



MEMORIA

2024

CIRUGIA GENERAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Indice:

1- Introducción:

2- Resultados Clínicos del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo Por Unidades:

2-1 Resultados Unidad HPB

2-1-1. Resultados de Cirugía Hepática

2-1-2. Resultados de Cirugía Pancreática

2-2 Resultados de Unidad de Cirugía Endocrina

2-3 Resultados de Unidad de Cirugía Colorectal

2-4 Resultados de Unidad de cirugía Bariátrica y esofagogastrica

2-4-1 Resultados de Cirugía Bariátrica

2-4-2 Resultados de Cirugía Esofagogastrica.

3- Memoria científica:

- 3-1. Comunicaciones a congresos
- 3-2. Ponencias/ Moderaciones
- 3-3 Publicaciones en Revistas
- 3-4 Capítulos
- 3-5 Revisión de artículos de revistas científicas.
- 3-6 Protocolos
- 3-7 Proyectos de investigación
- 3-8 Dirección de tesis doctorales
- 3-9 Dirección de TFG/TFM
- 3-10. Docencia impartida

4- Formación: Asistencia a Cursos, Congresos, Sesiones, Jornadas, Masters y expertos

- 4-1. Facultativos
- 4-2. Enfermería y auxiliares
- 4-3. Residentes

5- Pertenencia a Comisiones

6- Pertenencia a Sociedades Científicas

7- Formación académica impartida:

- 7-1. Tutores clínicos
- 7-2. Profesores asociados
- 7-3. Tutores residentes

8- Profesionales acreditados por la ACSA

9- Otros.

1- INTRODUCCIÓN:

El año 2024 ha estado marcado por importantes retos para nuestro Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Puerta del Mar. La disminución del número de quirófanos disponibles y la reducción del presupuesto han supuesto un escenario de trabajo complejo, en el que, sin embargo, no se ha visto mermada la carga asistencial ni el compromiso con nuestros pacientes.

A pesar de estas limitaciones, la actividad asistencial, docente e investigadora del

Servicio ha mantenido unos niveles de calidad y resultados satisfactorios, reflejo del esfuerzo, la entrega y la profesionalidad de todos los miembros del equipo. La capacidad de adaptación y la vocación de servicio han sido, una vez más, los pilares que han permitido superar las dificultades y consolidar la confianza de nuestros pacientes y del hospital en nuestra labor.

Miramos hacia el nuevo año con esperanza y determinación, sabiendo que cada reto supone una oportunidad de crecer, de innovar y de seguir mejorando. El camino recorrido en 2024 demuestra que, unidos, somos capaces de afrontar cualquier adversidad y de convertir las dificultades en fortalezas. Con esa convicción, afrontamos el futuro con ilusión renovada, orgullosos del trabajo realizado y motivados para continuar ofreciendo la mejor atención posible a quienes confían en nosotros.

A pesar de las dificultades el mayor valor de nuestro Servicio sigue residiendo en sus profesionales y en su capacidad para trabajar en equipo hacia una visión común.

El Servicio de Cirugía ha evolucionado en cuanto a sus profesionales, resultado de las OPE, concursos de traslado, bajas y nuevas incorporaciones, que han provocado cambios en los Facultativos, Enfermería TCAE, celadores y demás compañeros.



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 tras estos cambios también ha sufrido modificaciones 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	MP DE LOS ANGELES MAYO OSSORIO					
SUPERVISORA PLANTA HOSPITALIZACIÓN	MP JOSÉ PIRAN					
SUPERVISORA QUIRÚRGICA	IMMACULADA PRISTO ALMAGRO					
TUTOR RESIDENTES	ANDER BENGOCHEA TRULLO MP DOLORES CASADO MAESTRE AMIRNO VALVERDE MARTINEZ					
PROFESORES ASOCIADOS	MP DE LOS ANGELES MAYO OSSORIO, JOSE MANUEL PACHECO GARCIA, EVA MARIA SANCHO MARAVIER, JOSE RAMON CASTRO FERNANDEZ, MP JESUS CASTRO SANTIAGO, MP CARMEN BAZAN HINGLO, MP DOLORES CASADO MAESTRE, DANIEL PEREZ GOMAR, AMIRNO VALVERDE MARTINEZ					
UNIDADES	ENDOCRINO	ESOPHAGOGASTRICA Y BARIATRICA	HFN	COLORECTAL	GENERAL Y PARED ABDOMINAL	CMA
RESPONSABLE	DANIEL PEREZ GOMAR	MP DE LOS ANGELES MAYO OSSORIO	MP JESUS CASTRO SANTIAGO	EVA MARIA SANCHO MARAVIER	ANDER BENGOCHEA TRULLO	MERCEDES FORNELL ARZA
MIEMBROS	VIOLETA CAMACHO MARINTE	JOSE MANUEL PACHECO GARCIA	ALONDO CAMACHO RAMIREZ	JOSE RAMON CASTRO FERNANDEZ	VIOLETA CAMACHO MARINTE	VIOLETA CAMACHO MARINTE
	MP DOLORES CASADO MAESTRE	ANDER BENGOCHEA TRULLO	AMIRNO VALVERDE MARTINEZ	CARMEN BAZAN HINGLO	TATIANA GOMEZ SANCHEZ	MERCEDES FORNELL ARZA
	ALBERTO FERRIO AGUILAR	MERCEDES FORNELL ARZA	MP DOLORES CASADO MAESTRE JUAN CARLOS HERRERA DEL CASTILLO	FRANCISCO ROMERO ACETUNO MP JOSE JIMENEZ VAQUERO TATIANA GOMEZ SANCHEZ	JUAN CARLOS HERRERA DEL CASTILLO ALBERTO FERRIO AGUILAR	TATIANA GOMEZ SANCHEZ FRANCISCO ROMERO ACETUNO JUAN CARLOS HERRERA DEL CASTILLO ALBERTO FERRIO AGUILAR



A photograph of two surgeons in an operating room. The surgeon on the left is wearing a blue surgical cap with a cartoon character and a white face mask. The surgeon on the right is wearing a blue surgical cap, glasses, and a white face mask. They are both focused on a surgical site. In the background, there are large, circular surgical lights and two IV bags hanging from a stand. The text "MEMORIA ASISTENCIAL" is overlaid in the center of the image.

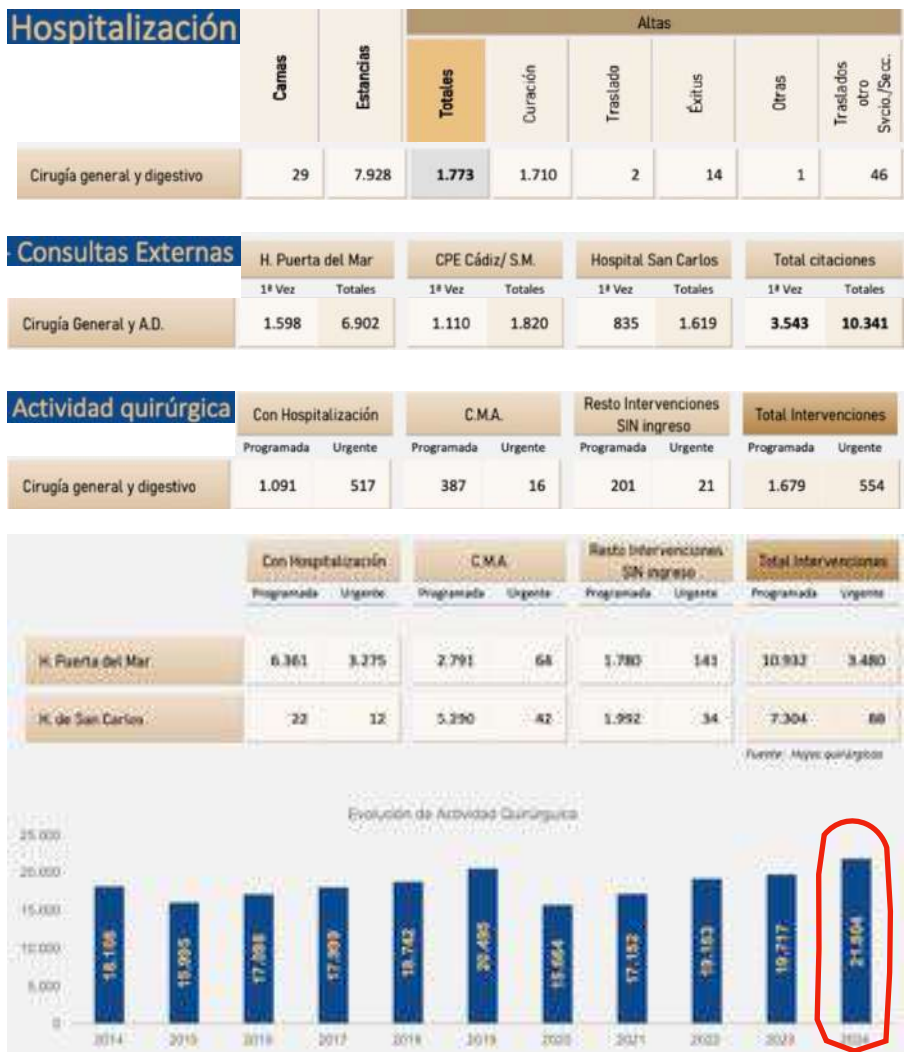
MEMORIA ASISTENCIAL

2- MEMORIA ASISTENCIAL:

Resumen actividad asistencial UGC cirugía General 2024.

El año 2024 ha venido marcado por un descenso de las sesiones quirúrgicas, así como el presupuesto asignado a la unidad, pero como comentamos en la introducción la presión asistencias debido a la referencialidad de nuestro hospital, no hadescendido e incluso se ha visto incrementada en este año.

Presentamos a continuacion, el resumen de la actividad asistencial realizada por el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Puerta del Mar durante 2024 presentada en la memoria anual publicada por el Hospital, donde podemos ver que la actividad se ha mantenido a pesar de las dificultades.



Actividad del Personal Sanitario No Facultativo		
ACTIVIDAD CITADA ENFERMERIA		
UNIDAD FUNCIONAL	2023	2024
Cirugía General y Digestiva	3.368	3.038

Resumen resultados UGC Cirugía General 2024

Hospitalización 2024



Consultas Externas



Intervenciones quirúrgicas

Nº de cirugías robóticas Cirugía general: 229 pacientes:

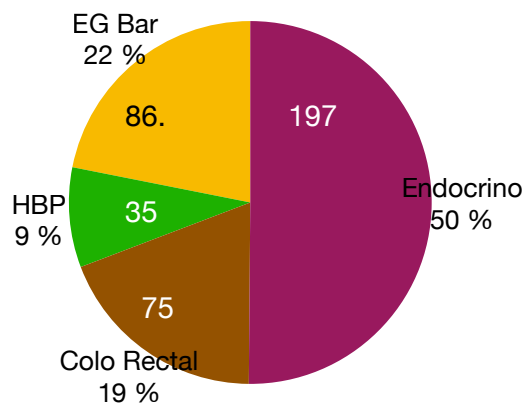
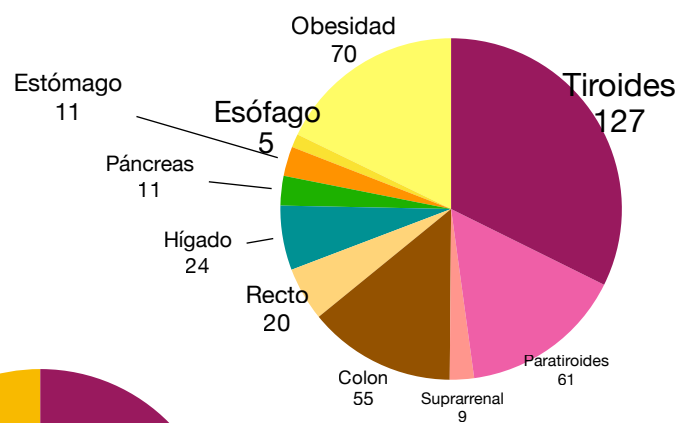
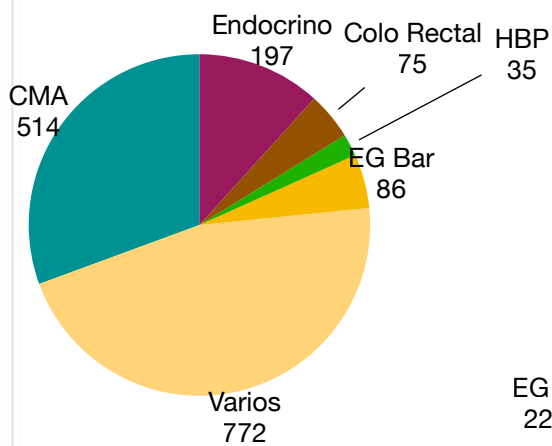
En cuanto a cirugía robotica desde 2020 en que se inicio la cirugía robotica colorectal, se han intervenido 229 pacientes, de los cuales 129 son de la Unidad de cirugía colorectal y 100 de la

unidad de cirugía esofagogastrica y bariátrica que inició su primera cirugía robótica en 2022.

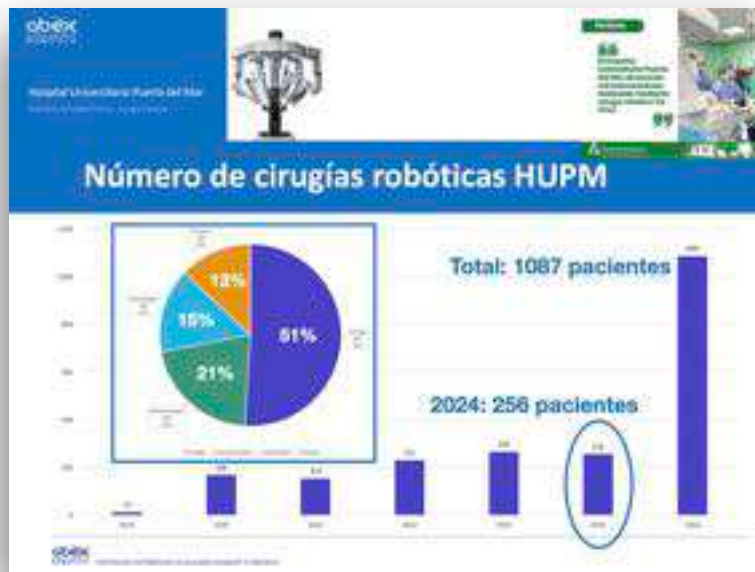
1.679 Intervenciones quirúrgicas:

-1.165 HUPM.

-514 H San Carlos.



(Datos cedidos por Abex).



Resultados generales:

Se presentan los resultados en cuanto a suspensiones quirúrgicas, Calidad de cumplimentación de la hoja quirúrgica, priorización de pacientes y Estancia media preoperatoria. Todos estos objetivos se cumplen.

En cuanto a los reingresos urgentes antes de 30 días, la UGC de Cirugía General durante el 2024 se ha situado por debajo del 3%, 2,38%, y por debajo de la media de Andalucía. Hemos cumplido el objetivo de gasto pero posiblemente en relación a la disminución del número de quirófano.



2024

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA	Importe consumido	Importe teórico	Acuerdo anual	Desviación (€)	Desviación (%)
Cirugía General	2.292.490,30 €	1.495.390 €	1.495.390	797.100,02	53,30%



2.292.490,30 €

Desviación 797.100,02 € (53%)

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA	Importe consumido 2023	Importe consumido 2024	Variación (€)	Variación (%)
Cirugía General	2.382.940 €	2.292.490 €	-90.449,85	-3,80%

90.449,85 € menos que en 2023 (-3,80%)

En cuanto a las reclamaciones , estas han disminuido respecto al 2023, y los principales motivos han sido:

Lista de espera quirúrgica: 55

Tiempo de espera acto asistencial: 7

Suspensión acto asistencial: 2

Y hemos tenido 2 agradecimientos.

Tipo de informe:	Informe básico: General
Intervalo de tiempo:	de 01/01/2023 a 31/12/2023

2023

Nombre de la Unidad	Expedientes	Reclamaciones		Sugerencias		Agradecimientos	
	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CIRUGÍA GENERAL	123	122	99,2	0	0,0	1	0,8

122 reclamaciones



Tipo de informe:	Informe básico: General
Intervalo de tiempo:	de 01/01/2024 a 31/12/2024

2024

Nombre de la Unidad	Expedientes	Reclamaciones		Sugerencias		Agradecimientos	
	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CIRUGÍA GENERAL	76	74	97,4	0	0,0	2	2,6

74 reclamaciones

RESULTADO UNIDADES

**Cirugía
Endocrina**



**Cirugía
Esofagogastrica
Bariátrica**



**Cirugía
Colorectal**



**Cirugía
HPB**



2.1- RESULTADOS UNIDAD HPB:

2.1.1-Resultados de la cirugía hepática:

María Jesús Castro Santiago, María Dolores Casado Maestre, Amparo Valverde Martínez, Juan Carlos Herrera del Castillo.



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, cardiorrespiratorios, 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 uno 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 2024 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 2024 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 2024 se han realizado un total de 24 resecciones hepáticas. Diecisiete varones y siete mujeres. Figura 1.

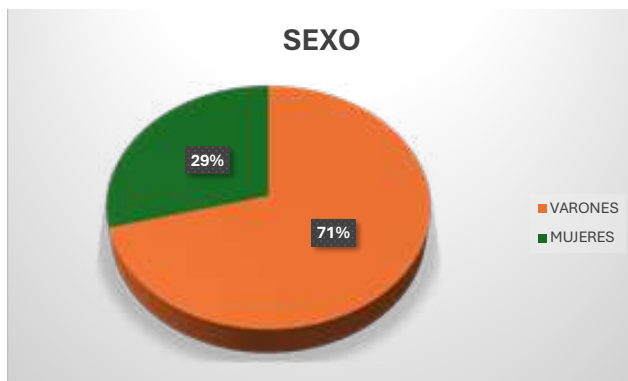


Figura 1. Sexo

De las resecciones hepáticas, el 40% fueron resecciones mayores, consideramos cirugía hepática mayor: cirugías de más de 3 segmentos hepáticos y segmentos posteriores, 50% hepatectomías menores, rehepatectomías el 4% y 4% triseccionectomía. Figura 2.

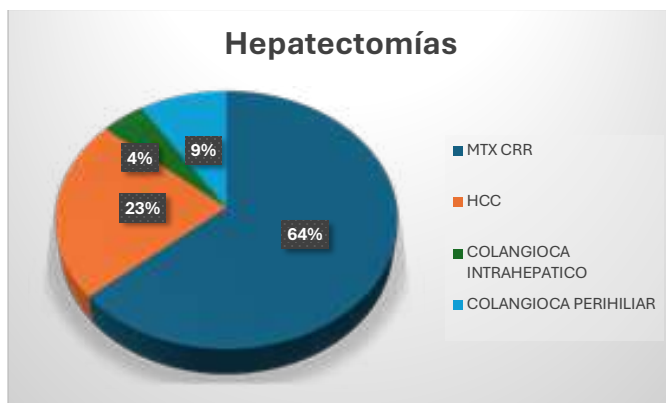


Figura 2. Tipos de Hepatectomías

El 67% de los pacientes se intervinieron por vía laparoscopia (16 pacientes). Abordaje abierto el 33% de los casos (8 pacientes). Figura 3.

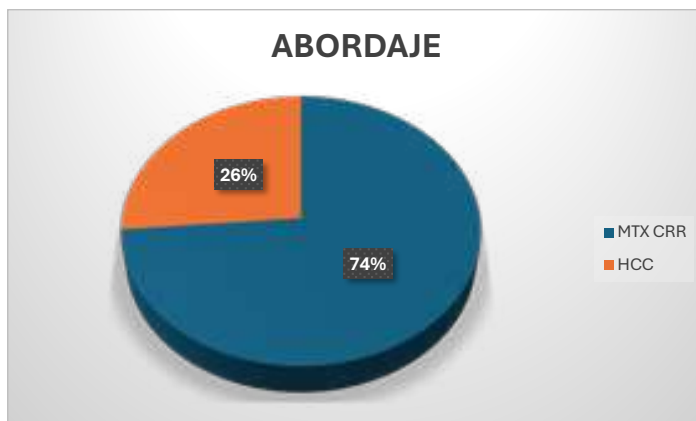


Figura 3. Abordaje

El 92% fue patología maligna y el 8% patología benigna. Los diagnósticos anatomopatológicos de patología maligna fueron: 14 pacientes diagnosticados de MTX hepáticas de CCR, 5 pacientes hepatocarcinomas (HCC), 1 paciente diagnosticados de Colangiocarcinoma Intrahepático y 2 pacientes diagnosticados de Colangiocarcinoma Perihiliar.

Dentro del estudio anatomopatológico de la patología Benigna: un paciente diagnosticado de quiste simple y otro paciente diagnosticado de lesión hamartomatosa. Figura 4.

Necesitaron transfusión de hemoderivados el 17% de los casos. Figura 5.

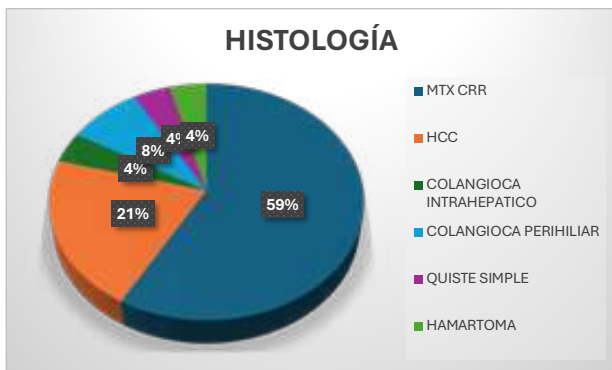


Figura 4. Diagnóstico Histológico

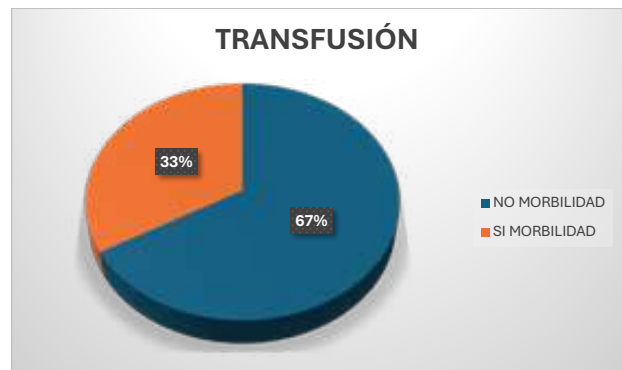


Figura 5. Transfusión hemoderivados

La tasa de morbilidad global de nuestra serie fue del 33%. Figura 6.

Seis pacientes presentaron morbilidad menor (Clasificación Clavien Dindo I-II) y tres pacientes presentaron morbilidad mayor (dos pacientes presentaron morbilidad Clavien Dindo IIIa, un paciente presentó morbilidad C-D IIIb y ningún paciente presentó morbilidad C-D IV o V). Figura 7. Hemos tenido una reintervención.

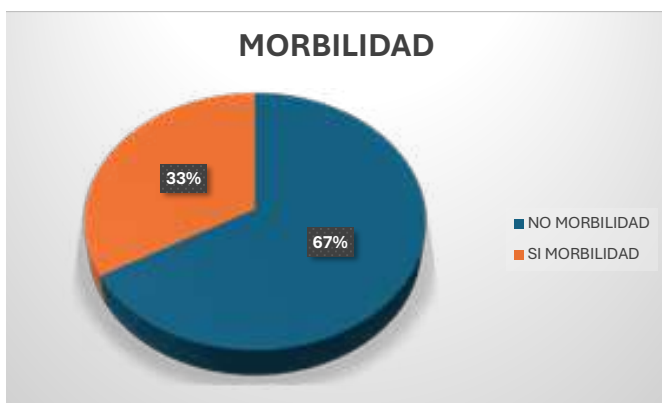


Figura 6. Morbilidad

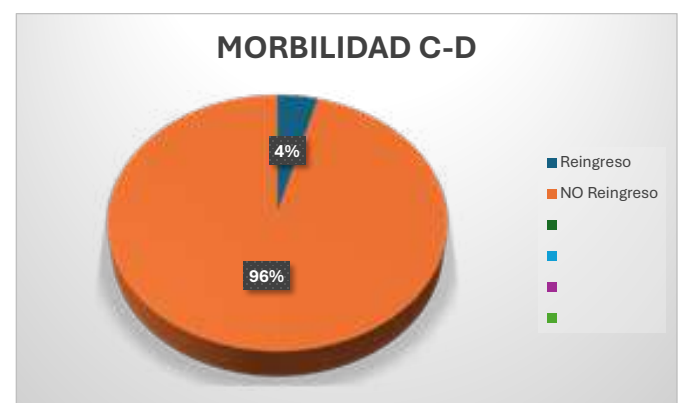
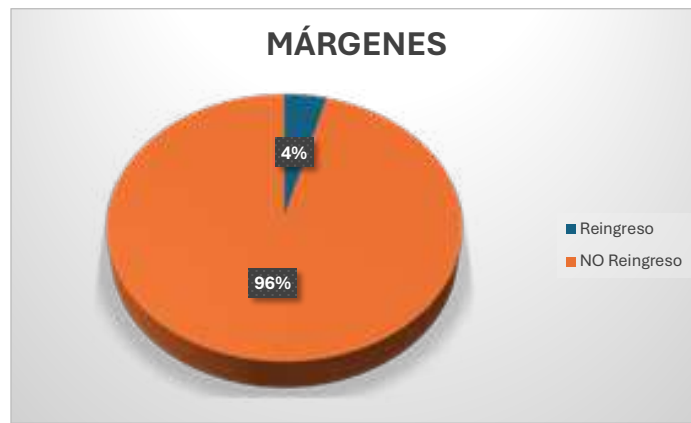


Figura 7. Morbilidad CLAVIEN DINDO

La tasa R0 fue del 58% y la incidencia de R1 fue del 42%, 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.

Figura 8. Márgenes de Resección

Nuestra incidencia de hemorragia postoperatoria fue del 12%. Hemorragia grado A. La media ponderada como estándar de calidad es del 3% con un límite superior de hasta un 8%. Figura 9. La tasa de fístula biliar fue del 4%, grado A de la ISGLS . La media ponderada como estándar de calidad es del 6%. Figura 10.

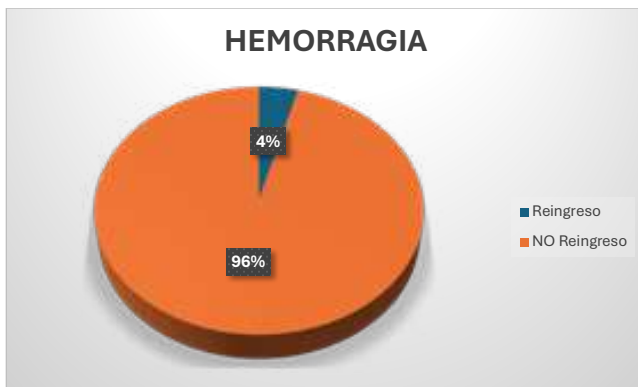


Figura 9. Hemorragia potoperatoria

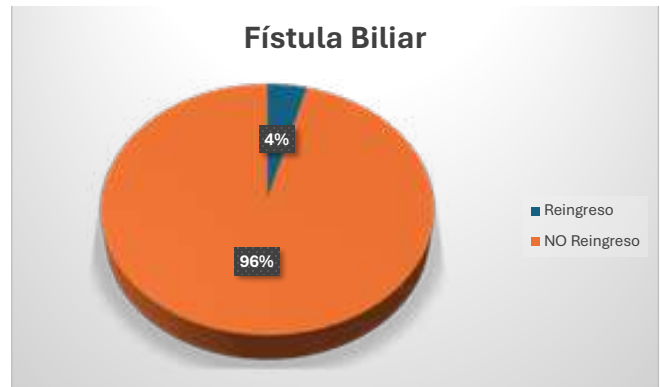


Figura 10. Fístula Biliar

Nuestra serie presentó una incidencia de disfunción hepática postoperatoria (DHPH) del 8% (2 pacientes), grado A de la ISGLS . La media ponderada de DHPH como estándar de calidad en la bibliografía es considerada del 5% con un límite superior del 8%. Figura 11.

La estancia media hospitalaria fue de 6 días y hemos tenido un 4% de readmisión hospitalaria. Figura 12.



Figura 11. Disfunción Hepática



Figura 11. Disfunción Hepática

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 33%, 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. Tenemos una incidencia de fístula biliar del 4%, aceptado por estándares de calidad 6%, índice inferior a los estándares aceptados. Nuestra tasa de DPH es del 8%, similar a

los estándares de calidad con un límite superior del 8%. Nuestra tasa de hemorragia ha sido del 12% todas grado A ISGLS, en rango algo superior a los estándares de calidad aceptados en cirugía hepática (1-8%). 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.

2.1.2-Resultados de Cirugía Pancreática:

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, esofaguectomías 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 2024, 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 oncológica². Las medidas de calidad seleccionados para la resección pancreática en nuestra Unidad en el año 2024 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 IIIIV). - 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 2024 hemos intervenido 11 pacientes, cuatro mujeres y siete varones. Figura 1. Realizamos duodenopancreatectomía cefálica (DPC) en el 64% de los casos, pancreatectomía I z u i e r d a en el 18% de los casos y laparotomía exploradora en el 18%. Figura 2. En cuanto el abordaje el 82% fue cirugía abierta y el 18% abordaje laparoscópico. Figura 3.

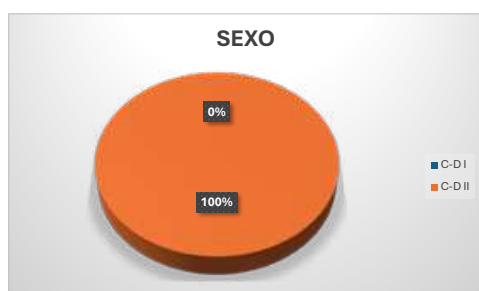


Figura 1. Sexo

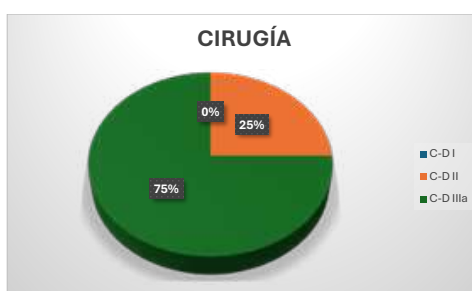


Figura 2. Cirugía



Figura 3. Abordaje Qx

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 Computerizada (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 1.2022 Pancreatic Adenocarcinoma, en los casos con diagnóstico preoperatorio de Adenocarcinoma de Páncreas. 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 Ki-67 y en las neoplasias quísticas de páncreas > 3 cm. En nuestra serie la tasa de resecabilidad es del 82%, 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%. Figura 4.



Figura 4. Resecabilidad

El estudio

Anatomopatológico queda reflejado en la figura 5. Nuestro centro es considerado como centro de medio volumen (entre 15 y 20 resecciones pancreáticas mayores realizadas al año).



Figura 5. Diagnóstico Histológico

Ningún paciente p r e c i s ó
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 36 %. El “Benchmark cuton” publicado en cirugía pancreática es del 73%. Para medir la morbilidad hemos utilizado la clasificación de Dindo- Clavien: grado II (un pacientes), grado IIIa (tres pacientes). Figura 6.

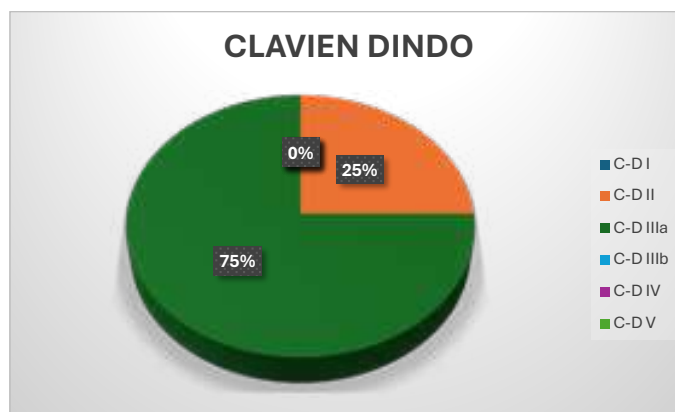


Figura n°6: Morbilidad Clavein Dindo

La mortalidad definida como el éxitus desde el primer día postoperatorio hastalos 90 días tras la cirugía por cualquier etiología. Durante el año 2024 no hemos tenido ningún éxitus tras cirugía pancreática, por tanto, nuestra incidencia de mortalidad ha sido del 0%. El “Benchmark cuton” para la mortalidad publicadoen cirugía pancreática es del 5%.

En el año 2024 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 8. En nuestra serie durante el año 2024 hemos tenido una tasa de fístula pancreática del 36%. El “Benchmark cuton” para la fístula pancreática publicado en la literatura científica para a cirugía pancreática es 19%. La media ponderada de fístula pancreática nacional es del 19% con un límite de calidad aceptable < 31%. El grado de fístula pancreática queda reflejado en la figura 8.

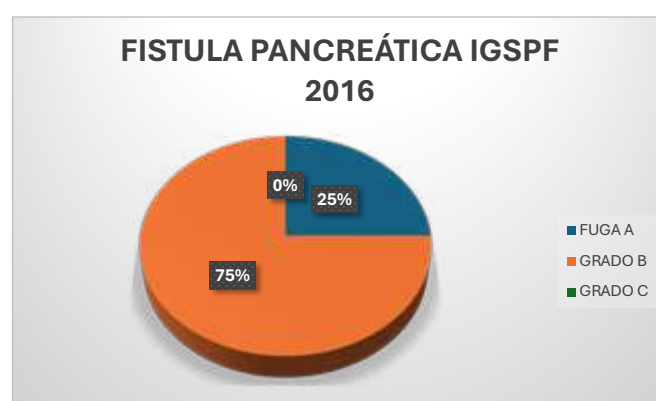
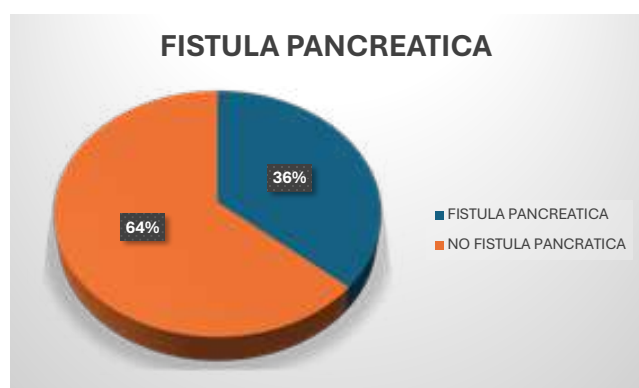


Figura 8. Fístula Pancreática ISGPF 2016

Figura n°8: Fístula pancreática.

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 no presentó fistula biliar. 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). Nuestra serie presentó una tasa de hemorragia

postoperatoria del 18%. La tasa de hemorragia (grado A) en nuestra serie fue del 18% sin presentar hemorragia severa (grado B y C). 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%. Figura 9.

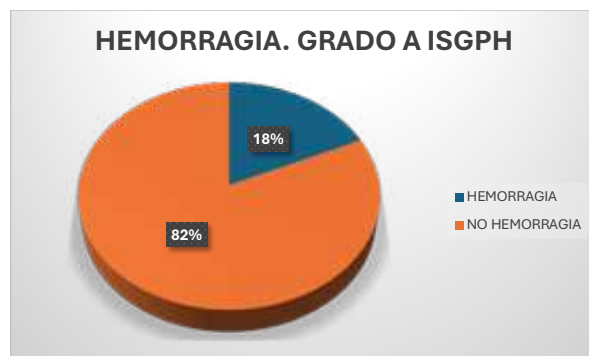


Figura 9. Hemorragia ISGPH

La estancia media en nuestra serie es de 9 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 2024 ha sido del 100%. Figura 11. El “Benchmark cuton” para la resección R1 en cirugía pancreática es del 39%. La media de ganglios extraídos ha sido de 13. El “Benchmark cuton” número de ganglios extraídos en cirugía pancreática maligna es de 16. Durante el periodo del año 2024 hemos tenido una readmisión. El “Benchmark cuton” de readmisión en cirugía pancreática maligna es de 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 pancreatomectomía 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 (QIs), 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 QIs 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 QIs 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 (13 ganglios extraídos en nuestra serie, frente a “benchmark cutton” del 16).

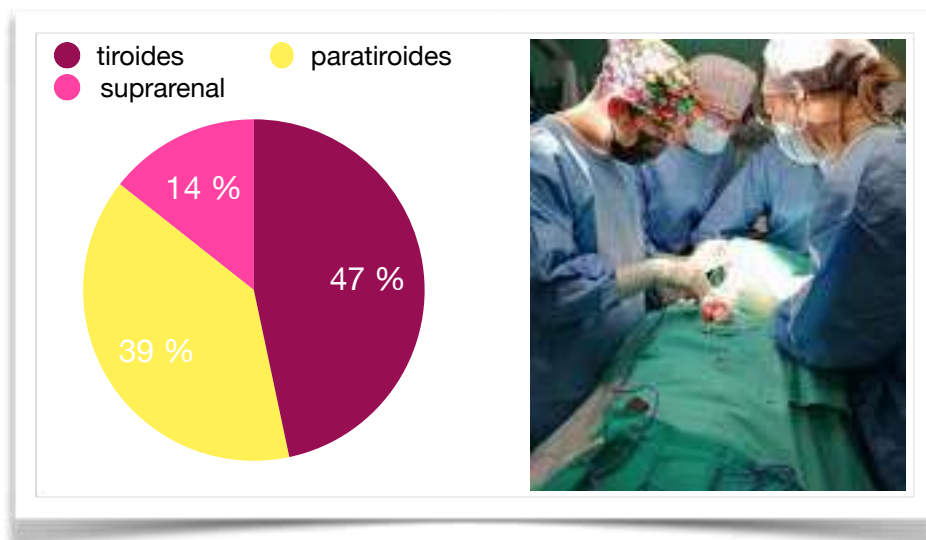
Nuestra morbilidad está dentro del rango del “Benchmark cuton” (31% vs 73%). Nuestra mortalidad es menor que el valor “ Benchmark cuton , ningún éxitus en el año 2024 (0% vs 5%). El “Benchmark cuton” para la fístula pancreática publicado en la literatura científica para a cirugía pancreática es 19%. La media ponderada de fístula pancreática nacional es del 19% con un límite de calidad aceptable < 31%, la tasa de fístula pancreática en nuestra serie ha sido ligeramente superior del 36%. 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 (0% vs <14%). La tasa de hemorragia severa (grado C) en nuestra serie en el año 2024 fue similar al “benchmark cutton” (0% vs 7%). La estancia media es menor 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.

2.2- Resultados de cirugía endocrina:

Daniel Perez gomar, Violeta camacho Marente.

Hasta el 19/12/24 se han intervenido en la Unidad de Cirugía Endocrina 197 pacientes de los cuales. La cirugía realizada ha sido: 127 intervenciones de cirugía de la glándula tiroides (34 de las cuales en régimen de Autoconcierto), 61 intervenciones de cirugía de la glándula paratiroides, 9 intervenciones sobre las glándulas suprarrenales

Los resultados quedan reflejados en la siguiente gráfica:



RESULTADOS CIRUGIA TIROIDES:

Se han realizado un total de 127 intervenciones sobre la glándula tiroides, el desglose por el tipo de cirugía realizado es el siguiente:

- 68 tiroidectomías totales
- 53 hemitiroidectomías
- 5 totalizaciones tiroideas
- 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%): 3 paciente: 2,36%
- Lesión bilateral n. recurrente (0.4-0.6%): 1 pacientes: 0,78%
- Lesión unilateral n. recurrente (0-14%): 2 pacientes oncológicos 2,5% . En no oncológicos 0%.

En cuanto a la lesión recurrencial, se acepta en aquellos que no sean endotorácicos ni oncológicos un valor entre 0.5-8%. En nuestro caso hemos tenido 2 pacientes con lesión recurrencia unilateral de los cuales uno de ellos es un Cáncer Papilar con vaciamiento cervical central y lateral.

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%	2,36 %	✓
Lesión Bilateral NR	0,4-0,6%(no oncológico)	0 %	✓
Lesión NR Oncológico,	0,5-8%	0,78 %	✓
Lesión unilateral NR	0-14	0 %	✓

RESULTADO CIRUGÍA DE PARATIROIDES:

Durante el 2024, se han intervenido 61 pacientes con patología de la glándula paratiroides. De ellas se han realizado 5 cervicotomías exploradoras por paratiroides no localizados.

En cuanto a las complicaciones postoperatorias, no hemos tenido casos de hipocalcemias ni hematoma asfíctico.

Solo hemos tenido 1 caso de lesión de n. recurrente: 0.61% y 1 caso en el que no se produjo descenso PTH: 0.61%.

Por tanto también se cumplen los estándares de calidad de la cirugía de la glándula paratiroides.

RESULTADOS DE LA CIRUGÍA DE LA GLÁNDULA SUPRARRENAL

Hemos intervenido durante el 2024, 9 pacientes de cirugía de la glándula suprarrenal:

- 2 feocromocitomas
- 2 síndrome de Cushing
- 5 incidentalomas suprarrenales.
- Se han intervenido 9 pacientes

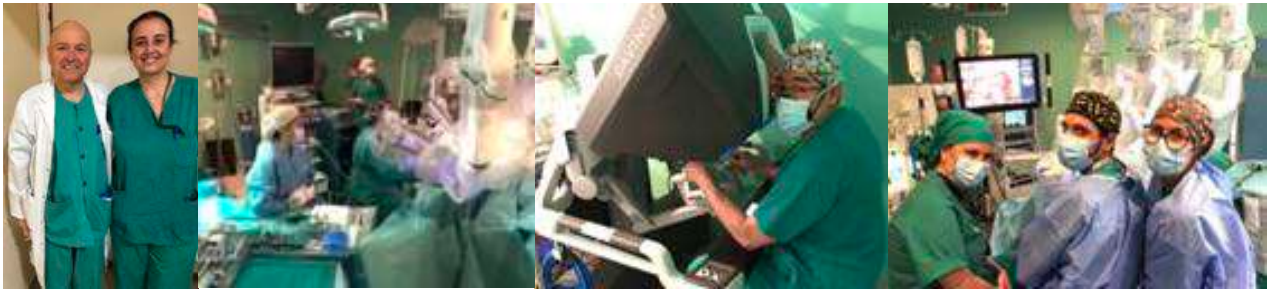
El 40% localizados en la suprarrenal derecha y 60% en la izquierda

No ha habido complicaciones postoperatorias

La unidad aunque no realiza las intervenciones en régimen 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.

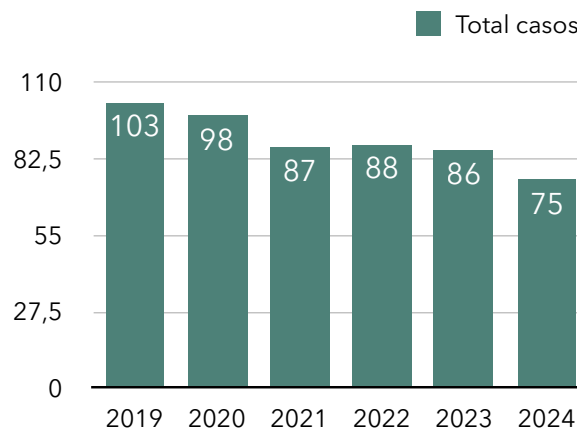
2.3-Resultados unidad de cirugía colorectal



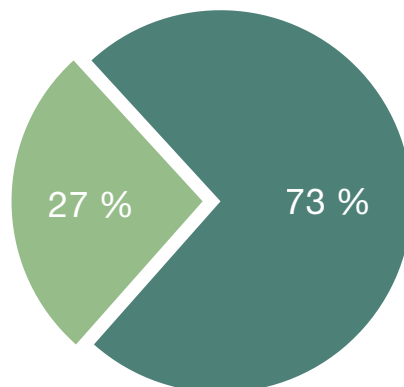
Eva Maria Sancho Maraver, M^a Carmen Bazan Hinojo, Jose Ramón Castro Fernandez, Francisco Romero Aceituno, M^a José Jimenez Vaquero, Tatiana Gomez Sánchez.

Análisis de situación Cáncer Colorrectal 2024

Durante este año 2024, continua la disminución de número de casos intervenidos, achacable probablemente a la derivación de parte de nuestra población al hospital de San Rafael, como parte de la política del SAS, como se aprecia en la siguiente tabla

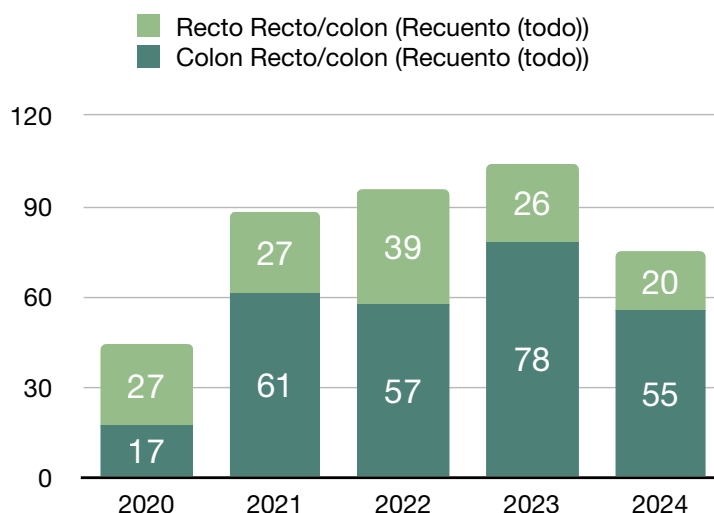


El año 2024 se han intervenido un total de 75 casos de los cuales 20 han sido pacientes con cáncer de recto y los 55 restantes fueron pacientes con cáncer de colon, con la distribución de la figura siguiente.

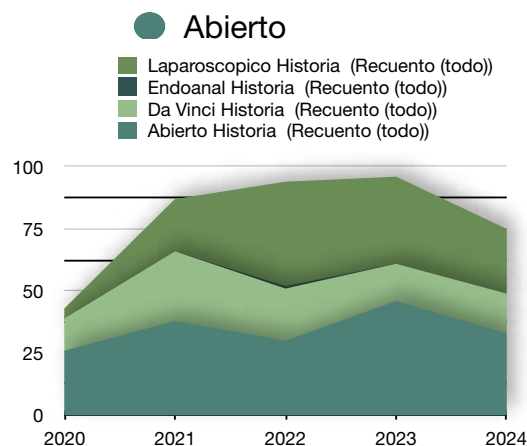
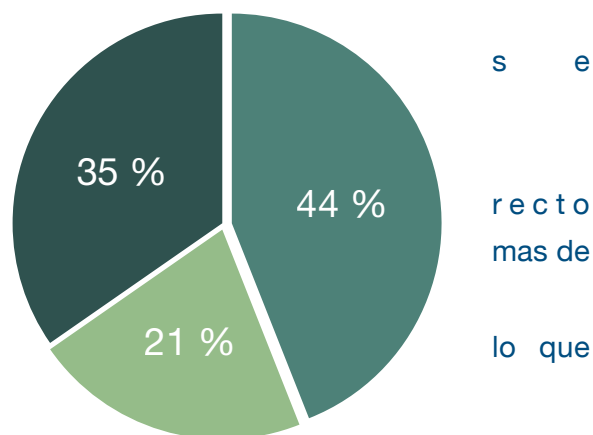


Recto / Colon

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 laparoscopia y robótica frente al abordaje abierto, sigue haciendo un esfuerzo importante para fomentar el uso de la cirugía laparoscópica y para favorecer que todos los pacientes con cáncer de sean operados con abordaje robótico Este año la mitad de las cirugías el 66%, han sido casos intervenidos por abordaje mínimamente invasivo, significa un aumento significativo respecto al año anterior en el que se intervinieron el 56% de los pacientes, manteniendo los niveles de otros hospitales de tercer nivel de nuestro entorno. Respecto a la evolución de los últimos años, se observa una ligera caída del abordaje laparoscópico debido posiblemente al menor numero de casos tratados durante el 2024. La cirugía robótica mantiene un porcentaje similar de casos a los años anteriores

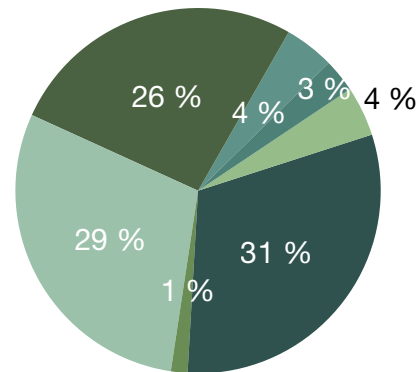


La localización de los tumores sigue los patrones habituales

LOCALIZACION

Localización tumor	Historia (Único)	Historia (Único)
Angulo esplenico	2	2,94 %
Angulo hepatico	3	4,41 %
Colon dcho	21	30,88 %
Colon transverso	1	1,47 %
Recto	20	29,41 %
Sigma	18	26,47 %
SINCRÓNICO	3	4,41 %
Total general	68	100,00 %

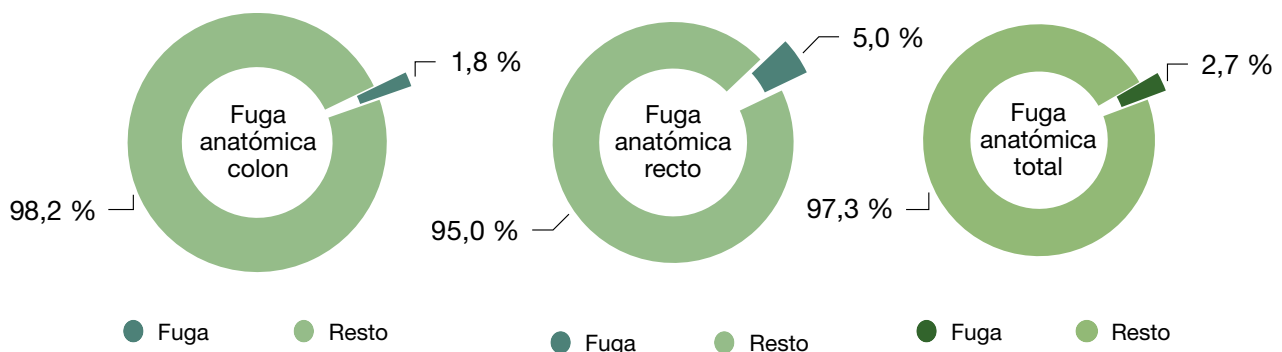
● Angulo esplenico
 ● Colon dcho
 ● Recto
 ● SINCRÓNICO
 ● Angulo hepatico
 ● Colon transverso
 ● Sigma



Indicadores de resultado

1. Tasa de dehiscencia anastomótica. Según el SISG (the United Kingdom Infection

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



Objetivo cumplido.

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, No 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 relaparatomía. Alarga 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.



Mantenemos unas cifras de fuga anastomóticas realmente bajas, probablemente relacionadas con la subespecialización de los cirujanos dedicados de forma exclusiva a la cirugía colorectal , a la implantación de la Vía RICA así con la implantación del proyecto IQZ, ambos vigentes en nuestra unidad hace varios años . La implicación asimismo de la enfermería y este grupo de mejora del proceso CCR así como el comite multidisciplinar de tumores digestivos, hacen que los resultados en la cirugía colorectal en nuestro hospital , alcances estándares de calidad muy elevados .

Tas de dehiscencia anastomótica recomendadas según AECP

Tasa de dehiscencia		
	RECOMENDADO AECP	HUPM
Tasa de dehiscencia en cirugía de colon	<10%	1.8%
Tasa de dehiscencia en cirugía del recto bajo	<15%	5 %

2. Tasa de conservación de esfínteres.

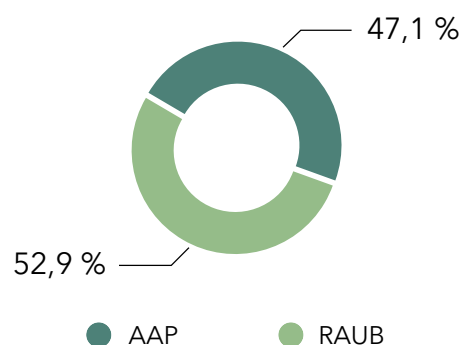
Resultado:52%

Objetivo conservación de esfínteres NO CUMPLIDO

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%

Conservacion de esfínteres 2024

Recto medio/inferior	
Tipo de cirugía	Conservación esfínter
AAP	8
Total	17



Sobre Cirugías de Recto Medio Inferior

Ha habido un claro retroceso en la conservación de esfínteres, habiéndose realizado un total de 8 AAP de un total de 17 rectos medio inferior intervenidos, de un total de 23 rectos de localización RECTO MEDIO - RECTO INFERIOR, no alcanzando de esta manera el objetivo de 75% de conservación de esfínteres

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

Fórmula: N° de pacientes con Cáncer de COLON los que se ha realizado linfadenectomía mesocólica (con al menos 12 ganglios) *100/N° de pacientes intervenidos quirúrgicamente
Dimensión :efectividad

Resultado: 79% de piezas quirúrgicas con más o igual de 12 ganglios resecados.

Objetivo :No cumplido

Del total de piezas quirúrgicas, 62 corresponden a cirugías sin tratamiento neoadyuvante, de las cuales 13 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: 36.84% de piezas quirúrgicas con más o igual de 8 ganglios resecados.

Objetivo : No Cumplido

Del total de piezas quirúrgicas, 19 corresponden a cirugías con tratamiento neoadyuvante, de las cuales 12 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 diagnostico.

Número de pacientes en los que se inicia el tratamiento en un tiempo menor o igual a seis semanas desde el diagnostico definitivo
 $\times 100/\text{numero de pacientes que inician el tratamiento del CP en el mismo periodo de tiempo.}$
Estándar: mínimo 70%. Óptimo >85%

Resultados:86.2%

Objetivo:Cumplido

Mejora con respecto al año pasado que era de un 80%

Indicadores de proceso

1. 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).

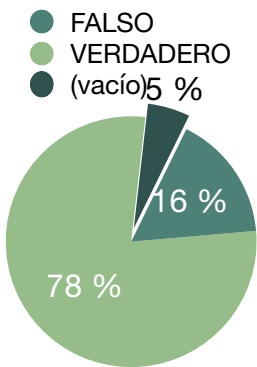
Resultado: 91%

Objetivo: No cumplido

Se han intervenido un total de 53 cánceres de colon sin neoadyuvancia Además 4 pacientes han sido intervenido de urgencias con lo que no han tenido registro de demanda quirúrgica previo. Aun así, la media de días a los que se han intervenido los pacientes de CCR en nuestro servicio tras la entrega del RDQ ha sido de 25 días. .El paciente con RDQ más prolongado fue de 61 días ya que de inicio se trataba de una enfermedad benigna.

COLON - RDQ < 30d

Recto/colon	Colon	
RDQ A TIEMPO	Historia (Único)	Historia (Único)
FALSO	9	16,36 %
VERDADERO	43	78,18 %
(vacío)	3	5,45 %
Total general	55	100,00 %



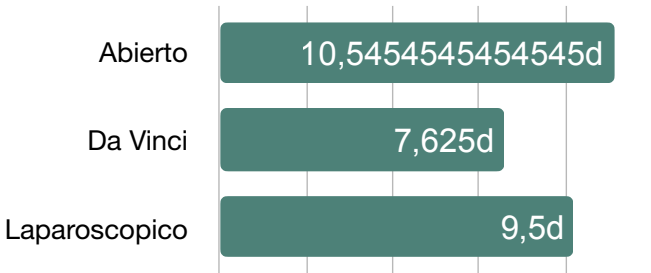
2. Estancia media

La estancia media global de los pacientes intervenidos por cáncer colorectal ha sido de 10 días, 1 día menos que el año anterior, que fue de 9 días. Al analizar estos datos, como en anos anteriores cabe destacar el ahorro de estancias en los pacientes intervenido por cirugía robótica .

Estancias por Abordaje

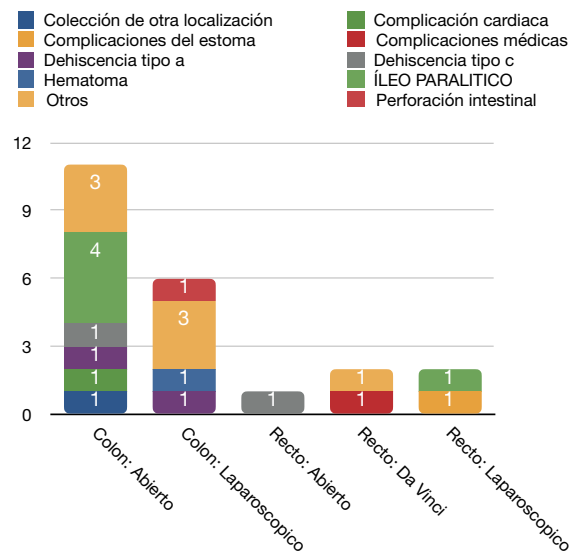
Abordaje	Estancia (Promedio)	Historia (Único)
Abierto	11d	33
Da Vinci	8d	16
Laparoscopico	10d	26
Total general	10d	75

■ Total general Estancia (Promedio)



Las complicaciones que han alargado las estancias han sido fundamentalmente de tipo médico, manteniendo las tasas de dehiscencia anastomótica e infección de sitio quirúrgico en cifras similares a años anteriores . Cabe destacar que entre las complicaciones postoperatorias mas frecuentes estan el íleo paralítico .

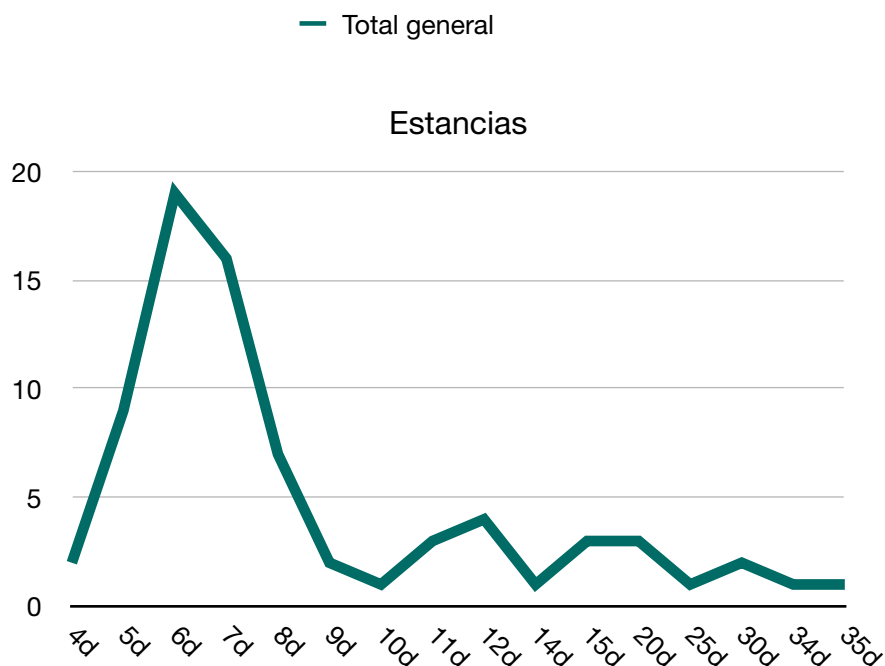
Los pacientes intervenidos por abordaje abierto sufrieron una mayor tasa de complicaciones, relacionada probablemente con la mayor complejidad de estos pacientes que impidió un abordaje mínimamente invasivo



Complicaciones estratificadas por abordaje

Si analizamos las estancias ,en la tabla expuesta abajo se puede observar como la mayoría de los pacientes se concentran en estancias sobre 7d como en anos anteriores .

Otro punto a tener en cuenta, como se expondrá mas adelante, es que los pacientes cuando son diagnosticados , en casi un 50% de los casos se encuentran en un estadio III de la enfermedad .



3. 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: 91,1% de los pacientes fueron valorados en comité previo a intervención.

Objetivo : Cumplido

El 76,3% de los pacientes presentados en comité previo a intervención, procedían de la consulta de proceso colorrectal.

Dentro de los pacientes no presentado en comité previo a intervención (8,9%), ninguno procedía de la consulta del proceso colorrectal.

De los 7 pacientes no presentados: 4 presentaron un debut de la enfermedad como obstrucción/perforación, 1 exitus, 2 presentado en comité de Hospital San Rafael.

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

Formula:
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas diagnosticadas de CCR que han sido valoradas por la comisión de tumores antes de iniciar el proceso terapéutico en menos de 60 días desde la recepción de la AP}}{\text{N}^\circ \text{ total de personas valoradas por el comité de tumores}}$$

Estándar >60%

Objetivo : Cumplido

Resultado El 98,6% de los pacientes que se presentaron en comité, se hizo antes de 60 días desde la fecha de AP. Con un rango que fue desde los 1 días hasta los 90 días.

5. Estadío oncológico de pacientes presentados en el comité de tumores

Estadio I: 14% del total de pacientes intervenidos durante el año 2024.

Estadio II: 33% del total de pacientes intervenidos durante el año 2024.

Estadio III: 49% del total de pacientes intervenidos durante el año 2024. Estadio IV: 2,5% del total de pacientes intervenidos durante el año 2024.

En un paciente no es posible estadiaje por neoadyuvancia en neoplasia de colon con respuesta completa.

6. Tiempo desde primera consulta hasta colonoscopia diagnóstica:

Formula: $\frac{\text{Nº de personas diagnosticadas de CCR que se realizan colonoscopia diagnostica en menos de 30 días desde su valoración en CCEE .numero de personas que se. han realizado colonoscopia diagnostica en menos de 30 días desde la consulta}}{\text{Nº total de personas vistas en la consulta}}$
Objetivo :90%

Resultado :77,21%

Objetivo :Cumplido parcialmente.

Este Objetivo no depende exclusivamente de la UGC de Cirugía y está vinculado a la UCG de Aparato digestivo y dependemos de la lista de espera que tienen en realización de pruebas diagnosticas. La media de días de realización de la colonoscopia desde la consulta es de 27,8 días (Rango de 5 a 108).

Hay 16 pacientes donde no es posible establecerlo por proceder de Hospital de San Rafael o de centros privados y otros 6 pacientes no contabilizados por solicitarse desde un ingreso por otra patología (citados en 1-4 días todos ellos).

7. Tiempos de respuesta Radioterapia

2.- Intervalo entre comité de tumores y tratamiento neoadyuvante .
 $\frac{\text{Nº de pacientes cuyo intervalo entre presentación en comité de tumores e inicio de tratamiento Radioterápico es igual o inferior a 30 días naturales}}{\text{Nº de pacientes que han recibido tratamiento neoadyuvante por neoplasia maligna de esa localización.}}$
Estándar 90%

Resultado: 42%.

Objetivo: No CUMPLIDO

Según los datos aportados por el servicio de Radioterapia han recibido radioterapia un total de 28 pacientes,

Resultado:42% de pacientes a los que se comienza radioterapia desde derivación del comite comienzan radioterapia en menos de 30 días

Se ha prolongado el tiempo por los problemas con radioterapia

8. 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: 93.75 % de biopsias con informes en un plazo igual o inferior a 7 días.

Se han revisado un total de 29 biopsias diagnosticadas de adenocarcinoma intestinal infiltrante, de las cuales 12 casos tienen el informe posterior a 7 días naturales.

9. 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: 77,77% de piezas quirúrgicas con informes en un plazo igual o inferior a 15 días.

Objetivo : No cumplido

El año anterior la tasa fue de 97,62% de muestras recibidas antes de los 15 días. Se han revisado un total de 81 piezas quirúrgicas, de las cuales 18 casos tienen el informe posterior a 15 días (63 casos con informes en menos o igual a 15 días).

10. 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: 96,42%

Objetivo :Cumplido

11. 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/ numero de pacientes que inician el tratamiento del CP en el mismo periodo de tiempo.
Estándar: mínimo 70%. Óptimo >85%

Resultado :82.6%

OBJETIVO : Cumplido

12. Pacientes derivados a CCEE de oncología que inician tratamiento médico adyuvante en menos de 2 semanas después de ser valorados ONCOLOGIA

Número de pacientes que inician tratamiento adyuvante en menos de dos semanas tras ser vistos en CCEE de oncología x 100/numero de pacientes que inician el tratamiento del CP en el mismo periodo de tiempo. Estándar 80-95%

Resultado : 84,61% Objetivo :Cumplido

Ha disminuido ligeramente frente a 95% el año anterior

13.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 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%

Se han realizado un total de 22 RM de estadificación

Resultado: El 82% de las RM realizadas se han efectuado en los 15 primeros días desde su petición

Objetivo:No cumplido

14.Realización de RMN de restadificación 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 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 20 restadificaciones, de las cuales 22 (90,%) han sido realizadas en el intervalo de plazo establecido por el médico peticionario.

Propuesta acciones de mejora durante 2025

- Presentación de protocolos de cancer de colon en junta facultativa para su publicación en pagina web
- Celebración del día del cancer de colon con taller sobre el mismo
- Durante el próximo año con motivo de la celebración del día de CCR se celebrara una marcha y posterior jornada sobre cancer colorectal , en la que participaran los diferentes servicios implicados en el diagnostico y tratamiento del cancer colorectal .
- Colaboración Hospital San Rafael Mantener reunión con hospital de San Rafael para establecer criterios de derivación y colaboración en pacientes con Cancer colorectal.
- Actualizar protocolos de cáncer de recto para la próxima reunión.

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 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 2022, se han intervenido 484 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 841 pacientes.

Nº de pacientes intervenidos por año:

Hemos intervenido a 563paciente desde Marzo de 2012 a diciembre 2022.

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

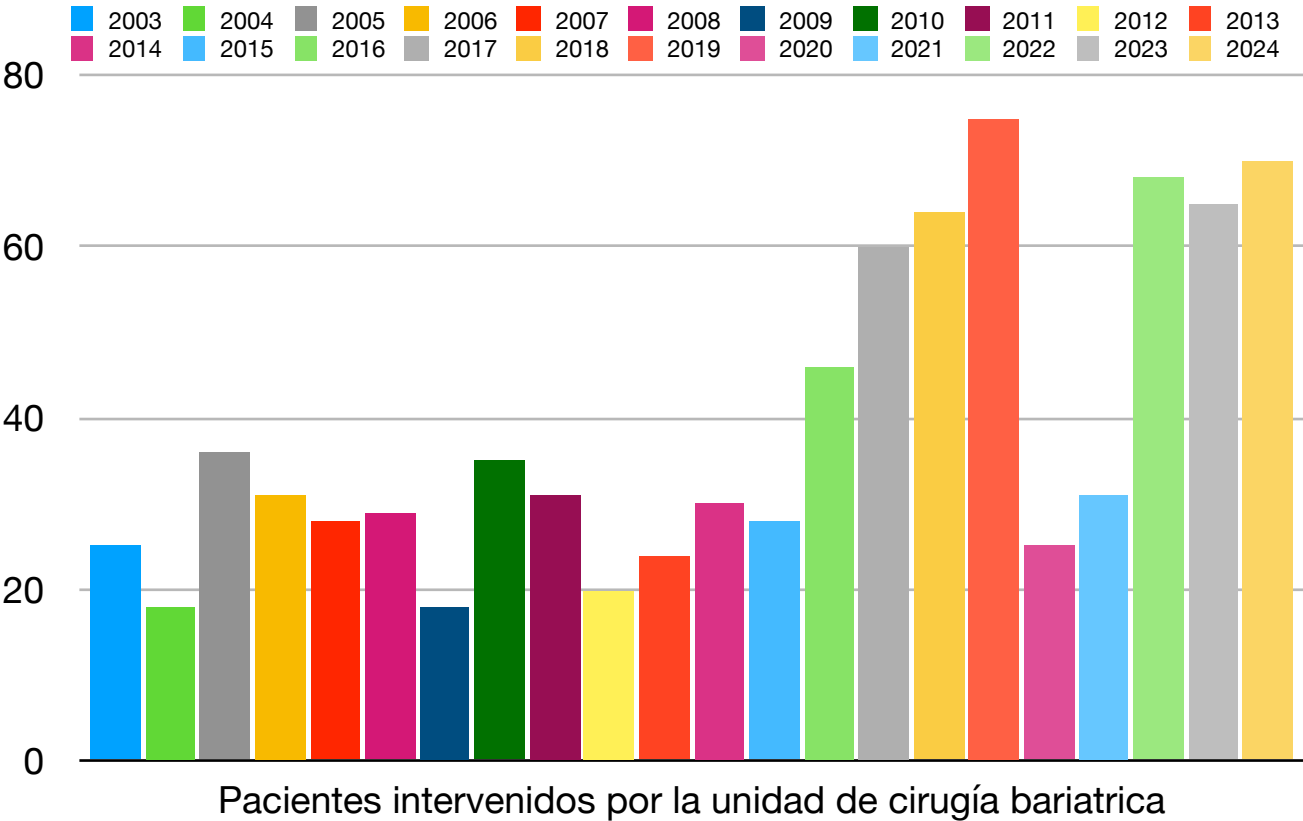
En 2020 se han intervenido 25 pacientes

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 70 pacientes



Los datos obtenidos quedan reflejados en la gráfica de la Figura nº 1

Intervenciones quirúrgicas realizadas

Durante el periodo 2012-2024 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

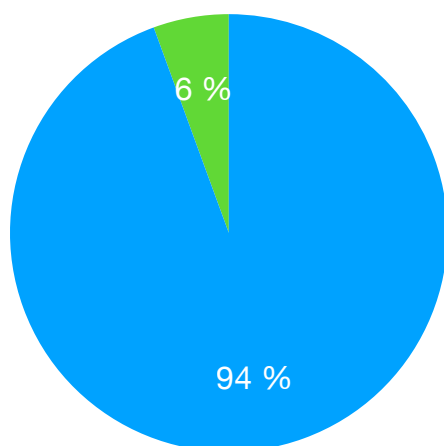
1 de Mason a Bypass gastrico,

1 Esofaguetomia total por cáncer esofagico,

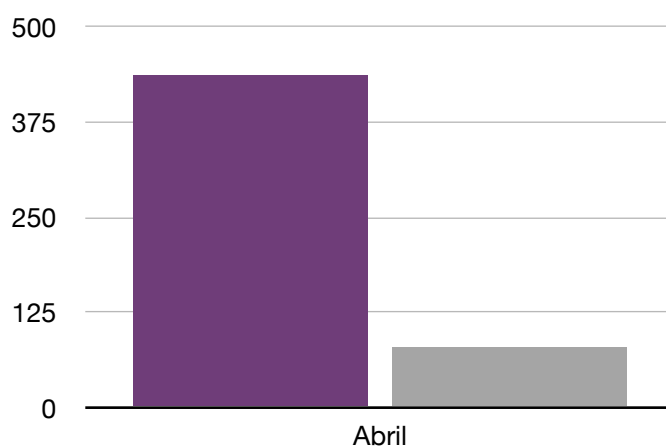
1 Conversion a bypass por fístula crónica

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

- 96.2% Cirugía Primaria
- 4.8% Cirugía de revision



- Gastrectomia vertical
- Bypass gastrico



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.

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

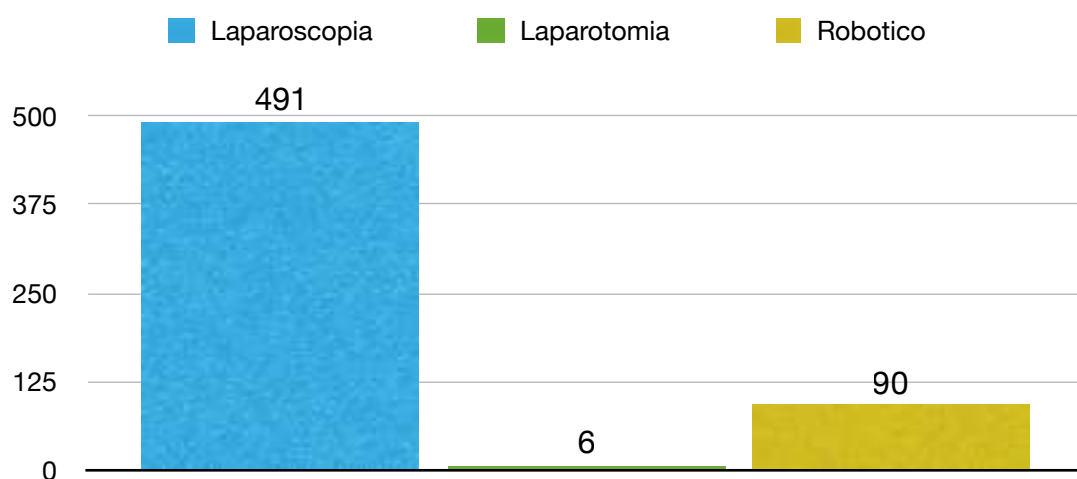
Abordaje:

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 hemos realizado 100 cirugía robóticas bariátricas.

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

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



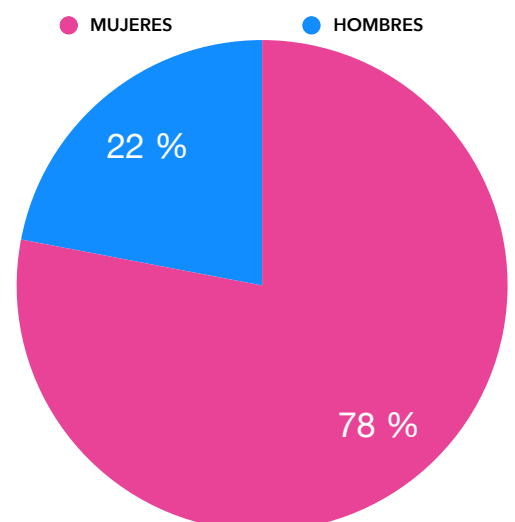
Características demográficas:

Las características demográficas de los pacientes atendidos en nuestro centro son:

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.

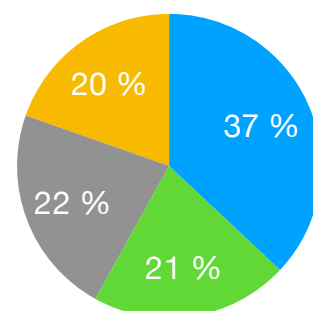
Las comorbilidades asociadas a la obesidad, así como otros datos de interés de los pacientes intervenidos durante el periodo 2012-2021, quedan reflejados en la Tabla nº 1.

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

● Infancia ● Adolescencia
● Adulto ● Gestación

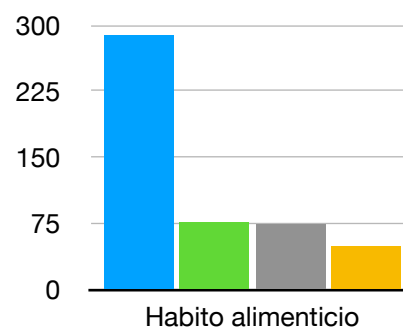


Habito alimenticio:

En relación a la ingesta en función de sus hábitos alimenticios, recogidos 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).

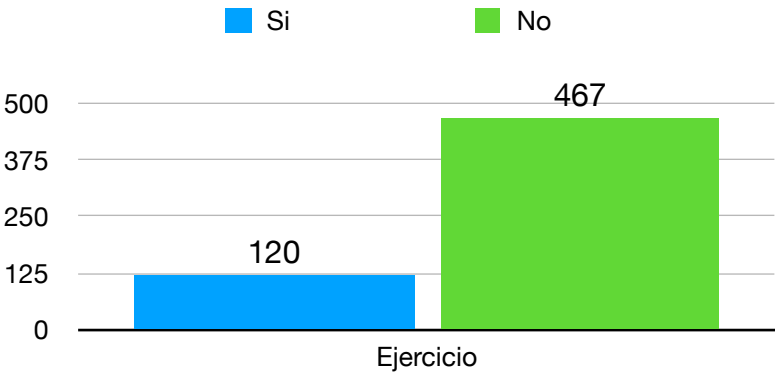
La mayoría de los pacientes presentan un perfil de hábito alimenticio **Hiperfago**.

■ Hiperfago ■ Goloso
■ Picoteados ■ Mixto



Ejercicio Físico:

La mayoría de los pacientes reconocieron que no realizaban ejercicio físico de forma habitual. Aunque en este ultimo año ha habido un incremento del numero de pacientes que si realizan ejercicio físico respecto al año anterior. 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 antropometricos pre y postoperatorios. Estos quedan reflejados a continuación y representados en la tabla nº 2 y figura nº8

	MEDIO	MINIMO	MAXIMO	MEDIO	MINIMO	MAXIMO
PESO	135	80	255	120	79	189
IMC	50	33	70	44	32	60

Figura nº 8: Parametros antropometricos de los pacientes intervenidos durante el periodo 2012-2024.

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 255)
- Talla 166 cm (min 145- Max 197)
- IMC preoperatorio 50 (min 33-max 70).

Parametros antropometriocos tras optimización: (dieta de 1200 calorías 3 meses y un mes de DMBVC)

- Peso medio tras optimización 120 (min 79-max 189).
- Talla 166 cm (min 145- Max 198)
- IMC medio tras optimización 44 (min 32- max60).

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 náuseas.

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	6,8% (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 2022 la morbilidad ha sido del 7,4% por lo que la unidad cumple el estándar de calidad ya que se sitúa por debajo del 10%, a pesar de que en nuestra serie hemos incluido las náuseas y los vómitos como comorbilidades.

Morbilidad tardía	Resultados de la unidad
ERGE de Novo a los 5 años de la cirugía GV	23 pacientes (4,33%) 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	18 pacientes (3,7%)
Cancer esófago	1 (0,2%)
TOTAL MORBILIDAD	8,86% morbilidad tardía

En la tabla nº4 quedan representadas las complicaciones tardías.

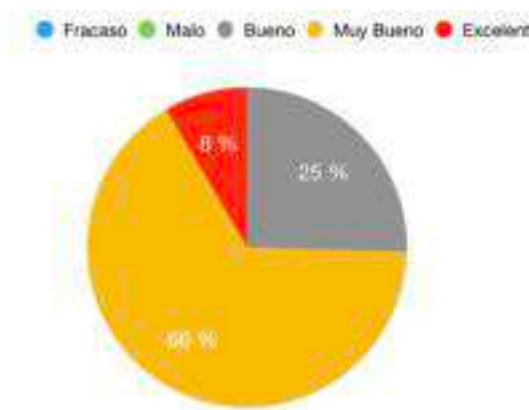
Estancia media:

La estancia media de nuestros pacientes ha sido de 5,2 días (min 2 máximo 30) 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 conservadoramente, otro por fuga en pie de asa de y de Rprox y una peritonitis por diverticulitis complicada sincrónica en el postoperatorio inmediato y que precisó tratamiento quirúrgico y 30 días de ingreso. Por tanto en 2023 la estancia media se sitúa en 5,2 días (mínimo 2 máximo 30)

Si consideramos la estancia media de la cirugía bariátrica primaria, esta se sitúa durante el 2023 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 384 pacientes intervenidos entre 2012 y 2020, después de 10 años de seguimiento.



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).*

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 porcentaje de peso total perdido. %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	• Remisión completa: HbA1c < 6% y normalización de la	>60% con remisión completa (1-5 años	1-/A/√1
HTA ^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
Dislipidemia ^a	• cLDL < 100 mg/dl, TG < 150 mg/dl, colesterol total < 200 mg/dl, cHDL > 60 mg/dl	Resolución de la hipercolesterolemia y la hipertrigliceridemia, 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	• Número de episodios apneicos-hipoapneicos/hora, registrados mediante polisomnografía	Polisomnografía normal (<5 eventos/h) al menos en un 25% de los pacientes con SAOS a partir del año de la cirugía	2++/B/√1
Síndrome metabólico ^b	• 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. • Glucemia en ayunas > 100 mg/dl	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 ♂ > 50 mg/dL ♀ y TA < 140/80 mmHg	Consenso SECO/SEEDO 2012 4/D/√1
Mortalidad	• Número de fallecimiento/número de pacientes intervenidos × 100	<0,5%	2-/B/√1
Morbilidad	• Complicaciones postoperatorias: (pacientes con complicaciones postoperatorias/pacientes intervenidos) × 100	General < 10% • Límite recomendable para TEP: < 1,5% • Límite recomendable para fistulas < 4% • Límite recomendable para hernias internas < 3% Específica por técnica: ver tablas 3 y 4	1-/A/√1
Calidad de vida	• Test de BAROS completo (<i>Bariatric Analysis and Reporting Outcome System</i>), <i>Moorehead-Ardelt Quality of Life instrument</i> (MAQOL)	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.

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%minimo a los 2 años	71,93 %a los 2 años	Cumple
DLP	70%minimo a los 2 años	92,38%minimo 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% (nºfwllecimiento/n1 Intervencionesx100)	0,2% (1 fallecimiento de 484)	Cumple
MORBILIDAD POSTOPERATORIOA	10 % al año	7,4% al año	Cumple
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: 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 2024.

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

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 publico tenemos en la provincia de Cádiz

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
TOTAL	138	220	121	125	12	616

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 prequirúrgica

Áreas de mejora

- Continuar con la implementación del protocolo ERAS y vía Clínica en Cirugía bariátrica en los próximos dos años.
- Actualizar el manual del Cirugía del paciente bariátricos para el 2025
- Crear aplicación de prehabilitacion en el paciente en cirugía Bariátrica y metabólica.
- Acreditar a los profesionales de la Unidad en la SECO como paso previo del registro y de la acreditación de la unidad.

2-4-2 Resultados de Cirugía Esofagogastrica.

2-4-2 Resultados de Cirugía Esofagogastrica.

Nuestra unidad tiene más de 35 años de experiencia en cirugía esofagogástrica, siendo centro de referencia en cirugía esofagogástrica y cirugía bariátrica de la provincia de Cádiz y la ciudad autónoma de Ceuta.

Realizamos cirugía Esofagogástrica benigna y oncológica mediante abordaje mínimamente invasivo y recientemente hemos incorporado la cirugía robótica

Realizamos una media anual de 10 esofagectomías oncológicas, una media de 25 neoplasias gástricas oncológica anuales, así como patología tumoral benigna y funcional siendo una media de 70 procedimientos anuales. También realizamos unos 85 cirugías bariátricas y unas 25 cirugías revisionales. Para ello disponemos de 2 o 3 quirófanos semanales incluido el de cirugía robótica 2 sesiones al mes.

Cirugía oncológica esofagogastrica

El Ministerio de Sanidad en su documento de consenso de cancer digestivo propone un mínimo de 6 cirugías de cancer esofagico y 11 de cancer gástrico .

Analizamos los resultados de la cirugía esofagogastrica del periodo comprendido entre octubre 2023 y diciembre 2024 (17 meses) nuestra unidad ha valorado un total de 32 pacientes con patología oncológica esofagogástrica incluidos los GIST, (todos presentados en comité multidisciplinar oncológico digestivo) de los cuales se han incluido en LEQ e intervenido a intervenido los 12.

Hemos intervenidos a 5 mujeres y 7 hombres. Con edades comprendidas entre 40 y 83 (media 66,9), e IMC mínimo de 18,9 y máximo de 34,5.

Sexo	5 mujeres	7 hombres	
Edad	Minima 50	Max 81	
IMC	Minimo 20	Max 45	

Tabla no 1: Sexo edad e IMC de los paciente s intervenidos.

En cuanto a la clasificación ASA, 8 pacientes presentaron un ASA II, 3 ASAIII y 1 ASA IV (paliativo)

Toda la cirugía oncológica se ha realizado por los 3 miembros de la unidad. Se han estudiado los siguientes Ítems de calidad.

Analizamos :

1. No de intervenciones de la unidad
2. Mortalidad a los 30 días
3. No Dehiscencias anastomóticas
4. Linfadenectomía
5. % de abordaje laparoscópico.
6. Estancia hospitalaria
7. Reintervenciones

Resultados:

1. N°de intervenciones de la unidad

Analizamos los resultados de la cirugía esofagogastrica del periodo comprendido entre octubre 2022 y diciembre 2023 (17 meses) nuestra unidad ha valorado un total de 30 pacientes con patología oncológica esofagogastrica (todos presentados en comité multidisciplinar oncológico) de los cuales se han incluido en LEQ e intervenido a intervenido 12.

Se han realizado un total de 5 esofaguectomías. Así mismo se han realizado 7 procedimientos sobre cáncer gástrico siendo 4 neoplasias gástricas y 2 GIST todos con intención curativa, y 1 con intención paliativa.

Aunque este año hemos realizado solo 12 procedimientos la media anual es de 24 anuales. por tanto, estaríamos dentro las cifras recomendadas para constituir una unidad de cirugía esofagogastrica.

Tipo de cirugía realizada:

- 7 gastrectomias : 6 con intención curativa y 1 con intención paliativa. 3 gastrectomias totales, 3 gastrectomias casi totales

2. Mortalidad a los 30 días

La mortalidad perioperatoria (30 días) aceptada para la cirugía oncológica esofagogastrica global no debe de ser mayor al 5%.

De los 12 pacientes intervenidos, ha fallecido 1 pacientes en el postoperatorio inmediato (un cancer de esofago que presentaban un indice de cholson superior al 3 y obesidad mórbida) . Eso constituye un , un 8,3%

Nosotros presentamos este año una mortalidad del 20% para el Ca de esófago (1fallecimientos de 5 como hemos comentado anteriormente) .

Lógicamente este parámetro no puede validarse hasta obtener 100 procedimientos, y

que pensamos será menor una vez se alcance un número mayor, o analicemos la mortalidad de toda la serie desde su inicio, pero no es el objeto de esta memoria. Anual.

3. N° Dehiscencias anastomóticas

Hemos presentado 2 fístulas cervicales en ca de esófago.

4. Linfadenectomías:

En cuanto a la linfadenectomía, se ha consensuado un mínimo de 15 ganglios para la cirugía de cáncer gástrico y un mínimo de 20 ganglios para la cirugía esofágica.

Si dejamos aparte la técnica quirúrgica, obtener estos números absolutos recomendados conlleva dificultad por dos grandes razones.

- La primera es el estudio patológico, al igual que se demanda cirujanos especializados en cirugía esofagogástrica, tiene que haber correspondencia en patólogos implicados en el análisis profundo de las piezas quirúrgicas, abandonando el viejo dogma de una vez conseguido el ansiado N positivo (y así poder estadificar el TNM) dejar de estudiar más ganglios. El número de ganglios positivos es factor pronóstico más allá de su mera positividad en uno.

- La segunda razón, es el aumento del tratamiento perioperatorio – neoadyuvante, no habiéndose establecido un número mínimo una vez recibido el tratamiento, ya que no se sabe con exactitud la respuesta ganglionar producida una vez finalizado el tratamiento previo, aunque se presupone una disminución patológica y concluyéndose por tanto en un número menor de ganglios extirpados.

Nuestros valores de linfadenectomías son:

- Esofagectomías: Rango 0-14 ganglios. Mediana 11 ganglios.
- Gastrectomías: Rango 2-26 ganglios. Mediana 16 ganglios.

5- Porcentaje de abordaje mínimamente invasivo.

Progresivamente se ha realizado un aumento de esta vía de abordaje Esofagectomías: 42,8%. Gastrectomías: 36,8 %.

6- Nuestros valores de estancia son:

Es difícil comparar y definir unos criterios de calidad para la estancia media de los pacientes ya que se depende de múltiples factores intrínsecos al enfermo y extrínsecos a él (otros especialistas, implicación enfermería, recursos hospitalarios). La unidad ha

elaborado dos vías clínicas para ambos procesos adaptadas a la realidad de nuestro ámbito de actuación y que están pendientes de implementación.

No podemos compararnos con la vía clínica publicada por el grupo "IMPRICA" en los protocolos de Zaragoza del año 2016, ya que no vemos aplicable a la realidad de los enfermos que son actualmente intervenidos.

La estancia media de la cirugía esofágica es de 12 días (min 7-maximo 30)

Esofaguectomías: Rango 7 – 29 días. Mediana 11,8 días

Gastrectomías: Rango 4 – 27 días. Mediana 8,5 días.

7- Reintervenciones;

Durante este año no hemos tenido reintervenciones. Otra consideración importante es que nuestra unidad tiene unos recursos adecuados para obtener un % bajo del famoso "failure to rescue", que es el parámetro cada vez más aceptado para realizar este tipo de cirugías especializadas, ya que el problema no es la parte técnica exéretica, sino el cómo resolver una complicación. Las cifras últimas publicadas en uno de los mayores estudios españoles realizado en Cataluña en el año 2014 y publicado en Cirugía Española se obtuvo un 6-20% para la cirugía oncológica esofagogástrica. , por tanto, nuestra unidad, este año se sitúa en 0%, aunque si analizamos los últimos dos años estaríamos en un 3%.

Cirugia Benigna Funcional Esofagogastrica:

Al igual que la cirugía oncológica, la cirugía esofagogastrica funcional es realizada por los 3 cirujanos miembros de la unidad,

Desde Enero de 2024 a diciembre de 2024, 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 de la unidad de los últimos4 años (2020 2024) Se han intervenido 26 pacientes. Si analizamos los resultados, según la escala de disfagia postoperatoria de Visick durante el primer año:

- 13pacientes han tenido Visick grado I (calidad de vida excelente).
- 10pacientes Visick grado II (calidad de vida buena).
- 2 Paciente Visick grado III (calidad de vida moderada). 1 Paciente Visick grado IV (Calidad de vida mala).

Los pacientes con grados de Visick III y IV fueron sometidos a dilataciones endoscópicas con mejoría de la calidad de vida y de la disfagia, no necesitando en ninguno de los casos revisión quirúrgica.

El porcentaje de disfagia moderada - grave (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 priorizacion de la patología oncológica.

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

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

Áreas desmejora:

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 residentespara los próximos años.



MEMORIA CIENTÍFICA

3- Memoria científica:

La presente memoria recoge de manera global la actividad científica, docente y de investigación desarrollada durante el año 2024 por los profesionales del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Puerta del Mar.

A lo largo de este año se han llevado a cabo numerosas comunicaciones en congresos nacionales e internacionales, publicaciones en revistas científicas, participación en proyectos de investigación y dirección de trabajos académicos.

Del mismo modo, el equipo ha participado activamente en la formación de residentes, estudiantes y profesionales, manteniendo un alto nivel de compromiso con la docencia y la calidad asistencial.

Pese a un contexto de recursos ajustados, la productividad científica y docente del Servicio ha sido notable, reflejando el esfuerzo conjunto de todos sus miembros y consolidando nuestro papel como unidad de referencia.

RESIDENTES:

Dr. José Antonio Aragón Encina:

3-1. Comunicaciones a congresos

35º Congreso Nacional de Cirugía (Madrid, 4-7 noviembre 2024). Póster: Manejo quirúrgico de la trombosis aguda de la AMS asociada a consumo de cocaína.

35º Congreso Nacional de Cirugía (Madrid, 4-7 noviembre 2024). Póster: Gastrectomía vertical: una ventana al estudio del papel de la gastrina en la homeostasis del metabolismo glucídico.

35º Congreso Nacional de Cirugía (Madrid, 4-7 noviembre 2024). Póster: Gastrina: una nueva rama del eje gastropancreático para explicar el efecto de la gastrectomía en manga sobre el metabolismo de la glucosa.

I Congreso del Grupo Andaluz de Rehabilitación Multimodal (Almería, 26-27 septiembre 2024). Póster: Beneficios de la implementación de los protocolos ERAS en cirugía pancreática. Resultados preliminares HUPM.

I Congreso del Grupo Andaluz de Rehabilitación Multimodal (Almería, 26-27 septiembre 2024). Comunicación oral: Implementación del protocolo de rehabilitación multimodal en cirugía hepática. ¿Un paso más? Resultados preliminares en la Unidad de Cirugía Hepatobiliar del HUPM.

I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica (La Línea, 23-24 abril 2024). Comunicaciones orales: abdomen agudo tras drenaje endoscópico en pancreatitis; modificaciones intestinales tras cirugía bariátrica y tratamiento con SGLT1; perforación esofágica espontánea (síndrome de Boerhaave); vólvulo gástrico agudo secundario a hernia hiatal; obstrucción intestinal por implante

yeyunal de carcinoma lobulillar de mama; fascitis necrotizante secundaria a neoplasia de colon perforada; efectos de inhibidores duales de SGLT2 tras RYGB; efectos de cirugía bariátrica en intestino distal; fístula colecistogástrica; osteomielitis sacra tras fuga colorrectal; neumoperitoneo silente por gilteritinib.

23rd European Congress of Trauma and Emergency Surgery (Lisboa, 28-30 abril 2024).
Comunicación oral: Angioembolization of splenic traumatism: case report and literature review.

CVII Reunión de la Asociación Andaluza de Cirujanos (Granada, 21 junio 2024). Comunicaciones orales: hemorragia digestiva secundaria a malformación arteriovenosa de la arteria gastroduodenal; trombosis aguda de AMS asociada a cocaína; angioembolización del traumatismo esplénico.

3-3. Publicaciones en revistas

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.

3-10. Docencia impartida

Profesor en el IX Curso de Inmersión en Cirugía Bariátrica (HUPM, 24-25 abril 2024, 18 h).

Colaborador en el XXV Curso de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante (HUPM, 22-25 octubre 2024, 32 h).

4. Formación

Alumno en el Curso de Trauma y Cirugía de Urgencias (AEC, Hospital Virgen Macarena, Sevilla, 13-14 mayo 2024, 18 h).

Alumno en el Curso de Coloproctología (AEC, Hospital Dr. Negrín, Las Palmas, 22-24 mayo 2024, 30 h).

Asistencia al 35º Congreso Nacional de Cirugía (AEC, Madrid, 4-7 noviembre 2024).

Asistencia al I Congreso Andaluz de Rehabilitación Multimodal (Almería, 26-27 septiembre 2024).

Asistencia al I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica (La Línea, 23-24 abril 2024).

9. Otros

Continuidad de estudios de doctorado en la Universidad de Cádiz (2024).

Dra, Angela Ortiz Sanchez:

3-1: Comunicaciones a congresos 2024:

1-Título de aportación: Hemorragia digestiva secundaria a malformación arteriovenosa de la arteria gastroduodenal.

Nombre del congreso: XVII Reunión de la Asociación Andaluza de Cirujanos.

Tipo de evento: Congreso

Tipo de aportación: Comunicación formato póster.

Ámbito: Autonómica.

Fecha: del 19 al 21 de junio del 2024.

Lugar: Granada.

Autores: Fernández Jiménez Á, Ortiz Sánchez Á, Aragón Encina JA, Maestu Fonseca AA, Pacheco García JM.

2-Título de aportación: La osteomielitis sacra como complicación infrecuente tras fuga de anastomosis colorrectal.

Nombre del congreso: I Symposium iberoamericano de anatomía clínica.

Tipo de evento: Symposium.

Tipo de aportación: Comunicación oral.

Ámbito: Internacional.

Fecha: 22 y 23 de abril del 2024.

Lugar: Línea de la Concepción.

Autores: Ángela Ortiz Sánchez, José Antonio Aragón Encina, Angela Fernández Jiménez, Arturo Prada Oliveira, Tatiana Gómez Sánchez.

3-Título de aportación: Fístula colecistogástrica como cauda infrecuente de obstrucción intestinal.

Nombre del congreso: I Symposium iberoamericano de anatomía clínica.

Tipo de evento: Symposium.

Tipo de aportación: Comunicación oral.

Ámbito: Internacional.

Fecha: 22 y 23 de abril del 2024.

Lugar: Línea de la Concepción.

Autores: Ángela Ortiz Sánchez, Ainhoa Maestu Fonseca, José Antonio Aragón Encina, Antonio Ribelles García, Tatiana Gómez Sánchez

4-Título de aportación: Piomiositis necrotizante secundaria a úlcera sacra.

Nombre del congreso: I Symposium iberoamericano de anatomía clínica.

Tipo de evento: Symposium.

Tipo de aportación: Comunicación oral.

Ámbito: Internacional.

Fecha: 22 y 23 de abril del 2024.

Lugar: Línea de la Concepción.

Autores: Ángela Ortiz Sánchez, Ainhoa Maestu Fonseca, Alberto Fierro Aguilar, Tatiana Gómez Sánchez, Violeta Camacho Marente.

5-Título de aportación: Neumoperitoneo silente secundario a Gilteritinib.

Nombre del congreso: I Symposium iberoamericano de anatomía clínica.

Tipo de evento: Symposium.

Tipo de aportación: Comunicación oral.

Ámbito: Internacional.

Fecha: 22 y 23 de abril del 2024.

Lugar: Línea de la Concepción.

Autores: Ángela Ortiz Sánchez, José Antonio Aragón Encina, Ainhoa Maestu Fonseca, Arturo Prada Oliveira, Tatiana Gómez Sánchez.

6-Título de aportación: Implementación del protocolo de rehabilitación multimodal en cirugía hepática. ¿Un paso más? Resultados preliminares en la unidad de cirugía hepatobiliar del Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Nombre del congreso: I Congreso del Grupo Andaluz de Rehabilitación Multimodal.

Tipo de evento: Congreso.

Tipo de aportación: Comunicación oral.

Ámbito: Autonómico.

Fecha: 26 y 27 de septiembre del 2024.

Lugar: Auditorio Roquetas de Mar, Almería.

Autores: Ángela Ortiz Sánchez, Amparo Valverde Martínez, Jose Antonio Aragón Encina, María Dolores Casado Maestre, Jose Manuel Pacheco García.

3-2. Sesiones clínicas:

1-Título: Diagnóstico y tratamiento del hiperparatiroidismo primario.

Autor: Ángela Ortiz Sánchez.

Lugar: Hospital Universitario Puerta del Mar.

Fecha: 01 de marzo del 2024.

2-Título: Complicaciones postoperatorias de la cirugía pancreática.

Autor: Ángela Ortiz Sánchez.

Lugar: Hospital Universitario Puerta del Mar.

Fecha: 15 de marzo del 2024.

3-Título: Traumatismo hepático cerrado.

Autor: Ángela Ortiz Sánchez.

Lugar: Hospital Universitario Puerta del Mar.

Fecha: 10 de mayo del 2024.

4-Título: Propuestas de comunicaciones para el congreso nacional de cirugía del 2024.

Autores: Ángela Ortiz Sánchez, José Antonio Aragón Encina y Ángela Fernández Jiménez.

Lugar: Hospital Universitario Puerta del Mar.

Fecha: 17 de mayo 2024.

5-Título: Propuestas de comunicaciones para el congreso de la asociación andaluza de cirujanos del 2024.

Autores: Ángela Ortiz Sánchez, José Antonio Aragón Encina y Ángela Fernández Jiménez.

Lugar: Hospital Universitario Puerta del Mar.

Fecha: 31 de mayo 2024.

4-Docencia UCA profesor asociado/Tutor clínico:

Nombre del tutor: Ángela Ortiz Sánchez.

Periodo, Curso: inicio Octubre del 2020 hasta la fecha actual.

5-Asistencia: cursos, congresos reuniones y jornadas etc, presenciales u online, masters o expertos:

1-Título: XXV Curso de Formación en Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplantes de 4º y 5º año.

Fecha: 22 al 25 de octubre del 2024.

Lugar: Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Organizado por: Sección de Cirugía Hepatobiliopancreática y la Sección de Trasplantes de la Asociación Española de Cirujanos y organizado por la Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y trasplante hepático del Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz,

Horas lectivas: 32 horas.

2-Título: IX Curso de Inmersión Clínica en Cirugía Bariátrica.

Fecha: 24 y 25 de abril del 2024.

Lugar: Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Organizado por: Sección de Cirugía Bariátrica y Metabólica de la Asociación Española de Cirujanos.

Horas lectivas: 18 horas.

3-Título: VII Curso de Cirugía de Urgencias para residentes.

Fecha: 7 y 8 de marzo del 2024.

Lugar: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Organizado por: Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la Asociación Española de Cirujanos.

Horas lectivas: 18 horas.

4-Título: Adenocarcinoma intestinal sobre adenoma de colon resecado endoscópicamente.

Fecha: 23 de febrero del 2024.

Lugar: Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Organizado por: Hospital Universitario Puerta del Mar.

Horas lectivas: 1 hora.

5-Título: Webinar Trauma Abdominal Cerrado. Manejo quirúrgico. ¿Qué ha cambiado?

Fecha: 23 de mayo del 2024.

Lugar: Online.

Organizado por: Asociación Española de Cirujanos (AEC).

Horas lectivas: 2 hora.

6-Título: 35 Congreso Nacional de Cirugía

Fecha: 04 al 07 de noviembre del 2024.

Lugar: Madrid.

Organizado por: Asociación Española de Cirugía (AEC).

7-Título: I Congreso del Grupo Andaluz de Rehabilitación Multimodal.

Fecha: 26 y 27 de septiembre del 2024.

Lugar: Teatro Auditorio Roquetas de Mar, Almería.

Organizado por: Grupo Andaluz de Rehabilitación Multimodal (GARM).

8-Título: Curso avanzado de Cierre de la Pared Abdominal.

Fecha: 28 de noviembre del 2024.

Lugar: Madrid.

Organizado por: Centro de Formación Johnson &Johnson Institute.

Horas lectivas: 5 horas.

9-Título: Jornada de Recepción para nuevos doctorandos UCA.

Fecha: 22 de marzo 2024.

Lugar: Universidad de Cádiz.

Organizado por: Programa de Doctorado, Universidad de Cádiz.

Horas lectivas: 5 horas.

10-Título: Iniciación a los Estudios de Doctorado (Modalidad no presencial).

Fecha: 10 de abril al 05 de mayo del 2024.

Lugar: Online (campus virtual UCA).

Organizado por: Programa de Doctorado, Universidad de Cádiz.

Horas lectivas: 25 horas.

11- Título: Búsqueda, gestión y comunicación de la información científica.

Fecha: 17 de septiembre al 28 de octubre del 2024.

Lugar: Online (campus virtual UCA).

Organizado por: Programa de Doctorado, Universidad de Cádiz.

Horas lectivas: 35 horas.

FACULTATIVOS:

Dr. Ander Bengoechea Trujillo:

3-1. Comunicaciones a congresos

XXV Congreso Nacional SECO (Oviedo, 22-24 mayo 2024). Póster: 'Cuidados críticos postoperatorios en cirugía bariátrica. Hacia el BEST-TRACK'. Autores: Ander Bengoechea Trujillo, M^a Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García.

XII Congreso EC-IFSO (Viena, 2-4 mayo 2024). Póster: 'De novo gastroesophageal reflux in patients undergoing vertical gastrectomy. Study of a cohort of 150 patients'. Autores: Ander Bengoechea Trujillo, M^a Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García.

XII Congreso EC-IFSO (Viena, 2-4 mayo 2024). Póster: 'Is the preoperative BMI and the one obtained after sleeve gastrectomy a risk factor for new-onset GERD? A 5-year cohort study of 150 patients'. Autores: Ander Bengoechea Trujillo, M^a Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García.

XXXV Congreso Nacional de Cirugía AEC (Madrid, 4-7 noviembre 2024). Póster: 'Conversión de gastrectomía vertical anillada tipo Mason a gastrectomía vertical. A propósito de un caso'. Autores: Ander Bengoechea Trujillo, M^a Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García.

3-2. Ponencias / Moderaciones

Moderador en mesa de vídeos de cirugía esofagogástrica. XXXV Congreso Nacional de Cirugía AEC (Madrid, 4-7 noviembre 2024).

3-3. Publicaciones en Revistas

Pérez Quintero R, Bruna Esteban M, Serrano López AJ; Grupo PROFUGO (colaborador: Ander Bengoechea Trujillo). 'Protocolo del estudio PROFUGO: modelo predictivo para el diagnóstico precoz de la fuga anastomótica tras esofagectomía y gastrectomía'. Cirugía Española. Octubre 2024.

M^a de los Ángeles Mayo Ossorio, Alberto Fierro Aguilar, Ander Bengoechea Trujillo, Daniel Pérez Gomar, Mercedes Fornell Ariza, José Manuel Pacheco García. Artículos en Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana (2024).

3-6. Protocolos

Protocolo quirúrgico del reflujo gastroesofágico del HUPM. Autores: Ander Bengoechea Trujillo, Mercedes Muñoz Ariza, M^a de los Ángeles Mayo Ossorio. Estado: pendiente de aprobación por la Junta Facultativa.

3-7. Proyectos de investigación

Estudio PROFUGO: modelo predictivo de fuga anastomótica tras esofagectomía y gastrectomía.

IP: Rocío Pérez Quintero. Colaborador: Ander Bengoechea Trujillo. Organismo: Asociación Española de Cirujanos.

Tesis doctoral: Predictores preoperatorios de reflujo gastroesofágico de novo tras gastrectomía vertical. IP: Ander Bengoechea Trujillo. Colaboradora: M^a de los Ángeles Mayo Ossorio.

Organismo: Universidad de Cádiz.

3-9. Dirección de TFG/TFM

Tutor de TFG: 'Resultados de la cirugía del reflujo gastroesofágico y de la hernia diafragmática'. Universidad de Cádiz. Curso 2023-2024.

3-10. Docencia impartida:

Docente en el IX Curso de Inmersión en Cirugía Bariátrica para Residentes de la AEC. Cádiz, 24-25 abril 2024. 18 horas lectivas.

Tutor de Residentes de Cirugía. Hospital Universitario Puerta del Mar. Desde mayo 2022.

4. Formación

XLIII Jornadas de Actualización en Cirugía. Innovaciones en cirugía mínimamente invasiva (Sevilla, 7-9 febrero 2024). 21 horas.

Congreso EC-IFSO (Viena, 2-4 mayo 2024). 15 créditos ECM.

XXV Congreso Nacional SECO (Oviedo, 22-24 mayo 2024). 21 horas.

XXXV Congreso Nacional de Cirugía AEC (Madrid, 4-7 noviembre 2024).

Curso de Cirugía Bariátrica de Revisión (Sevilla, 16-17 diciembre 2024).

5. Pertenencia a Comisiones

Miembro del Comité de Tumores Digestivos (2024).

6. Pertenencia a Sociedades Científicas

Miembro de la Asociación Española de Cirujanos (AEC).

Miembro de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO).

Miembro de la International Federation for Surgery of Obesity (IFSO).

7. Formación académica impartida

Profesor asociado de la Universidad de Cádiz. Curso 2023-2024.

9. Otros

Doctor en Medicina por la Universidad de Cádiz, Sobresaliente 'cum laude'. Tesis: 'Predictores del reflujo gastroesofágico de novo en pacientes intervenidos de gastrectomía vertical por obesidad mórbida'. Utilidad de la endoscopia, IMC y presencia de diabetes mellitus como variables preoperatorias.

Dra, Violeta Camacho Marente:

3-1. Comunicaciones a congresos

Control del dolor postoperatorio en cirugía oncológica de la mama: uso del bloqueo locorregional PECS II. I Simposio Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, mayo 2024. Comunicación oral. Autores: Fierro, Ortiz, Arroyo, Camacho, Gómez.

Manejo de tumores de la fosa isquiorrectal. Importancia de la anatomía pélvica. I Simposio Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, mayo 2024. Comunicación oral. Autores: Fierro, Camacho, García, Ortiz, Gómez.

Obstrucción intestinal aguda por implante yeyunal de carcinoma lobulillar de mama. I Simposio Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, mayo 2024. Comunicación oral. Autores: Fierro, Maestu, Aragón, Camacho, Gómez.

Piomiositis necrotizante secundaria a úlcera sacra. I Simposio Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, mayo 2024. Comunicación oral. Autores: Ortiz, Maestu, Fierro, Gómez, Camacho.

Prehabilitación multimodal en cirugía de urgencias: ¿es el tiempo un factor limitante?. I Congreso Andaluz de Rehabilitación Multimodal. Roquetas de Mar, septiembre 2024. Comunicación oral. Autores: Fernández, Camacho, Valverde, Gómez, Pacheco.

3-7. Proyectos de investigación

Ensayo clínico ICI20-00047 (Eudract 2021-000317-17): Análisis de supervivencia tras neoadyuvancia en cáncer de páncreas resecable con factores de riesgo. Investigadora colaboradora.

3-10. Docencia impartida

XXV Curso de Cirugía HBP y Trasplantes. Tema: Tumores quísticos de páncreas. Cádiz, 22-25 octubre 2024. 32 h.

IX Curso de Inmersión Clínica en Cirugía Bariátrica. Cádiz, 24-25 abril 2024. 18 h.

4. Formación

Curso ICH Good Clinical Practice E6 (R2). Global Health Training Centre. 10 h. Agosto 2024.

Curso Buenas prácticas en Programas de Optimización de Antimicrobianos en el ámbito hospitalario. IAVANTE / Fundación Progreso y Salud. 23 h. Febrero-marzo 2024.

6. Pertenencia a Sociedades Científicas

Miembro de la Asociación Española de Cirujanos.

Miembro de la Asociación Andaluza de Cirujanos.

Miembro de la Asociación Andaluza de Patología Digestiva.

7. Formación académica impartida

Tutora clínica.

Docente en cursos AEC (HBP, Bariátrica).

8. Profesionales acreditados por la ACSA

Acreditación nivel Experto.

9. Otros

Autora principal del Protocolo de Cirugía de la Pared Abdominal del HUPM. Coautor: Ander Bengoechea. Pendiente de validación.

Miembro del European Society for Trauma, Emergency Surgery (ESTES) Cohort Studies Group (hasta 2018).

Premio a la mejor comunicación oral: Prehabilitación multimodal en cirugía de urgencias: ¿es el tiempo un factor limitante?. I Congreso Andaluz de Rehabilitación Multimodal, septiembre 2024.

Dra. M^a Dolores Casado Maestre

3-2. Ponencias / Moderaciones

XXII Curso de Cirugía HBP para Residentes de la AEC (Cádiz, 22-25 octubre 2024).

Step up approach en el manejo de la pancreatitis aguda necrótica.

Manejo multidisciplinar de las metástasis hepáticas de cáncer colorrectal.

Conducta general en el manejo de las metástasis hepáticas de origen no colorrectal no neuroendocrino.

3-9. Dirección de TFG/TFM

Directora de TFG: Morbimortalidad del empleo del abordaje por etapas frente al abordaje quirúrgico en el tratamiento de las pancreatitis agudas necróticas encapsuladas. Revisión sistemática.

4. Formación

Asistencia al Congreso Nacional de Cirugía (Madrid, 4-7 noviembre 2024).

Reunión de Cirugía Hepatobiliopancreática (Murcia, 2024).

Curso semipresencial de ecografía hepática operatoria. HU Virgen de Valme, Sevilla.

Curso de Normas de Buena Práctica Clínica ICH E6 R2.

7. Formación académica impartida

Profesora Asociada de la Universidad de Cádiz.

Dra. María Jesús Castro Santiago

3. Memoria científica

3-3. Publicaciones en Revistas

- 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.
- Current status of liver surgery for non-colorectal non-neuroendocrine liver metastases: the NON.LI.MET. survey. Updates Surg. 2024;76(1):43-55.
- Long-term outcomes after breast cancer liver metastasis surgery: LIBREAST STUDY. Surg Oncol. 2024;57:102129.
- Gastrin: a new branch of the gastropancreatic axis that can explain the effect of sleeve gastrectomy on glucose metabolism. J Gastrointest Surg. 2024;28(4):381-388.

3-4. Capítulos

Módulo 2: Presentación clínica y tratamiento. Tratamiento quirúrgico. Curso universitario de tumores neuroendocrinos. Master propio GETNE-UCM (2024).

3-5. Revisión de artículos de revistas científicas

Revisora de la Revista Andaluza de Cirugía (ASAC), desde 2014.

Evaluadora de comunicaciones de Cirugía HPB en el XXXV Congreso Nacional de Cirugía (Madrid, 2024).

3-7. Proyectos de investigación

- IP: Análisis de supervivencia tras neoadyuvancia en cáncer de páncreas resecable con factores de riesgo. ISCI-INI-BICA. 2020-2024 (prorrogado 2025). Exp. ICI20/00047.
- IP: Cambios de celularidad en el islote pancreático tras obesidad, diabetes y cirugía bariátrica. PI0073-2021. Consejería de Salud (2021-2023).
- Colaboradora: EPOBID Study. Grupo Español de Cirugía Pancreática.
- Colaboradora: Distal Pancreatectomy (SPAN-DISPAN, NCT04900012).
- Colaboradora: QUICO Study (NCT05404503). Incidencia de colangiocarcinoma en quistes de colédoco.

3-8. Dirección de tesis doctorales

- Dr. Javier Varela Recio: Análisis de supervivencia tras neoadyuvancia en cáncer de páncreas resecable con factores de riesgo.
- Dra. Ángela Ortiz Sánchez: Incidencia de fístula pancreática tras neoadyuvancia en adenocarcinoma de páncreas.

3-10. Docencia impartida

- II Jornadas Oncoquirúrgicas (Cádiz, enero 2024). Ponente: 'Análisis de supervivencia tras neoadyuvancia en adenocarcinoma de páncreas resecable'.
- XXII Curso de Formación en Cirugía HPB para residentes AEC (Cádiz, octubre 2024). Ponente en múltiples temas de cirugía pancreática y biliar.
- XXVII Reunión ASAC (Granada, junio 2024). Ponente en mesa redonda: 'Lesiones yatrogénicas de la vía biliar. ¿Existen en 2024?'

4. Formación

- Asistencia a la XXVII Reunión de la Asociación Andaluza de Cirujanos (Granada, junio 2024).
- Asistencia al 35º Congreso Nacional de Cirugía (Madrid, noviembre 2024).
- Grand Master MBA en Alta Dirección de Hospitales y Servicios de Salud. Univ. Cardenal Herrera. 900 h. (2022-2025, en curso).

5. Pertenencia a Comisiones

Vocal del Comité Multidisciplinar de Tumores Digestivos (HUPM).

Vocal del Comité Multidisciplinar de Hepatocarcinoma (HUPM).

6. Pertenencia a Sociedades Científicas

- Secretaria del Comité de Redacción de la Revista ASAC (desde 2021).
- Vocal Científico de ASAC (2017-2021).
- Miembro de la Asociación Española de Cirujanos (AEC).
- Miembro de la IHPBA, CE-IHPBA y A-PHPBA (desde 2017).

- Miembro del Consejo Científico del Grupo TTD.
- Miembro de GETNE.

7. Formación académica impartida

Profesora Asociada en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz (2024-2025).

9. Otros

Concesión de Contrato de Intensificación Singular (SSPA, 2019-2024).

Dr. Alberto Fierro Aguilar

3. Memoria científica

3-1. Comunicaciones a congresos

Obstrucción intestinal aguda por implante yeyunal de carcinoma lobulillar de mama. Comunicación oral. I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, 23-24 abril 2024.

Control del dolor postoperatorio en cirugía oncológica de mama: bloqueo PECS II. Comunicación oral. I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, 23-24 abril 2024.

Fascitis necrotizante secundaria a neoplasia de colon perforada. Comunicación oral. I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, 23-24 abril 2024.

Manejo diagnóstico-terapéutico de los tumores retrorrectales. Comunicación oral. I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, 23-24 abril 2024.

Rectorragia secundaria a malformación de arteria rectal superior. Comunicación oral. I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, 23-24 abril 2024.

Manejo de tumores de la fosa isquiorrectal: importancia de la anatomía pélvica. Comunicación oral. I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, 23-24 abril 2024.

3-3. Publicaciones en revistas

Impacto de la implementación del abordaje robótico de la cirugía bariátrica en nuestro medio. *Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana*, 2024.

Transformación y evolución de la cirugía bariátrica en los últimos 20 años en nuestro medio. *Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana*, 2024.

4. Formación

Ponente en el I Congreso Andaluz de Rehabilitación Multimodal. Almería, 26-27 septiembre 2024.

Alumno en el curso Actualización en el manejo quirúrgico del paciente politraumatizado. Madrid, 10-11 mayo 2024 (12,15 h).

Alumno en el curso Atención quirúrgica al traumatizado grave -DSTC-. Hospital Gregorio Marañón, Madrid, 28-30 noviembre 2024 (47 h).

Profesor en el XXV Curso de Cirugía HBP y Trasplantes (4º-5º año). HUPM, Cádiz, 22-25 octubre 2024 (32 h).

Asistente en el I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, Cádiz, 23-24 abril 2024.

7. Formación académica impartida

Tutor clínico. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz.

Dra. Mercedes Fornell Ariza

3. Memoria científica

3-2. Ponencias / Moderaciones

Moderadora en mesa de casos interactivos. IX Curso de Inmersión en Cirugía Bariátrica. Servicio de Cirugía General y Digestiva, HUPM. Cádiz, 24-25 abril 2024.

3-6. Protocolos

Protocolo quirúrgico del reflujo gastroesofágico y de la hernia de hiato. Autores: Ander Bengoechea Trujillo, Mercedes Fornell Ariza, María de los Ángeles Mayo Ossorio. Unidad de Cirugía Esofagogástrica, HUPM.

4. Formación

- Webinar AEC: Actualizaciones y nuevas guías de la pared abdominal de la EHS. Revisión crítica. 22 febrero 2024.
- IX Curso de Inmersión en Cirugía Bariátrica. Cádiz, 24-25 abril 2024.
- Webinar AEC: Grupo de Rehabilitación Multimodal y Nutrición en Cirugía. 4 junio 2024.
- Webinar AEC: Hernia ventral primaria de la línea media. Entre la simplicidad y la pesadilla. 20 junio 2024.
- Webinar AEC: Endoscopia intraoperatoria en cirugía bariátrica. 3 octubre 2024.
- 1er Workshop de Cirugía Bariátrica de Revisión. Hospital Virgen Macarena, Sevilla, 16-17 diciembre 2024.
- Webinar IFSO: An introduction to Robotic Bariatric Surgery: useful basics you need to know before you start. 19 diciembre 2024.

Dra. Tatiana Gómez Sánchez

3. Memoria científica

3-1. Comunicaciones a congresos

- Prehabilitación multimodal en cirugía de urgencias: ¿es el tiempo un factor limitante? I Congreso GARM. Almería, 26-27 septiembre 2024. Comunicación oral. Autore: Fernández Jiménez A, Camacho Marente V, Valverde Martínez A, Gómez Sánchez T, Pacheco García JM. Premiada.
- Papel de los reordenamientos anatómicos postquirúrgicos tras cirugía bariátrica en el metabolismo hidrocarbonado. I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, 23-24 abril 2024. Comunicación oral.
- Fístula colecistogástrica como causa infrecuente de obstrucción intestinal. I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, abril 2024. Comunicación oral.
- Osteomielitis sacra tras fuga colorrectal. I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, abril 2024. Comunicación oral.
- Piomiositis necrotizante secundaria a úlcera sacra. I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, abril 2024. Comunicación oral.
- Neumoperitoneo silente por gilteritinib. I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, abril 2024. Comunicación oral.
- Abdomen agudo tras drenaje endoscópico en pancreatitis. I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, abril 2024. Comunicación oral.
- Perforación esofágica espontánea (Boerhaave). I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, abril 2024. Comunicación oral.
- Obstrucción intestinal por implante yeyunal de carcinoma lobulillar de mama. I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, abril 2024. Comunicación oral.

- Vólvulo gástrico secundario a hernia hiatal. I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, abril 2024. Comunicación oral.
- Control del dolor postoperatorio en cirugía oncológica de mama con bloqueo PECS II. I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, abril 2024. Comunicación oral.
- Fascitis necrotizante secundaria a neoplasia de colon perforada. I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, abril 2024. Comunicación oral.
- Manejo diagnóstico-terapéutico de tumores retrorrectales. I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, abril 2024. Comunicación oral.
- Rectorragia secundaria a malformación de arteria rectal superior. I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, abril 2024. Comunicación oral.

3-3. Publicaciones en Revistas

- Estudio observacional nacional sobre tratamiento quirúrgico de la fístula anal: ¿impacta el tipo de hospital? Cirugía Española, 2024. Grupo colaborativo GJ-AECP.
- Surgical treatment trends and outcomes for anal fistula: fistulotomy is still accurate and safe. Techniques in Coloproctology, 2024. Grupo colaborativo.
- Diverticulitis with abscess formation: outcomes of non-operative management and nomogram for predicting emergency surgery (DIPLICAB Study). Surgery, 2024. Grupo DIPLICAB.

3-5. Revisión de artículos de revistas científicas

- Revisora en Cirugía Española (desde 2018).
- Revisora en Colorectal Disease (desde 2019).
- Revisora en Cirugía Andaluza (desde 2021).

4. Formación

- Asistencia al I Congreso Andaluz de Rehabilitación Multimodal (GARM). Almería, 26-27 septiembre 2024. 36 h.
- Asistencia al I Symposium Iberoamericano de Anatomía Clínica. La Línea, 23-24 abril 2024. 40 h. Miembro del comité científico.

6. Pertenencia a Sociedades Científicas

- Miembro de la Asociación Española de Coloproctología.
- Miembro de la Asociación Española de Cirujanos.
- Miembro del Grupo de Jóvenes Coloproctólogos de la AECP.
- Miembro del Grupo S-Covid Collaborative Group de la ESCP.

7. Formación académica impartida

Tutora clínica de alumnos de Medicina (desde 2017 a diciembre 2024).

Profesora Sustituta Interina de Anatomía y Embriología. Septiembre 2023 – septiembre 2024.

8. Profesionales acreditados por la ACSA

Acreditación nivel Excelente de competencia profesional. Fecha: 13/01/2022.

Dra. Eva Sancho Maraver

3. Memoria científica

3-2. Ponencias / Moderaciones

Ponente y Moderadora. Tema: 'Cáncer anal. Lesiones premalignas'. XVIII Reunión de la Asociación Andaluza de Cirujanos. Granada, 12-14 junio 2024.

3-5. Revisión de artículos de revistas científicas

Revisora de la Revista Andaluza de Cirugía (ASAC). Desde 2015.

3-6. Protocolos

Revisión del protocolo del paciente ostomizado (Unidad de Coloproctología).

Revisión del protocolo de cáncer de colon (pendiente publicación web hospital).

4. Formación

- XXVII Congreso Nacional AECP. Barcelona, 15-20 mayo 2024.
- XVIII Reunión ASAC. Granada, 19-21 junio 2024 (20 h).
- Curso de formación en endoscopia diagnóstica intraoperatoria. Hospital de Jerez, 28-29 noviembre 2024.
- I Jornada de Coloproctología Provincial de Cádiz. Hospital de Jerez, 22 septiembre 2024 (0,5 créditos).
- XI Jornadas del Grupo Andaluz de Coloproctología (GAC). Hospital Torrecárdenas, 21-22 noviembre 2024 (0,9 créditos).
- I Jornadas Grupo Andaluz Rehabilitación Multimodal (GARM). Hospital Torrecárdenas, 26-27 septiembre 2024.
- Curso Normas de Buenas Prácticas Clínicas ICH E6. Global Health Training Centre, 12 agosto 2024.

5. Pertenencia a Comisiones

- Grupo de Cáncer PIOA, HUPM Cádiz.
- Vocal del Comité de Tumores Digestivos.
- Directora del Grupo de Mejora del Proceso de Cáncer Colorrectal, HUPM.

6. Pertenencia a Sociedades Científicas

- Secretaria de la Asociación Andaluza de Cirujanos.
- Miembro de la Sociedad Española de Coloproctología.
- Miembro de la Sociedad Española de Cirujanos.

7. Formación académica impartida

Profesora Asociada de la Universidad de Cádiz.

8. Profesionales acreditados por la ACSA

Certificación ACSA Nivel II. Septiembre 2010 – en vigor.

Dra. Amparo Valverde Martínez

3. Memoria científica

3-2. Ponencias / Moderaciones

- Recuperación intensificada en Cirugía Mayor del Adulto. Cirugía Hepatobiliopancreática. II Jornadas Onco-Quirúrgicas HUPM, Cádiz. Enero 2024.
- Programa de Recuperación Intensificada en Cirugía Mayor del Adulto. Nuestro Timeline. Hospital San Juan de Dios, Córdoba. Febrero 2024.
- Hepatocarcinoma. Valoración del riesgo quirúrgico y de recidiva. Roche. Mayo 2024.
- Rehabilitación Multimodal en Cirugía Hepatobiliopancreática: ¿un paso más? Webinar AEC, junio 2024.
- Cómo implementar un programa de Rehabilitación Multimodal en nuestros hospitales andaluces. I Congreso Andaluz de Rehabilitación Multimodal, septiembre 2024.
- Pilares y fundamentos del abordaje multimodal. Webinar Medtronic, 14 diciembre 2024.

3-3. Publicaciones en Revistas

- Aragón Encina JA, Valverde Martínez A, Castro Santiago MJ, Camacho Ramírez A, Casado Maestre MD, Pacheco García JM. Quiste linfopitelial pancreático. Rev Esp Enferm Dig. 2024;116(12):731-732.
- A new branch of the gastro-pancreatic axis that can explain the effect of sleeve gastrectomy on glucose metabolism. J Gastrointest Surg. 2024.
- Martínez Ingelmo C, Valverde Martínez A, Astudillo Reyes P, Izquierdo Cid JL, Conejero Gómez MR. Fístula aorto-entérica: nuestra experiencia en el HUPM (2012-2023). Serie de casos. Rev And Cir. 2024;35(4).
- Abad C, Valverde A. Incidencia y factores de riesgo de hernia incisional post trasplante renal en el HUPM. Rev And Cir. 2024 (pendiente publicación).

3-9. Dirección de TFG/TFM

- Implementación del protocolo de Recuperación Intensificada en cirugía de urgencias en el HUPM.
- Influencia del preconditionamiento isquémico sobre el tiempo quirúrgico, lesión hepática y complicaciones en cirugía hepática.
- Estudio de la morbilidad perioperatoria en pacientes operados de páncreas en el HUPM.

4. Formación

- Curso Buenas prácticas clínicas. Online. The Global Health Network. Agosto 2024.
- Curso Habilidades de comunicación para la humanización de la asistencia sanitaria. EASP. Octubre 2024.
- Congreso: I Congreso Andaluz de Rehabilitación Multimodal (Roquetas de Mar, septiembre 2024).
- Instructor, Curso LXXXI DSTC. Hospital San Carlos, Madrid, 13-16 octubre 2024.

5. Pertenencia a Comisiones

- Comisión de Nutrición.
- Comité de Manejo Multidisciplinar del Hepatocarcinoma.
- Comisión Manejo Multidisciplinar del Trauma Grave.
- Secretaria del Comité RICMA.
- Vocal en el Grupo de Trabajo AEC: Comunicación efectiva-afectiva (desde 2023).

7. Formación académica impartida

- Docente en el IX Curso de Inmersión en Cirugía Bariátrica (AEC, abril 2024).
- Docente en el XXV Curso de Cirugía HBP para residentes (AEC, octubre 2024).
- Colaboradora docente en la tutoría de residentes.

Dra. M^a de los Angeles Mayo Ossorio

3-1.Comunicaciones a congresos

XXV Congreso Nacional SECO (Oviedo, 22-24 mayo 2024). Póster: 'Cuidados críticos postoperatorios en cirugía bariátrica. Hacia el BEST-TRACK'. Autores: Ander Bengoechea Trujillo, M^a Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García.

XII Congreso EC-IFSO (Viena, 2-4 mayo 2024). Póster: 'De novo gastroesophageal reflux in patients undergoing vertical gastrectomy. Study of a cohort of 150 patients'. Autores: Ander Bengoechea Trujillo, M^a Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García.

XII Congreso EC-IFSO (Viena, 2-4 mayo 2024). Póster: 'Is the preoperative BMI and the one obtained after sleeve gastrectomy a risk factor for new-onset GERD? A 5-year cohort study of 150 patients'. Autores: Ander Bengoechea Trujillo, M^a Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García.

XXXV Congreso Nacional de Cirugía AEC (Madrid, 4-7 noviembre 2024). Póster: 'Conversión de gastrectomía vertical anillada tipo Mason a gastrectomía vertical. A propósito de un caso'. Autores: Ander Bengoechea Trujillo, M^a de los Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García.

XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad, y de la sección de Obesidad de la AEC, celebrado en Oviedo del 22 al 24 de mayo de 2024. Poster.

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL ABORDAJE ROBOTICO DE LA

CIRUGÍA BARIATRICA EN NUESTRO MEDIO. M^a De Los Angeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo, Alberto, Fierro Aguilar, Daniel Perez Gomar, Mercedes Fornell Ariza, Jose Manuel Pacheco García.

XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad, y de la sección de Obesidad de la AEC, celebrado en Oviedo del 22 al 24 de mayo de 2024. Poster.

TRANSFORMACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS EN NUESTRO MEDIO. M^a De Los Angeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo, Alberto, Fierro Aguilar, Daniel Perez Gomar, Mercedes Fornell Ariza, Jose Manuel Pacheco Garcia.

XII Congreso EC-IFSO (Viena, 2-4 mayo 2024). Póster Robotic revisional bariatric surgery during the learning curve. Our experience (ID 14). M^a De Los Angeles Mayo-Ossorio, Ander Angelo Bengoechea-Trujillo, Daniel Perez-Gomar, Jose Manuel Pacheco-Garcia

XII Congreso EC-IFSO (Viena, 2-4 mayo 2024). Póster Robotic revisional bariatric surgery during the learning curve. Our experience (ID 14). M^a De Los Angeles Mayo-Ossorio, Ander Angelo Bengoechea-Trujillo, Daniel Pérez Gomar, JoseManuel Pacheco García.

3-2.Ponencias/ Moderaciones

MODERADOR/A de la sesión/sesiones **SESIÓN DE COMUNICACIONES VÍDEO 3** durante el XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad, y de la sección de Obesidad de la AEC, celebrado en Oviedo del 22 al 24 de mayo de 2024.

Ponente en las 8º Jornadas Multidisciplinares Andaluzas de Cardiología Preventiva. Título de la ponencia. Obesidad . Septiembre 20 2024, Santi petri Cádiz.

MODERADOR En el **35 Congreso Nacional de Cirugía**, celebrado en Madrid del 4 al 7 de noviembre de 2024 en la sesión: CURSO PRE-CONGRESO SECCIÓN CIRUGÍA ESÓFAGO-GÁSTRICA Madrid, a 7 de noviembre del 2024.

PONENTE En el **35 Congreso Nacional de Cirugía**, celebrado en Madrid del 4 al 7 de noviembre de 2024 en la sesión: MESA CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA: ¿A VER DÍGAME QUE HAGO AHORA? Madrid, a 7 de noviembre del 2024

PONENTE de la sesión MESA CONJUNTA SECCION AEC Y SECO: BARIATRIC HORROR HISTORY IN OVIEDO del XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas, celebrado el 22, 23 y 24 de mayo de 2024 en Oviedo.

PONENTE en la actividad formativa AULA VIRTUAL AEC: "Endoscopia intraoperatoria en cirugía bariátrica", con el tema "Utilidad de la EDA en cirugía bariátrica. Aplicaciones prácticas" y con una duración de 1 hora docente, realizado el 3 de octubre 2024

3-3 Publicaciones en Revistas

1- Singhal R, Cardoso VR, Wiggins T, Rajeev Y, Ludwig C, Gkoutos GV, Hanif W, Mahawar K; ONWARD & GENEVA collaborators (M^a de los Angeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García) . Safety outcomes of bariatric surgery in patients with advanced organ disease: the ONWARD study: a prospective cohort study. Int J Surg. 2024 Jan 1;110(1):95-110. doi: 10.1097/JS9.0000000000000781. PMID: 37800588; PMCID: PMC10793784.

2-Pérez-Arana GM, Almorza-Gomar D, Mayo-Ossorio MA, Ramírez AC, Castro-Santiago MJ, Valverde-Martínez A, Casado-Maestre MD, Visiedo F, Bohórquez-Sierra JC, Prada-Oliveira JA. Gastrin: a new branch of the gastropancreatic axis that can explain the effect of sleeve gastrectomy on glucose metabolism. J Gastrointest Surg. 2024 Apr;28(4):381-388. doi: 10.1016/j.gassur.2024.02.015. PMID: 38583887.

3-Marcos Bruna Esteban, Rocío Pérez Quintero, M. Asunción Acosta Mérida, Aitana García Tejero, grupo de expertos (M^a de los Angeles Mayo Ossorio). Preoperative management of patients with oesophageal cancer: expert recommendations, Cirugía Española (English Edition), 2024,

4-Ma de los Ángeles Mayo Ossorio, Alberto Fierro Aguilar, Ander Bengoechea Trujillo, Daniel Pérez Gomar, Mercedes Fornell Ariza, José Manuel Pacheco García / Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana (2024).14.3.2: 4410-4418

5-M^a de los Angeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo, Alberto Fierro Aguilar, Daniel Perez Gomar, Mercedes Fornell Ariza, José Manuel Pacheco García /Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana (2024) 14.3.5: 4410-4418.

• 3-5 Revisión de artículos de revistas científicas.

Revisor de la Revista Cirugía Española.

Revisor de la Revista de cirugía de la universidad de Colombia

Revisor de la revista Case Report

Revisor de la Revista Cirugía Andaluza,

3-6 Protocolos:

Coautor y revisor del Protocolo de Cirugía de la Funcional y Benigna esofagogastrica.

3-7 Proyectos de investigación:

1

Investigador colaborador ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA TRAS NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE PÁNCREAS RESECABLE CON FACTORES DE RIESGO”

IP Principal: MARÍA JESÚS CASTRO SANTIAGO

Duración: 4 AÑOS (Diciembre 2020 hasta Diciembre 2024).

Nº de EXPEDIENTE: ICI20/00047.

2

Proyecto: Relevancia del hígado y el intestino como órganos clave en la resolución de la T2DM, en obesos mórbidos intervenidos mediante gastrectomía vertical laparoscópica.

Código: LI19/01IN¿EM03

Ámbito del proyecto: Autonómica

Programa financiador: I PLAN PROPIO. LINEA 1

Entidad financiadora: INIBICA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN BIOMEDICA DE CÁDIZ

3

Registro MULTICENTRICO nacional Grupo EURECCA de cirugía del cáncer esofagogastrica.

Fecha inicio: 01/02/2022

Rol: Investigador/a principal HUPM Cádiz

Ámbito: Nacional

4

Registro: N72.19. Titulo: Estudio prospectivo multicéntrico, sobre disfunción del hiato y patología esofágica a los 5 años de la gastrectomía vertical en el paciente obeso. Código: GASTRECT.

N24.21. Titulo: Creación de un Registro Nacional de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal sometidos a Cirugía Bariátrica (ReNacElBar). Código: ReNacElBar.

5

Registro MULTICENTRICO RENACer. De cirugía bariátrica en pacientes con EEII

IP: Manuel Ferrer

IP HUPM M^a de los Angeles Mayo Ossorio

En curso

Asociación Española de cirujanos y Sociedad Española de Cirugía de la obesidad.

6-

Estudio multicentrico ROBOTAG EST001 IP PRINCIPAL. M^a ASUNCION ACOSTA MÉRIDA

IP Colaborador. M^a de los Angeles Mayo Ossorio

En curso.

Asociación Española de Cirujanos Sección de Cirugía Mínimamente Invasiva y Cirugía esofagogastrica de la AEC.

3-8 Dirección de tesis doctorales

Tesis doctoral: Predictores preoperatorios de reflujo gastroesofágico de novo tras gastrectomía vertical. IP: Ander Bengoechea Trujillo. Colaboradora: M^a de los Ángeles Mayo Ossorio.
Organismo: Universidad de Cádiz.

3-9 Dirección de TFG/TFM

1

TFG titulado Resultados del abordaje robótico en cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Puerta del Mar.

Código: TFG-RARCB-2024

Alumna Alicia inmaculada Alvarez Gonzalez.

Nota:9.5

2

TFG Titulado: NEOADYUVANCIA EN CÁNCER GÁSTRICO PRECOZ: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y ANÁLISIS DE LA LITERATURA

Código: TFG-NCGPRS

Alumno: Victor Lazo

Nota: 8,9

3-10.Docencia impartida:

1

XI CURSO ON LINE PARA RESIDENTES: "INCIACIÓN A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA" Ha participado como profesor/a en el curso convocado por la Sección Cirugía Bariátrica y Metabólica de la Asociación Española de Cirujanos e impartido en el Campus Virtual de la A.E.C con una duración de 40 horas lectivas. Dirigido por la Dra. M^a Dolores Frutos Bernal y celebrado del 16 de Septiembre al 3 de Noviembre de 2024.

2

"XIV CURSO ON LINE DE ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA". Curso impartido en el Campus Virtual de la AEC del 15 de abril al 16 de junio de 2024. Profesor/a, en el curso convocado por la sección de Cirugía Bariátrica y Metabólica de la Asociación Española de Cirujanos: XIV Curso online de fundamentos en cirugía bariátrica y metabólica con 84 horas lectivas.

3

IX CURSO DE INMERSIÓN CLÍNICA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

Ha participado como profesor/a y directora en el curso convocado por la Sección Cirugía Bariátrica y Metabólica y organizado por el Servicio de Cirugía

General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz con una duración de 18 horas lectivas celebrado los días 24 al 25 de Abril de 2024.

4

XXV CURSO DE FORMACIÓN EN CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA Y TRASPLANTES DE 4º Y 5º AÑO Ha participado como profesor/a en el curso convocado por la Sección de Cirugía Hepatobiliopancreática y la Sección de Trasplantes y organizado por el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz con una duración de 32 horas lectivas. Dirigido por la Dra. María Jesús Castro Santiago y el Dr. José Manuel Pacheco García y celebrado del 22 al 25 de Octubre de 2024.

4- Formación: Asistencia a Cursos, Congresos, Sesiones, Jornadas, Masters y expertos

1

XLIII Jornadas de Actualización en Cirugía. Innovaciones en cirugía mínimamente invasiva (Sevilla, 7-9 febrero 2024). 21 horas.

2

Congreso EC-IFSO (Viena, 2-4 mayo 2024). 15 créditos ECM.

3

XXV Congreso Nacional SECO (Oviedo, 22-24 mayo 2024). 21 horas.

4

XXXV Congreso Nacional de Cirugía AEC (Madrid, 4-7 noviembre 2024).

5

AULA VIRTUAL AEC. Sección Esófago-gástrica. Sesión 12: Perforación esofágica: Estrategias de manejo

6

AULA VIRTUAL AEC. Sección de Cirugía Bariátrica y Metabólica: Sesión 10: Gastrectomía vertical. Examen práctico de una técnica ¿sobrevalorada? 14-03-2024 09:00

7

AULA VIRTUAL AEC. Sección Esófago-gástrica. Sesión 11: Proyectos Multicéntricos Nacionales en Cirugía Esofagogástrica. ¿Te apuntas?

5-Pertenencia a Comisiones

1

Pertenencia como vocal a la comisión de Infecciones y políticas antibiotica del HUPM Cádiz

2

Pertenencia como Vocal al Comite de Etica de la investigación del Hospital Universitario Puerta del Mar

3

Pertenencia como vocal a comité de tumores digestivos del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz

4

Pertenencia como Vocal al Comité de Cirugía Bariátrica y Metabólica del Hospital Universitario Puerta del Mar Cádiz

6-Pertenencia a Sociedades Científicas:

Secretaria de la Sección de cirugía bariátrica de la AEC

Vocal de la Sección de cirugía Esofagogastrica de la AEC

Pertenencia a la Sección de Carcomas de la SEC

Miembro de la Asociación Española de cirujanos

Miembro de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad y esnfemerdades metabólica

Miembro de SENPE Sociedad española de Nutricion parenteral y enteral

Miembre de IFSO International Fedaration Surgery of Obesity

Miembro de la Asociación Andaluza de Cirujanos

7-Formacion académica impartida:

Profesor Asociado del Departamento de Medicina y cirugía de la Facultad de Medicina de Cádiz

Coordinadora Asignatura FUNDAMENTOS DE CIRUGÍA DE SEGUNDO DE medicina

COORDINADORA HUPM de asignaturas Medicina y cirugía endocrina

COORDINADORA HUPM de la parte quirúrgica práctica de asignatura Medicina y cirugía del Aparato Digestivo

Responsable HUPM de la practicas de rotatorio clínico deCirugia de los alumnos de sexto de medicina

TUTOR CLINICO DE PRACTICAS ESTIBALES PEMA facultad de Medicina de Cádiz

8- Profesionales acreditados por la ACSA

En proceso de Acreditación Iniciado en 2023 Anteriormente Acreditación grado AVANZADO hasta 2021.

9- Otros.

1

Evaluadora de Comunicaciones de Cirugía Esofagogastrica en el 35 Congreso Nacional de Cirugía celebrado del Noviembre de 2023.

2

Evaluadora de Comunicaciones de Cirugía Bariátrica y metabólica em la RNC Noviembre de 2024.

3

Evaluadora de Comunicaciones de Cirugía Bariátrica en el XXV Congreso Nacional de la Sociedad de Cirugía bariátrica y metabólica2024

Dr. José Manuel Pacheco García.

3-1.Comunicaciones a congresos

XXV Congreso Nacional SECO (Oviedo, 22-24 mayo 2024). Póster: 'Cuidados críticos postoperatorios en cirugía bariátrica. Hacia el BEST-TRACK'. Autores: Ander Bengoechea Trujillo, M^a Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García.

XII Congreso EC-IFSO (Viena, 2-4 mayo 2024). Póster: 'De novo gastroesophageal reflux in patients undergoing vertical gastrectomy. Study of a cohort of 150 patients'. Autores: Ander Bengoechea Trujillo, M^a Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García.

XII Congreso EC-IFSO (Viena, 2-4 mayo 2024). Póster: 'Is the preoperative BMI and the one obtained after sleeve gastrectomy a risk factor for new-onset GERD? A 5-year cohort study of 150 patients'. Autores: Ander Bengoechea Trujillo, M^a Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García.

XXXV Congreso Nacional de Cirugía AEC (Madrid, 4-7 noviembre 2024). Póster: 'Conversión de gastrectomía vertical anillada tipo Mason a gastrectomía vertical. A propósito de un caso'. Autores: Ander Bengoechea Trujillo, M^a de los Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García.

XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad, y de la sección de Obesidad de la AEC, celebrado en Oviedo del 22 al 24 de mayo de 2024. Poster.

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL ABORDAJE ROBOTICO DE LA CIRUGÍA BARIATRICA EN NUESTRO MEDIO. M^a De Los Angeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo, Alberto, Fierro Aguilar, Daniel Perez Gomar, Mercedes Fornell Ariza, Jose Manuel Pacheco García.

XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad, y de la sección de Obesidad de la AEC, celebrado en Oviedo del 22 al 24 de mayo de 2024. Poster.

TRANSFORMACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA BARIATRICA EN LOS ULTIMOS 20 AÑOS EN NUESTRO MEDIO. M^a De Los Angeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo, Alberto, Fierro Aguilar, Daniel Perez Gomar, Mercedes Fornell Ariza, Jose Manuel Pacheco García.

XII Congreso EC-IFSO (Viena, 2-4 mayo 2024). Póster Robotic revisional bariatric surgery during the learning curve. Our experience (ID 14). M^a De Los Angeles Mayo-Ossorio, Ander Angelo Bengoechea-Trujillo, Daniel Perez-Gomar, Jose Manuel Pacheco-Garcia

XII Congreso EC-IFSO (Viena, 2-4 mayo 2024). Póster Robotic revisional bariatric surgery during the learning curve. Our experience (ID 14). M^a De Los Angeles Mayo-Ossorio, Ander Angelo Bengoechea-Trujillo, Daniel Pérez Gomar, JoseManuel Pacheco García.

3-2.Ponencias/ Moderaciones

Ponente en Curso de Cirugía laparoscopica para residentes de la AEC celebrado en Jerez en Abril 2024

MODERADOR En Las Jornadas de Coloproctología celebradas en Octubre de 2024 en Jerez.

3-3 Publicaciones en Revistas

1- Singhal R, Cardoso VR, Wiggins T, Rajeev Y, Ludwig C, Gkoutos GV, Hanif W, Mahawar K; ONWARD & GENEVA collaborators (M^a de los Angeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García) . Safety outcomes of bariatric surgery in patients with advanced organ disease: the ONWARD study: a prospective cohort study. Int J Surg. 2024 Jan 1;110(1):95-110. doi: 10.1097/JS9.0000000000000781. PMID: 37800588; PMCID: PMC10793784.

2-Ma de los Ángeles Mayo Ossorio, Alberto Fierro Aguilar, Ander Bengoechea Trujillo, Daniel Pérez Gomar, Mercedes Fornell Ariza, José Manuel Pacheco García / Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana (2024).14.3.2: 4410-4418

3-M^a de los Angeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo, Alberto Fierro Aguilar, Daniel Perez Gomar, Mercedes Fornell Ariza, José Manuel Pacheco García /Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana (2024) 14.3.5: 4410-4418.

3-6 Protocolos:

Revisor del Protocolo de Cirugía de la Funcional y Benigna esofagogastrica.

3-7 Proyectos de investigación:

1

Investigador colaborador ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA TRAS NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE PÁNCREAS RESECABLE CON FACTORES DE RIESGO”

IP Principal: MARÍA JESÚS CASTRO SANTIAGO

Duración: 4 AÑOS (Diciembre 2020 hasta Diciembre 2024).

Nº de EXPEDIENTE: ICI20/00047.

2

Proyecto: Relevancia del hígado y el intestino como órganos clave en la resolución de la T2DM, en obesos mórbidos intervenidos mediante gastrectomía vertical laparoscópica.

Código: LI19/01IN¿EM03 Ámbito del proyecto: Autonómica

Programa financiador: I PLAN PROPIO. LINEA 1

Entidad financiadora: INIBICA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN BIOMEDICA DE CÁDIZ

3-8 Dirección de tesis doctorales

Tesis doctoral: Predictores preoperatorios de reflujo gastroesofágico de novo tras gastrectomía vertical. IP: Ander Bengoechea Trujillo. Directora: M^a de los Ángeles Mayo Ossorio. Codirector José Manuel Pacheco García. Organismo: Universidad de Cádiz.

3-9 Dirección de TFG/TFM

1

TFG titulado Resultados del abordaje robótico en cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Puerta del Mar.

Código: TFG-RARCB-2024

Alumna Alicia inmaculada Alvarez Gonzalez.

Nota:9.5

2

TFG Titulado: NEOADYUVANCIA EN CÁNCER GÁSTRICO PRECOZ: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y ANÁLISIS DE LA LITERATURA

Código: TFG-NCGPRS

Alumno: Victor Lazo

Nota: 8,9

3-10.Docencia impartida:

1

IX CURSO DE INMERSIÓN CLÍNICA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

Ha participado como profesor/a y directora en el curso convocado por la Sección Cirugía Bariátrica y Metabólica y organizado por el Servicio de Cirugía

General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz con una duración de 18 horas lectivas celebrado los días 24 al 25 de Abril de 2024.

2

XXV CURSO DE FORMACIÓN EN CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA Y TRASPLANTES DE

4º Y 5º AÑO Ha participado como profesor/a en el curso convocado por la Sección de Cirugía Hepatobiliopancreática y la Sección de Trasplantes y organizado por el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz con una duración de 32 horas lectivas. Dirigido por la Dra. María Jesús Castro Santiago y el Dr. José Manuel Pacheco García y celebrado del 22 al 25 de Octubre de 2024.

4- Formación: Asistencia a Cursos, Congresos, Sesiones, Jornadas, Masters y expertos

1

XLIII Jornadas de Actualización en Cirugía. Innovaciones en cirugía mínimamente invasiva (Sevilla, 7-9 febrero 2024). 21 horas.

2

Congreso EC-IFSO (Viena, 2-4 mayo 2024). 15 créditos ECM.

3

XXV Congreso Nacional SECO (Oviedo, 22-24 mayo 2024). 21 horas.

4

XXXV Congreso Nacional de Cirugía AEC (Madrid, 4-7 noviembre 2024).

5

AULA VIRTUAL AEC. Sección Esófago-gástrica. Sesión 12: Perforación esofágica: Estrategias de manejo

6

AULA VIRTUAL AEC. Sección de Cirugía Bariátrica y Metabólica: Sesión 10: Gastrectomía vertical. Examen práctico de una técnica ¿sobrevalorada? 14-03-2024 09:00

7

AULA VIRTUAL AEC. Sección Esófago-gástrica. Sesión 11: Proyectos Multicéntricos Nacionales en Cirugía Esofagogástrica. ¿Te apuntas?

5-Pertenencia a Comisiones

1

Presidente del comité de tumores digestivos del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz

2

Pertenencia como Vocal al Comité de Cirugía Bariátrica y Metabólica del Hospital Universitario Puerta del Mar Cádiz

6-Pertenencia a Sociedades Científicas:

Miembro de la Asociación Española de cirujanos

Miembro de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad y esnfemerdades metabólica

Miembro de IFSO International Fedaration Surgery of Obesity

Miembro de la Asociación Andaluza de Cirujanos

7-Formacion académica impartida:

Profesor Asociado de Ciencias de la Salud del Departamento de Medicina y cirugía de la Facultad de Medicina de Cádiz

Responsable HUPM de la practicas de rotatorio clínico deCirugia de los alumnos de sexto de medicina

TUTOR CLINICO DE PRACTICAS ESTIBALES PEMA facultad de Medicina de Cádiz

9- Otros.

Jefe de Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz.



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:

(03/04/2024 - 03/04/2024)

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:

(12/06/2024 - 12/06/2024)

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:

(13/06/2024 - 13/06/2024)

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:

(09/04/2024 - 09/04/2024)

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

(12/06/2024 - 12/06/2024)

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:

(13/01/2024 - 27/01/2024)

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

(01/02/2024 - 21/02/2024)

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: 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:

(13/01/2024 - 27/01/2024)

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

(01/05/2024 - 19/05/2024)

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

(08/04/2024 - 19/04/2024)

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

(19/02/2024 - 01/03/2024)

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: 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:

(02/05/2025 - 02/06/2025)

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

(18/03/2024 - 19/04/2024)

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: SEMIPRESENCIAL, Presencia: SEMIPRESENCIAL, Acreditado: S, Créditos: 5.08

(16/02/2024 - 25/02/2024)

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: 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:

(01/05/2024 - 14/05/2024)

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:

(18/11/2024 - 29/11/2024)

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:

(02/06/2025 - 30/06/2025)

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:

(18/02/2025 - 18/02/2025)

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:

(04/11/2024 - 04/12/2024)

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:

(09/04/2024 - 09/04/2024)

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.sspa@juntadeandalucia.es

Centro de Trabajo: H. PUERTA DEL MAR

Unidad: CIRUGIA GENERAL

Puesto: ENFERMERA

Categoría: ENFERMERO/A

Cursos realizados:

(10/04/2025 - 11/04/2025)

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

(09/05/2024 - 11/05/2024)

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:

(26/09/2024 - 27/09/2024)

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.:

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

Impartidas por: M^a Paz Bienvenido

Número de creditos ACSA : 0,2

Fechas: 17/04/2024 1^a sesión

03/07/2024 2^a sesión

07/08/2024 3^a sesión

18/12/2024 4^o Sesion

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 quirurgico 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.

Resumen final 2024

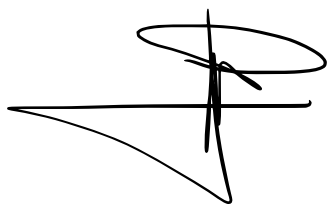
La presente memoria refleja la dedicación, el compromiso y la resiliencia del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Puerta del Mar.

El año 2024 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://x.com/cadizhupm?lang=es>

<https://es.linkedin.com/in/cirugía-general-hupm-cadiz-8a8a5117b>

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