 %	No
Tiempo recepción AP biopsia <7 días	Proceso	93,40 %	100 %	No

Métrica de desempeño CCR HUPM 2025



4.18

(Nota: Medida en una escala de 5 puntos, ponderando los scores de los indicadores frente a su umbral objetivo. Como referencia, la métrica de desempeños anteriores fueron: **2022> 4,63** - **2023> 4,01** - **2024> 3.99** usando los mismos indicadores, lo

que indica una progresiva recuperación a niveles del 2022 explicables por la especialización y entrenamiento de cirujanos después de un periodo de dilución por ampliación de base).

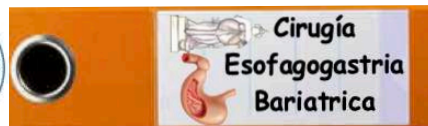
Conclusiones clínicas

- 2025 consolida el avance en el uso de cirugía mínimamente invasiva/ robótica, reduciendo estancia y mejorando la tasa de conservación de esfínteres, superando benchmarks nacionales/internacionales en eficiencia funcional. Se produce una reducción concomitante de estancia hospitalaria; hallazgo coherente y clínicamente relevante.
- La mejora de preservación de esfínteres en la cirugía del recto inferior sugiere un impacto de estrategia técnica/robótica y/o selección
- Se aprecia sin embargo, un ligero aumento en fuga anastomótica en los pacientes intervenidos por cáncer de recto, con impacto estadístico probable por el escaso número de casos .
- El indicador de proceso RDQ $\leq$ 30 días identifica cuellos de botella (cola larga) aunque los tiempos medios no necesariamente empeoran; habría que revisar causas de retrasos extremos.

Plan de mejora propuesto (2025-2026)

- Sostenibilidad AMI/robótica: priorización de abordaje robótico en tumores de recto y casos complejos, estandarización de selección, y garantía de disponibilidad de quirófano/robot.
- Optimización del circuito RDQ-cirugía: priorización y seguimiento mensual de casos en los que el RDQ se ha dado >30 días.
- Unificación de la base de datos para homogeneizar la fuente de datos, con recogida por algún miembro del grupo de mejora en cada comité de tumores digestivos de los pacientes presentados de cáncer colorectal
- Implantación de protocolos mejorados de rehabilitación multimodal para optimización de pacientes preoperatoria, con introducción de profesional experto en entrenamiento personal como guía de ejercicios y tutorización a lo largo del proceso de rehabilitación
- Presentación de protocolos de cancer de colon y recto en junta facultativa para su publicación en pagina web
- Celebración del día del cancer de colon como venimos haciendo en años anteriores con diferentes charlas impartidas por los miembros de los diferentes servicios que forman parte del proceso CCR.
- Colaboración Hospital San Rafael .Durante este año , miembros del Hospital de San Rafael han acudido a nuestras reuniones periódicas del PAI CCR. Esperamos consolidar esta colaboración en el próximo año .
- Dado que este año 2026 se publicará por el SAS el nuevo PAI Cancer colorectal , se reevaluarán los estándares medicos una vez actualizado el PAE.

2.4 Resultados de Unidad de cirugía Bariátrica y esofagogastrica



M^a de los Angeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo, Mercedes Fornell Ariza, José Manuel Pacheco García.

La unidad la formamos 4 cirujanos:

Dr. Jose Manuel Pacheco Garcia, Jefe de Servicio y con mas de 35 años de experiencia, Doctor en Medicina y cirugía y Profesor Asociado de Cirugía de la facultad de medicina de Cadiz .

Dr. Ander Bengoechea Trujillo, FEA de cirugía general con más de 10 años de experiencia, Doctor en Medicina y cirugía y tutor clínico de residentes de cirugía.

Dra, Mercedes Fornell Ariza, FEA de cirugía general con mas de 7 años de experiencia y Doctora en medicina y cirugía. Tutora clínica de la facultad de medicina de Cádiz.

Dra. M^a de los Angeles Mayo Ossorio Jefe de Sección de Cirugía General y Coordinadora de la unidad de Cirugía Esofagogastrica y bariátrica. Doctora en medicina y cirugía por la Universidad de Cádiz, y Profesora asociada de cirugía de la facultad de Medicina de Cádiz.

2.4.1 Resultados de la Cirugía Oncologica Esofagogástrica

INTRODUCCIÓN

La cirugía oncológica del esófago y del estómago constituye un área de alta complejidad dentro de la Cirugía General y del Aparato Digestivo, que requiere un abordaje multidisciplinar, una elevada especialización técnica y resultados contrastados en términos de seguridad y radicalidad oncológica.

El Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Puerta del Mar dispone, desde el año **2017**, de una **Unidad específica de Cirugía Esofagogástrica Oncológica**, orientada al tratamiento integral de la patología neoplásica esofágica y gástrica, de acuerdo con los estándares de calidad y volumen recomendados por la Asociación Española de Cirujanos (AEC). Así mismo también trata, en algunos casos, patología complejo intestinal y esplénica.

La presente Memoria de Actividad tiene como objetivo **describir, analizar y evaluar** la actividad asistencial desarrollada por la Unidad durante el año 2025, incluyendo volumen quirúrgico, resultados clínicos, indicadores de calidad y líneas de mejora continua.

FUNCIONAMIENTO

Organización y funcionamiento

Todos los pacientes candidatos a cirugía son evaluados de forma **multidisciplinar**, siendo discutidos previamente en:

- Comité de Tumores Digestivos del Hospital
- Sesiones clínicas del Servicio
- Sesiones específicas de la Unidad

La totalidad de los procedimientos quirúrgicos han sido realizados por miembros de la Unidad, garantizando la **homogeneidad técnica**, la continuidad asistencial y la trazabilidad de resultados pacientes.

CARTERA DE SERVICIOS

Patología esofágica

- Adenocarcinoma de esófago
- Carcinoma epidermoide de esófago
- Tumores de la unión esofagogástrica
- Otros tumores esofágicos (benignos y malignos)

Patología gástrica

- Adenocarcinoma gástrico
- Tumores gástricos precoces y localmente avanzados
- Tumores del estroma gastrointestinal (GIST)
- Tumores neuroendocrinos gástricos

Otras patologías complejas

- Cirugía esplénica
- Cirugía intestinal compleja de etiología tumoral
- Cirugía de complicaciones digestivas complejas

Procedimientos realizados

- Esofaguectomía
- Gastrectomía subtotal y total
- Linfadenectomía D1 y D2
- Cirugía paliativa digestiva
- Esplenectomía
- Resecciones intestinales compleja

RESULTADOS CLÍNICOS Y DE CALIDAD

Indicadores de seguridad y resultados postoperatorios

- **Mortalidad a 30 y 90 días:** 0 %
- **Morbilidad leve (Clavien-Dindo II):** 21 %

- 2 fístulas cervicales grado B tras esofaguectomías (manejo conservador).
- 2 Derrame pleural en cirugía esofágica (toracocentesis evacuadora).
- 1 Derrame pleural en cirugía gástrica (toracocentesis evacuadora).

• **Morbilidad grave (Clavien-Dindo III–IV): 13%**

- 1 fístula cervical tras esofaguectomía
- 1 Grado C (drenaje quirúrgico).
- 1 fístula tras gastrectomía Grado B (Drenaje percutáneo y prótesis).
- 1 absceso percutáneo tras gastrectomía infectada (Drenaje percutáneo).

• **Fuga anastomótica:**

- Cirugía esofágica: 38%. Objetivo cervicales <40%
- Cirugía gástrica: 7%. Objetivo <10%

• **Estancia media hospitalaria:**

- Gastrectomía total: 9 días
- Gastrectomía subtotal/parcial: 6 días
- Esofaguectomía: 15 días

4. ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y QUIRÚRGICA
Durante el periodo analizado se han realizado un total de **30 procedimientos quirúrgicos mayores**, distribuidos de la siguiente manera:

Cirugía esofágica

• **7 Esofaguectomías:**

- 5 adenocarcinomas
- 1 carcinoma epidermoide
- 1 leiomioma esofágico

Cirugía gástrica

• **16 Gastrectomías:**

- 14 con intención resectiva
- 12 adenocarcinomas gástricos
- 2 GIST
- 2 cirugías paliativas

Otras cirugías complejas

- 2 resecciones intestinales complejas por tumores carcinoides
- 2 cirugías de fístulas intestinales complejas
 - 1 postgastrectomía
 - 1 postcirugía bariátrica
- 3 esplenectomías
 - 2 por patología hematológica
 - 1 Sarcoma esplenico

Resultados oncológicos tumores esofagogástricos

- Resección R0: 20/21 procedimientos resectivos (95 %)
- Número medio de ganglios resecados: 14
- Cirugías paliativas: 2

Vías de abordaje

- **Abordaje laparoscópico cirugía esofágica:** 2 procedimientos.
- **Abordaje laparotómico cirugía esofágica:** 5 procedimientos
- **Abordaje laparoscópico cirugía gástrica:** 10 procedimientos
- **Abordaje laparotómico cirugía gástrica:** 4 procedimientos
- **Abordaje robótico cirugía gástrica:** 2 procedimientos

PROGRAMAS DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

- **Implementación del protocolo ERAS** en el año 2025 en la totalidad de los pacientes
- Desarrollo de programas de **prehabilitación integral**, que incluyen:
 - Preparación física supervisada por educador físico
 - Optimización respiratoria
 - Intervención nutricional por parte de enfermería
- Aplicación sistemática de **check-list quirúrgico**
- Historia clínica estructurada basada en el estudio **EURECCA**
- Realización periódica de **sesiones de morbilidad y mortalidad**, con análisis de casos y resultados⁷.

CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE MEJORA

La actividad desarrollada por la Unidad de Cirugía Esofagogástrica Oncológica del Hospital Universitario Puerta del Mar **cumple los criterios de calidad, seguridad y resultados exigidos por la AEC**, consolidándose como un área asistencial de referencia.

Destacan especialmente:

- La ausencia de mortalidad postoperatoria. Conlleva un éxito del concepto “failure to rescue”, principal indicador para realizar procedimientos complejos.
- Un elevado porcentaje de resecciones R0 (95%).

- La implantación completa de programas ERAS y prehabilitación.
- La baja incidencia de cirugías paliativas (8%), lo que indica una adecuada evaluación e indicación preparatoria.

Como líneas de mejora, la Unidad se plantea:

- Incrementar el número medio de ganglios resecados hasta 18–20 ganglios en cirugía oncológica esofagogástrica.
- Reducir la estancia media hospitalaria mediante la consolidación del programa ERAS.
- Implementar gradualmente el abordaje robótico en función de disponibilidad y de procedimientos a realizar.
- Aumentar progresivamente el volumen de procedimientos, favoreciendo la derivación estandarizada a la Unidad como centro de referencia, en función de

2.4.2 Resultados la Cirugía Bariátrica

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica ha demostrado ser muy eficaz en el control de la obesidad y el síndrome metabólico. Sus resultados no solo se expresan en términos de pérdida de peso, sino también en la resolución de comorbilidades, mejoría de la calidad de vida y de las complicaciones derivadas de la misma. Los diferentes parámetros utilizados para medir estos resultados requieren de una uniformidad y de unos patrones de referencia.

La UCG de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Puerta del Mar de Cádiz es referencia para la Cirugía Bariátrica de toda la provincia Cádiz y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

En el presente informe vamos a analizar los resultados de la cirugía realizada por la Unidad de Cirugía Bariátrica y Esofagogastrica del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz desde 2012 a diciembre de 2022, valorando sus resultados conforme a los criterios de calidad de la Sociedad española de Cirugía de la Obesidad y el Ministerio de Sanidad.

Desde Marzo de 2012 a diciembre de 2025, se han intervenido **762** pacientes en la Unidad de Cirugía Bariátrica del Servicio de Cirugía del Hospital universitario Puerta del Mar de Cádiz. Desde 2005 a 2012, se intervinieron **356**, lo que hace un total de **1108** pacientes.

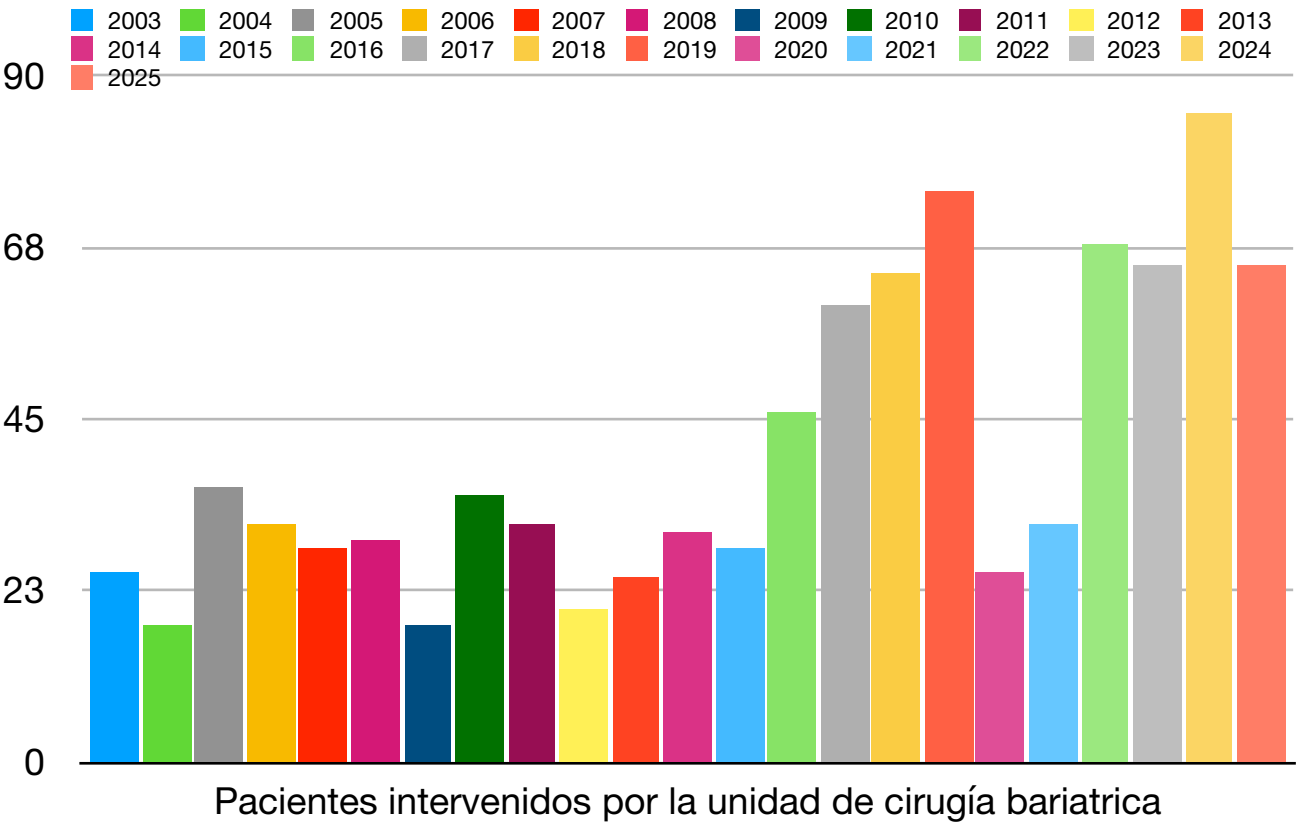
Nº de pacientes intervenidos por año:

Hemos intervenido a 762 paciente desde Marzo de 2012 a diciembre 2025.

En 2012 se intervinieron 20 pacientes

En 2013 se intervinieron 24 pacientes

En 2014 se intervinieron 30 pacientes
 En 2015 se intervineiron 40 pacientes
 En 2016 se intervinieron 46 paciente
 En 2017 se intervinieron 60 pacientes
 En 2018 se intervinieron 64 pacientes
 En 2019 se han intervenido 75 pacientes
 En 2020 se han intervenido 25 pacientes
 En 2021 Se intervinieron 46 pacientes
 En 2022 se han intervenido 68 pacientes

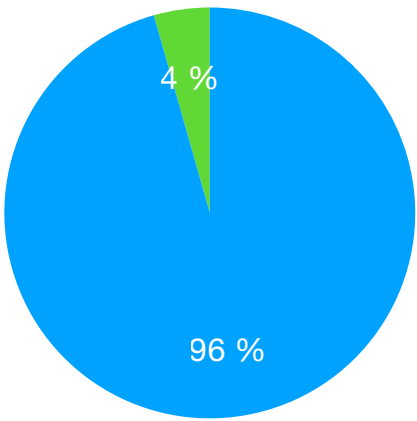


En 2023 se han intervenido 65 pacientes
 En 2024 se han intervenido 80 pacientes
 En 2025 se han intervenido 65 pacientes
 Los datos obtenidos quedan reflejados en la gráfica de la Figura nº 1

Intervenciones quirúrgicas realizadas

● 96.2% Cirugía Primaria
 ● 4.8% Cirugía de revision

Durante el periodo 2012-2025 y según nuestro Protocolo se han realizado:
 587 Cirugías primarias: 94 %
 467 Gastrectomias verticales
 86 Bypass Gastrico Primario



34 Cirugías de revisión: 6%

4 revisiones de banda gástrica de otro centro.

26 revisiones de Gastrectomia vertical a Bypass
(una intervenida en otro centro),

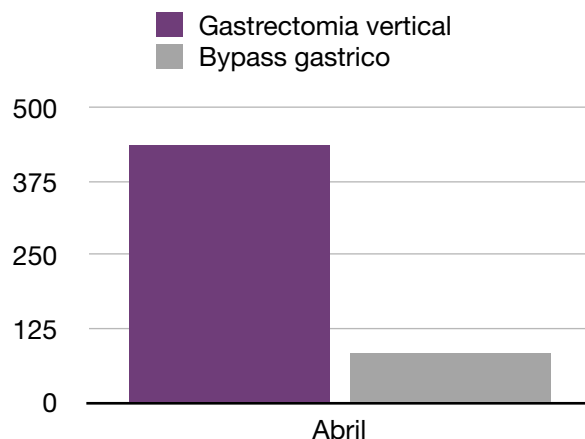
1 de Masson a Gastrectomia Vertical y u

1 de Mason a Bypass gastrico,

1 Esofaguetomia total por cáncer esofagico,

1 Conversion a bypass por fístula crónica

Los datos quedan reflejados en la gráfica de la
figura nº 2:



Cirugías asociadas:

Hemos realizado además 7 cirugías asociadas:

Una colecistectomía por colico biliar sintomático de repetición.

Una esofagomiotomia y conversión a bypass gastrico, en una cirugía de revision por Acalasia secundaria a Gastrectomia vertical.

Tres hiatoplastias en Gastrectomias verticales con hernia de hiato asociada diagnosticada en el momento de la cirugía y no evidenciada previamente.

Una reparación de hernia umbilical gigante durante Gastrectomia vertical.

Esplenectomia en paciente con fuga tardía que se convierte a bypass gastrico, por abscesos hepato-esplénicos secundarios a infección crónica intraabdominal.

Abordaje:

La vía de abordaje habitual de nuestros pacientes es el abordaje mínimamente invasivo, principalmente laparoscopia, pero desde junio de 2022, hemos iniciado el abordaje robótico mediante plataforma, a Davinci Xi.

En 2024 alcanzamos realizado 100 bariátricas por abordaje robótico.

No obstante en cirugía revisional y en algún caso de paciente multioperado hemos realizado abordaje laparotómico (4 abordajes laparotómico en Cirugía Primaria y 2 en cirugía revisional).

En la Figura nº 3 queda reflejado el tipo de abordaje
durante el periodo de estudio.

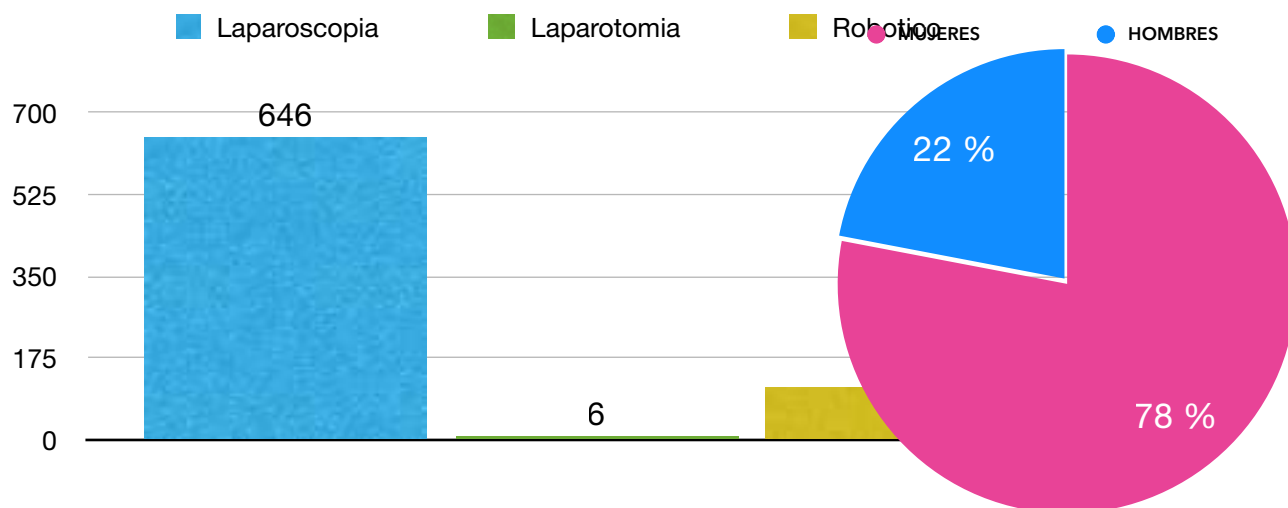
realizado 1

Características demográficas:

Las características demográficas de los pacientes
en nuestro centro son:

atendidos





Edad media: 50 años (Mínima 20-máxima 69)

Sexo; 78% mujeres y 22% hombres.

La mayoría de los pacientes tienen antecedentes familiares de obesidad..

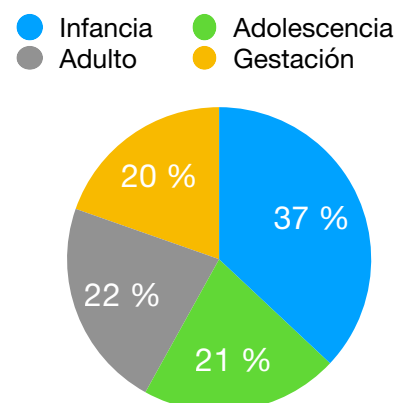
Comorbilidades, hábitos tóxicos, intervenciones quirúrgicas previas.

Las comorbilidades asociadas a la obesidad, así como otros datos de interés de los pacientes intervenidos durante el periodo 2012-2025, quedan reflejados en la Tabla nº 1.

Comorbilidad	SI	NO
HTA	214	270
DM	289 (DMI 280, DMI 9)	195
Dislipemia	249	229
SAHS	160	324
Síndrome Metabólico	236	248
Hábitos tóxicos (Fumadores)	154	330
Cirugías previas abdominales	189	295
Síndrome ansioso depresivo	63	421

Historia de obesidad:

Se reflejan a continuación los datos de inicio de obesidad recogidos en la historia clínica. Apreciamos que la mayoría de nuestros pacientes presentan obesidad desde la infancia. Los datos están reflejados en la figura nº 5. Proporcionalmente no ha habido cambios respecto a años

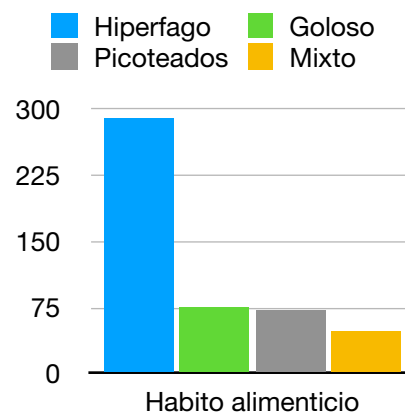


anteriores

Habito alimenticio:

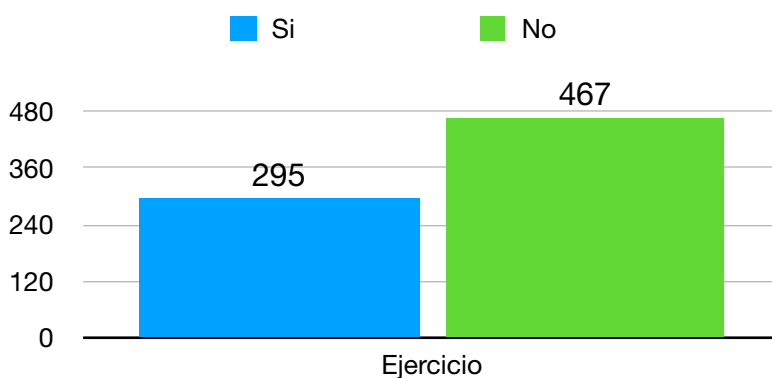
En relación a la de ingesta en función de sus hábitos alimenticios, recogidas de la anamnesis, y tras entrevista con enfermería bariátrica, clasificamos a los pacientes en función de los mismos en: Hiperfagos (grandes comedores), Golosos (consumidores de hidratos de carbono), Picoteadores, Mixto (hiperfago, picoteador, goloso).

La mayoría de los pacientes presentan un perfil de hábito alimenticio **Hiperfago**.



Ejercicio Físico:

La mayoría de los pacientes reconocieron que no realizaban ejercicio físico de forma habitual. Aunque en este último año ha habido un incremento del número de pacientes que sí realizan ejercicio físico respecto al año anterior. Desde la implementación del Manual del paciente que se va a intervenir de cirugía bariátrica en 2021, de los que hacían ejercicio físico la mayoría andan 1 hora al día. Los resultados quedan reflejados en la figura nº7



Parametros Antropométricos preoperatorios:

A continuación presentamos los resultados en cuanto a parámetros antropométricos pre y postoperatorios. Estos quedan reflejados a continuación y representados en la tabla nº 2 y figura nº8

	MEDIO	MINIMO	MAXIMO

PESO	135	80	300
IMC	50	33	70

Figura nº 8: Parametros antropometricos de los pacientes intervenidos durante el periodo 2012-2025.

Preoperatorios antropometricos en consulta: Medidos el primer día que son vistos en la consulta de cirugía bariátrica

- Peso medio preoperatorio 135 kg (min 80 kg- max 300)
- Talla 166 cm (min 145- Max 197)
- IMC preoperatorio 50 (min 33-max 70).

Desde 2020 se retiro desde la unidad de farmacia la posibilidad de prescribir la dieta de muy Bajo Valor Calórico preoperatoria por lo que desde esa fecha la optimización en cuanto a bajada de peso de los pacientes ha sufrido una modificación incrementando el IMC con el que intervenimos a los paciente respecto a años anteriores.

Morbilidad :

Para analizar la morbilidad, hemos tomado los indicadores de la SECO e IFSO, por lo que hemos analizado por una lado al morbilidad postoperatoria precoz y las complicaciones a largo plazo. El indicador que mide la calidad de la cirugía bariátrica es la morbilidad precoz que debe estar por debajo del 10%. Incluyendo en este ítem: TEP. Hernia interna, fuga/dehiscencia y sangrado hemorragia. Nosotros hemos incluido también el vómito y las nauseas.

Morbilidad Precoz.	Resultados de la unidad
Sangrado/hemorragia	18 (3,1%)
Fuga / Dehiscencias	9 (1,44%)
Hernia interna	0 %
TEP	0 %
Infección de lugar quirúrgico (30 días tras alta)	0 %
TOTAL MORBILIDAD	4,54% (IFSO/SECO<10%)

La tabla nº 3 refleja la Morbilidad precoz 2012-02022:

Teniendo en cuenta los indicadores de calidad, durante los años 2012 a 2025 la morbilidad ha sido del 6,1% por lo que la unidad cumple el estandar de calidad ya que se sitúa por debajo del 10%, a pesar de que en nuestra serie hemos incluido las nauseas y los vómitos como comorbilidades.

Morbilidad tardía	Resultados de la unidad
ERGE de Novo a los 5 años de la cirugía GV	40 pacientes (5,33%) IFSO (20%)
Fuga / Dehiscencias Tardías	1 (0,2%)
Acalasia de NOVO	1 (0,2%)
Cetoacidosis diabética	1(0,2 %)
Reganancia ponderal a los 5 años	25 pacientes (3,3%)
Cancer esófago	1 (0,2%)
TOTAL MORBILIDAD	8,86% morbilidad tardía

En la tabla nº4 quedan representadas las complicaciones tardías.

Estancia media:

La estancia media de nuestros pacientes ha sido de 5,2 días (min 2- máximo 30 días) en total, considerando la estancia media de todos los pacientes intervenidos incluida la cirugía revisional. El incremento de estancia media es consecuencia de 3 pacientes intervenidos de bypass gástrico primario, uno por una hemorragia que no precisó cirugía y se manejó conservadormente, otro por fuga en pie de asa de y de Rpx y una peritonitis por diverticulitis complicada sincrónica en el postoperatorio inmediato y que precisó tratamiento quirúrgico y 30 días de ingreso. Por tanto en 2025 la estancia media se sitúa en 5,2 días (mínimo 2 maximo 30)

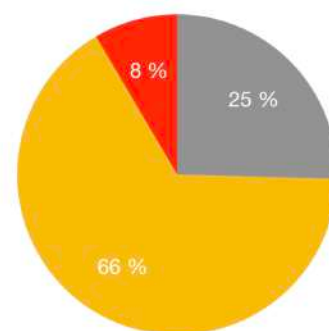
Si consideramos la estancia media de la cirugía bariátrica primaria, esta se sitúa durante el 2025 en 2 días (mínimo 2, Máximo 3), correspondiendo la mayoría de los pacientes con estancia mayor a 2 días, a aquellos que se operan los viernes, y que deben esperar a ser valorados por endocrinología previamente al alta y al no disponer de endocrinólogos durante el fin de semana.

Escala de Calidad de Vida BAROS:

Para establecer el grado de satisfacción de los pacientes sobre la calidad de vida tras cirugía bariátrica empleamos la escala BAROS, y estos son los datos obtenidos tras

encuestar a los 642 pacientes intervenidos entre 2012 y 2025, después de 10 años de seguimiento.

● Fracaso ● Malo ● Bueno ● Muy Bueno ● Excelente



Análisis de los resultados:

Tomando como referencia los criterios de calidad de las principales sociedades científicas (Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad, Asociación Española de Cirujanos), hemos comparado nuestros resultados conforme a los indicadores de calidad establecidos. En la figura nº 10 quedan reflejados los principales indicadores de calidad de la cirugía bariátrica, así como su cálculo y la descripción de los mismos (*obtenidos de: Sabenech et als. Criterios de calidad en cirugía bariátrica: revisión de conjunto y recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos y de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad. Cir.Esp. 2017. Vol 965. Num.1: 4-5*).

En la siguiente tabla se analizan los datos de la Unidad de Cirugía Bariátrica del HUPM Cádiz observando que en general se cumplen los indicadores de calidad establecidos por las sociedades científicas y el ministerio de sanidad.

INDICADOR	OBJETIVO	Resultados Unidad Cirugía Bariátrica HUPM Cádiz	Cumplimiento
PSP	>50% Primer año	75% primer año	Cumple
%EIMCP	>100% a los 2 años	>100% (min 112,79%-max 147,7%)	Cumple
DM2	>60% remisión completa 1-5años)	>75% a los 5 años	Cumple
HTA	70% mínimo a los 2 años	71,93 % a los 2 años	Cumple
DLP	70% mínimo a los 2 años	92,38% mínimo a los 2 años	Cumple
SAOS	Polisomnografía normal Mayor 25% Paciente a partir del año	96% a partir del año	Cumple
MORTALIDAD	Menor 0,5% (nº fallecimiento/n1 Intervenciones x100)	0,2% (1 fallecimiento de 484)	Cumple
MORBILIDAD POSTOPERATORIA	10 % al año	7,4% al año	Cumple

INDICADOR	OBJETIVO	Resultados Unidad Cirugía Bariátrica HUPM Cádiz	Cumplimiento
BAROS	mayor de 6 de 1-5 años tras cirugía	mayor de 6 en el 72% de los pacientes	Cumple
CIRUGÍA DE REVISIÓN AL AÑO	Menos del 2% anual	1,5 %	Cumple

Tabla nº5:

Indicadores	Objetivos	Nivel de evidencia y grado de recomendación
Peso • PSP: Porcentaje de sobrepeso perdido: (peso inicial – peso final) / (peso inicial – peso ideal) • Porcentaje del exceso del IMC perdido. %EIMCP = (IMC inicial – IMC actual / IMC inicial-25) × 100. • IMC esperado = 0,33IMC inicial + 14 Para la consulta diaria y para dar respuesta aproximada a los pacientes • Porcentaje del exceso del IMC perdido esperado: [IMC inicial – IMC final/IMC inicial – (0,33IMC inicial + 14)] × 100 A nivel clínico individual y para comparar series • Uso del <u>porcentaje de peso total perdido</u>. %PTP: (peso inicial – peso actual/peso inicial) × 100 Para comparación y publicación de resultados	> 50% al primer año de la cirugía > 50% al primer año de la cirugía > 100% a los 2 años de la cirugía ≥40% a los 2 años en BPGY Usar tablas de percentiles	1-/A/√1
DM2^a HTA^a • Remisión completa: HbA1c < 6% y normalización de la	>60% con remisión completa (1-5 años)	1-/A/√1
Dislipidemia^a • Remisión completa: TA < 120/80 sin medicación • Remisión parcial: TA sistólica 120-140 mmHg y TA diastólica 80-89 mmHg sin medicación	Resolución de la HTA, con reducción del tratamiento coadyuvante o sin él, en todos los procedimientos quirúrgicos a los 2 años de seguimiento en un porcentaje mínimo de un 70%	2++/B/√1
Síndrome de apnea obstructiva del sueño Síndrome metabólico^b • Número de episodios apnéicos-hipoapnéicos/hora, registrados mediante polisomnografía • Obesidad visceral con aumento de la circunferencia de cintura ≥ 102 cm en ♂ y ≥ 88 cm en ♀ • Triglicéridos elevados (> 150 mg/dl) • Colesterol HDL < 40 mg/dl en ♂ y < 50 mg/dl en ♀ • Presión arterial elevada sistólica > 130 o diastólica > 85 mmHg.	- Polisomnografía normal (<5 eventos/h) al menos en un 25% de los pacientes con SAOS a partir del año de la cirugía - Metas mínimas de buen grado de control metabólico (con/sin tratamiento activo coadyuvante): HbA1c < 7%, cLDL < 100 mg/dL, triglicéridos < 150 mg/dL, cHDL > 40 mg/dL ♂ o > 50 mg/dL ♀ y TA < 140/80 mmHg	2++/B/√1
Mortalidad • Glucemia en ayunas > 100 mg/dl	<0,5%	2-/B/√1
Morbilidad • Número de fallecimiento/número de pacientes intervenidos × 100 • Complicaciones postoperatorias: (pacientes con complicaciones postoperatorias/pacientes intervenidos) × 100	- General < 10% • Límite recomendable para TEP: < 1,5% • Límite recomendable para fístulas < 4% • Límite recomendable para hernias internas < 3%	1-/A/√1
Calidad de vida • Test de BAROS completo (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System), Moorehead-Ardelt Quality of Life instrument (MAQOL)	- Específica por técnica: ver tablas 3 y 4 - Puntuación > 6 (1-5 años de la cirugía)	2-/B/√1
Cirugía de revisión • Porcentaje de reintervenciones diferidas debidas a una falta de pérdida de sobrepeso o de calidad de vida	< 2% anual	2-/B/√1

^a Criterios de resolución.

^b Criterios diagnósticos.

Cumplimiento de los indicadores de calidad de la Unidad de Cirugía Bariátrica del Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

De los objetivos planteados hemos conseguido la implementación de la cirugía bariátrica robótica y la disminución de la estancia media en cirugía bariátrica primaria incluyendo todos los años desde 2012 a 2025.

Numero de pacientes derivados a Consulta de cirugía Bariátrica del Hospital Puerta del Mar:

AÑO	A.H. Puerta del Mar	A.H Puerto Real	A.H. Jerez	A.H. H. Punta Europa- La Línea	H. Ceuta	TOTAL
2020	25	19	18	12	1	75
2021	35	49	22	16	3	125
2022	18	41	27	17	4	107
2023	36	46	21	38	1	142
2024	24	65	33	42	3	167
2025	25	60	35	20	3	143
TOTAL	138	220	121	125	12	759

Como podemos apreciar en los dos últimos años hemos tenido un incremento considerable de pacientes derivados a las CCEE de cirugía para valoración de Cirugía bariátrica, ello es debido en parte a los buenos resultados y la referencialidad que como centro público tenemos en la provincia de Cádiz

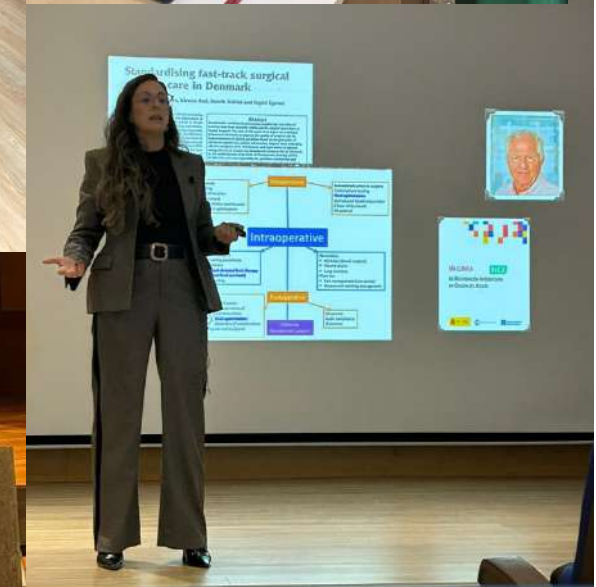
Actualmente tenemos casi 415 pacientes pendientes de ser vistos en consulta de Cirugía bariátrica para valorar la cirugía y la indicación,.

Estos pacientes están en seguimiento Pen la consulta de enfermería quirúrgica bariátrica que da consulta antes 60 días una vez nos llega la PAE del servicio de endocrinología, para cumplir decreto y hace seguimiento hasta optimización prequirúrgicaÁreas de mejora

- Continuar con la implementación del protocolo ERAS participación del servicio en la Vía clínica de SECO (Sociedad española de cirugía de la Obesidad) y participación en la Guía de cirugía de la obesidad de la Asociación Española de cirujanos.
- Actualizar el manual del Cirugía del paciente bariátricos para el 2025
- Crear aplicación de prehabilitación en el paciente en cirugía Bariátrica y metabólica.
- Acreditar a un nuevo cirujano de consola en cirugía bariátrica .



MEMORIA CIENTÍFICA



2.4.3. Cirugía Benigna Funcional Esofagogastrica:

Al igual que la cirugía oncológica, la cirugía esofagogastrica funcional es realizada por los 4 cirujanos miembros de la unidad,

Desde Enero de 2025 a diciembre de 2025 se han intervenido 4 pacientes de cirugía esofagogastrica funcional.

ERGE Y HERNIA DE HIATO

Se han intervenido solo 3 pacientes aquejados de **hernia de hiato** y 1 de **reflujo gastroesofágico**

Se han realizado en todos ellos funduplicaturas tipo Nissen con hiatoplastia excepto el el paciente de la ERGE

NO han aparecido complicaciones mayores , ni menores

Estancia media de hospitalización es de 2 días

Si analizamos los resultados, según la escala de disfagia postoperatoria de Visick durante el primer año: Los 3 pacientes han tenido Visick grado I (calidad de vida excelente).

(Visick 4) obtenido ha sido del 8%, acorde a lo publicado en la literatura (entre el 2-15%).

El descenso del número de pacientes intervenidos de patología funcional se debe a la disminución del número de quirófanos acaecidos en los últimos años y la priorización de la patología oncológica.

Se ha realizado una cirugía de revisión de hernia de hiato por abordaje robótico con buenos resultados

Se han intervenido también 2 pacientes con **SINDROME DE WILKY** a los que se ha realizado derivación gástrica con pie de asa en y de Roux por abordaje laparoscópico.

Ha habido 1 de ellos que reingresó por HDA que se controló con medidas conservadoras. Ambos han tolerado dieta sin incidencias y permanecen asintomáticos a los 6 meses de la cirugía.

Áreas de mejora:

Incrementar el número de procedimientos funcionales en cuanto sea posible

Reeditar el protocolo de patología oncológica esofagogastrica

Proponer la realización de curso de Cirugía EG de la AEC para residentes para los próximos años.

3- Memoria científica:

La presente memoria Científica recoge de manera estructurada la actividad investigadora, generada por el Servicio durante 2025.

Incluye, las publicaciones científicas, las comunicaciones a congresos, realizadas y presentadas por los profesionales de la unidad, así como los proyectos de investigación en que participa.

El presente documento pretende reflejar, la contribución del Servicio a la generación de conocimiento y a la transferencia de resultados que impactan directamente en la calidad asistencial ofrecida a nuestros pacientes.

Esta producción científica y formativa es posible gracias al trabajo coordinado de todos los profesionales que integran la unidad, al apoyo de la jefatura de Servicio, la dirección del centro.

Con esta Memoria Científica, el Servicio reafirma, y consolida su papel como referente regional y nacional en cirugía general y del aparato digestivo. El objetivo final sigue siendo el mismo que guía nuestra actividad diaria: ofrecer una asistencia quirúrgica de excelencia y contribuir de manera activa al avance del conocimiento en beneficio de nuestros pacientes y de la sociedad.

3-1. Comunicaciones a congresos

1. COMUNICACIONES INTERNACIONALES

1. RESULTS OF THE FIRST 100 ROBOTIC SURGERIES AFTER TWO YEARS OF IMPLEMENTATION. OUR EXPERIENCE

Autores: Ander Bengoechea Trujillo, María de los Ángeles Mayo Ossorio, Mercedes Fornell Ariza, Daniel Pérez Gomar, José Manuel Pacheco García

Congreso: 13th Congress of the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO-EC)

Fecha y lugar: 14–17 mayo 2025, Venecia (Italia)

2. SMALL INTESTINE MODIFICATIONS AFTER BARIATRIC SURGERY AND TREATMENT WITH A PARTIAL SGLT1 INHIBITOR: THE ROLE OF CANAGLIFLOZIN IN POST-SURGICAL ADAPTIVE MECHANISMS

Autores: José A. Aragón Encina, Ander Bengoechea Trujillo, María de los Ángeles Mayo Ossorio, Gonzalo M. Pérez Arana, Alonso Ramírez Camacho

Congreso: 13th IFSO-EC

Fecha y lugar: 14–17 mayo 2025, Venecia (Italia)

3. PREOPERATIVE AND POSTOPERATIVE BMI AS RISK FACTORS FOR GERD DEVELOPMENT AFTER SLEEVE GASTRECTOMY

Autores: Ángela Fernández Jiménez, José A. Aragón Encina, Ander Bengoechea Trujillo, María de los Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García

Congreso: 13th IFSO-EC

Fecha y lugar: 14–17 mayo 2025, Venecia (Italia)

4. **SLEEVE GASTRECTOMY: A WINDOW INTO THE ROLE OF GASTRIN IN GLUCOSE METABOLISM HOMEOSTASIS**

Autores: José A. Aragón Encina, Ander Bengoechea Trujillo, María de los Ángeles Mayo Ossorio, Gonzalo M. Pérez Arana, Alonso Ramírez Camacho

Congreso: 13th IFSO-EC

Fecha y lugar: 14–17 mayo 2025, Venecia (Italia)
5. **RESULTS OF ROBOTIC SLEEVE GASTRECTOMY AFTER TWO YEARS OF FOLLOW-UP: OUR EXPERIENCE**

Autores: Ander Bengoechea Trujillo, María de los Ángeles Mayo Ossorio, Mercedes Fornell Ariza, Daniel Pérez Gomar, José Manuel Pacheco García

Congreso: 13th IFSO-EC

Fecha y lugar: 14–17 mayo 2025, Venecia (Italia)
6. **IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO PRECOZ DE LA ISQUEMIA MESENTÉRICA. IR POR DELANTE DEL PACIENTE**

Autores: Ángela Ortiz Sánchez, María de los Ángeles Mayo Ossorio, Antonio Becerra Toro, José Manuel Pacheco García

Congreso: II Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica
Fecha y lugar: 21–22 octubre 2025, La Línea de la Concepción
7. **OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A DIVERTÍCULO DE MECKEL**

Autores: Ángela Ortiz Sánchez, José Antonio Aragón Encina, Tatiana Gómez Sánchez, José Manuel Pacheco García

Congreso: II Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica

Fecha y lugar: 21–22 octubre 2025, La Línea de la Concepción
8. **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS ABSCEOS SUPRAELEVADORES: LA IMPORTANCIA DE LA ANATOMÍA DEL CANAL ANAL**

Autores: Ángela Fernández Jiménez, Ángela Ortiz Sánchez, Violeta Camacho Marente, Eva María Sancho Maraver, José Manuel Pacheco García

Congreso: II Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica
Fecha y lugar: Octubre 2025, La Línea de la Concepción
9. **IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO ANATÓMICO EN EL MANEJO DEL TRAUMA ABDOMINAL GRAVE**

Autores: Ángela Luque Monrobel, José Antonio Aragón Encina, Ángela Ortiz Sánchez, Violeta Camacho Marente, José Manuel Pacheco García

Congreso: II Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica
Fecha y lugar: Octubre 2025, La Línea de la Concepción

10. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FÍSTULAS ANALES TRANSESFINTERIANAS: LA IMPORTANCIA DE LA ANATOMÍA DEL CANAL ANAL

Autores: María Luisa Muñoz Bueno, Ángela Ortiz Sánchez, José Antonio Aragón Encina, Tatiana Gómez Sánchez, José Manuel Pacheco García

Congreso: II Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica

Fecha y lugar: 21–22 octubre 2025, La Línea de la Concepción

11. 11. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FÍSTULAS ANALES INTERESFINTERIANAS: LA IMPORTANCIA DE LA ANATOMÍA DEL CANAL ANAL

Autores: María Luisa Muñoz Bueno, Ángela Ortiz Sánchez, José Antonio Aragón Encina, Tatiana Gómez Sánchez, José Manuel Pacheco García

Congreso: II Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica

Fecha y lugar: 21–22 octubre 2025, La **Línea de la Concepción**

2. COMUNICACIONES NACIONALES

1. 100 PRIMERAS CIRUGÍAS ROBÓTICAS TRAS DOS AÑOS DE IMPLEMENTACIÓN. NUESTROS RESULTADOS

Autores: M.a de los Ángeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo, Mercedes Fornell Ariza, José Manuel Pacheco García

Congreso: XXVI Congreso Nacional de la SECO

Modalidad: Comunicación oral

Fecha y lugar: 28–30 mayo 2025, Reus

2. IMC PREQUIRÚRGICO Y POSTQUIRÚRGICO COMO FACTORES DE RIESGO PARA LA APARICIÓN DE RGE TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL

Autores: Ángela Fernández Jiménez, José Antonio Aragón Encina, Ander Bengoechea Trujillo, Marian Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García

Congreso: XXVI Congreso Nacional de la SECO

Modalidad: Comunicación oral

Fecha y lugar: 28–30 mayo 2025, Reus

3. RESULTADOS TRAS DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO EN LAS PRIMERAS GASTRECTOMÍAS VERTICALES ROBÓTICAS. NUESTRA EXPERIENCIA

Autores: M.a de los Ángeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo, Mercedes Fornell Ariza, José Manuel Pacheco García

Congreso: XXVI Congreso Nacional de la SECO

Modalidad: Póster

Fecha y lugar: 28–30 mayo 2025, Reus

4. DOLOR CRÓNICO Y VÓMITOS EN PACIENTE INTERVENIDO MEDIANTE BY-PASS GÁSTRICO. SÍNDROME DE ASA CIEGA
Autores: Ander Bengoechea Trujillo, José Aragón Encina, María de los Ángeles Mayo Ossorio, Mercedes Fornell Ariza, José Manuel Pacheco García

Congreso: XXVI Congreso Nacional de la SECO
Modalidad: Póster

Fecha y lugar: 28–30 mayo 2025, Reus
5. RESULTADOS DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA VERSUS BY-PASS LAPAROSCÓPICO EN Y DE ROUX EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Autores: Mercedes Fornell Ariza, María de los Ángeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo, José Manuel Pacheco García

Congreso: XXVI Congreso Nacional de la SECO
Modalidad: Póster

Fecha y lugar: 28–30 mayo 2025, Reus
6. IMPLANTE METASTÁSICO DE PARED ABDOMINAL EN CICATRIZ DE GASTROSTOMÍA EN PACIENTE INTERVENIDO DE CÁNCER DE ESÓFAGO

Autores: Ander Bengoechea Trujillo, M.a de los Ángeles Mayo Ossorio, Mercedes Fornell Ariza, José Manuel Pacheco García

Congreso: XXIX Reunión de la Sección de Cirugía Esofagogástrica
Modalidad: Póster sin defensa

Fecha y lugar: 2–4 abril 2025, Logroño
7. GASTRECTOMÍA TUBULAR Y ESPLENOPANCREATECTOMÍA DISTAL EN ADENOMIOMA DE CUERPO GÁSTRICO GIGANTE

Autores: M.a de los Ángeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo, Mercedes Fornell Ariza, José Manuel Pacheco García

Congreso: XXIX Reunión de la Sección de Cirugía Esofagogástrica
Modalidad: Póster sin defensa

Fecha y lugar: 2–4 abril 2025, Logroño
8. GASTRECTOMÍA CASI TOTAL POR POLIPOSIS GÁSTRICA CON METAPLASIA INTESTINAL EN PACIENTE OBESA MÓRBIDA POR ABORDAJE TOTALMENTE ROBÓTICO

Autores: M.a de los Ángeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo, Mercedes Fornell Ariza, José Manuel Pacheco García

Congreso: XXIX Reunión de la Sección de Cirugía Esofagogástrica
Modalidad: Vídeo sin defensa

Fecha y lugar: 2–4 abril 2025, Logroño

9. ESTUDIO DE INCIDENCIA DE FÍSTULA PANCREÁTICA CLÍNICAMENTE RELEVANTE TRAS NEOADYUVANCIA EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS RESECCABLE CON FACTORES DE RIESGO

Autores: Ángela Ortiz Sánchez, Javier Varela Recio, Ángela Fernández Jiménez, María Jesús Castro Santiago, José Manuel Pacheco García
Congreso: XXV Reunión Nacional de Cirugía

Modalidad: Póster

Fecha y lugar: 4–7 noviembre 2025, Valladolid

10. FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES Y MORTALIDAD EN CIRUGÍA PANCREÁTICA: ¿QUÉ NOS DICE NUESTRA COHORTE?

Autores: Ángela Ortiz Sánchez, Ángela Fernández Jiménez, Amparo Valverde Martínez, María Jesús Castro Santiago, José Manuel Pacheco García

Congreso: XXV Reunión Nacional de Cirugía
Modalidad: Póster

Fecha y lugar: 4–7 noviembre 2025, Valladolid

3. COMUNICACIONES AUTONÓMICAS

1. CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD PILONIDAL COMPLEJA. UN RETO PARA EL CIRUJANO

Autores: Ángela Ortiz Sánchez, María Luisa Ángeles Muñoz Bueno, Alberto Fierro Aguilar, Tatiana Gómez Sánchez, José Manuel Pacheco García

Congreso: XIX Congreso de la AAC

Modalidad: Comunicación oral

Fecha y lugar: 4–6 junio 2025, Málaga

2. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO DEBUT DE MELANOMA MALIGNO METASTÁSICO CON PRIMARIO DESCONOCIDO

Autores: Ángela Ortiz Sánchez, Ángela Fernández Jiménez, Alberto Fierro Aguilar, Violeta Camacho Marente, José Manuel Pacheco García

Congreso: XIX Congreso de la AAC

Modalidad: Póster

Fecha y lugar: 4–6 junio 2025, Málaga

3. ESCALAS WSES/HINCHEY EN DIVERTICULITIS

Autores: José Antonio Aragón Encina, Ángela Ortiz Sánchez, Tatiana Gómez Sánchez, José Manuel Pacheco García, María Luisa Muñoz Bueno

Congreso: XIX Congreso de la AAC

Modalidad: Comunicación oral

Fecha y lugar: 4–6 junio 2025, Málaga

4. AMILOIDOSIS DEL PÁNCREAS: UN VIAJE DEL DIAGNÓSTICO A LA CIRUGÍA. IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Autores: María Luisa Muñoz Bueno, Ángela Ortiz Sánchez, Amparo Valverde Martínez, Francisco García Domínguez, José Manuel Pacheco García

Congreso: XIX Congreso de la AAC

Modalidad: Póster

Fecha y lugar: 4–6 junio 2025, Málaga

5. ENFERMEDAD PILONIDAL COMPLEJA

Autores: Ángela Ortiz Sánchez, Alberto Fierro Aguilar, Tatiana Gómez Sánchez, José Manuel Pacheco García
Congreso: XIX Congreso de la AAC

Modalidad: Comunicación oral

Fecha y lugar: 4–6 junio 2025, Málaga

6. COLECISTITIS AGUDA DE ALTO RIESGO (DRENAJE PERCUTÁNEO)

Autores: Ángela Fernández Jiménez, Ángela Ortiz Sánchez, Amparo Valverde Martínez, Casado Maestre, José Manuel Pacheco García
Congreso: XIX Congreso de la AAC

Modalidad: Comunicación oral

Fecha y lugar: 4–6 junio 2025, Málaga .

3-2. Publicaciones en revistas

Revistas con Factor de impacto:

1- Almorza-Gomar D, Díaz-Gómez A, Visiedo F, García-Ortiz JC, Camacho- Ramírez A, Ribelles-García A, Prada-Oliveira JA, Pérez-Arana GM. The role of gip in carbohydrate metabolism: Implications in the development of therapies for T2DM, a narrative review. *Histol Histopathol*. 2025 Jul 15;18967. doi: 10.14670/HH-18-967. Epub ahead of print. PMID: 40755350.

2- Campos-Martínez FJ, Salas-Álvarez JM, Falckenheiner-Soria J, Murube- Algarra C, Camacho-Ramírez A, Visiedo-García FM, Prada-Oliveira JA, Pérez-Arana GM, Ribelles-García A. Effects of preduodenal ileal surgical transposition on enteroendocrine intestinal cells in wistar rats: Histomorphological and serum changes. *Histol Histopathol*. 2025 Mar;40(3):307-316. doi: 10.14670/HH-18-791. Epub 2024 Jul 5. PMID: 39069897.

3- Ripollés-Melchor J, Abad-Motos A, León-Bretscher A, Espinosa ÁV, Amoza-Pais S, Herrero-Bogajo ML, Abad-Gurumeta A, de-la-Plaza-Llama R, Galán-Menéndez P, Zorrilla-Vaca A, González-López R, Navarro-Pérez R, Jiménez-Viñas C, Parreño-Manchado FC, Escobar AR, Concepción-Martín V, Paseiro-Crespo G, Acosta-Mérida MA, Puech-de-Oriol M, Mayo-Ossorio MÁ, García-Nebreda M, Chaveli-Díaz C, Fernández-Valdes-Bango P, Torres- Alfonso JR, Barragan-Serrano C, Aldecoa C; POWER4 Investigators Group. Disease-free survival after gastrectomy is not influenced by eras adherence. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2025 Oct 30;101661. doi: 10.1016/ j.accpm.2025.101661. Epub ahead of print. PMID: 41175931.

3- Alsourani A, Pastor C, Arredondo J, Colombari RC, Pellino G, Tejedor P; ADiFas Collaborative Study Group (Gómez Sanchez Tatiana). Surveillance and follow-up in acute diverticulitis with pericolic free gas (ADiFas II): an age- specific analysis. *Updates Surg*. 2025 Aug;77(4):1039-1049. doi: 10.1007/ s13304-025-02251-9. Epub 2025 May 26. PMID: 40418426.

4- Aragón Encina JA, Valverde Martínez A, Castro Santiago MJ, Camacho Ramírez A, Casado Maestre MD, Pacheco García JM. Lymphoepithelial cyst of the pancreas. Rev Esp Enferm Dig. 2024 Dec;116(12):731-732. doi: 10.17235/reed.2024.10091/2023. PMID: 38205705.

Revistas indexadas

5- Mayo Ossorio MA, Bengoechea Trujillo A, Fornell Ariza M, Pacheco García JM. 100 primeras cirugías robóticas tras dos años de implementación: nuestros resultados. Bariátrica & Metabólica Ibero- Americana (2025) 15.2.4: 5032-5034.

6- Mayo Ossorio MA, Bengoechea Trujillo A, Fornell Ariza M, Pacheco García JM. Resultados tras dos años de seguimiento en las primeras gastrectomías verticales robóticas: nuestra experiencia. Bariátrica & Metabólica Ibero- Americana (2025) 15.2.3: 5028-5031

7- Valverde Martínez A, Pacheco Garvcia JM , Fernández Jiménez A. Hernia incisional post trasplante renal. Cirugía Andaluza 2025;36(1):17-21.

8-Aragón Encina JA, Valverde Martínez A, Castro Santiago MJ, Camacho Ramírez A, Casado Maestre MD, Pacheco García JM. Lymphoepithelial cyst of the pancreas. Rev Esp Enferm Dig. 2024;116(12):731-732. doi:10.17235/reed.2024.10091/2023.

3.3; Asistencia a congresos cursos y jornadas por facultativos UCG:

1- XII WORKSHOP INTERNACIONAL DE ECOGRAFIA Y RESONANCIA ANORECTAL:

TATIANA GOMEZ SANCHEZ

2- CURSO DE CIRUGÍA LAPAROSCOPICA 2025

JOSÉ MANUEL PACHECO GARCIA

M^a DE LOS ANGELES MAYO OSSORIO

ANDER BENGOCHEA TRUJILLO

MARIA JOSÉ JIMENEZ VAQUERO

JOSE ANTONIO ARAGON ENCINA

3- Jornadas formativas área técnica de salud Equipo Start

JUAN CARLOS HERRERA CASTILLO

4- International Debates on Endocrine Surgery IDES - ISITE

DANIEL PEREZ GOMAR

5- III Curso de formación en ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA INTRAOPERATORIA PARA CIRUJANOS.

ANDES BENGOCHEA TRUJILLO

MERCEDES FORNELL ARIZA

M^a ANGELES MAYO OSSORIO (DOCENTE)

6- VI CONGRESO GRUPO ESPAÑOL DE REHABILITACION MULTIMODAL

ALBERTO FIERRO AGUILAR

AMPARO VALVERDE MARTTINEZ

7- Programa de entrenamiento: Cirugía colorrectal robótica.

FRANCISCO ROMERO ACEITUNO

8- 2º EDICIÓN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HERNIA DE HIATO.

MERCEDES FORNELL ARIZA

ANDER BENGOCHEA TRUJILLO

9- XXIX REUNION DE LA SECCION DE CIRUGÍA ESOFAGOGASTRICA AEC

Mª DE LOS ANGELES MAYO OSSORIO

ALBERTO FIERRO AGUILAR

ANDER BENGOCHEA TRUJILLO

JOSE MANUEL PACHECO GARCIA

10-XXVIII Congreso Nacional de Coloproctología

EVA MARIA SANCHO MARAVER

MARIA JOSÉ JIMENEZ VAQUERO

JOSE RAMON CASTRO FERNANDEZ

11- CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA DE LA OBESIDAD REUS2025

Mª DE LOS ANGELES MAYO OSSORIO

JOSÉ MANUEL PACHECO GARCIA

ANDER BENGOCHEA TRUJILLO

MERCEDES FORNELL ARIZA

11-13" Congress of ifso-EC

JOSE MANUEL PACHECO GARCIA

ANDER BENGOCHEA TRUJILLO

Mª DE LOS ANGELES MAYO OSSORIO

12-XIX CONGRESO DE LA ASOCIACION ANDALUZA DE CIRUJANOS

EVA MARIA SANCHO MARAVER

MARIA JESUS CASTRO SANTIAGO

ANGELA FERNANDEZ JIMENEZ

MARIA LUISA MUÑOZ BUENO

13-ZaragozaHPB meeting and UEMS HBP preparatory course

AMPARO VALVERDE MARTINEZ

ALONSO CAMACHO RAMIREZ

14- DEFINITIVE SURGICAL TRAUMA CARE

AMPARO VALVERDE MARTINEZ

JOSE ANTONIO BECERRA TORO

15-Reunión Nacional HBP 2025

MARIA JESUS CASTRO SANTIAGO

Mª DOLORES CASADO MAESTRTE

16- III JORNADAS PROVINCIALES DE COLOPROCTOLOGIA

EVA MARIA SANCHO MARAVER

MARIA JOSÉ JIMENEZ VAQUERO

TATIANA GOMEZ SANCHEZ

17-II JORNADAS DE OTOÑO DE LA ASAC

EVA MARIA SANCHO MATRAVER

18-Uso y manejo de la tecnología J&J MedTech en cirugía bariátrica

MERCEDES FORNELL ARIZA

ANDER BENGOCHEA TRUJILLO

19-CURSO DE AVANZADO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REVISIÓN MEDIANTE SISTEMA ROBOTICO DAVINCI.

M^a DE LOS ANGELES MAYO OSSORIO

JOSE MANUEL PACHECO GARCIA

20-XXV Reunion Nacional de Cirugía de AEC

M^a DE LOS ANGELES MAYO OSSORIO

JOSE MANUEL PACHECO GARCIA

ANDER BENGOCHEA TRUJILLO

M^a JESUS CASTRO SANTIAGO

EVA MARIA SANCHO MARAVER

ANGELA ORTIZ SANCHEZ

JOSE ANTONIO ARAGON ENCINA

21-ACTUALIZACION EN CIRUGIA ENDOCRINA

DANIEL PEREZ GOMAR

VIOLETA CAMACHO MARENTE

22-PROGRAMA DE CAPACITACIÓN MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA ENCIRUGA DETIROIDES. FORMACIÓNTEÓRICO-PRÁCTICA

DANIEL PEREZ GOMAR

VIOLETA CAMACHO MARENTE

3.4: CURSOS ORGANIZADOS POR FACULTATIVOS UCG:

- X CURSO DE INMERSIÓN EN CIRUGÍA BARIATRICA DE LA AEC 27-29 ABRIL 2026
- I CURSO DE TRAUMA GRAVE FACULTAD DE MEDICINA DE CADIZ NOVIEMBRE 2026





4- FORMACIÓN ENFERMERÍA Y TCAE:

El **Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo** del Hospital Universitario Puerta del Mar no puede entenderse sin la aportación diaria de todos y cada uno de los profesionales que lo conforman. Más allá de la labor médica y quirúrgica, el verdadero motor de nuestra Unidad reside en la capacidad, la entrega y la profesionalidad de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAEs), celadores y personal administrativo.

El personal de enfermería constituye un pilar esencial en el cuidado integral del paciente quirúrgico. Su atención cercana, su capacidad de respuesta en momentos críticos y su dedicación constante aseguran no solo la seguridad clínica, sino también el acompañamiento humano que nuestros pacientes y sus familias necesitan. A su lado, los TCAEs aportan día a día un trabajo silencioso, imprescindible y lleno de vocación, que garantiza la calidad en los cuidados y el buen funcionamiento de cada proceso asistencial.

Los celadores, con su esfuerzo incansable y disponibilidad permanente, son también parte fundamental de nuestra cadena asistencial. Gracias a su labor, cada traslado, cada apoyo en quirófano y cada intervención logística se desarrolla con la seguridad y eficacia que el paciente merece.

Igualmente, resulta imprescindible poner en valor el trabajo de nuestro equipo administrativo. Ellos son la primera voz y la primera cara que muchos pacientes y familiares encuentran al llegar al hospital. Su organización, capacidad de gestión y trato humano hacen posible que la compleja estructura de nuestro Servicio funcione con fluidez, facilitando que el resto de profesionales podamos centrarnos en lo estrictamente asistencial.

En conjunto, todos ellos representan el alma de un Servicio que no solo opera y trata enfermedades, sino que acompaña, escucha y da respuestas en un entorno sanitario cada vez más exigente. Su esfuerzo diario, su profesionalidad y su compromiso nos permiten mantener y reforzar el prestigio del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, y avanzar hacia nuevos retos con confianza y optimismo.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a enfermeras, TCAEs, celadores y administrativos. Su aportación, muchas veces discreta y silenciosa, es la base sobre la que se sostiene la excelencia asistencial, docente e investigadora de nuestro Servicio. Sin su dedicación y espíritu de equipo, los logros alcanzados y los que están por venir no serían posibles.

MEMORIA CIENTIFICA Y DOCENTE ENFERMERIA, TCAE

MONTSERRAT ANILLO FERNANDEZ

NIF: 52920402R

Sexo: M

Tipo: INTERNO

Centro de Trabajo: H.UNIVERSITARIO PUERTO REAL

Categoría: ENFERMERO/A

Servicio: CIRUGIA GENERAL

Cursos realizados:

Estado: APTO, Organizador: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FONDOS PROPIOS, Modalidad: PRESENCIAL, Presencia: PRESENCIAL, Acreditado: S, Créditos: 0.4

JOSE CENTENO FERNANDEZ

NIF: 44029099S

Sexo: V

Tipo: INTERNO

Centro de Trabajo: H. PUERTA DEL MAR

Categoría: ENFERMERO/A

Servicio: CIRUGIA GENERAL

Cursos realizados:

Estado: APTO, Organizador: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FONDOS PROPIOS, Modalidad: PRESENCIAL, Presencia: PRESENCIAL, Acreditado: N, Créditos: 0.0

(17/04/2024 - 17/04/2024)

Estado: APTO, Organizador: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FORMACIÓN PARA EL EMPLEO - Acuerdo de Formación para el empleo de las Administraciones Públicas, Modalidad: PRESENCIAL, Presencia: PRESENCIAL, Acreditado: S, Créditos: 0.44

SONIA DE HARO CORONIL

NIF: 75786518T

Sexo: M

Tipo: INTERNO

Centro de Trabajo: H. PUERTA DEL MAR

Categoría: ENFERMERO/A

Servicio: CIRUGIA GENERAL

Cursos realizados:

Estado: APTO, Organizador: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FONDOS PROPIOS, Modalidad: PRESENCIAL, Presencia: PRESENCIAL, Acreditado: S, Créditos: 0.35

SANDRA DE MANUEL IGLESIAS

NIF: 33289458V

Sexo: M

Tipo: INTERNO

Centro de Trabajo: H. PUERTA DEL MAR

Categoría: TECNICO/A EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

Servicio: CIRUGIA GENERAL

Cursos realizados:

Estado: PENALIZADO-NP, Organizador: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FONDOS PROPIOS, Modalidad: PRESENCIAL, Presencia: PRESENCIAL, Acreditado: N, Créditos: 0.0

Estado: APTO, Organizador: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FONDOS PROPIOS, Modalidad: PRESENCIAL, Presencia: PRESENCIAL, Acreditado: N, Créditos: 0.0

AMANDA DURAN MUÑOZ

NIF: 32064959S

Sexo: M

Tipo: INTERNO

Centro de Trabajo: H. PUERTA DEL MAR

Categoría: TECNICO/A EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

Servicio: CIRUGIA GENERAL

Cursos realizados:

Estado: RESERVA, Organizador: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FONDOS PROPIOS, Modalidad: E-LEARNING, Presencia: E-LEARNING, Acreditado: S, Créditos: 1.

Estado: APTO, Organizador: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FORMACIÓN PARA EL EMPLEO - Acuerdo de Formación para el empleo de las Administraciones Públicas, Modalidad: E-LEARNING, Presencia: E-LEARNING, Acreditado: N, Créditos: 0.0

ANTONIO MARTINEZ DE VIERGOL GARCIA

NIF: 31223945L

Sexo: V

Tipo: INTERNO

Centro de Trabajo: H. PUERTA DEL MAR

Categoría: TECNICO/A EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

Servicio: CIRUGIA GENERAL

Cursos realizados:

Estado: APTO, Organizador: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FONDOS PROPIOS, Modalidad: E-LEARNING, Presencia: E-LEARNING, Acreditado: S, Créditos: 1.75

Estado: APTO, Organizador: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FONDOS PROPIOS, Modalidad: SEMIPRESENCIAL, Presencia: SEMIPRESENCIAL, Acreditado: S, Créditos: 3.3

Estado: RESERVA, Organizador: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FORMACIÓN PARA EL EMPLEO - Acuerdo de Formación para el empleo de las Administraciones Públicas, Modalidad: E-LEARNING, Presencia: E-LEARNING, Acreditado: N, Créditos: 0.0

Estado: APTO, Organizador: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FORMACIÓN PARA EL EMPLEO - Acuerdo de Formación para el empleo de las Administraciones Públicas, Modalidad: E-LEARNING, Presencia: E-LEARNING, Acreditado: N, Créditos: 0.0

M TERESA MUÑOZ FERRON

NIF: 74669708R

Sexo: M

Tipo: INTERNO

Centro de Trabajo: H. PUERTA DEL MAR

Categoría: ENFERMERO/A

Servicio: CIRUGIA GENERAL

Cursos realizados:

Estado: NO PRESENTADO, Organizador: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FORMACIÓN PARA EL EMPLEO - Acuerdo de Formación para el empleo de las Administraciones Públicas, Modalidad: SEMIPRESENCIAL, Presencia: SEMIPRESENCIAL, Acreditado: S, Créditos: 5.5

Estado: APTO, Organizador: COMPLEJO –HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FORMACIÓN PARA EL EMPLEO - Acuerdo de Formación para el empleo de las Administraciones Públicas, Modalidad: SEMIPRESENCIAL, Presencia: SEMIPRESENCIAL, Acreditado: S, Créditos: 5.08

Estado: APTO, Organizador: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FORMACIÓN PARA EL EMPLEO - Acuerdo de Formación para el empleo de las Administraciones Públicas, Modalidad: SEMIPRESENCIAL, Presencia: SEMIPRESENCIAL, Acreditado: S, Créditos: 2.19

ANA MARIA PERDIGONES GONZALEZ

NIF: 31674501M

Sexo: M

Tipo: INTERNO

Centro de Trabajo: H. PUERTA DEL MAR

Categoría: TECNICO/A EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

Servicio: CIRUGIA GENERAL

Cursos realizados:

Estado: APTO, Organizador: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FONDOS PROPIOS, Modalidad: SEMIPRESENCIAL, Presencia: SEMIPRESENCIAL, Acreditado: S, Créditos: 1.32

M DEL MAR RAMIREZ ALCARAZ

NIF: 30810694D

Sexo: M

Tipo: INTERNO

Centro de Trabajo: H. VIRGEN DEL ROCIO

Categoría: TECNICO/A EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

Servicio: CIRUGIA GENERAL

Cursos realizados:

Estado: RESERVA, Organizador: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FORMACIÓN PARA EL EMPLEO - Acuerdo de Formación para el empleo de las Administraciones Públicas, Modalidad: E-LEARNING, Presencia: E-LEARNING, Acreditado: N, Créditos: 0.0

CARMEN RODRIGUEZ RUIZ

NIF: 76647831D

Sexo: M

Tipo: INTERNO

Centro de Trabajo: H. PUERTA DEL MAR

Categoría: ENFERMERO/A

Servicio: CIRUGIA GENERAL

Cursos realizados:

Estado: NO PRESENTADO, Organizador: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FORMACIÓN PARA EL EMPLEO - Acuerdo de Formación para el empleo de las Administraciones Públicas, Modalidad: E-LEARNING, Presencia: E-LEARNING, Acreditado: S, Créditos: 4.84

NATALIA RODRIGUEZ SANTOS

NIF: 44043492X

Sexo: M

Tipo: INTERNO

Centro de Trabajo: H. PUERTA DEL MAR

Categoría: ENFERMERO/A

Servicio: CIRUGIA GENERAL

Cursos realizados:

Estado: APTO, Organizador: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FONDOS PROPIOS, Modalidad: PRESENCIAL, Presencia: PRESENCIAL, Acreditado: N, Créditos: 0.0

PATRICIA SANCHEZ RODRÍGUEZ

NIF: 75755003H

Sexo: M

Tipo: INTERNO

Centro de Trabajo: AREA SANITARIA SUR SEVILLA

Categoría: ENFERMERO/A

Servicio: CIRUGIA GENERAL

Cursos realizados:

Estado: RESERVA, Organizador: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FONDOS PROPIOS, Modalidad: E-LEARNING, Presencia: E-LEARNING, Acreditado: S, Créditos: 4.84

GERTRUDIS VELEZ ROSSI

NIF: 44045418G

Sexo: M

Tipo: INTERNO

Centro de Trabajo: H. PUERTA DEL MAR

Categoría: ENFERMERO/A

Servicio: CIRUGIA GENERAL

Cursos realizados:

Estado: PENALIZADO-NP, Organizador: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS, Financiador: FONDOS PROPIOS, Modalidad: PRESENCIAL, Presencia: PRESENCIAL, Acreditado: N, Créditos: 0.0

MARIA PAZ BIENVENIDO RAMIREZ

NIF/NIE: 31253868L

Sexo: M

Email: mariap.bienvenido.ssapa@juntadeandalucia.es

Centro de Trabajo: H. PUERTA DEL MAR

Unidad: CIRUGIA GENERAL

Puesto: ENFERMERA

Categoría: ENFERMERO/A

Cursos realizados:

Entidad: HOLLISTER, Lugar: MADRID, Duración: 2 días / 8 horas, Matrícula: 0.0 €, Dietas: 0.0 €, Desplazamiento: 0.0 €, Vehículo: Sin definir (Sin definir)

Entidad: Coloplast Productos Medicos, Lugar: Avila, Duración: 3 días / 15 horas, Matrícula: 0.0 €, Dietas: 0.0 €, Desplazamiento: 0.0 €, Vehículo: Sin definir (Sin definir)

MARIA JOSE HERRERA BENITEZ

NIF/NIE: 31259453S

Sexo: M

Email: mj.herrera.ssppa@juntadeandalucia.es

Centro de Trabajo: H. PUERTA DEL MAR

Unidad: CIRUGIA GENERAL

Puesto: nan

Categoría: ENFERMERO/A

Cursos realizados:

Entidad: GERM, Lugar: Almeria, Duración: 2 días / 16 horas, Matrícula: 0.0 €, Dietas: 0.0 €, Desplazamiento: 0.0 €, Vehículo: Sin definir (Sin definir)

DOCENCIA IMPARTIDA POR ENFERMERIA ESTOMATERAPEUTA.:

Título: Cuidados de enfermería en el paciente con ostomias digestivas de Eliminación.

Impartidas por: M^a Paz Bienvenido

Número de créditos ACSA : 0,2

Fechas: 17/04/2025 1ª sesión

03/07/2025 2ª sesión

07/08/2025 3ª sesión

18/12/2025 4º Sesión

DOCENCIA RECIBIDA POR ENFERMERIA Y TCAE BLOQUE QUIRURGICO Nº1 CIRUGÍA GENERAL.

La formación se impartió a todo el personal de quirófano, enfermeras, TCAE y celadores. Principalmente a las enfermeras fijas del Bloque quirúrgico nº1 de Cirugía general.

1

FORMACIÓN PROTOCOLO IQZ PROCEDIMIENTOS CIRUGÍA COLO-RECTAL Y VÍA RICA. FECHA 28 MARZO 2028. IMPARTIDA POR MEDICINA PREVENTIVA Y JEFA DE SECCION CIRUGÍA GENERAL: DRA. MARIAN MAYO OSSORIO

2

FORMACIÓN PROTOCOLO IQZ Y PROCEDIMIENTOS RICA. FECHA 4 ABRIL 2024 SALON DE ACTOS IMPARTIDA POR MEDICINA OPREVENTIVA Y CIRUGÍA

3

FORMACIÓN ASPIRADOR ULTRASÓNICO CUSA. RESOLUCIÓN PROBLEMAS. PUESTA EN MARCHA. FECHA 25 ABRIL 2024. IMPARTIDA POR DELEGADO PRIM ANDALUCIA

4

FORMACIÓN ACTUALIZACIÓN ENDOGRAPADORA CORTADORA ,CASA COMERCIAL ETHICON. FECHA 16 MAYO 2024. IMPARTIDA POR DELEGADO ETHICON CÁDIZ

5

SESIÓN FORMATIVA SOBRE APLICADORES CLIPS VASCULARES CASA COMERCIAL TELEFLEX. FECHA 13 JUNIO 2024

6

Sesión hospitalaria "AVANZANDO HACIA UNA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DE CALIDAD Y HUMANIZADA: LA VÍA RICA COMO ESTÁNDAR". FECHA 20 JUNIO 2025 IMPARTIDA POR MEDICINA PREVENTIVA Y CIRUGÍA GENERAL.

5-Pertenencia a Comisiones:

COMISION DE TUMORES DIGESTIVOS:

- José Manuel Pacheco García
- Eva Maria Sancho Maraver
- Maria Jesus castro santiago
- Marita de los Angeles Mayo Ossorio
- Ander Bengoechea Trujillo
- Amparo Valverde Martinez
- Alonso Camacho Ramirez
- M^a dolores Casado Maestre
- M^a del Carmen Bazan Hinojo
- Tatiana Gomez Sanchez
- M^a JoséJimenez Vaquero
- José Ramon Castro Fernandez

COMISION DE INFECCIONES Y POLITICA ANTIBIOTICA:

- M^a de los Angeles Mayo Ossorio

COMISION DE HEPATOCARCINOMA

- M^a Jesus Castro Santiago
- Alonso Camacho Ramirez
- M^a Dolores Casado Maestre
- Amparo Valverde Martinez
- Juan Carlos Herrera Castillo

COMISION DE TRAUMA GRAVE

- AMPARO VALVERDE MARTINEZ

COMISION DE SEGURIDAD CLINICA

- Ander Bengoechea Trujillo

COMITE DE ETICA DE LA INVESTIGACIÓN

- Maria de los Angeles Mayo Ossorio

COMITE DE CIRUGÍA BARIATRICA

- M^a de los Angeles Mayo Ossorio
- José Manuel Pacheco García
- Ander Bengoechea Trujillo
- Mercedes Fornell Ariza

COMITE DE TUMORES CABEZA Y CUELLO

- Daniel Pere Gomart

COMITE DE TUMORES NEUROENDOCRINOS

- Ander Bengoechea Trujillo
- M^a Jesus Castor Santiago

JUNTA FACULTATIVA

- M^a de los Angeles Mayo Ossorio

6-Pertenencia a Sociedades Científicas

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUJANOS:

- JOSE MANUEL PACHECO GARCIA
- MARIA DE LOS ANGELES MAYO OSSORIO (secretaria sección cirugía bariátrica y vocal
sección cirugía esofagogastrica)
- ANDER BENGOCHEA TRUJILLO
- MERCEDES FORNELL ARIZA
- DANIEL PEREZ GOMAR
- VIOLETA CAMACHO MARENTE
- MARIA JESUS CASTRO SANTIAGO
- EVA MARIA SANCHO MARAVER
- Maria José Jimenez vaquero
- Tatiana gomez sanchez
- Francisco Romero Aceituno
- José Ramon Castro Fernandez
- M^a Carmen Bazan Hinojo
- M^a Dolores Casado Maestre
- Alonso Camacho Ramirez
- Jose Antonio Becerra Toro
- Juan Carlos Herrera Castillo
- Angela Ortiz Sanchez

7-Formación académica impartida:

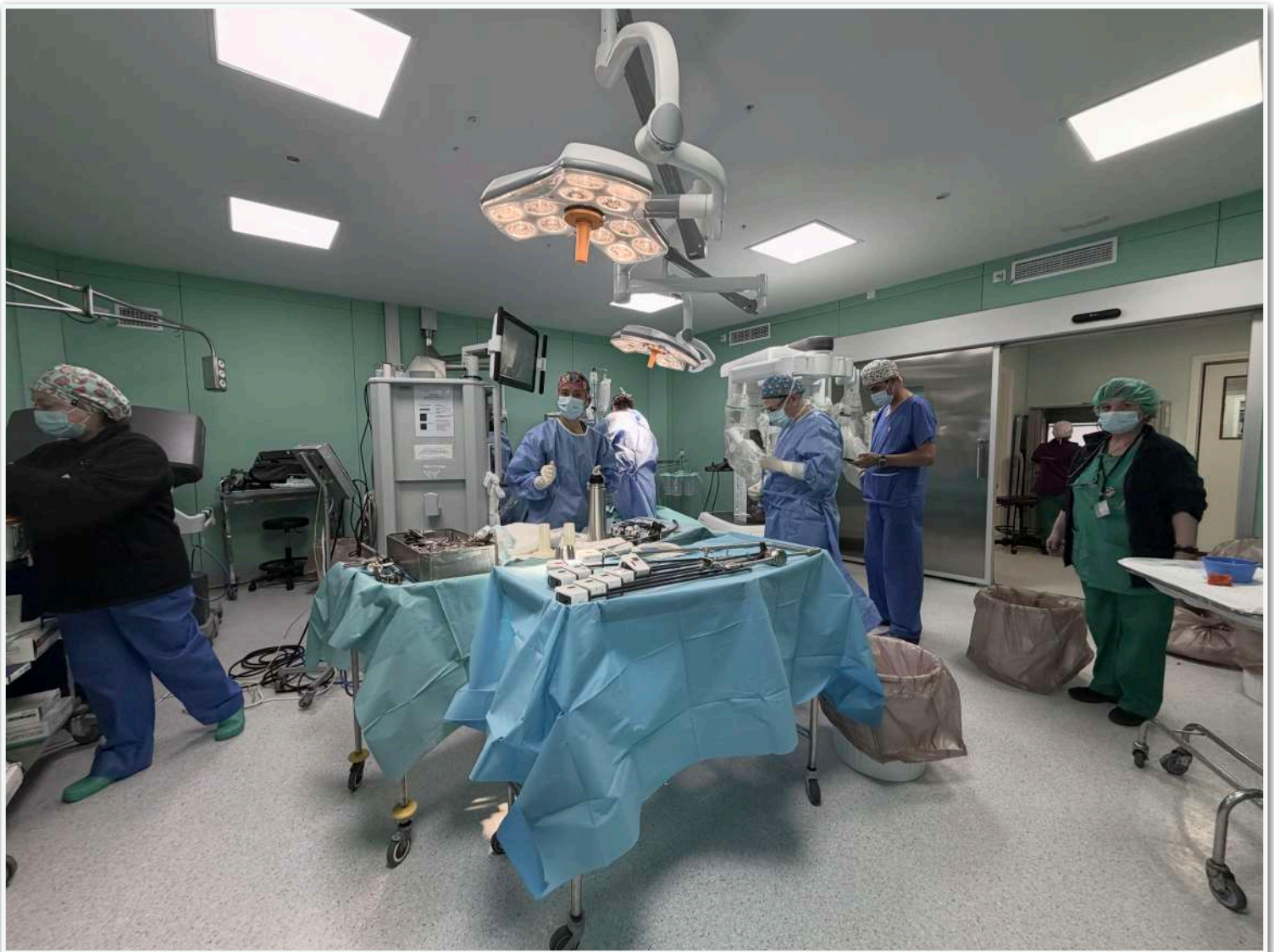
• 7-1.Tutores clínicos:

- Alonso Camacho Ramirez
- Ander Bengoechea Trujillo
- Violeta Camacho Marente
- José Antonio Becerra Toro
- José Antonio Aragón Encina
- Angela Ortiz Sanchez
- Angela Fernandez Jimenez
- M^a Luisa Muñoz
- Angela Luque

• 7-2. Profesores asociados

- M^a de los Angeles Mayo Ossorio
- José Manuel Pacheco García
- Eva Maria Sancho Maraver
- M^a Jesus Castro Santiago
- M^aCarmen Bazan Hinojo
- José Ramon Castro Fernandez
- Amparo Valverde Martinez
- M^a Dolores Casado Maestre

- Tatiana Gomez Sanchez
 - 7-3. Tutores residentes
 - Ander Bengoechea Trujillo
 - Amparo Valverde Matinez
 - Tatiana Gómez Sánchez
- 8- Profesionales acreditados por la ACSA
- Tatiana Gomez Sanchez
 - Maria del Carmen BazanHinojo
 - José ramón Castro Fernandez
 - Mercedes Fornell Ariza



Resumen final 2025

La presente memoria refleja la dedicación, el compromiso y la resiliencia del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Puerta del Mar.

El año 2025 ha estado marcado por una reducción en la disponibilidad de quirófanos y recursos, circunstancia que, lejos de frenar nuestra labor, ha puesto de manifiesto la capacidad de adaptación, esfuerzo y profesionalidad de todos los miembros de la Unidad.

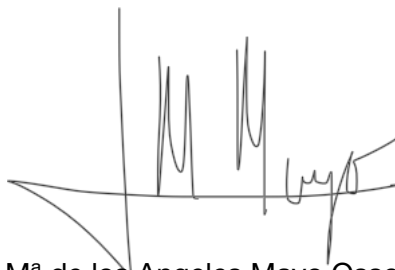
A pesar de las dificultades, hemos mantenido una intensa actividad asistencial, acompañada de un firme compromiso con la docencia y la investigación, siempre guiados por el objetivo de ofrecer la mejor atención posible a nuestros pacientes. Cada jornada quirúrgica, cada consulta, cada publicación y cada proyecto docente son el reflejo de un equipo que sabe crecer ante la adversidad y mantener la excelencia en su trabajo.

El valor más importante de nuestro Servicio son sus profesionales: personas que han demostrado, una vez más, que el trabajo en equipo, la entrega y la vocación de servicio público son la clave para superar los retos.

Miramos al futuro con esperanza y determinación. Los logros de este año son un punto de partida para seguir avanzando, innovando y fortaleciendo nuestra labor asistencial, científica y docente, con la misma ilusión y energía que nos caracteriza.



Fdo: José Manuel Pacheco García
Jefe de Servicio de Cirugía General



Fdo Mª de los Angeles Mayo Ossorio
Jefe de Sección de Cirugía General

“En cirugía, como en la vida, lo esencial no es la destreza individual, sino la capacidad de caminar juntos hacia un mismo objetivo.”

(Adaptación frase de Henry Ford)



<https://www.instagram.com/cirugiahupmcadiz/>

[https://www.facebook.com/100063935619596/
posts/1091408639666980/](https://www.facebook.com/100063935619596/posts/1091408639666980/)

<https://x.com/cadizhupm?lang=es>

[https://es.linkedin.com/in/cirugía-general-hupm-
cadiz-8a8a5117b](https://es.linkedin.com/in/cirugía-general-hupm-cadiz-8a8a5117b)

<https://www.youtube.com/@prehabilitacioncadiz>