



MEMORIA

2023

CIRUGIA GENERAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Índice:

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.
 - 2- 5 Resultados generales de la UGC.
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. 7- Profesionales acreditados por la ACSA
9. Otros.

1-INTRODUCCIÓN

El mayor valor de nuestro Servicio reside en sus profesionales y en su capacidad para trabajar en equipo hacia una visión común. Esa suma de esfuerzos convierte los logros individuales en objetivos compartidos y constituye el motor que impulsa al Servicio hacia resultados extraordinarios.

La Memoria del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz constituye una herramienta fundamental para dar visibilidad a la actividad científica y asistencial desarrollada por nuestros profesionales a lo largo del presente año.

En este documento se recogen los datos de la actividad científica, docente y formativa llevada a cabo por nuestros profesionales, junto con los resultados asistenciales de las diferentes unidades que integran la **Unidad de Gestión Clínica de Cirugía**.

Con ello, se pretende no solo reflejar los logros alcanzados, sino también analizar las necesidades formativas y detectar áreas de mejora en la atención asistencial, fortaleciendo así nuestro compromiso con la calidad y la excelencia.

La memoria se encuentra estructurada conforme al índice que se presenta en este documento, facilitando la consulta de los distintos apartados.

En la actualidad, el Servicio de Cirugía cuenta con 314 profesionales distribuidos entre los hospitales Puerta del Mar y San Carlos, cuya organización se refleja en la tabla que se incluye a continuación



HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR CÁDIZ/ HOSPITAL SAN CARLOS						
UCG CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO						
JEFE DE SERVICIO	JOSE MANUEL PROCHO-GARCIA					
JEFE DE SECCIÓN	Mª DOLORES CASADO MESTRE					
SUPERVISOR/A PLANTA	JESÚS BARRERO FLORES					
SUPERVISOR/A QUIRÓFANO	MARCELA PRIETO ALVARO					
TUBOS RESIDENTES	ANDRÉS BENGOECHEA TRULLUE, Mª DOLORES CASADO MESTRE, ANTONIO VALIENTE MARTINEZ					
PROFESIONALES ASISTENTES	Mª DOLORES CASADO MESTRE, JOSE MANUEL PROCHO-GARCIA, EVA MARIA SANCHEZ NAVARRE, JOSE PABLO CASTRO FERNANDEZ, Mª JESÚS CASTRO SANTIAGO, Mª CARMEN BARRERO FLORES, Mª DOLORES CASADO MESTRE, JESÚS BARRERO FLORES					
UNIDADES	ENDOSCOPIA	ENDOSCOPIA Y A.S. BARIATRIA	TRAUMA	COLONRECTAL	GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	TRAUMA
RESPONSABLE	DANIEL PEREZ GARCIA	Mª DOLORES CASADO MESTRE	Mª JESÚS CASTRO SANTIAGO	FEDERICO SANCHEZ MARTINEZ	ANDRÉS BENGOECHEA TRULLUE	IRATIA GONZALEZ PUIGOS
RESIDENTES	ISOLTA GARCIA MESTRE	JOSE MANUEL PROCHO-GARCIA	ALONSO GARCIA RAMIREZ	JOSE MANUEL CASTRO FERNANDEZ	ISOLTA GARCIA MESTRE	ISOLTA GARCIA MESTRE
	Mª DOLORES CASADO MESTRE	ANDRÉS BENGOECHEA TRULLUE	ANTONIO VALIENTE MARTINEZ	CARMEN BARRERO FLORES	Mª DOLORES CASADO MESTRE	Mª DOLORES CASADO MESTRE
	Mª DOLORES CASADO MESTRE		Mª DOLORES CASADO MESTRE	PABLO CASTRO FERNANDEZ	IRATIA GONZALEZ PUIGOS	IRATIA GONZALEZ PUIGOS
				Mª DOLORES CASADO MESTRE	IRATIA GONZALEZ PUIGOS	IRATIA GONZALEZ PUIGOS
TOTAL PROFESIONALES	17 FACULTATIVOS	127 ENFERMERIA	133 TCAs	24 CELADORES	8 ADMINISTRATIVOS	5 RESIDENTES
	314					



MEMORIA ASISTENCIAL

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

2.1- Resultados de la Unidad de Cirugía HPB:

María Jesús Castro Santiago, María Dolores Casado Maestre, Alonso Camacho Ramírez, Amparo Valverde Martínez,

2.1.1-Resultados de la cirugía hepática

INTRODUCCIÓN

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

En España se diagnostican aproximadamente 40.000 casos de cáncer colorrectal al año. Entre el 50-75% de los casos presentará metástasis a lo largo de su evolución, entre el 15-25% de forma sincrónica y hasta el 50% de forma metacrónica. Las metástasis hepáticas (MH) son los tumores hepáticos más frecuentes en términos absolutos. Históricamente se ha considerado que un alto porcentaje de los pacientes diagnosticados de metástasis hepáticas era irresecable y gracias a avances en el campo de la oncología, radiología, cirugía actualmente mínimamente invasiva (laparoscópica y/o robótica) y técnicas ablativas se ha conseguido que hasta un 40% de los pacientes sea resecable. Las metástasis hepáticas de cáncer colorrectal suponen la principal indicación de cirugía hepática, que continúa siendo la mejor opción terapéutica en estos pacientes. La cirugía se considera hoy en día el estándar de tratamiento de las metástasis hepáticas y otros tumores malignos primarios del hígado así como de otras patologías ya sea por su potencial de malignización como por la sintomatología que puedan ocasionar, ya que está gravada con una morbilidad y mortalidad asumibles (morbilidad grave del 20% y una mortalidad <5%). La creación de equipos multidisciplinares para el manejo de la patología hepática ha conseguido mejorar la supervivencia de los pacientes con patología maligna y mejorar su calidad de vida.

La mejora de la calidad asistencial, se ha convertido en un factor importante en todo el mundo. Es una prioridad para la eficiencia y al mismo tiempo para reducir los costes del sistema sanitario. La National Health Service (NHS), The American College of Surgeons (National Surgical Quality Improvement Program), The Centers for Medicare and Medicaid Services (Surgical Care Improvement Project), the European Commission Health Program, and the World Health Organization (Surgical Safety Checklist) han propuesto unas medidas de calidad, normas y resultados de los procedimientos quirúrgicos. El “benchmark” (BM) se ha propuesto como un proceso clínicamente aplicable de medición y búsqueda de la mejor práctica quirúrgica, comparando los resultados de un solo centro con unos indicadores de rendimiento (benchmark values, BMV). Se han propuesto BM para diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos: gastrointestinales, cardiotorácicos, así como para la cirugía hepática, para esta última aún no bien definido. La mayoría de la cirugía hepática es realizada en pacientes con neoplasias malignas y comorbilidad grave, así como en pacientes que reciben tratamientos preoperatorios (neoadyuvancia, drenaje biliar preoperatorio....) y además el grado de complejidad es diferente, en función de si se trata de hepatectomías mayores o hepatectomías menores. Los “benchmark values” recogidos en la cirugía hepática están relacionadas con: 1. datos demográficos del paciente: edad, sexo, ASA, ictericia, terapia neoadyuvante... 2. El tiempo desde que se diagnostica la patología hasta la cirugía. 3. Procedimiento quirúrgico: tiempo quirúrgico, sangrado intraoperatorio, transfusiones, tipo de resección hepática, maniobras de Pringle... 4. Morbilidad peri y postoperatoria. 5. Reintervención. 6. Mortalidad. 7. Estancia hospitalaria y readmisión. 8. Las complicaciones específicas de la cirugía hepática como hemorragia postoperatoria definida por el Grupo Internacional para el Estudio de la Cirugía Hepática (ISGLS) con una incidencia que oscila entre el 1 y el 8%, las complicaciones biliares y fugas biliares (definida por la ISGLS) con una incidencia entre el 2,5 y el 23% según las series, la Insuficiencia Hepática post-hepatectomía (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 “Textbook Outcome liver resection” que definen unos estándares de calidad en cirugía hepática para evaluar la calidad asistencial y medir los resultados 3.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han analizado de forma retrospectiva los resultados obtenidos tras las resecciones hepáticas de la unidad de cirugía hepatobiliopancreática del Hospital Universitario Puerta del Mar (HUPM) del año 2023 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 2022 han sido:

- Datos demográficos: la edad, sexo, ASA.
- 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 2023 se han realizado un total de 45 resecciones hepáticas. Veinteseis varones y diecinueve mujeres. Edad media 65,99 años (edad comprendida desde 45 hasta 80 años). Clasificación American Society of Anesthesiologist Physical Status (ASA), 2% fueron ASA I, 43% ASA II y el 55% fueron ASA III. Figura 1.

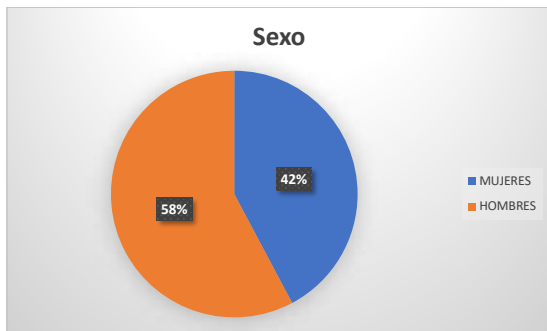


Figura 1. Sexo

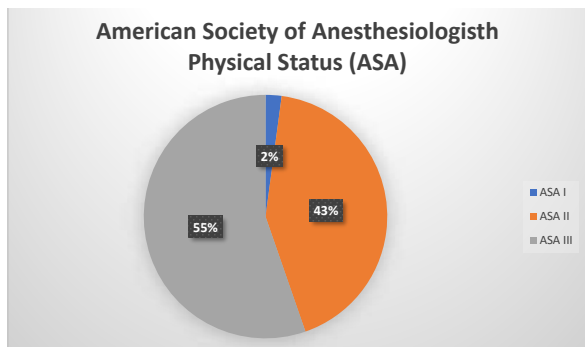


Figura 1. American Society of Anesthesiologist Physical Status (ASA)

De las resecciones hepáticas, el 24% fueron resecciones mayores, consideramos cirugía hepática mayor: cirugías de más de 3 segmentos hepáticos (20%), rehepatectomías (9%) y triseccionectomía (4%). El 76% fueron resecciones hepáticas menores Figura 2.

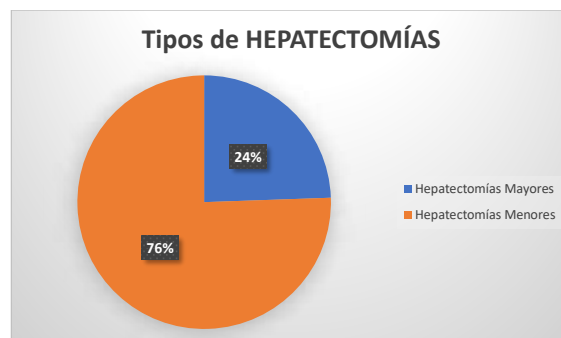


Figura 2. Tipo de Hepatectomías

El 64% de los pacientes se intervinieron por vía laparoscopia (29 pacientes). Abordaje abierto el 36% de los casos (16 pacientes). Figura 3.

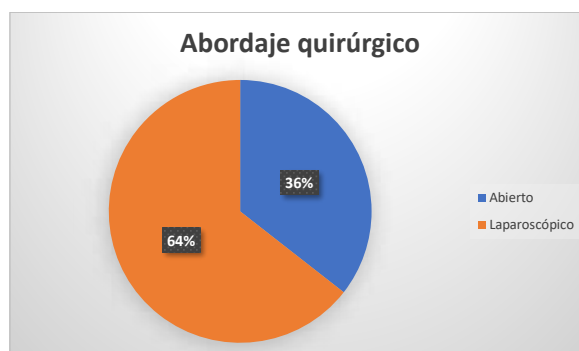


Figura 3. Abordaje Quirúrgico

El 96% fue patología maligna y el 4% patología benigna. Los diagnósticos anatomopatológicos de patología maligna fueron: 27 pacientes diagnosticados de MTX hepáticas de CCR, 7 pacientes hepatocarcinomas (HCC), 2 pacientes diagnosticados de MTX hepáticas Ca. Mama, 2 pacientes diagnosticados de MTX Hepáticas de TNE y 3 pacientes diagnosticados de Colangiocarcinoma Intrahepático. Dentro del estudio anatomopatológico de la patología Benigna: un paciente diagnosticado de quiste hidatídico y otro paciente diagnosticado de quiste simple. Figura 4.

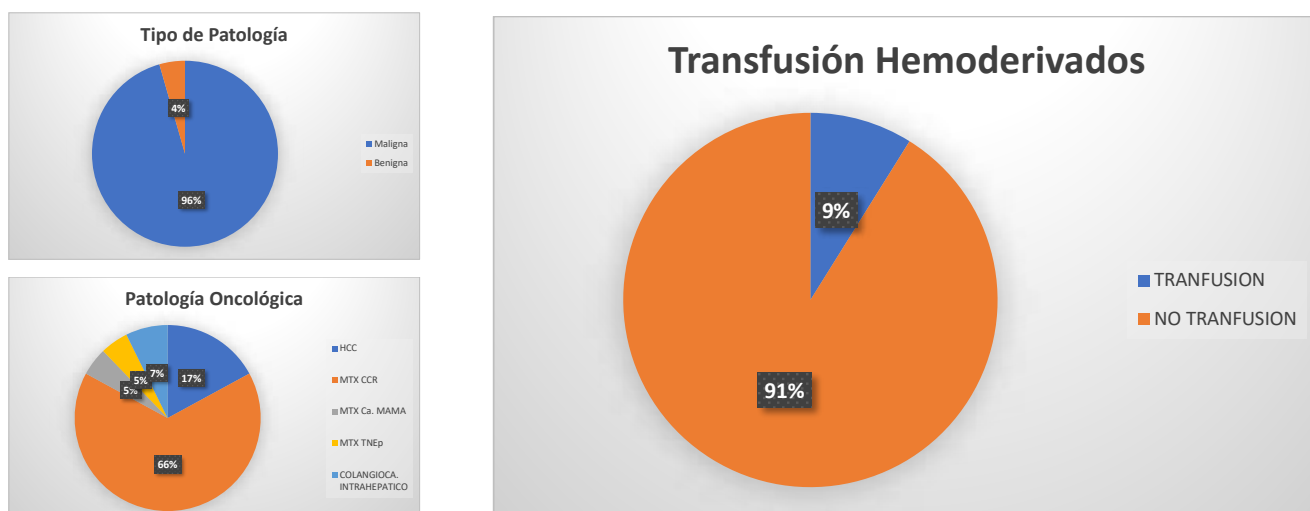


Figura 4. Diagnóstico Anatomopatológico Patología Oncológica

Necesitaron transfusión de hemoderivados el 9% de los casos. Figura 5.

La tasa de morbilidad global de nuestra serie fue del 29%. Figura 6. Nueve pacientes presentaron morbilidad menor (Clasificación Clavien Dindo I-II) y dos pacientes presentaron morbilidad mayor (Clasificación Clavien Dindo III-IV). Figura 7. No hemos tenido ninguna reintervención.

La tasa R0 fue del 75% y la incidencia de R1 fue del 25%. La media ponderada considerada como estándar de calidad es del 18% con un límite superior del 25%. Figura 8. Nuestra incidencia de hemorragia postoperatoria fue del 4%. 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 7%. La media ponderada como estándar de calidad es del 6%. Un paciente fue grado A de la ISGLS y otro paciente grado B. Figura 10.

Nuestra serie presentó una incidencia de disfunción hepática postoperatoria (DHPH) del 9% (4 pacientes), tres pacientes grado A y un paciente grado C. 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 4 días y hemos tenido un 7% de readmisión hospitalaria. Figura 12.

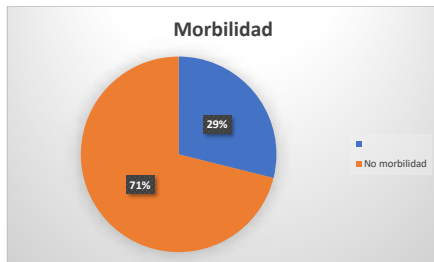


Figura 6. Morbilidad

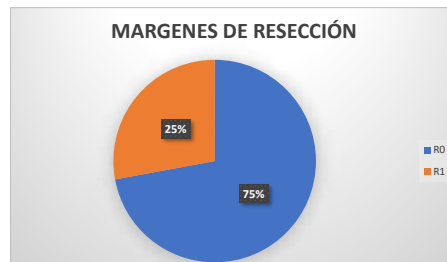


Figura 8. Márgenes de Resección

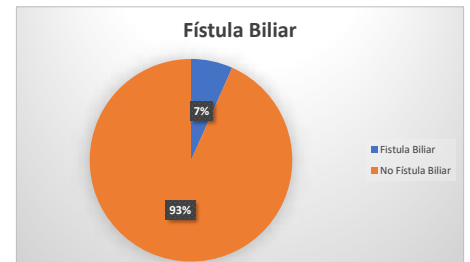


Figura 10. Fístula Biliar Postoperatoria

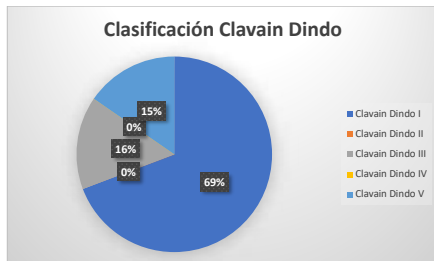


Figura 7. Clasificación Clavain Dindo

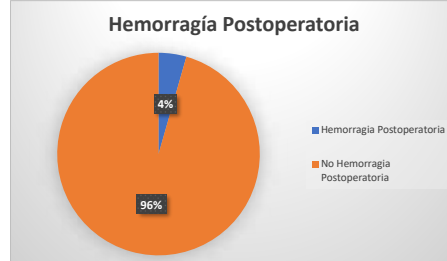


Figura 9. Hemorragia Postoperatoria

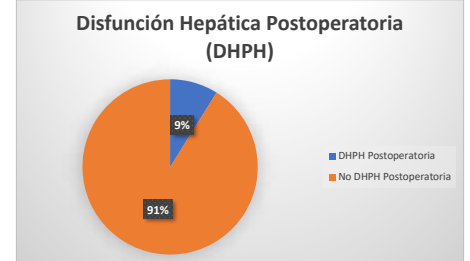


Figura 11. Disfunción Hepática Postoperatoria (DHPH)

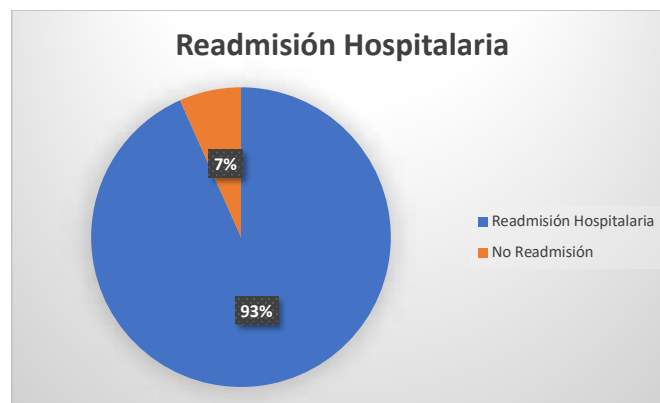


Figura 12. Readmisión Hospitalaria

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 29%, menor que los estándares descritos en la literatura, media ponderada del 33%. Nuestra mortalidad ha sido del 2%, se acepta como estándar de calidad el 2% en cirugía hepática 4. Tenemos una incidencia de fístula biliar del 7%, aceptado por estándares de calidad 6%, muy similar a los estándares aceptados. Nuestra tasa de DHPH es del 9%, similar a los estándares de calidad con un límite superior del 8%. Nuestra tasa de hemorragia ha sido del 4%, en el rango bajo de 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 la cirugía Pancreatica

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), pancreatectomía distal, 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 distales, 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 2023, 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 corporocaudales. 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 2022 han sido:

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

(días).

- Resultados Oncológicos:

Tasas R0

Número de ganglios extraídos

RESULTADOS

Durante el año 2023 hemos intervenido 16 pacientes, nueve mujeres y siete varones. Figura 1. Edad media de 62,31 años (edad desde 47 años hasta 76 años). Clasificación American Society of Anesthesiologists Physical Status (ASA), el 62% fueron ASA II y el 38% fueron ASA III. Figura 2.

Realizamos duodenopancreatectomía cefálica (DPC) en el 50% de los casos, dos casos con resección vascular venosa y anastomosis termino-terminal, pancreatectomía izquierda en el 19% de los casos, pancreatectomía total en el 6%, laparotomía exploradora en el 19% y otro tipo de cirugía en el 6%. Figura 3. En cuanto al abordaje el 81% fue cirugía abierta y el 19% abordaje laparoscópico. Figura 4.

Las decisiones sobre el manejo del diagnóstico y la resecabilidad en el caso del adenocarcinoma de páncreas y LOES malignas del páncreas se han realizado en un comité multidisciplinar, utilizando estudios de imagen de alta calidad como la Tomografía Computarizada (TC multicorte de páncreas) utilizando un protocolo pancreático de fase dual, con imágenes obtenidas en fase venosa portal y arterial y de este modo establecer la relación de lesión pancreática con el eje venoso portomesentérico y arterial: Tronco Celíaco (CT), Arteria Hepática Común (AH) y Arteria Mesentérica Superior (AMS) y de este modo poder establecer los criterios de resecabilidad según NCCN Guidelines Version 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 93%, 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 5.

El estudio Anatomopatológico queda reflejado en la figura 6. Nuestro centro es considerado como centro de medio volumen (entre 15 y 20 resecciones pancreáticas mayores realizadas al año).

Ningún paciente precisó transfusión de hemoderivados intraoperatorio. En cirugía pancreática la transfusión de hemoderivados ha sido considerada como un valor “benchmark” (BM) y el “BM Cutoff” 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 31 %. El “Benchmark cutoff” publicado en cirugía pancreática es del 73%. Para medir la morbilidad hemos utilizado la clasificación de Dindo-Clavien: grado I (un paciente), grado II (dos pacientes), grado IIIa (dos pacientes), IIIb (un paciente). Figura 7.

La mortalidad definida como el éxitus desde el primer día postoperatorio hasta los 90 días tras la cirugía por cualquier etiología. Durante el año 2023 no hemos tenido ningún éxitus tras cirugía pancreática, por tanto, nuestra incidencia de mortalidad ha sido del 0%. El “Benchmark cutoff” para la mortalidad publicado en cirugía pancreática es del 5%.

En el año 2023 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 2023 hemos tenido una tasa de fístula pancreática del 6%. El “Benchmark cutoff” 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.

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 presentó una tasa de fístula biliar del 6%. La media ponderada nacional es del 6% con un límite de calidad aceptable $< 14\%$. Figura 9.

La hemorragia postquirúrgica intraabdominal o gastrointestinal ha sido definida según la clasificación ISGPS (grado A, grado B y grado C). Nuestra serie en el año 2023, presentó

una tasa de hemorragia postoperatoria del 19%. La tasa de hemorragia (grado A) en nuestra serie en el año 2023 fue del 67% sin presentar hemorragia severa (grado C) en nuestra serie. El “Benchmark cutoff” 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 10.

La estancia media en nuestra serie es de 20 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 2023 ha sido del 87%. Figura 11. El “Benchmark cutoff” para la resección R1 en cirugía pancreática es del 39%.

La media de ganglios extraídos ha sido de 14 (desde 4 hasta 27). El “Benchmark cutoff” número de ganglios extraídos en cirugía pancreática maligna es de 16.

Durante el periodo del año 2023 no hemos tenido ninguna readmisión. El “Benchmark cutoff” de readmisión en cirugía pancreática maligna es de 21%.

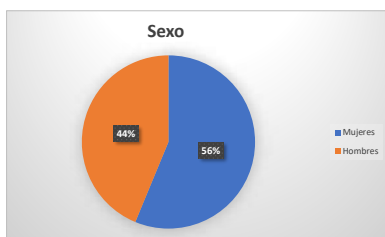


Figura 1. Sexo

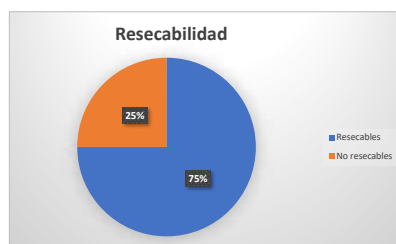


Figura 5. Resecabilidad

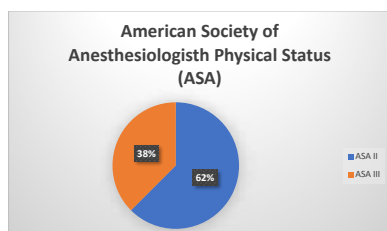
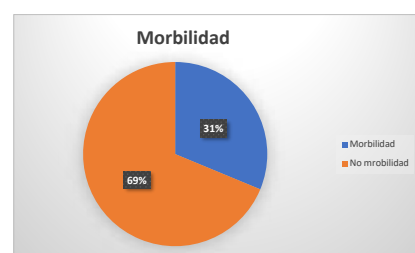


Figura 2. American Society of Anesthesiologists Physical Status (ASA)

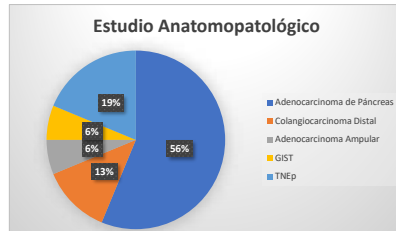


Figura 6. Estudio Anatomopatológico

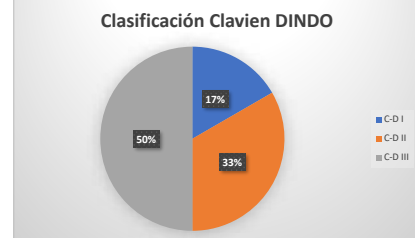


Figura 7. Morbilidad. Clasificación Clavien Dindo

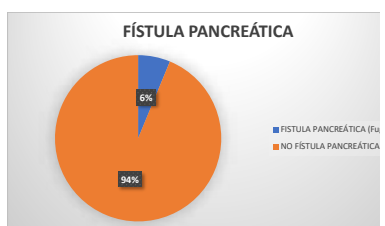


Figura 8. Fístula Pancreática. Fuga A

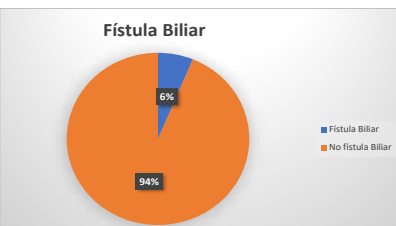


Figura 9. Fístula Biliar

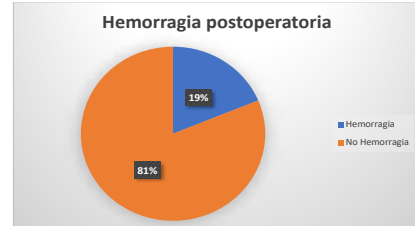


Figura 10. Hemorragia Postoperatoria

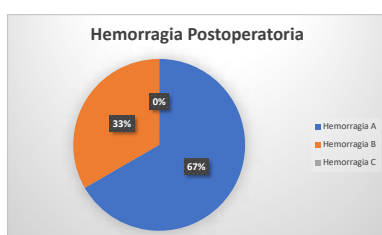


Figura 10. Grados de Hemorragia.

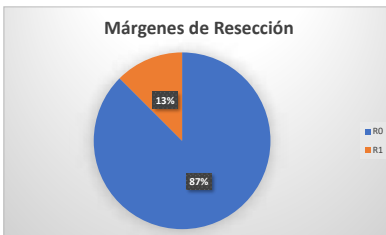


Figura 11. Márgenes de Resección

DISCUSIÓN

La resección oncológica del páncreas es una intervención de gran complejidad técnica y con una elevada incidencia de complicaciones postoperatorias, por lo que la identificación de estándares de calidad constituye un elemento de gran importancia para disminuir la variabilidad en la práctica quirúrgica, mejorar los resultados y obtener una máxima optimización de los recursos disponibles. Los indicadores de calidad, permiten valorar los resultados del tratamiento realizado, además de posibilitar la comparación con otros grupos o unidades especializadas⁴. Varias organizaciones han desarrollado medidas de calidad para la atención quirúrgica y oncológica, entre ellas la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (Surgical Care Improvement Project y la Physician Quality Reporting Initiative), Joint Commission y la American Hospital Association. De los cientos de medidas puestas en práctica hasta ahora, las únicas que involucran en los resultados oncológicos de cáncer de páncreas, son el volumen de casos de pancreatectomía y la mortalidad postoperatoria. Es importante destacar que el Foro Nacional de Calidad (Estados Unidos) ha introducido recientemente una iniciativa para establecer un marco de referencia para la medición de la calidad, con el fin de garantizar que sean científicamente aceptables, es decir: fiables, válidos, utilizables y viables (basados en datos que estén fácilmente disponibles y sean recuperables sin una carga indebida de recogida). Además es necesario que los hospitales evalúen el cumplimiento de los aspectos individuales de la atención a esta patología mediante el uso de indicadores específicos, así como, examinen la calidad general de la atención del cáncer de páncreas mediante el uso de una medida, para identificar oportunidades potenciales de mejora de la calidad dentro de cada institución. Para evaluar la calidad de un servicio o proceso, es necesario establecer comparaciones con algún tipo de guía o referencia, esta referencia es lo que definimos como un estándar de calidad. Idealmente, la calidad debería medirse para las poblaciones con un sistema de atención de salud común y costumbres sociales similares. Además, cualquier evaluación ajustada al riesgo de los parámetros que intervienen en la medición

de la calidad debe tenerse en cuenta para las comparaciones. En ausencia de estas condiciones ideales, es necesario encontrar las normas en los datos disponibles en la literatura, aunque esto signifique comparar sistemas tan diferentes como los de Japón, Europa o los Estados Unidos, al menos ofrecerá una perspectiva global de que estándares deben ser considerados. Aunque varios estudios han demostrado la importancia del volumen y la mortalidad hospitalaria, y han hecho importantes

contribuciones a nuestra comprensión de la calidad en la atención quirúrgica, estos parámetros no son suficientes. En el trabajo de Bilimoria et al. se describieron 43 estándares de calidad (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 cutoff” aceptados en las publicaciones internacionales. Exceptuando el número de ganglios extraídos en patología pancreática maligna que ligeramente ha sido menor (14 ganglios extraídos en nuestra serie, frente a “benchmark cutoff” del 16). Nuestra morbilidad es menor que el “Benchmark cutoff” (31% vs 73%). Nuestra mortalidad es menor que el valor “ Benchmark cutoff , ningún éxito en el año 2023 (0% vs 5%). La transfusión de hemoderivados en nuestra serie del año 2022 ha sido menor que el “Benchmark Cutoff” (0% vs < 23%). 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 (6% vs <14%). La tasa de hemorragia severa (grado C) en nuestra serie en el año 2022 fue similar al “benchmark cutoff” (0% vs 7%). La estancia media es menor que la media ponderada nacional (11 días vs < 21 días como límite aceptable). Las tasas de resección R0 en nuestra Unidad en el año 2023 es superior al del “benchmark cutoff” (87% vs 39%). No hemos tenido ninguna reingreso en nuestra serie en el año 2023.

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 Unidad de Cirugía Endocrina

Dr. Daniel Perez Gomar, Violeta camacho Marente.

Hasta el 24/11/23 se han intervenido en la Unidad de Cirugía Endocrina 86 pacientes de los cuales:

- 59 intervenciones de cirugía de la glándula tiroides
- 24 intervenciones de cirugía de la glándula paratiroides
- 3 intervenciones sobre las glándulas suprarrenales

Tiroides

59 intervenciones sobre la glándula tiroides:

- 28 tiroidectomía totales
- 26 hemitiroidectomías
- 4 totalizaciones tiroideas
- 1 quiste del conducto tirogloso

Complicaciones

Hematoma asfíctico (0.5-2%): 0 paciente: 0%

Hipocalcemia (20-50%): 1 paciente: 1,69%

Lesión bilateral n. recurrente (0.4-0.6%): 0 pacientes: 0%

Lesión unilateral n. recurrente (0-14%)

* Se acepta en aquellos que no sean endotorácicos ni oncológicos (0.5-8%)

Total: 2 pacientes: 3,38%

De los cuales:

-Ca papilar con vaciamiento cervical central y lateral: 1 paciente: 1,69%

No oncológico ni Endotorácico: 1 paciente: 1,69%

Paratiroides

Se han intervenido 24 pacientes, de los cuales

3 cervicotomías exploradoras

No casos de hipocalcemia ni hematoma asfíctico

2.3 Resultados de Unidad de Cirugía Colorectal :

Dra. Eva Sancho Maraver, Dr. Francisco Romero Aceituno. Dra. Carmen Bazan Hinojo, Dr. Jose Ramón Castro Fernandez, Dra Tatiana Gómez Sanchez, Dra. M^a José Jimenez Vaquero.

Análisis de situación Cancer Colorectal 2023

Este año 2023 ,ha sido un año en general difícil en cuanto a la gestión de listas de espera y disponibilidad de quirófanos. Aunque, en principio la patología oncológica no debería verse afectada por este fenómeno, el comportamiento holístico del hospital incide en que acabe repercutiendo en la disponibilidad de quirófanos dedicados tanto a la patología oncológica como benigna

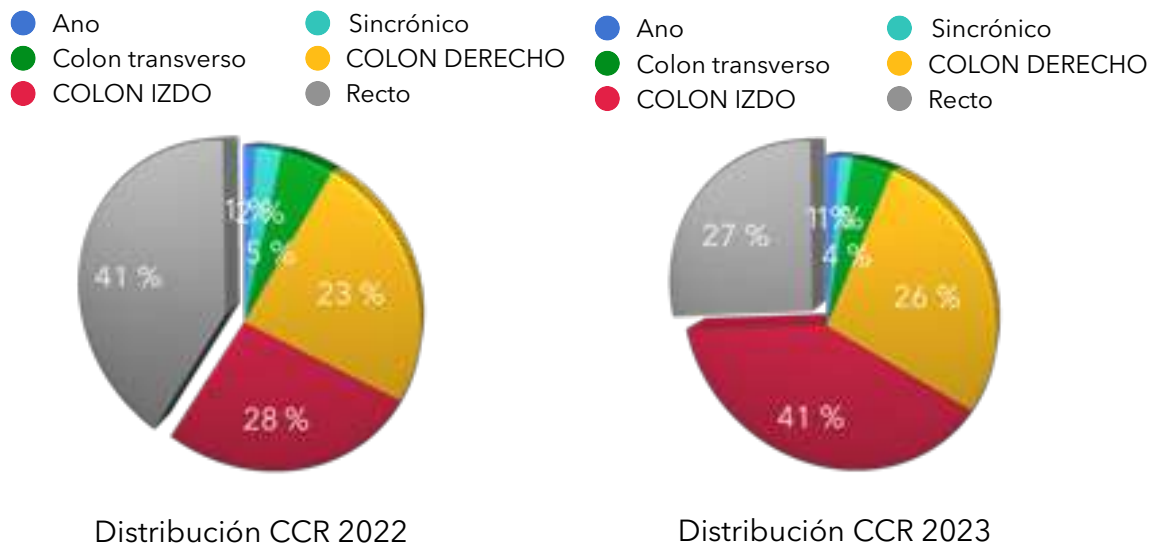
A pesar de que se ha reducido el numero de quirófanos disponibles no se ha visto afectado sensiblemente el numero de pacientes intervenidos de forma programada con respecto a años anteriores..



Hemos analizado los pacientes comprendidos entre el 1 de Enero hasta el 18/12/23, siendo analizados un total de 86 pacientes intervenidos de forma programada por Cáncer Colorectal.

El año 2023 se han intervenido un total de 86 casos de los cuales han sido 22 cánceres de recto y 64 cánceres de colon con la distribución de la figura

que sigue, similar a la distribución de años anteriores aunque con un menor numero de pacientes intervenidos por cancer de recto



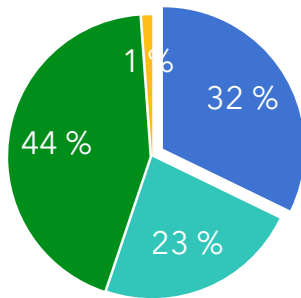
Se ha completado la curva de aprendizaje en cirugía robótica, haciendo que asumamos casos cada vez más complejos lo que lleva a aumentar en ocasiones el tiempo quirúrgico .

A pesar de que en el momento actual todos los miembros del servicio utilizan técnicas de abordaje mínimamente invasiva, el hecho de la necesidad de optimización del uso de quirófanos, nos ha obligado a disminuir el abordaje laparoscópico y robótico, con el consiguiente aumento de complicaciones derivadas de la cirugía abierta en relacion con la herida quirúrgica.

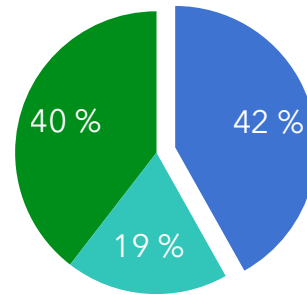
En este año el 42% de los pacientes intervenidos por cáncer colorectal han sido intervenidos por abordaje abierto, un 10% más que el año anterior .

Esto nos hace menos fuertes con respecto a los hospitales de nuestro nivel y entorno con tasas de cirugía mínimamente Invasiva más elevadas, y constituye un área de mejora importante, estando íntimamente relacionado con la disponibilidad de horas de quirófano ,dado el tiempo de preparación que conlleva

● Abierto ● Da Vinci ● Abierto ● Da Vinci ● Laparoscopico
● Laparoscópico ● Endoanal



Abordaje 2022



Abordaje 2023

Indicadores de resultado

1. Tasa de dehiscencia anastomótica. OBJETIVO cumplido

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

Según el SISG (the United Kingdom Infection Study Group), fuga anastomótica 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

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 reintervención quirúrgica .

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.

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

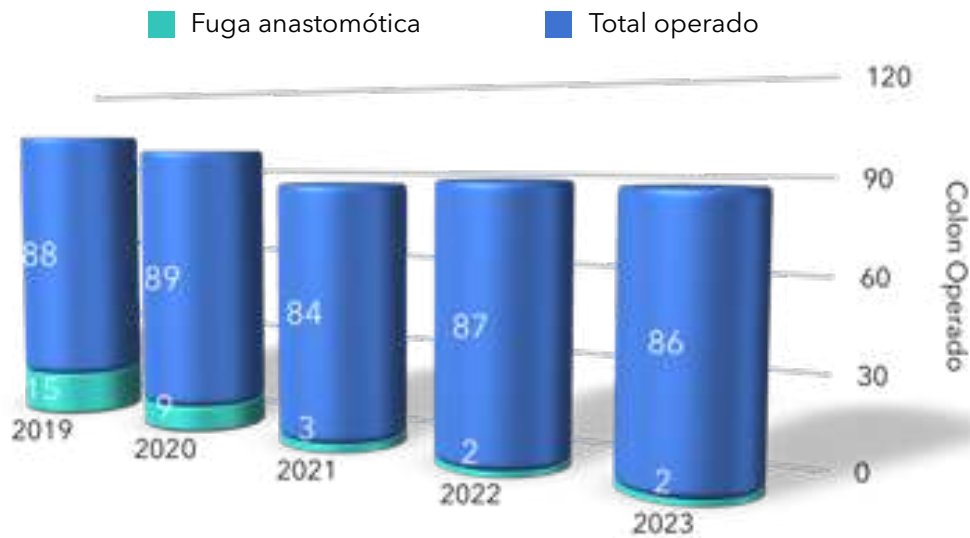
Mantenemos unas cifras de fuga anastomóticas realmente baja , cercanas a cero, en linea con el año anterior,incluso más bajas, y en clara mejoría a años previos

Nuestros datos son incluso mucho más favorables que los recomendados por la AECP (Asociación Española de Coloproctología)

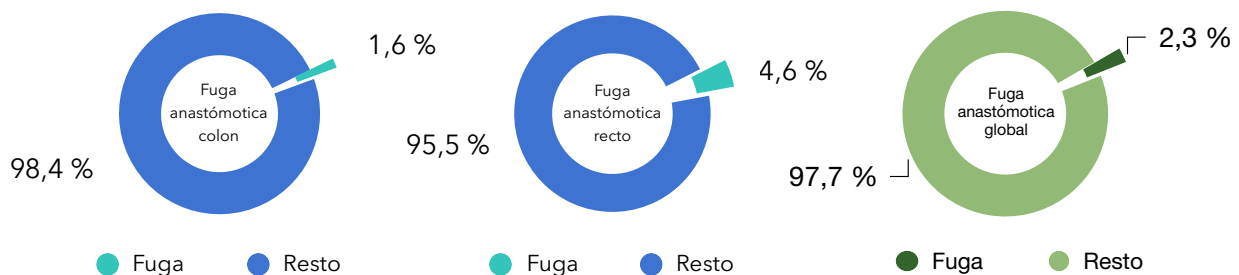
<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.02.008>

Tasa de dehiscencia		
	RECOMENDADO AECP	HUPM
Tasa de dehiscencia en cirugía de colon	<10%	1.6%
Tasa de dehiscencia en cirugía del recto medio inferior	<15%	4,6 %

De un total de 86 pacientes intervenidos , hemos detectado dos fugas anastomóticas tipo C, que han requerido reintervención quirúrgica



Si analizamos la tasa de fuga anastomótica en cáncer de colon y cáncer de recto de forma independiente los datos son tasas menores del 5%, y si los analizamos globalmente tenemos una tasa de dehiscencia anastomótica menor del 3%.

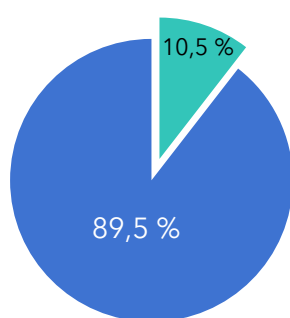


Conservación de esfínter en cáncer de recto después de Cirugía:

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 $\times 100/N^\circ$ pacientes total sometidos a Cirugía. Límites entre 70-75%

Objetivo CUMPLIDO

● AAP ● Conservación de esfínter



Ha habido una mejora importante en la tasa de conservación de esfínteres siendo necesaria tan solo en 2 pacientes la realización de una Amputación abdominoperineal, de un total de 19 pacientes intervenidos por tumores de localización en recto medio o recto inferior,

AAP Conservación de esfínter 10,5 % 89,5 % alcanzando de esta manera el objetivo de 75% de conservación de esfínteres

Indicadores de proceso

1. Pacientes intervenidos antes de un mes de la entrega de RDQ

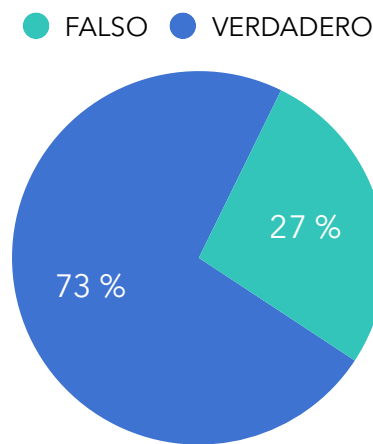
*Personas diagnosticadas de Cáncer colorectal a las que se interviene quirúrgicamente en un tiempo inferior a 30 días tras su ingreso en AGD.
Límites entre 90-95% (Nota: se excluyen pacientes con Radioterapia previa).*

Se han intervenido un total de 62 pacientes cancer de colon que no han precisado NEOADYUVANCIA.

En mas del 70% de los casos, estos pacientes han sido intervenidos antes de 30 días tras la entrega del RDQ. 17 pacientes no fueron intervenidos a

tiempo , 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 26 días .con un tiempo maximo de 57 dias en un paciente que se diagnosticó de forma intercurrente de un linfoma .

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).

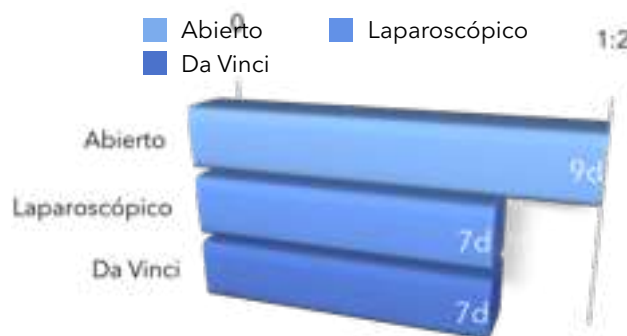


2. Estancia media

La estancia media global de los pacientes intervenidos por cáncer colorectal ha sido de 8 días, 1 día menos que el año anterior, que fue de 9 días.

Ha habido un paciente con una estancia de 49 días debido a un tumor localmente avanzado infiltrando colon bazo páncreas y estomago.

Si despreciamos este factor tendríamos una estancia media de 7 días .



Estancia media pacientes intervenidos CCR

Como se aprecia en la gráfica los pacientes intervenidos por abordaje mínimamente invasivo ahorramos dos días de estancia con el consiguiente ahorro económico y en calidad de vida que conlleva para los pacientes.

Derivación Estomaterapeuta

Durante el pasado año se estableció un protocolo de derivación y atención por la enfermera estomaterapeuta, la Sra. Maria Paz Bienvenida, de los pacientes de cáncer de colon ,en un intento por mejorar la atención global de los pacientes y hacer seguimiento por parte de enfermería de los pacientes que lo precisen, incluyendo no sólo la educación por la Estomaterapeuta sino el seguimiento y

atención personalizado del paciente con estoma. Durante este año se ha mejorado y ampliado ese circuito haciendo que llegue a la mayoría de los pacientes con cancer colorectal que lo precisan

Se han organizado además, en coordinación con la unidad de coloproctología y la enfermera estomaterapeuta una jornada para pacientes ostomizados con participación de los propios pacientes con excelente acogida por parte de los mismos

Participación en ensayos clínicos

Estudio Ileostim.

Continuamos con el ensayo multicéntrico a nivel nacional para irrigación de asa eferente en pacientes ostomizados,

Ha sido inestimable e imprescindible la labor y colaboración de todos los miembros del servicio así como de la enfermera estomaterapeuta

Estudio LASER -FISTULA

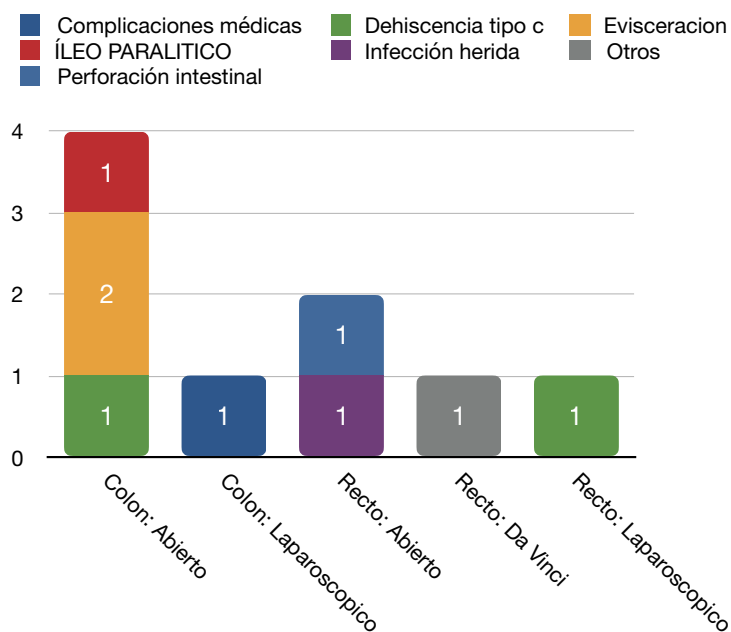
Hemos participado como unidad en un ensayo clínico multicéntrico , liderado desde el Hospital Virgen del Rocio por el Dr. de la Portilla para la utilización del láser en el tratamiento de la fístula perianal .Este diciembre se ha cerrado el estudio y se publicarán resultados en breve

Durante el año los miembros de la Unidad ,hemos realizado actividades de formación tanto como asistentes como de ponentes, y colaborado en la docencia y formación de los residentes.

Conclusiones

En este año de evidentes dificultades con las listas de espera, hemos conseguido mantener unos estándares de calidad similares a años anteriores en cuanto a dehiscencia anastomótica y tasa de infección de herida

Por el contrario , la menor disponibilidad de la cirugía robótica al tener que ser compartida con otras áreas de nuestra especialidad ,unida a la falta de quirófano, ha supuesto un aumento en la tasa de cirugía con abordaje abierto , aumentando de esta manera las complicaciones de la herida quirúrgica, con dos enfermos reintervenidos por evisceración ,como se aprecia en la siguiente tabla que muestra la diferencia entre las complicaciones intervenidos mediante técnicas de cirugía mínimamente invasivas y cirugía abierta



Complicaciones estratificadas por abordaje

Areas de mejora

Incorporación de nuevos miembros a la cirugía robótica y recuperación de los días de cirugía robótica previos

Potenciar la consulta de acto único de proctología dotándola de espacio propio para ofrecer una ampliación de la cartera de servicios en ese área a los pacientes

Intervención de todos los pacientes con cáncer de recto por abordaje robótico.

Mejora de la consulta de proctología con la introducción de nuevo material ya disponible en nuestro centro para fomentar la realización desde la consulta de acto único de nuevas técnicas no incorporadas en nuestra cartera de servicio hasta como el banding de hemorroides internas .

Se están revisando desde el grupo de mejora del CCR los protocolos de recto y colon para incorporar la mejor evidencia disponible dados los últimos protocolos de quimioterapia neoadyuvante en cancer de colon

Asimismo se planteará realizar conjuntamente con la genestista del hospital protocolos para unificar criterios en cuanto a derivación de pacientes para consejo genético

2-4 Resultados de Unidad de cirugía Bariátrica y esofagogastrica

Introducción:

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. Ma 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

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



Intervenciones quirúrgicas realizadas

Durante el periodo 2012-2023 y según nuestro Protocolo se han realizado:

517 Cirugías primarias: 94 %

437 Gastrectomias verticales

80 Bypass Gastrico Primario

32cirugías de revisión: 6%

4 revisiones de banda gastrica de otro centro.

24revisiones de Gastrectomia vertical a Bypass (una intervenida en otro centro),

1 de Masson a Gastrectomia Vertical y u

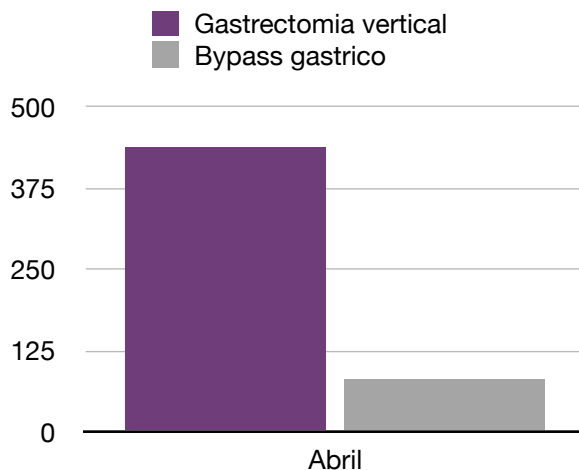
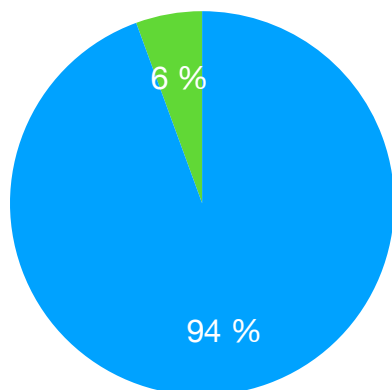
1 de Mason a Bypass gastrico,

1 Esofaguetomia total por cáncer esofagico,

1conversion 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



Cirugías asociadas:

Hemos realizado además 7 cirugías asociadas:

Una colecistectomía por colico biliar sintomático de repetición.

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

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

Una reparación de hernia umbilical gigante durante Gastrrectomia vertical.

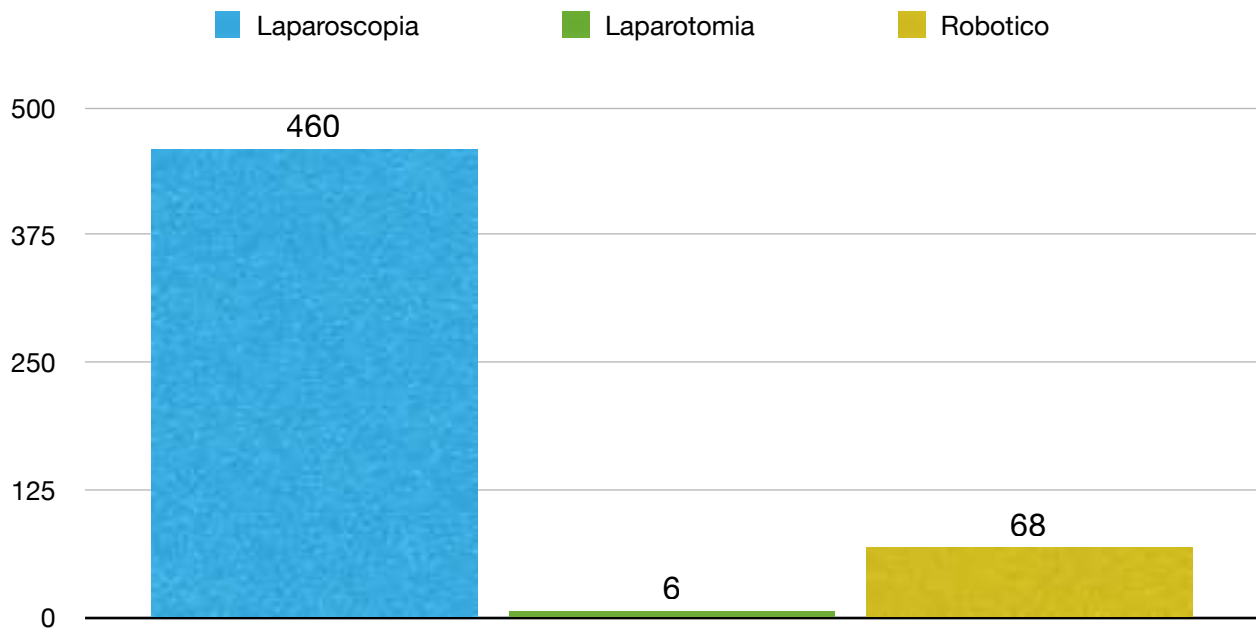
Esplenectomía en paciente con fuga tardía que se convierte a bypass gastrico, por abscesos hepato-esplénicos secundarios a infección crónica intraabdominal.

Abordaje:

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

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. Hemos realizado



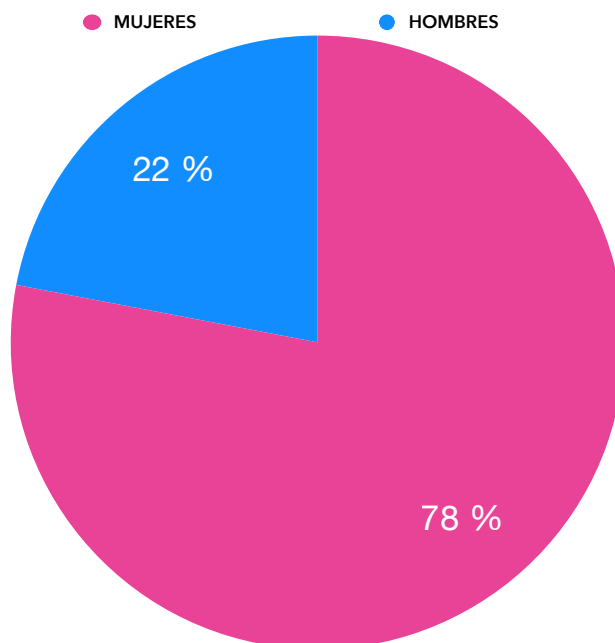
Características demográficas:

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

Edad media: 52,1 años (Mínima 20-máxima 69)

Sexo; 78% mujeres y 22% hombres.

La mayoría de los pacientes tienen antecedentes familiares de sobriedad.



Comorbilidades, hábitos tóxicos, intervenciones quirúrgicas previas.

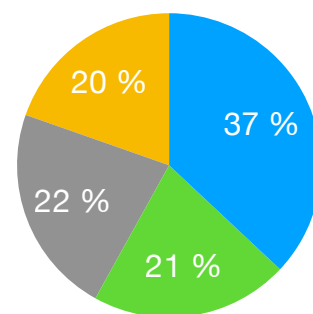
Las comorbilidades asociadas a la obesidad, así como otros datos de interés de los pacientes intervenidos durante el periodo 2012-2021, quedan reflejados en la Tabla nº 1.

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.

● Infancia ● Adolescencia
● Adulto ● Gestación

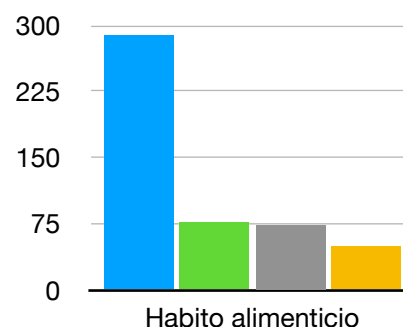


Habito alimenticio:

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).

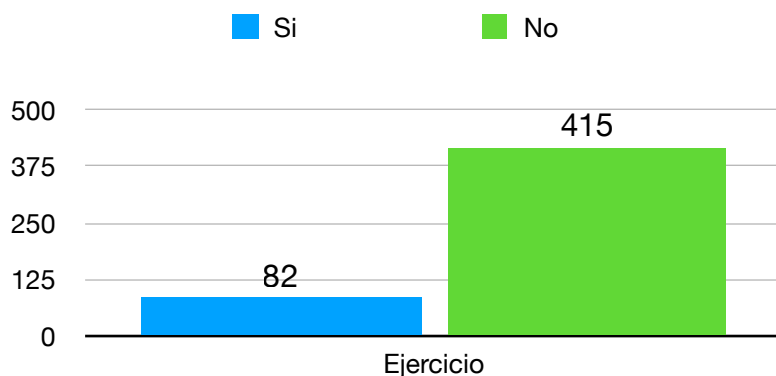
Según los datos, nuestros pacientes en la mayoría de las ocasiones presentan un perfil de hábito alimenticio Hiperfago.

■ Hiperfago ■ Goloso
■ Picoteados ■ Mixto



Ejercicio Físico:

La mayoría de los pacientes reconocieron que no realizaban ejercicio físico de forma habitual. De los que hacían ejercicio físico la mayoría andan 1 hora al día. Los resultados quedan reflejados en la figura nº7



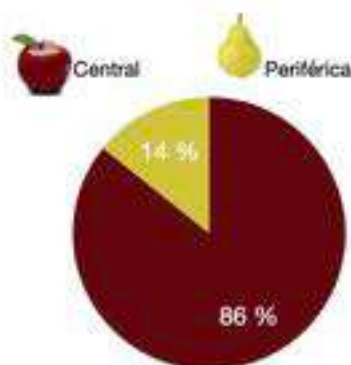
Parametros Antropométricos preoperatorios:

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

Figura nº 8: Parametros antropometricos de los pacientes intervenidos durante el periodo 2012-2023.

	Preoperatorio			Tras DMBVC		
	Medio	Minimo	Maximo	Medio	Minimo	Máximo
Peso	133,31	80	230	119,35	79	187
IMC	50,65	34	69	43,165	31,5	59,6

Tabla nº 2: Parametros antropométricos pre y postoperatorios



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

- Peso medio preoperatorio 133,31 kg (min 80 kg- max 230) Talla 166 cm (min 145- Max 197)
- IMC preoperatorio 50,65 (min 34-max 69).

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

- Peso medio tras optimización 119,35 (min 79-max 187). Talla 166 cm (min 145- Max 197)
- IMC medio tras optimización 43,165 (min 31,5- max 59,6).

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 (3,7%)
Fuga / Dehiscencias	7 (1,44%)
Hernia interna	0 %
TEP	0 %
Vómitos	5 (1,03%)
Náuseas	6 (1,23%)
Infección de lugar quirúrgico (30 días tras alta)	0 %
TOTAL MORBILIDAD	7,4% (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 estandar de calidad ya que se sitúa por debajo del 10%, a pesar de que en nuestra serie hemos incluido las nauseas y los vómitos como comorbilidades.

En la tabla nº4 quedan representadas las complicaciones tardías.

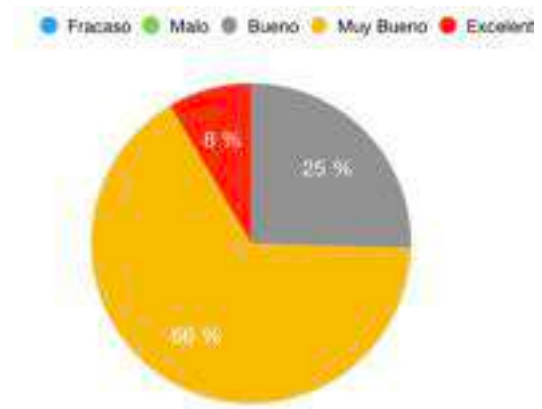
Morbilidad tardía	Resultados de la unidad
ERGE de Novo a los 5 años de la cirugía GV	21 pacientes (4,33%) IFSO (20%)
Fuga / Dehiscencias Tardías	1 (0,2%)
Acalasia de NOVO	1 (0,2%)
Cetoacidosis diabética	1(0,2 %)
Reganancia ponderal a los 5 años	18 pacientes (3,7%)
Cancer esófago	1 (0,2%)
TOTAL MORBILIDAD	8,86% morbilidad tardía

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 conservadormente, otro por fuga en pie de asa de y de Rpx y una peritonitis por diverticulitis complicada sincrónica en el postoperatorio inmediato y que precisó tratamiento quirúrgico y 30 días de ingreso. Por tanto en 2023 la estancia media se sitúa en 5,2 días (mínimo 2 maximo 30)

Si consideramos la estancia media de la cirugía bariátrica primaria, esta se sitúa durante el 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.

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.



Analisis 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 • Porcentaje del exceso del IMC perdido esperado: [IMC inicial – IMC final/IMC inicial – (0,33IMC inicial + 14)] × 100 • Uso del porcentaje de peso total perdido. %PTP: (peso inicial – peso actual/peso inicial) × 100	> 50% al primer año de la cirugía > 50% al primer año de la cirugía > 100% a los 2 años de la cirugía ≥40% a los 2 años en BPGY Usar tablas de percentiles	1-/A/√1
DM2^a HTA^a • Remisión completa: HbA1c < 6% y normalización de la	>60% con remisión completa (1-5 años) - 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%	1-/A/√1 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 Síndrome metabólico^b • Número de episodios apnéicos-hipoapnéicos/hora, registrados mediante polisomnografía • Obesidad visceral con aumento de la circunferencia de cintura ≥ 102 cm en ♂ y ≥ 88 cm en ♀ • Triglicéridos elevados (> 150 mg/dl) • Colesterol HDL < 40 mg/dl en ♂ y <50 mg/dl en ♀ • Presión arterial elevada sistólica > 130 o diastólica > 85 mmHg.	- Polisomnografía normal (<5 eventos/h) al menos en un 25% de los pacientes con SAOS a partir del año de la cirugía - Metas mínimas de buen grado de control metabólico (con/sin tratamiento activo coadyuvante): HbA1c < 7%, cLDL < 100 mg/dL, triglicéridos < 150 mg/dL, cHDL > 40 mg/dL, ♂o > 50 mg/dL ♀ y TA < 140/80 mmHg	2++/B/√1 Consenso SECO/SEEDO 2012 4/D/√1
Mortalidad • Glucemia en ayunas > 100 mg/dl • 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 (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System), Moorehead-Ardelt Quality of Life instrument (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% (n° fallecimiento/ n Intervenciones $\times 100$)	0,2% (1 fallecimiento de 484)	Cumple
MORBILIDAD POSTOPERATORIA	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 2022 (

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

En la siguiente tabla queda reflejado el numero de pacientes que nos derivan anualmente a la unidad de cirugía bariátrica del Hospital Puerta del Mar. No se incluyen las derivaciones desde otras provincias o la elección de centro de otras provincias andaluzas.

AÑO	A.H. Puerta del Mar	A.H Puerto Real	A.H. Jerez	A.H. H. de Sevilla	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
TOTAL	114	155	88	83	9	449

Áreas de mejora

- Implantar el protocolo ERAS y vía Clínica en Cirugía bariátrica en los próximos dos años.
- Actualizar el manual del Cirugía del paciente bariátricos
- Crear aplicación de prehabilitación en el paciente en cirugía Bariátrica y metabólica.
- Acreditar la Unidad de cirugía bariátrica del Hospital Universitario Puerta del Mar como Unidad de excelencia.

2-4-2 Resultados de Cirugía Esofagogastrica.

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

Realizamos cirugía Esofagogastrica benigna y oncológica mediante abordaje mínimamente invasivo y recientemente hemos incorporado la cirugía robotica

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 robotica 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 .

En nuestro servicio la pandemia COVID 19 ha afectado a la cirugía esofagogastrica y como consecuencia de la misma la morbilidad y la edad de los pacientes.

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 incluidos los GIST, (todos presentados en comité multidisciplinar oncológico digestivo) de los cuales se han incluido en LEQ e intervenido a intervenido los 21.

Hemos intervenidos a 7 mujeres y 14 hombres. Con edades comprendidas entre 40 y 83 (media 66,9), e IMC mínimo de 18,9 y máximo de 34,5.

Sexo	7 mujeres	14 hombres	
Edad	Minima 40	Max 83	
IMC	Minimo 18,9	Max 34,2	

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

En cuanto a la clasificación ASA, 12 pacientes presentaron un ASA II, 11ASAIII 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.

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 21.

Se han realizado un total de 7 esofaguectomías. Así mismo se han realizado 14 procedimientos sobre cáncer gástrico siendo 11 neoplasias gástricas y 1 GIST todos con intención curativa, y 2 con intención paliativa.

Aunque este año hemos realizado 21 procedimientos la media anual es de 24 anuales por lo que tenemos una media aproximada de 24 procedimientos al año.

Por tanto, estaríamos dentro las cifras recomendadas para constituir una unidad de cirugía esofagogastrica.

Tipo de cirugía realizada:

- 14 gastrectomías : 12 con intención curativa y 2 con intención paliativa. 3 gastrectomías totales, 3 gastrectomías 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 21 pacientes intervenidos, ha fallecido 1 pacientes en el postoperatorio inmediato (un cancer de esofago que presentaban un indice de chalsen superior al 3. Eso constituye un , un 4,5,%

Nosotros presentamos este año una mortalidad del 14,3% para el Ca de esófago (1 fallecimientos de 7) .

Lógicamente este parámetro no puede validarse hasta obtener 100 procedimientos, y que pensamos será menor una vez se alcance un número mayor.

3. N° Dehiscencias anastomóticas

Hemos presentado 1 paciente con fistula Traqueoesofágica de un cancer de esófago y 2 fístulas cervicales en ca de esófago.

4. Linfadenectomias:

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:

- Esofaguetomías: 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 Esofaguetomías: 42,8%. Gastrectomías: 36,8 %.

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.

6- Nuestros valores de estancia son:

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

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

7- Reintervenciones;

Por último, destacar que sólo se ha producido una reintervención por una complicación hemorrágica que derivó en esplenectomía en una gastrectomía total. 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 esofagogastrica. , por tanto, nuestra unidad, se sitúa en el momento actual con 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 2023 a diciembre de 2023, se han intervenido 2 pacientes de cirugía esofagogastrica funcional.

ERGE Y HERNIA DE HIATO

Se han intervenido solo 2 pacientes aquejados de hernia de hiato/reflujo gastroesofágico

- Se han realizado 2 funduplicaturas tipo Nissen
- NO ha aparecido complicaciones mayores

Estancia media de hospitalización de 2 días

Si analizamos los resultados de la unidad de los últimos 3 años (2020 2023) Se han intervenido 22 pacientes. Si analizamos los resultados, según la escala de disfagia postoperatoria de Visick durante el primer año 6 pacientes han tenido Visick grado I (calidad de vida excelente). 4 pacientes Visick grado II (calidad de vida buena). 1 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 priorización de la patología oncológica.

Se han intervenido también 2 pacientes con SINDROME DE WILKY a los que se ha realizado derivación gástrica con pie de asa en y de Roux por abordaje laparoscópico. Ha habido 1 de ellos que reingresó por HDA que se controló con medidas conservadoras. Ambos han tolerado dieta sin incidencias y permanecen asintomáticos a los 6 meses de la cirugía.

Áreas de mejora:

Incrementar el número de procedimientos funcionales en cuanto sea posible

Reeditar el protocolo de patología oncológica

Proponer la realización de curso de Cirugía EG de la AEC para residentes.

2.5 Resumen de Resultados Generales de la Unidad de Cirugía general Y del Aparato Digestivo

Presentamos el resumen de la actividad quirúrgica realizada por el Servicio de Cirugía del Hospital Puerta del Mar durante 2023 presentada en la memoria anual publicada por el Hospital, y la valoración de los acuerdos de gestión y objetivos durante el periodo enero 2023-diciembre 2023.

Cirugía general y digestivo

Hospitalización

	Camas	Estancias	Altas				
			Totales	Curación	Traslado	Éxitus	Otras
Cirugía general y digestivo	34	6.679	1.444	1.376	1	20	1

Consultas Externas

	H. Puerta del Mar		CPE Cádiz/ S.M.		Hospital San Carlos		Total citaciones	
	1ª Vez	Totales	1ª Vez	Totales	1ª Vez	Totales	1ª Vez	Totales
Cirugía General y A.D.	1.604	6.935	1.057	1.850	804	1.592	3.465	10.377

Actividad quirúrgica

	Con Hospitalización		C.M.A.		Resto Intervenciones SIN ingreso		Total Intervenciones	
	Programada	Urgente	Programada	Urgente	Programada	Urgente	Programada	Urgente
Cirugía general y digestivo	743	569	325	15	238	22	1.306	606

Actividad del Personal Sanitario No Facultativo y Trabajo Social

PRUEBAS y CONSULTAS x PERSONAL DE ENFERMERIA		
	2022.	2023
Cirugía General y Digestiva	2.685	3.009



3 bc MARS @PC bc 0. 01

Profesionales de la Unidad de Cirugía y Aparato Digestivo del Puerta del Mar elaboran una nueva guía de cuidados para el paciente ostomizado

Esta publicación, que se ha presentado en el marco de una jornada por el día mundial dedicado a estos pacientes, reúne conceptos básicos sobre cómo cuidar y convivir con una ostomía

Resultados objetivos UGC 2023



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

Informe de Evaluación de OBJETIVOS de Acuerdo de Gestión de UGC. Año 2023 CIRUGÍA GENERAL

Objetivos: COMUNES

60

Bloque: CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PRESUPUESTARIOS

Comunes 11,5

INDICADOR COD: 171 / 2023 Acuerdos de Consumo

La UGC se compromete a cumplir el Acuerdo de Consumo PROPUESTO por la Dirección Económica Administrativa del Hospital.

Indicador: Desviación % respecto a lo pactado.

Fórmula: Gasto en 2023-Cantidad presupuestada 2023 *100/Cantidad presupuestada 2023

Fuente: SIGLO

Peso: 5,5 x 100 %

COMÚN

Naturaleza: Cuantitativo

Límite Superior: 0

Límite Inferior: 5

Referente para la Evaluación: DEA

Resultado: 25,4

Logro: 0

INDICADOR COD: 172 / 2023 Medidas de Eficiencia

Propuesta y Cumplimiento por la UGC, de al menos 2 medidas de eficiencia de entre los artículos de mayor consumo del ejercicio anterior

Indicador: Cumplimiento de medidas de eficiencia propuesta por la UGC

Fórmula: Número de medidas cumplidas

Fuente: SIGLO

Peso: 2 x 100 %

COMÚN

Naturaleza: Cuantitativo

Límite Superior: 2

Límite Inferior: 0

Referente para la Evaluación: DEA

Resultado: 0,25

Logro: 0,25

INDICADOR COD: 173 / 2023 Acuerdos de consumo en Farmacia (capítulo IV)

No superar el presupuesto asignado para el consumo en farmacia (recetas capítulo IV)

Indicador: No aumentar el gasto en recetas respecto a 2022 por encima del objetivo marcado en Contrato Programa

Fórmula: (Gasto recetas en 2023-Gasto recetas en 2022)/Gasto recetas en 2022 ≤ 2%

Fuente: Informe de la UGC Farmacia

Peso: 2,5 x 100 %

COMÚN

Naturaleza: Cuantitativo

Límite Superior: 1

Límite Inferior: 0

Referente para la Evaluación: UGC Farmacia

Resultado: 0

Logro: 0

INDICADOR COD: 174 / 2023 Acuerdos de consumo interno de Farmacia

La UGC se compromete a cumplir con el CONSUMO INTERNO de Farmacia pactado (Cumplimiento de Presupuesto).

Indicador: Desviación Porcentual respecto a la cantidad presupuestada en 2023

Fórmula: $(\text{Gasto en 2023} - \text{Cantidad presupuestada 2023}) \times 100 / \text{Cantidad presupuestada 2023}$

Fuente: Informe de la UGC de Farmacia

Peso: 1,5 x 100 % COMÚN Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 15 Límite Inferior: 19

Referente para la Evaluación: UGC Farmacia Resultado: -0,9 Logro: 1,5

Bloque: LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Comunes 11

INDICADOR COD: 175 / 2023 LEQ Sin Garantías

La UGC garantizará que no haya ningún paciente pendiente de un procedimiento NO GARANTIZADO en situación de programables con más de 365 días.

Indicador: N° Meses que los pacientes pendiente de procedimiento NO SUJETO A GARANTÍA o que la haya PERDIDO supere el plazo de 365 días = 06% de Reducción de Incumplimientos del periodo, comparando con el total de incumplimientos del mismo periodo del año anterior

Fórmula: $\text{N° de pacientes PENDIENTES de procedimientos no garantizados o que la hayan perdido con mas de 365 días de demora} = 06[(\text{Incumpl. Anual 2022} - \text{Incumpl. Anual 2023}) / \text{Incumpl. Anual 2022}] \times 12 \rightarrow \text{Entre (0 y 100\%)} \text{ Se elige valor más favorable para la UGC}$

Fuente: AGD

Peso: 3,5 x 100 % COMÚN Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 12 Límite Inferior: 0

Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística Resultado: 4 Logro: 1,17

INDICADOR COD: 176 / 2023 Decretos LEQ

Ningun paciente PENDIENTE de un procedimiento incluido en Anexo 1 del D. 209/01 y Ordenes de desarrollo, que superen los plazos establecidos (180, 120 y 90 días). Se incluyen pacientes en Situación de TNP

Indicador: N° Meses donde los Pacientes PENDIENTES de procedimientos garantizados con más demora de los plazos establecidos legalmente = 06% de Reducción de Incumplimientos del periodo, comparando con el total de incumplimientos del mismo periodo del año anterior

Fórmula: $\text{N° de pacientes PENDIENTES de procedimientos garantizados con días de demora por encima de los plazos establecidos} = 06[(\text{Incumpl. Anual 2022} - \text{Incumpl. Anual 2023}) / \text{Incumpl. Anual 2022}] \times 12 \rightarrow \text{Entre (0 y 100\%)} \text{ Se elige valor más favorable para la UGC}$

Fuente: AGD

Peso: 3,5 x 100 % COMÚN Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 12 Límite Inferior: 0

Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística Resultado: 0 Logro: 0

INDICADOR COD: 177 / 2023 Priorización Decretos LEQ

Se incrementará el % de pacientes incluidos en la lista mensual de pacientes priorizados en InfoWEB para ser intervenidos en el mes correspondiente.

Indicador: N° de meses que se cumple lo siguiente: Pacientes pendientes de procedimientos PRIORIZADOS, incrementar el porcentaje de Resolución en relación a los pacientes que mensualmente se incluyen en esta lista.>80%

Fórmula: $(\text{Pacientes Priorizados Intervenido en el periodo} / \text{paciente Priorizados en el Periodo}) * 100$

Fuente:

Peso: 4 x 100 % COMÚN Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 12 Límite Inferior: 0
Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística Resultado: 12 Logro: 4

Bloque: LISTA DE ESPERA DE CCEE

Comunes 7

INDICADOR COD: 178 / 2023 Buzon Citaweb

La UGC gestionará adecuadamente su BUZÓN de SOLICITUDES en CITAWEB, de manera que se reduzca el porcentaje de solicitudes "Diferidas" en relación con la existente a fecha de 1 de ENERO de 2023, en cada una de las Unidades Funcionales que componen la UGC

Indicador: Reducción porcental entre el N° de Solicitudes Diferidas de CCEE y PD de la UGC, existentes en CITAWEB entre el día 1 de enero de 2023 y el 1 de enero de 2024.

Fórmula: $(\text{N° Solicitudes Diferidas CCEE y PD el día 1 de enero de 2023} - \text{N° Solicitudes Diferidas CCEE y PD el día 1 de enero de 2024}) * 100 / \text{N° Solicitudes Diferidas CCEE y PD el día 1 de enero 2023}$

Fuente: INFHOS

Peso: 2 x 100 % COMÚN Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 50 Límite Inferior: 25
Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística Resultado: 50 Logro: 2

INDICADOR COD: 179 / 2023 Demora < 60 CCEE de Atención Especializada

No habrá ningún paciente pendiente de Primeras Consultas de Especialista derivadas desde Atención Especializada, CON cita o SIN cita asignada, con más de 60 días de demora.

Indicador: N° Meses donde N° Solicitudes de Primeras CCEE procedentes de Atención Especializada CON o SIN cita asignada con más de 60 días = 0ó% de Reducción Incumplimientos del periodo, comparando con el total de incumplimientos del mismo periodo del año anterior

Fórmula: $\text{N° de primeras consultas PENDIENTES procedentes de Atención ESPECIALIZADA (con o sin cita) Demora >60 días} = \text{Oó}[(\text{Incumpl. Periodo 2022} - \text{Incumpl. Periodo 2023}) / \text{Incumpl. Periodo 2022}] * 100$ ---> Entre (0 y 100%)

Fuente: InfoWEB

Peso: 2,5 x 100 % COMÚN Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 12 Límite Inferior: 0
Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística Resultado: 12 Logro: 2,5

INDICADOR COD: 180 / 2023 Demora < 60 CCEE de Atención Primaria

No habrá ningún paciente pendiente de primeras consultas de especialista derivadas desde Atención Primaria, CON cita o SIN cita asignada, con más de 60 días de demora.

Indicador: N° Meses donde el N° Solicitudes de Primeras CCEE procedentes de Atención Primaria CON o SIN cita asignada con más de 60 días = 06% de Reducción Incumplimientos del periodo, comparando con el total de incumplimientos del mismo periodo del año anterior

Fórmula: N° de primeras consultas PENDIENTES procedentes de Atención Primaria (con o sin cita)Demora >60 días = 06[(Incumpl. Periodo 2022-Incump. Periodo 2023)/Incumpl. Periodo 2022]*12 ----> Entre (0 y 100%)

Fuente: InfoWEB

Peso: 2,5 x 100 %

COMÚN

Naturaleza: Cuantitativo

Límite Superior: 12

Límite Inferior: 0

Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística

Resultado: 9

Logro: 1,88

Bloque: DOLOR

Comunes 2,5

INDICADOR COD: 181 / 2023 Valoración y control del dolor

Controlar el DOLOR en pacientes hospitalizados de más de 24 horas.(En las primeras 24 horas)

Indicador: % de episodios de hospitalización superior a 24h con el DOLOR VALORADO y CONTROLADO en las PRIMERAS 24 Horas

Fórmula: N° Episodios de hospitalización (de mas de 24 horas) cuya primera valoración en las primeras 24 horas es dolor controlado X 100 / N° de episodios de hospitalización (de mas de 24 horas) con valoración del dolor en las primeras 24h

Fuente: Unidad

Peso: 2,5 x 100 %

COMÚN

Naturaleza: Cuantitativo

Límite Superior: 70

Límite Inferior: 50

Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística

Resultado: 74,8

Logro: 2,5

Bloque: HOSPITALIZACIÓN

Comunes 6

INDICADOR COD: 182 / 2023 Estancia Media Preoperatoria (EMPO)

Disminuir la Estancia Media Preoperatoria en Intervenciones Programadas procedentes de Ingresos programados (EMPO). Se mantendrá por debajo de 12 horas (0,5 días)

Indicador: Estancia media preoperatoria en intervenciones programadas procedentes de ingresos programados (EMPO en horas) es inferior o igual a 12 horas (0,5 días)EMPO (en horas) <= 12 horas (0,5 días)

Fórmula: Media de días que transcurren entre el ingreso y el primer procedimiento quirúrgico programado en los episodios con un ingreso programado EMPO <= 12 horas (0,5 días)

Fuente: CMBD

Peso: 2,5 x 100 %

COMÚN

Naturaleza: Cuantitativo

Límite Superior: 12

Límite Inferior: 18

Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística

Resultado: 12,6

Logro: 2,25

INDICADOR COD: 183 / 2023 Disminución de Reingresos

Disminuir la tasa de Reingresos a los 30 días de una estancia previa en el hospital en la misma especialidad.

Indicador: Tasa de reingresos a los 30 días en la misma especialidad

Fórmula: Tasa de reingresos ESPECIALIDAD %- Si en 2022 está por debajo del estándar andaluz deberá mantenerla por debajo de dicho estándar- Si en 2022 está por encima del estándar andaluz deberá disminuir al menos un 30% la diferencia con el estándar

Fuente: CMBD

Peso: 1,5 x 100 % COMÚN Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 1 Límite Inferior: 0
Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística Resultado: 1 Logro: 1,5

INDICADOR COD: 184 / 2023 Índice de Utilización de Estancias. IUE

La UGC aproximará su índice de utilización de estancias (IUE) a la unidad en el caso que se encuentre por encima de 1. De ser superior, esta diferencia con 1 se reducirá al menos un 33%. En caso haber sido inferior, no superará la unidad.

Indicador: % de reducción alcanzado en comparación entre el IUE del ejercicio actual y el anterior. Si en el ejercicio anterior ha sido inferior a 1 no lo superará, si ha sido mayor a 1 deberá disminuir al menos un 33% esa diferencia.

Fórmula: $((IUE\ 2023 - 1) - (IUE\ 2022 - 1)) / (IUE\ 2022 - 1) \times 100 \leq -33\%$. *De ser el IUE 2022 1 o inferior a 1 se conseguira la maxima puntuación evaluandose con el limte superior. Si es mayor a 1, lo que se mide es la reducción respecto al ejercicio anterior

Fuente: CMBD

Peso: 2 x 100 % COMÚN Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: -36 Límite Inferior: -33
Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística Resultado: -36 Logro: 2

Bloque: HOSPITALES DE DÍA MÉDICO Y QUIRÚRGICO

Comunes 6

INDICADOR COD: 185 / 2023 Ambulatorización

Optimización actividad ambulatoria en Hospitales de Día QUIRÚRGICO

Indicador: % de episodios de Hospital de Día Quirúrgico cuya duración es inferior a 24 Horas

Fórmula: $(\text{Suma Anual de Episodios con duración} < 24 \text{ horas, contabilizados en cortes mensuales}) / (\text{N}^\circ \text{ Total de Episodios de Hospital de Día Quirúrgico, contabilizados en cortes mensuales}) \times 100$

Fuente: DAH Admision

Peso: 2 x 100 % COMÚN Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 98 Límite Inferior: 96
Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística Resultado: 97 Logro: 1

INDICADOR COD: 186 / 2023 CMA General de la Especialidad

Ajuste del índice de resolución quirúrgica en CMA en la Especialidades Quirúrgicas o Medico-Quirúrgicas a los estándares de su grupo.

Indicador: Índice de CMA de la Especialidad respecto a los estandares de su grupo

Fórmula: Sumatorio de los grupos CCS de cada registro en HDQ / Sumatorio de los grupos CCS de cada registro en HDQ y Hospitalización

Fuente: CMBD

Peso: 4 x 100 % COMÚN Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 62 Límite Inferior: 50

Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística Resultado: 49 Logro: 0

Bloque: QUIRÚRGICA

Comunes 2

INDICADOR COD: 187 / 2023 Calidad Hoja Quirúrgica

Uso adecuado de Historia Clínica Digital: Correcta cumplimentación de datos esenciales en la HOJA QUIRÚRGICA (Cirujano/a y Enfermero/a)

Indicador: % Hojas quirúrgicas sin fallos cuantificables (Ausencia Diagnóstico, Ausencia Procedimiento, Ausencia Firma FEA ó ENFERMERÍA, Carencia de alguno de los 4 TIEMPOS básicos)

Fórmula: (Nº de hojas quirúrgicas sin fallos / Total de hojas quirúrgicas) *100

Fuente: DAH

Peso: 2 x 100 % COMÚN Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 95 Límite Inferior: 90

Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística Resultado: 91 Logro: 0,4

Bloque: CONSULTAS Y PRUEBAS

Comunes 2

INDICADOR COD: 188 / 2023 Resolución en CCEE

Aumentar el % de Primeras consultas sobre el Total de consultas. Índice de Resolución en CCEE.

Indicador: % Primeras consultas sobre el total de consultas conforme al ESTÁNDAR establecido

Fórmula: IRCE: ((Primeras consultas procedentes de AP e Interconsultas procedentes de otra especialidad)/(Total de consultas))*100

Fuente: Infoweb

Peso: 2 x 100 % COMÚN Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 42 Límite Inferior: 34

Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística Resultado: 33,2 Logro: 0

INDICADOR COD: 189 / 2023 Índice de Calidad en la Prescripción

Mejorar la selección de los medicamentos, prescritos a través de recetas

Indicador: Selección de inhibidores de la Bomba de protones

Fórmula: % DDD Omepazol/DDD IBP

Fuente: Informe de la UGC Farmacia

Peso: 1,5 x 100 %

COMÚN

Naturaleza: Cuantitativo

Límite Superior: 90

Límite Inferior: 87

Referente para la Evaluación: UGC Farmacia

Resultado: 85,21

Logro: 0

INDICADOR COD: 190 / 2023 Medicamentos biológicos biosimilares

Aumentar el % de utilización de los medicamentos biosimilares de aquellos medicamentos biológicos que tengan biosimilares (receta)

Indicador: Aumentar el % de los medicamentos biológicos prescritos que son biosimilares

Fórmula: (DDD de Biosimilares dispensados en receta/DDD medicamentos biológicos que tengan biosimilares, dispensados en receta) x100

Fuente: Informe de la UGC Farmacia

Peso: 1,5 x 100 %

COMÚN

Naturaleza: Cuantitativo

Límite Superior: 75

Límite Inferior: 70

Referente para la Evaluación: UGC Farmacia

Resultado: 98,92

Logro: 1,5

INDICADOR COD: 191 / 2023 PIRASOA: PROA Dirigido

PROA: Ajustar el tratamiento ATB dirigido tras aislamiento microbiológico y/o aceptación de las recomendaciones de PROA en el tratamiento dirigido (tras aislamiento microbiológico)

Indicador: Ajuste de tratamiento ATB dirigido tras aislamiento microbiológico y/o aceptación de las recomendaciones de PROA en el tratamiento dirigido (tras aislamiento microbiológico)

Fórmula: N.º de tratamientos dirigidos adecuados*100/Nº Total de tratamientos dirigidos en asesorías

Fuente: Equipo PROA

Peso: 1 x 100 %

COMÚN

Naturaleza: Cuantitativo

Límite Superior: 80

Límite Inferior: 70

Referente para la Evaluación: Equipo PROA

Resultado: 80

Logro: 1

INDICADOR COD: 192 / 2023 PIRASOA: PROA Empírico

PROA: Ajustar el tratamiento antibiótico empírico a las indicaciones recogidas en la guía de Antibioterapia del hospital

Indicador: Tratamiento empírico adecuado a las recomendaciones de la guía de Antibioterapia del hospital

Fórmula: N.º de tratamientos antibióticos empíricos adecuados*100/Nº Total de tratamientos empíricos en asesorías

Fuente: Equipo PROA

Peso: 1 x 100 %

COMÚN

Naturaleza: Cuantitativo

Límite Superior: 80

Límite Inferior: 70

Referente para la Evaluación: Equipo PROA

Resultado: 75

Logro: 0,5

INDICADOR COD: 193 / 2023 PIRASOA: Drenaje

PIRASOA: Solicitud de drenaje de colecciones intraabdominales y/o drenaje quirurgico en menos de 48 horas tras el diagnostico de colección intraabdominal**Indicador:** Solicitar drenaje de colecciones intraabdominales y/o drenaje quirurgico en menos de 48 horas tras el diagnostico de colección intraabdominal**Fórmula:** $N.^{\circ}$ drenajes de colecciones intraabdominales y/o drenaje quirúrgico en menos de 48 horas tras el diagnostico de colección intraabdominal * 100 / $N.^{\circ}$ Total de colecciones intrabdominales subsidiarias de drenaje**Fuente:** Equipo PROA**Peso:** 1 x 100 % **COMÚN** **Naturaleza:** Cuantitativo **Límite Superior:** 80 **Límite Inferior:** 70**Referente para la Evaluación:** Equipo PROA **Resultado:** 96 **Logro:** 1

INDICADOR COD: 194 / 2023 PIRASOA: PROA < 24H

PROA: Profilaxis antibiotica quirúrgica ≤ 24h**Indicador:** Duración adecuada de la profilaxis antibiotica quirúrgica siguiendo las recomendaciones de la guía de Antibioterapia del hospital**Fórmula:** $N.^{\circ}$ de profilaxis antiobiotica adecuadas * 100 / $N.^{\circ}$ Total de profilaxis antiobiotica en asesorías**Fuente:** Equipo PROA**Peso:** 1 x 100 % **COMÚN** **Naturaleza:** Cuantitativo **Límite Superior:** 80 **Límite Inferior:** 70**Referente para la Evaluación:** Equipo PROA **Resultado:** 87 **Logro:** 1

INDICADOR COD: 195 / 2023 Úlceras por Presión (UPP)

Incrementar el % de pacientes hospitalizados con valoración del Riesgo de Úlceras por Presión (UPP en la valoración inicial)**Indicador:** % de episodios de más de 24 horas con Valoración del Riesgo de Úlceras por Presión (UPP) en la valoración inicial**Fórmula:** Episodios con más de 24h ingresados con Riesgo de UPP en la Valoración Inicial a los que se les aplica un Cuestionario BRADEN de Valoración del Riesgo de Úlceras por presión X 100 / Población diana**Fuente:** Estación de Cuidados**Peso:** 1 x 100 % **COMÚN** **Naturaleza:** Cuantitativo **Límite Superior:** 60 **Límite Inferior:** 40**Referente para la Evaluación:** SS.II. Estadística **Resultado:** 50 **Logro:** 0,5

INDICADOR COD: 196 / 2023 Prevención Flebitis

Seguimiento de Personas con Catéteres Venosos: PREVENCIÓN FLEBITIS

Indicador: % de episodios con mas de 24 horas de ingreso con cuestionario realizado de retirada de cateter

Fórmula: Episodios con más de 24 h de ingreso con cuestionario realizado de retirada de Catéter Venoso X 100 / Población
dianaPoblación Diana: 75% de los episodios de más de 24 h al alta

Fuente: Estación de Cuidados

Peso: 1 x 100 % COMÚN Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 50 Límite Inferior: 25
Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística Resultado: 90,1 Logro: 1

Bloque: INVESTIGACIÓN

Comunes 3

INDICADOR COD: 197 / 2023 Investigación y Publicaciones

Mantener y/o Incrementar el número de publicaciones y/o Guías Clínicas en revistas con factor de impacto de la UGC respecto al ejercicio anterior

Indicador: Nº de Publicaciones y Guías Clínicas con Factor de Impacto en comparación con el ejercicio anterior.

Fórmula: Nº de documentos en 2023/ Nº de documentos en 2022 >= 1 (1 siempre que el denominador sea >=1).

Fuente: Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Peso: 3 x 100 % COMÚN Naturaleza: Cualitativo Límite Superior: 1 Límite Inferior: 0
Referente para la Evaluación: Farmacología Clínica Resultado: 1 Logro: 3

Parcial 32,4 de 60

Objetivos: ESPECIFICOS

40

Bloque: LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Específicos 5

INDICADOR COD: 198 / 2023 Inscripción de pacientes en RDQ

Inscripción facultativa de pacientes de la especialidad en Registro de Demanda Quirúrgica a través de la Estación Clínica y por el Facultativo que indica la inscripción

Indicador: Porcentaje de inscripciones correctas. Pacientes inscritos en RDQ desde la Estación Clínica x Facultativo que indica la inscripción en relación a la totalidad de pacientes inscritos en RDQ por indicación de la Especialidad

Fórmula: (Inscripciones a través de Esta.Clínica x facultativo que indica la inscripciónx 100) / Inscripciones indicadas por la Especialidad

Fuente: AGD

Peso: 2,5 x 100 % ESPECÍFICO Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 95 Límite Inferior: 85
Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística Resultado: 99 Logro: 2,5

INDICADOR COD: 199 / 2023 Interconsulta a Anestesiología

Tramitación de valoración anestésica a pacientes inscritos en RDQ a través de Estación Clínica

Indicador: Porcentaje de interconsultas solicitadas Anestesia a través de la Estación Clínica

Fórmula: $(\text{Interconsultas realizadas a través de Esta.Clínica} \times 100) / \text{Inscripciones realizadas}$

Fuente: CITAWEB

Peso: x 100 % **ESPECÍFICO** Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 92 Límite Inferior: 78
Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística Resultado: ■ Logro:

Bloque: LISTA DE ESPERA DE CCEE

Específicos 5

INDICADOR COD: 200 / 2023 Demora CCEE de Atención Primaria

Gestionar su lista de Espera en Consultas de manera que la Demora en primeras consultas AP de pacientes pendientes no sea superior a 60 días.

Indicador: Demora en primeras consultas AP de pacientes pendientes

Fórmula: Media de los 52 valores semanales obtenidos en función de los límites de 30/60 días

Fuente: InfoWEB

Peso: x 100 % **ESPECÍFICO** Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 30 Límite Inferior: 60
Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística Resultado: ■ Logro:

INDICADOR COD: 201 / 2023 Demora CCEE de Atención Especializada

Gestionar su lista de Espera en Consultas de manera que la Demora en primeras consultas de Atención Especializada (Interconsultas) de pacientes PENDIENTES no sea superior a 60 días.

Indicador: Demora en primeras consultas de Atención Especializada (Interconsultas) de pacientes PENDIENTES

Fórmula: Media de los 52 valores semanales obtenidos en función de los límites de 30/60 días

Fuente: InfoWEB

Peso: x 100 % **ESPECÍFICO** Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 30 Límite Inferior: 60
Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística Resultado: ■ Logro:

INDICADOR COD: 202 / 2023 Optimización de la Actividad

Avanzar en el programa de Cirugía Robótica mediante el inicio de la Cirugía Esofagogástrica a través de esta técnica

Indicador: Añadir la cirugía esofogastrica a la lista de procesos diagnósticos que se intervienen mediante abordaje robótico.

Fórmula: N° de intervenciones de cirugía esófagogástrica realizadas por abordaje robótico en 2023 en el HUPM.

Fuente: UGC

Peso: x 100 % **ESPECÍFICO** Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 5 Límite Inferior: 3

Referente para la Evaluación: UGC Resultado: ■ Logro:

INDICADOR COD: 203 / 2023 Rendimiento Quirúrgico

Mejorar la gestión de la accesibilidad en Lista de Espera Quirúrgica y el Índice de Ocupación de los Quirófanos

Indicador: Mejorar el Rendimiento Quirúrgico.El rendimiento Quiurguico será al menos del 80%.

Fórmula: Rendimiento Q: (N° de Horas usadas / N° de Horas programadas) *100 >=80%

Fuente:

Peso: x % **ESPECÍFICO** Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 80 Límite Inferior: 78

Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística Resultado: ■ Logro:

INDICADOR COD: 204 / 2023 Rendimiento Quirúrgico

Mejorar la gestión de la accesibilidad en Lista de Espera Quirúrgica y el Índice de Ocupación de los Quirófanos

Indicador: Mejorar el Rendimiento Quirúrgico. % de INCREMENTO del número de intervenciones en sesión ordinaria de mañana y tarde en relación a la Media de los dos últimos ejercicios (N° de Intervenciones Realizadas cada 100 Horas programadas) .

Fórmula:
$$[(N^{\circ} \text{ de Intervenciones realizadas cada } 100 \text{ Horas Programadas } 2023 - \text{Media del } N^{\circ} \text{ de Intervenciones realizadas cada } 100 \text{ Horas Programadas en } 2022 \text{ y } 2021) / (\text{Media del } N^{\circ} \text{ de Intervenciones realizadas cada } 100 \text{ Horas Programadas en } 2022 \text{ y } 2021)] * 100$$

Fuente: DAH

Peso: x % **ESPECÍFICO** Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 5 Límite Inferior: 0

Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística Resultado: ■ Logro:

INDICADOR COD: 205 / 2023 Cuidados

Mejorar la calidad de vida del paciente osteomizado en el HUPM y San Carlos

Indicador: Impartir actividad de Promoción de la Salud basada en la realización del taller: "Dietética y nutrición para pacientes ostomizados".

Fórmula: Desarrollo de la actividad dirigida a los pacientes portadores de ostomía

Fuente: Gesforma

Peso: x 100 % ESPECÍFICO Naturaleza: Cualitativo Límite Superior: 1 Límite Inferior: 0

Referente para la Evaluación: Formación Resultado: ■ Logro:

INDICADOR COD: 206 / 2023 Estrategia de Seguridad de Andalucía

Impulsar la gestión de INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS, el análisis de lo ocurrido y aprendizaje

Indicador: % de Gestión de RIESGOS e INCIDENTES

Fórmula: (Número de riesgos e incidentes analizados y resueltos y/o con acciones de mejora propuestas) X 100 / N° Total de riesgos e incidentes notificados

Fuente:

Peso: x 100 % ESPECÍFICO Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 70 Límite Inferior: 50

Referente para la Evaluación: Comisión de SEGURIDAD Resultado: ■ Logro:

INDICADOR COD: 207 / 2023 PIRASOA: Zona Quirúrgica Cero

IRA: Infección quirúrgica Zero. Seguimiento del programa Infección Quirúrgica Zero en todos los pacientes que vayan a ser intervenidos de cirugía colo-rectal programada.

Indicador: Pacientes intervenidos de cirugía colorectal programada a los que se les haya aplicado el protocolo de infección quirúrgica zero.

Fórmula: N.º listados de verificación para la prevención de la infección quirúrgica correctos x 100 / N.º total de cirugías colorectal programadas.

Fuente: Listado de verificación (Checklist) para la prevención de la infección quirúrgica. Medicina Preventiva.

Peso: x 100 % ESPECÍFICO Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 100 Límite Inferior: 50

Referente para la Evaluación: UGC Medicina Preventiva Resultado: ■ Logro:

INDICADOR COD: 208 / 2023 Informe Continuidad Cuidados AP

Incrementar el % de pacientes hospitalizados con INFORME de CONTINUIDAD de CUIDADOS al alta notificados a ATENCIÓN PRIMARIA

Indicador: % de episodios con mas de 24 horas de ingreso con informe de continuidad de cuidados al alta notificados a Atención Primaria

Fórmula: Episodios de alta en ingresos de más de 24h con informe de continuidad de cuidados enviados a Atención Primaria x 100 / número total de episodios de alta con ingreso superior a 24 horas

Fuente: Estación de Cuidados

Peso: x 100 % ESPECÍFICO Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 80 Límite Inferior: 60

Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística Resultado: ■ Logro:

INDICADOR COD: 209 / 2023 Prevención Caídas

Incrementar el % de pacientes hospitalizados con valoración del riesgo de CAÍDAS

Indicador: % de episodios con mas de 24 horas de ingreso con cuestionario realizado de cribado para la detección del riesgo de caídas.

Fórmula: Episodios con más de 24 h de ingreso con cuestionario realizado de cribado para la detección del riesgo de caídas X 100 / número de ingresos

Fuente: Estación de Cuidados

Peso: x 100 % **ESPECÍFICO** Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 85 Límite Inferior: 60

Referente para la Evaluación: SS.II. Estadística Resultado: ■ Logro:

INDICADOR COD: 210 / 2023 Definición o mejora de Protocolos, Guías y Circuitos asistenciales

Unificar las pautas de tratamiento de la PATOLOGÍA de la PARED ABDOMINAL dentro de la UGC

Indicador: Elaboración de protocolo de abordaje de paciente con patología compleja de la pared abdominal en la UGC de Cirugía General del HUPM y San Carlos

Fórmula: Elaboración del protocolo, presentación en formato e inclusión en la ruta de aprobación de la WEB DOCUMENTAL

Fuente: Protocolo

Peso: x 100 % **ESPECÍFICO** Naturaleza: Cualitativo Límite Superior: 1 Límite Inferior: 0

Referente para la Evaluación: UGC Resultado: ■ Logro:

INDICADOR COD: 211 / 2023 Definición o mejora de Protocolos, Guías y Circuitos asistenciales

Mejorar la calidad en el proceso quirúrgico de la PATOLOGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA

Indicador: Implantación de las Vías RICA para disminuir la variabilidad en el tratamiento quirúrgico de la patología hepatobiliopancreática en el HUPM y San Carlos

Fórmula: N.º de pacientes intervenidos de cirugía hepatobiliopancreática a los que se les ha aplicado la vía clínica RICA*100/ N.º pacientes intervenidos de patología hepatobiliopancreática

Fuente: Protocolo

Peso: x 100 % **ESPECÍFICO** Naturaleza: Cuantitativo Límite Superior: 70 Límite Inferior: 50

Referente para la Evaluación: UGC Resultado: ■ Logro:

Parcial 32,6 de 40

Objetivo LOGRADO
Logro PARCIAL del Objetivo
Objetivo NO conseguido

Logro Conseguido 65,01 de 100 ■ Nota en SIAGC 6,5

viernes, 12 de abril de 2024



MEMORIA CIENTÍFICA

3- MEMORIA CIENTÍFICA:

3.1: Comunicaciones a Cursos Congresos y Jornadas:

1

Título: “Preapp”, aplicación para la prehabilitación ambulatoria en pacientes con patología oncológica esofagogástrica.

Autores: Alberto Fierro Aguilar, Amparo Valverde Martínez, Ander Ángelo Bengoechea Trujillo, Susana Roldán Ortiz, María de los Ángeles Mayo Ossorio, Jose Manuel Pacheco García.

Formato: Póster.

Congreso: XXVIII Reunión de la Sección de Cirugía Esofagogástrica.

Fecha: Valencia 29-31 Marzo 2023.

2

Título: “Preapp”, aplicación para la prehabilitación ambulatoria en pacientes con patología oncológica abdominal.

Autores: Alberto Fierro Aguilar, Amparo Valverde Martínez, Susana Roldán Ortiz, María de los Ángeles Mayo Ossorio, Jose Manuel Pacheco García.

Formato: Póster.

Congreso: V Congreso Nacional de Rehabilitación Multimodal.

Fecha: Zaragoza 24 Marzo 2023.

3

Implantación de programa de prehabilitación multimodal preoperatoria en el paciente frágil en cirugía mayor abdominal.

Autores: Alberto Fierro Aguilar, Amparo Valverde Martínez, Susana Roldán Ortiz, María de los Ángeles Mayo Ossorio, Jose Manuel Pacheco García.

Formato: Póster.

Congreso: V Congreso Nacional de Rehabilitación Multimodal.

Fecha: Zaragoza 24 Marzo 2023.

4

“Preapp”, aplicación para la prehabilitación ambulatoria en pacientes con patología oncológica abdominal.

Autores: Alberto Fierro Aguilar, Amparo Valverde Martínez, Ainhoa Aixa Maestu Fonseca, Ander Ángelo Bengoechea Trujillo, Susana Roldán Ortiz, María de los Ángeles Mayo Ossorio, Jose Manuel Pacheco García.

Formato: Póster Defensa.

Congreso: XXIV Reunión Nacional de Cirugía.

Fecha: Alicante 24-27 Octubre 2023.

5

Comunicación Oral: Implementación de Programa de Hospitalización a domicilio en campaña quirúrgica en zona de escasos recursos en Bolivia

A.A. Maestu Fonseca, I. Larrañaga Blanc, J.A. Romeo Ramírez

XXIV Reunión Nacional de Cirugía, Alicante, AEC

24-27 de Octubre 2023

6

Relación entre las escalas WSES y HINCHEY modificada y los factores de mal pronóstico en la diverticulitis aguda.

J.A. Aragón Encina, T. Gómez Sánchez, Á.Ó. Ortiz Sánchez, F. Romero Aceituno, E. Sancho Maraver, A. Maestu Fonseca

XXIV Reunión Nacional de Cirugía, Alicante, AEC

24-27 de Octubre 2023

7

Fístula gastropericárdica ¿Qué hemos aprendido en el ultimo siglo?

A.A. Maestu Fonseca, J.A. Aragón Encina, Á. Ortiz Sánchez, A.Valverde, M.D. Casado Maestre, M.J. Castro Santiago, A.A. Bengoechea Trujillo, J.M. Pacheco Garcia.

XXIV Reunión Nacional de Cirugía, Alicante, AEC

24-27 de Octubre 2023

8

Impacto del hábito tabáquico en la colecistectomía de urgencia

A. Ortiz Sánchez, V. Camacho Marente, A.A. Maestu Fonseca, T. Gómez Sánchez, J.M. Pacheco García

XXIV Reunión Nacional de Cirugía, Alicante, AEC

24-27 de Octubre 2023

9

Herida penetrante en región Subclavia asocia lesión traqueal: Más allá del trauma vascular

20 y 21 de Febrero 2023

Congreso: II Reunión de la Sección de Trauma y cCirugía de Urgencias de las AEC

10

Implementación de Programa de Hospitalización a Domicilio en región rural de Bolivia

Congreso: IV Congreso de Cooperacion Internacional de la OMC: Cambio Climático y

Salud Global

25 y 26 de Mayo, Valencia

Organización Médica Colegial (OMC) y Fundación para la cooperación internacional.

11

Incidencia de eventración paraostomal en pacientes intervenidos de cirugía colorrectal programada.

Nombre del congreso: XXVI Congreso Nacional de la Asociación Española de Coloproctología (AECP).

Tipo de evento: Comunicación oral en congreso.

Ámbito: Nacional.

Año: 17 al 19 de Mayo del 2023.

Lugar: Madrid.

Autores: Angela Ortiz Sánchez, Violeta Camacho Marente, Tatiana Gomez Sanchez, Javier Varela Recio, Jose Manuel Pacheco Garcia.

12

Aplicación de las escalas WSES y Hinchey en la necesidad de drenaje percutáneo y cirugía urgente en pacientes con diverticulitis aguda.

Nombre del congreso: XXVI Congreso Nacional de la Asociación Española de Coloproctología (AECP).

Tipo de evento: Comunicación oral en congreso.

Ámbito: Nacional.

Año: 17 al 19 de Mayo del 2023.

Lugar: Madrid.

Autores: Angela Ortiz Sánchez, Jose Antonio Aragon Encina, Tatiana Gomez Sanchez, M Carmen Bazan Hinojo, Eva Maria Sancho Maraver.

13

Diagnóstico diferencial entre actinomicosis y enfermedad de Crohn con sobreinfección por actinomyces.

Nombre del congreso: XXVI Congreso Nacional de la Asociación Española de Coloproctología (AECP).

Tipo de evento: Comunicación oral en congreso.

Ámbito: Nacional.

Año: 17 al 19 de Mayo del 2023.

Lugar: Madrid.

Autores: Angela Ortiz Sánchez, Tatiana Gomez Sanchez, Javier Varela Recio, Jose Ramon

Castro Fernandez, Jose Manuel Pacheco Garcia

14

Manejo endoscópico de la ingesta de cuerpo extraño punzante.

Nombre del congreso: XVIII Congreso de la Asociación Andaluza de Cirujanos.

Tipo de evento: Póster en congreso.

Ámbito: Autonómica.

Año: 14 al 16 de Junio del 2023.

Lugar: Málaga.

Autores: Ortiz Sánchez Á, Bengoechea Trujillo A, Pérez Gomar D, Mata Perdigón FJ, Pacheco García JM

15

Impacto del hábito tabáquico en la colecistectomía de urgencias. Nombre del congreso: XXIV Reunión Nacional de Cirugía.

Tipo de evento: Comunicación oral en congreso.

Ámbito: Nacional.

Año: 124 al 27 de Octubre del 2023. Lugar: Alicante.

Autores: A. Ortiz Sánchez, V.

16

Presentación poster en el XVIII Congreso de la Asociación Andaluza de Cirujanos. Tumor neuroendocrino primario hepático. Ilustre Colegio de Médicos de Málaga 16 de junio de 2023. Asociación Andaluz de cirujanos.

17

¿ES EL IMC PREOPERAOTRIO Y POSTOPERATORIO TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL UN FACTOR DE RIESGO DE REFLUJO- GASTROESOFÁGICO DE-NOVO? ESTUDIO DE 150 PACIENTES CON 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO.

Autores: Ander Bengoechea Trujillo, Ma de los Angeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco Garcia

Formato: Poster:

XXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad, y de la sección

de Obesidad de la AEC, celebrado en Las Palmas de Gran Canaria del 24 al 26 de mayo de 2023. 18

Título: Resultados de la cirugía bariátrica robótica durante la curva de aprendizaje

Autores: Ma de los Angeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo, José Manuel Pacheco García

Formato: oral

XXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad, y de la sección

de Obesidad de la AEC, celebrado en Las Palmas de Gran Canaria del 24 al 26 de mayo de 2023. 19

Título: BYPASS GASTRICO EN Y DE ROUX Y EXTIRPACION DEL REMANENTE GASTRICO EN PACIENTE OBESA CON ESÓFAGO DE BARRET Y POLIPOSIS GASTRICA

Autores: Ma de los Angeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo, José Manuel Pacheco García

Formato: Video

XXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad, y de la sección

de Obesidad de la AEC, celebrado en Las Palmas de Gran Canaria del 24 al 26 de mayo de 2023.

20

Título: Resultados de la cirugía bariátrica robótica durante la curva de aprendizaje. Nuestros resultados.

Autores: Ma de los Angeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo, José Manuel Pacheco García

Formato: Poster.

XXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad, y de la sección

de Obesidad de la AEC, celebrado en Las Palmas de Gran Canaria del 24 al 26 de mayo de 2023. 21

Título: RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CIRUGIA BARIATRICA ROBOTICA DURANTE LA CURVA DE APRENDIZAJE. RESULTADOS NUESTROS

Autores: Josér Antonio Aragón Encina, Angela Ortiz Sanchez, Alberto Fierro Aguilar, Ander Bengoechea TrujilloMa de los Angeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García

Formato: oral

XVIII Congreso de la Asociación Andaluza de Cirujanos.

Málaga a 16 de junio de 2023

22

Título: ABORDAJE RMINIMAMENTE INVASIVO EN CIRUGÍA BARIATRICA. CAMBIANDO LA TENDENCIA Autores:M.D.L.A. Mayo-Ossorio, A. Bengoechea Trujillo, D. Perez Gomar, A. Ortiz Sanchez, J.M. Pacheco García

Formato: Poster

XXIV REUNION NACIONAL DE CIRUGÍA, celebrada en Alicante del 24 al 27 de octubre de 2023. 23

Título: CIRUGÍA BARIATRICA REVISIONAL ROBOTICA ¿ES FACTIBLE DURANTE LA CURVA DE APRENDIZAJE?

Autores:M.D.L.A. Mayo-Ossorio, A. Bengoechea Trujillo, D. Perez Gomar, A. Ortiz Sanchez, Mercedes Fornell Ariza, J.M. Pacheco García

Formato: Poster

XXIV REUNION NACIONAL DE CIRUGÍA, celebrada en Alicante del 24 al 27 de octubre de 2023. 24

Título: CIRUGÍA BARIATRICA REVISIONAL TOTALMENTE ROBOTICA. DE GASTRECTOMIA VERTICAL A BYPASS GASTRICO, CON ADHESIOLISIS Y DOBLE CALIBRADO.

Autores:M.D.L.A. Mayo-Ossorio, A. Bengoechea Trujillo, D. Perez Gomar, A. Ortiz Sanchez, J.M. Pacheco García

Formato: Poster

XXIV REUNION NACIONAL DE CIRUGÍA,
celebrada en Alicante del 24 al 27 de octubre de 2023.

25

Título: “VALOR PRONOSTICO DE LAS ESCALAS WSES Y HINCHEY MODIFICADA POR WASVARY EN PACIENTES CON DIVERTICULITIS AGUDA”.

Lugar: VI CONGRESO NACIONAL DE AECp.

Autores:, Gómez Sánchez, T, Aragon Encina JA, Ortiz Sanchez, A, Romero Aceituno F, Sancho Maraver EM.

Fecha: 17-19 mayo 2023.

26

“TECNICA PULL-THROUGH EN DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS COLORRECTAL ULTRABAJA”.

Lugar: VI CONGRESO NACIONAL DE AECp.

Autores: Gómez Sánchez, T, Fierro Aguilar A, Camacho Marente V, Sancho Maraver EM.

Fecha: 17-19 mayo 2023.

Tipo de Comunicación: video.

3.2: Ponencias y Moderaciones:

1

Dra. Ainoa Aixa Maestu Fonseca:

Ponente en Congreso Nacional: Mesa de cooperación Internacional: Tecnología y Cooperación.

XXIV Reunión Nacional de Cirugía, Alicante, AEC

24-27 de Octubre 2023

Organización de II Jornada de Cooperación de Residentes Asociación española de Cirujanos (AEC)

Grupo de Colaboración Humanitaria

30 de Mayo de 2022

Moderadora en II Jornada de Cooperación Internacional.

30 de Noviembre 2023

Hospital universitario de La Princesa

Organiza: AEC, SEDAR (Sociedad científica de anestesia) y SECOT (Sociedad científica de traumatología).

Ponente: Foro de Hemostasia en Cirugía de Urgencias Corza

13 Diciembre de 2023

2

Dra. Eva Maria Sancho Maraver:

Título: Síndrome de Lynch: guía clínica básica y breve para cirujanos

XVII Congreso de la Asociación Andaluza de Cirujanos,

Fecha: 14 al 16 de Junio de 2023

Lugar: Colegio de Médicos de Málaga

Ponente: Eva María Sancho Maraver

Título de la Ponencia: Seguridad y calidad en el proceso cancer colorectal .Que cosas hacemos bien y en que fallamos.

3

Dr. Ander Bengoechea Trujillo:

Ponente : Jornada: I CONFERENCIA SOBRE CIRUGÍA BARIÁTRICA. PUESTA AL DÍA EN LOS PUNTOS CRÍTICOS , celebrada los días 17 y 18 de abril de 2023, en el Hospital Universitario Puerta del Mar, con una duración de 10:00 horas lectivas

Moderador: Jornada: I CONFERENCIA SOBRE CIRUGÍA BARIÁTRICA. PUESTA AL DÍA EN LOS PUNTOS CRÍTICOS , celebrada los días 17 y 18 de abril de 2023, en el Hospital Universitario Puerta del Mar, con una duración de 10:00 horas lectivas

4

Dra. Ma Jesus Castro Santiago:

Título: SURVIVAL ANALYSIS AFTER NEOADYUVANT THERAPY IN PATIENTS WITH RESECTABLE PANCREATIC ADENOCARCINOMA AND RISK FACTORS.

Lugar: LYON (FRANCE) 6-9 June 2023

Ponente

Organiza: European- African Hepato-Pancreatic-Biliary Association (E-AHPBA).

Título: ¿CUÁL ES EL ROL DEL TX HEPÁTICO EN MTX CCR NO RESECABLES?. ESTUDIO TRASMETIR.

Lugar: Hotel Cádiz Bahía. Cádiz. 9 de Marzo de 2023

Ponente: María Jesús Castro Santiago. Responsable de la Unidad HPB. Profesora Asociada de la UCA. Investigadora Institut de Investigación Biomédica de Cádiz (INiBICA). Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Organiza: MERCK

Título: XVIII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE CIRUJANOS.

TRAUMATISMO HEPÁTICO. ESPLÉNICO Y DUODENOPANCREÁTICO

Lugar: Málaga 14-16 Junio 2023.

Ponente: María Jesús Castro Santiago. Responsable de la Unidad HPB. Profesora Asociada de la UCA. Investigadora Institut de Investigación Biomédica de Cádiz (INiBICA). Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Organiza: Asociación Andaluza de Cirujanos.

Título: COMPARTIENDO EXPERIENCIAS EN CIRUGÍA HBP Y TRASPLANTES. PARTIIHA EXPERIENCIAS EM CIRUGIA HBP E TRANSPLANTES.

Lugar: Madrid 3 de Octubre 2023

Ponente: María Jesús Castro Santiago. Responsable de la Unidad HPB. Profesora Asociada de la UCA. Investigadora Institut de Investigación Biomédica de Cádiz (INiBICA). Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Organiza: Asociación Española de Cirujanos (AEC). BAXTER.

5

Dra. Ma de los Angeles Mayo Ossorio

Ponente : Jornada: I CONFERENCIA SOBRE CIRUGÍA BARIÁTRICA. PUESTA AL DÍA EN LOS PUNTOS CRÍTICOS , celebrada los días 17 y 18 de abril de 2023, en el Hospital Universitario Puerta del Mar, con una duración de 10:00 horas lectivas

Moderador: Jornada: I CONFERENCIA SOBRE CIRUGÍA BARIÁTRICA. PUESTA AL DÍA EN LOS PUNTOS CRÍTICOS , celebrada los días 17 y 18 de abril de 2023, en el Hospital Universitario Puerta del Mar, con una duración de 10:00 horas lectivas

Moderadora: en la actividad formativa Aula Virtual AEC Sección de cirugía bariátrica: "Manejo Preoperatorio en Cirugía bariátrica y metabólica. Abordaje multidisciplinar", con una duración de 1 hora docente, realizado el 21 de septiembre de 2023.

Moderador en la sesión: VIDEOS: ESÓFAGO-GÁSTRICA III XXIV REUNIÓN NACIONAL DE CIRUGÍA

Celebrada en Alicante del 24 al 27 de octubre de 2023 Alicante a 27 de octubre de 2023

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE <https://intranet.pacifico-meetings.com/Esperso/faces/comprobarCertificadoFirmado.xhtml?ccf=SK472-PS60416-CC1840-PDI1273-A12957-V1>

Moderador en la sesión: MESA CIRUGÍA ESÓFAGO-GÁSTRICA: FACE TO FACE. CUIDADOS PERIOPERATORIOS EN CIRUGÍA ESÓFAGO- GÁSTRICA

XXIV REUNIÓN NACIONAL DE CIRUGÍA

Celebrada en Alicante del 24 al 27 de octubre de 2023 Alicante a 27 de octubre de 2023

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE <https://intranet.pacifico-meetings.com/Esperso/faces/comprobarCertificadoFirmado.xhtml?ccf=SK472-PS58040-CC1840-PDI1273-A12957-V1>

Ponente en la sesión: MESA BARIÁTRICA Y METABÓLICA ¿QUÉ HACER CUANDO NO ME QUEDAN SOLUCIONES?

XXIV REUNIÓN NACIONAL DE CIRUGÍA

Celebrada en Alicante del 24 al 27 de octubre de 2023 Alicante a 27 de octubre de 2023

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE <https://intranet.pacifico-meetings.com/Esperso/faces/comprobarCertificadoFirmado.xhtml?ccf=SK472-PS58039-CC1841-PDI1272-A12956-V1>

Ponente de la sesión LA MUJER, OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIÁTRICA (CB)

con la ponencia titulada CANCER MAMA Y DE ENDOMETRIO Y Cirugía Bariátrica

del XXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad, y de la sección de Obesidad de la AEC, celebrado en las Palmas de Gran Canaria del 24 al 26 de mayo de 2023.

6

Dr. José Manuel Pacheco García:

Ponente : Jornada: I CONFERENCIA SOBRE CIRUGÍA BARIÁTRICA. PUESTA AL DÍA EN LOS PUNTOS CRÍTICOS , celebrada los días 17 y 18 de abril de 2023, en el Hospital Universitario Puerta del Mar, con una duración de 10:00 horas lectivas

Moderador: Jornada: I CONFERENCIA SOBRE CIRUGÍA BARIÁTRICA. PUESTA AL DÍA EN LOS PUNTOS CRÍTICOS , celebrada los días 17 y 18 de abril de 2023, en el Hospital Universitario Puerta del Mar, con una duración de 10:00 horas lectivas

Dra. Amparo Valverde Martinez

Titulo: ¿ Qué podemos aprender del IMPRICA?. Fecha: 25 de marzo de 2023. Lugar: V Congreso del GERM Zaragoza.

Titulo: Optimización de resultados quirúrgicos en una estrategia de recuperación intensificada ya implementada. Lugar: I Reunión Andaluza de Recuperación Intensificada . Huelva

3.3: Publicaciones en revista:

1

Somatostatin: From a supporting actor to the protagonist to explain the long-term effect of sleeve gastrectomy on glucose metabolism.

Pérez-Arana GM, Díaz-Gómez A, Bancalero-de Los Reyes J, Camacho-Ramírez A, Ribelles-García A, Almorza-Gomar D, Gracia-Romero M, Mateo-Gavira I, Prada-Oliveira JA. Ann Anat. 2023 Feb;246:152044. doi: 10.1016/j.aanat.2022.152044. Epub 2022 Dec 28. PMID: 36586517

2

Beta-cell mass adaptation to ileum nutrient flow. An experimental model.

Salas-Alvarez J, Campo-Martínez FJ, Camacho-Ramírez A, Montero-Peña C, Almorza-Gomar D, Ribelles-García A, Pérez-Arana GM, Prada-Oliveira JA. Histol Histopathol. 2023 Jul;38(7):755-763. doi: 10.14670/HH-18-563. Epub 2022 Oct 6. PMID: 36484431

3

Dual effect of RYGB on the entero-insular axis: How GLP-1 is enhanced by surgical duodenal exclusion.

Pérez-Arana GM, Díaz-Gómez A, Camacho-Ramírez A, Ribelles-García A, Almorza-Gomar D, Gracia-Romero M, Mateo-Gavira I, Castro-Santiago MJ, Casar-García J, Prada-Oliveira JA. Ann Anat. 2023 Aug;249:152094. doi: 10.1016/j.aanat.2023.152094. Epub 2023 Apr 1. PMID: 37011826

4

Surgical outcomes of gallbladder cancer: the OMEGA retrospective, multicentre, international cohort study.

Autores: Balakrishnan A, Barmounakis P, Demiris N, Jah A, Spiers HVM, Talukder S, Martin JL, Gibbs P, Harper SJF, Huguet EL, Kosmoliaptsis V, Liao SS, Praseedom RK, Basu B, de Aretxabala X, Lendoire J, Maithel S, Branes A, Andersson B, Serrablo A, Adsay V; M. Jesus Castro,). OMEGA Study Investigators. Surgical outcomes of gallbladder cancer: the OMEGA retrospective, multicentre, international cohort study.

Revista: EClinicalMedicine. 2023 Apr 13;59:101951. doi: 10.1016/j.eclinm.2023.101951. PMID: 37125405; PMCID: PMC10130604. ISSN: 2589-5370

5

Título:. Current status of liver surgery for non-colorectal non-neuroendocrine liver metastases: the NON.LI.MET. Italian Society for Endoscopic Surgery and New Technologies (SICE) and Association of Italian Surgeons in Europe (ACIE) collaborative international survey. Updates Surg. 2023 Oct 24. doi: 10.1007/s13304-023-01649-7. Epub ahead of print. PMID: 37875725.

Autores: Libia A, Podda M, Di Martino M, Pata F, Pellino G, Di Saverio S, Anselmo A, Muttillio EM, De Pastena M, Campanile FC, Ielpo B, Spampinato MG; M. Jesus Castro, M.D.NON.LI.MET.Collaborative Study Group.

ISSN: 978-84-7762-208-6

6

Long-term outcomes after breast cancer liver metastasis surgery: A European, retrospective, snapshot study (LIBREAST STUDY)

Autores: Miguel Cantalejo-Díaz^{1*}, José M. Ramia^{2*}, Iñaki Álvarez-Busto³, Balint Kokas⁴, Gerardo Blanco-Fernández⁵, Elena Muñoz-Forner⁶, Attila Oláh⁷, Eva Montalvá-Orón⁸, Víctor López-López⁹, Fernando Rotellar¹⁰, Hasan Eker¹¹, Arjen Rijken¹², Mikel Prieto-Calvo¹³, Fabrizio Romano¹⁴, Paola Melgar¹⁵, Nikolaos Machairas¹⁶, Semra Demirli Atici¹⁷, Maria Jesús Castro-Santiago¹⁸, M.D. (Mickäel Lesurtel¹⁹, Michal Skalski²⁰, Hüseyin Bayhan²¹, Carlos Domingo-del-Pozo²², Oszkar Hahn⁴, Noelia de Armas-Conde⁵, Mirella Bauzá-Collado⁶, Mario Serradilla-Martín²³, on behalf of the Scientific Committee of the E-AHPBA

Revista: Cancer (En Prensa)

ISSN: 2072-6694

7

Handling of the Covid-19 Pandemic and Its Effects on Bariatric Surgical Practice: Analysis of GENEVA Study Database.

Autores: Singhal R, Wiggins T, Pouwels S, Rajeev Y, Madhok B, Hanif W, Tahrani AA, Graham Y, Ludwig C, Mahawar K; GENEVA Collaborators (Mayo- Ossorio MA; Pacheco Garcia JM, . Handling of the Covid-19 Pandemic and Its Effects on Bariatric Surgical Practice: Analysis of GENEVA Study Database. Obes Surg. 2022 Dec;32(12):3908-3921. doi: 10.1007/s11695-022-06267-7. Epub 2022 Oct 25. PMID: 36282429; PMCID: PMC9592878.

8

Cirugía revisional tras gastrectomía vertical a 5 años de seguimiento: resultados en nuestro centro.

Alberto Fierro Aguilar, Maria De Los Angeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García, Ander Bengoechea Trujillo DOI: 10.53435/funj.00904

BMI Journal Vol. 12, Núm. 3 (2022): Diciembre 2022

9

Resultados de la cirugía bariátrica robótica durante la curva de aprendizaje. Experiencia en nuestro centro

Alberto Fierro Aguilar, Maria De Los Angeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo, José Manuel Pacheco García

BMI Journal Vol. 13, Núm. 2 (2023): Octubre 2023

10

Bypass gástrico en Y-de-Roux y extirpación del remanente gástrico en paciente obesa con esófago de Barret y poliposis gástrica

Maria De Los Angeles Mayo Ossorio, Alberto Fierro Aguilar, Ander Bengoechea Trujillo, José

Resultados del registro nacional de pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal candidatos a cirugía bariátrica (ReNacElBar)

Manuel Ferrer-Marquez, Ma Dolores Frutos Bernal, Amador Garcia Ruiz de Gordejuela, Manuel Garcia Redondo, Monica Millan, Fátima Sabench Pereferer, Jordi Tarascó Palomares y Grupo ReNacElBar (M.a Asunción Acosta-Mérida (Hospital Universitario de Gran Canaria); José M. Balibrea del Castillo (Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona); Miguel Ángel Carbajo Caballero (Centro de excelencia para el estudio de la obesidad y la diabetes, Valladolid); Manuel Ferrer-Ayza (Obesidad Almería, Almería); Rajesh Haresh Gianchandani Moorjani (Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife); Zahira Gómez Carmona (Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería); Francisco Miguel González Valverde (Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia); Antonio López Useros (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander); Esther Mans Muntwyler (Hospital de Mataró); Esteban Martínez Antona (Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid); Ester Martínez García-Almenta (Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid); M.a de los Ángeles Mayo Osorio (Hospital Regional Universitario Puerta Del Mar, Cádiz); Laura Martí Gelonch (Hospital Universitario Donostia, San Sebastián); Juan Ocaña Jiménez (Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid); Sergio Ortiz Sebastián (Hospital General Universitario Dr. Balmis, ISABIAL, Alicante); Noelia Pérez Romero (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona); Leticia Pérez Santiago (Hospital Clínico Universitario, Valencia); Noelia Puértolas Rico (Hospital Universitario Mutua Terrassa, Barcelona); María Recarte Rico (Hospital Universitario la Paz, Madrid); Ángel Reina-Duarte (Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería); Francisco Rubio-Gil (Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería); Luis Sánchez-Guillén (Hospital General Universitario de Elche); Andrés Sánchez Pernaute (Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid); Pablo Talavera Eguizabal (Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid); Mónica Valero Sabater (Hospital Royo Villanova, Zaragoza); Elisabet Vidanà Márquez (Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería); Margarida Vives Espelta (Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Tarragona). Cir esp. 2023 .

Artículo en Prensa

Gastrin: A new branch of the gastro-pancreatic axis that can explain the effect of sleeve gastrectomy on glucose metabolism

Gonzalo Perez Arana, David Almorza Gomar, Ma de los Angeles Mayo Ossorio, Alonso Camacho Ramirez et als. Obesity Surgery. ISSN 0960-8923, Artículo en Prensa

3-4 Capítulos

- Título: MÓDULO 2: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. CURSO UNIVERSITARIO DE TUMORES NEUROENDOCRINOS.
- Autora: María Jesús Castro Santiago

3-5 Revisión de artículos de revistas científicas.

Dra. M^a Jesus Castro Santiago:

Revista de la Revista Andaluza de Cirugía de la Asociación Andaluza de Cirujanos. Desde 2014 hasta el momento actual.

Dr. Alonso Camacho Ramírez.

Revisor de la Revista Acta Chirurgica Belgica desde 2018 hasta el momento actual

Revista de la Revista Andaluza de Cirugía de la Asociación Andaluza de Cirujanos. Desde 2017 hasta el momento actual

Dra. Eva Maria Sancho Maraver:

Revista de la Revista Andaluza de Cirugía de la Asociación Andaluza de Cirujanos.

Dra. Tatiana Gómez Sanchez

Revisor de la Revista Cirugía Española.

Revisor de la Revista Colorectal Disease.

Revisor de la Revista ACirugía Andaluza,

Dra. M^a de los Angeles Mayo Ossorio

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. Patentes

Dra. Amparo Valverde Martinez:

1

Patente: PREAPP: app móvil para uso de pacientes que van a ser sometidos a cirugía mayor del adulto dentro del programa de tesis doctoral “ DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PREHABITACIÓN MULTIMODAL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DIGESTIVA MAYOR ABDOMINAL”

*Identificador 2205131133803

Dra. M^a Carmen Bazan Hinojo:

Protocolo de Rehabilitación de asa eferente en ileostomia de protección.

Dra. Eva Maria Sancho Maraver:

Protocolo de cuidados en la persona portadora de un estoma .HUPM Cadiz 2023.

3-7 Proyectos de investigación

Dr. Alonso Camacho Ramirez:

1

Aprobación proyecto de investigación: Cambios de celularidad en el islote pancreático como consecuencia de los procesos metabólicos tardíos de obesidad, diabetes y/o cirugía bariátrica. ENDOPANC-DPC. Código interno (PEIBA) de protocolo: 1925-N-21.

IP: Arturo Prada Oliveira.

2

TRANSPOSICIÓN ILEAL PREDUODENAL (PDIT) EN RATA WISTAR. IMPLICACIONES FISIOPATOLÓGICAS EN EL METABOLISMO HIDROCARBONADO EN UN MODELO DE ROEDOR NO

DIABÉTICO.Codirectores (2) CAMACHO RAMIREZ, ALONSO; PÉREZ ARANA, GONZALO MARTÍN

Fecha lectura 20-05-2022

Dra. M^a Jesus Castro Santiago:

1

Título: “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.

Título: CAMBIOS DE CELULARIDAD EM EL ISLOTE PANCREÁTICO COMO CONSECUENCIA DE LOS PROCESOS METABÓLICOS TARDÍOS DE OBESIDAD, DIABETES Y/O CIRUGÍA BARIÁTRICA.

IP Principal: MARÍA JESÚS CASTRO SANTIAGO

Estudio Retrospectivo Unicentro.

Organismo: CONSEJERÍA DE SALUD. JUNTA DE ANDALUCÍA.

Duración: 2 años (2021 hasta 2023).

Nº de Expediente: PI0073-2021

3.

Título: EARLY POSTOPERATIVE BIOMARKERS IN PANCREATODUOENECTOMY AS PREDICTORS OF COMPLICATIONS: A SPANISH NATIONWIDE MULTICENTRIC VALIDATION STUDY (EPOBID study).

Investigadora colaboradora: María Jesús Castro Santiago

Organismo: Grupo Español de Cirugía Pancreática (GECP). Sección de Cirugía

Hepatobiliopancreática de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y del Capítulo Español de la International Hepato-Pancreato-Biliary Association (IHPBA).

4.

Título: DISTAL PANCREATECTOMY. ALL CASES OPERATED ON PERFORMING DISTAL PANCREATECTOMY IN INVOLVED UNITS. SPANDISPAN. CÓDIGO: NCT04900012.

Investigador Principal: Cándido Fernando Alcazar-López. Hospital General Universitario de Alicante.

Investigadora Colaboradora: María Jesús Castro Santiago. Hospital Universitario Puerta del Mar (HUPM). Cádiz.

Organismo: Hospital General Universitario de Alicante.

5.

Título: ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL SOBRE EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL CÁNCER DE VESÍCULA INCIDENTAL (ENCAVI).

Investigadora Colaboradora: María Jesús Castro Santiago. Hospital Universitario Puerta del Mar (HUPM). Cádiz.

Organismo: Asociación Española de Cirujanos (AEC).

6.

Título: ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE COLANGIOCARCINOMA SOBRE QUISTES DEOLÉDOCO EN UN PAÍS OCCIDENTAL (Estudio QUICO). NCT05404503.

Investigadora Colaboradora: María Jesús Castro Santiago. Hospital Universitario Puerta del Mar (HUPM). Cádiz.

Organismo: Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Dra. Carmen Bazan Hinojo

Ileostim trial AEC

Dr. Daniel Perez Gomar:

Título: Cirugía bariátrica y Diabetes: afectación hepática y pancreática

IP Principal: Prada Oliveira, Jose Arturo.

IP Colaboradores: María Ángeles Mayo Ossorio, Alonso Camacho Ramírez, Daniel Perez Gomar, Ander Bengoechea Trujillo, Jose Manuel Pacheco Garcia, Amparo Valverde Martinez, Maria Jesus Castro Santiago, Eva Sancho Maraver, Maria Dolores Casado Maestre

Dr. Ander Bengoechea Trujillo:

1

Título: Estudio PROFUGO.

IP Principal : Rocío Perez Quintero

IP Colaboradores Ander Bengoechea Trujillo

Organismo: Asociacion Española de Cirujanos

2

Título: Estudio de Tesis doctoral: Predictores Preparatorios de reflujo gastroesofágico de Novo

IP Principal : Ander Bengoechea Trujillo

IP Colaboradores: María de los Ángeles Mayo Ossorio

Organismo: Universidad de Cádiz

Dra. M^a Doloreds Casado Maestre:

1

ICI20/00047 Análisis de supervivencia tras neoadyuvancia en cáncer de Páncreas resecable con factores de riesgo

2

CTS 10-79 Cirugía Bariátrica y Diabetes: afectación hepática y pancreática

Dr. Sergio Cerrato Delgado:

1

Participación proyecto investigación: “Análisis de supervivencia tras neoadyuvancia en pacientes con cáncer de páncreas resecable con factores de riesgo”.

2

Investigador/a-colaborador/a. Implantación de programa de prehabilitación multimodal en paciente frágil en cirugía mayor abdominal. Investigador Principal. INIBICA.

Patente: PreApp, aplicación móvil para iOS y Android. INIBICA.

Dr. Javier Varela Recio

1

Investigador Colaborador ensayo clínico “ILEOSTIM TRIAL”.

Unidad de Coloproctología. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Asistencial Universitario de León.

2

Investigador Colaborador ensayo clínico “ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA TRAS NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE PÁNCREAS RESECABLE CON FACTORES DE RIESGO”

· Unidad Cirugía HBP. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz.

Dra M^a de los Angeles Mayo Ossorio

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

Asociacion Española de cirujanos y Sociedad Española de Cirugia de la obesidad.

Dra. Amparo Valverde Martinez

1

investigación: Cambios de celularidad en el islote pancreático como consecuencia de los procesos metabólicos tardíos de obesidad, diabetes y/o cirugía bariátrica. ENDOPANC-DPC.

Código interno (PEIBA) de protocolo: 1925-N-21.

IP: Arturo Prada Oliveira.

2

ICI20/00047 Análisis de supervivencia tras neoadyuvancia en cáncer de Páncreas resecable con factores de riesgo

Enfermería

M^a Paz Bienvenido Ruiz

Titulo del Proyecto: Calidad de vida y resiliencia en personas ostomizadas

IP: M^a Paz Bienvenido Ruiz

3-8 Dirección de tesis doctorales

Dra. Amparo Valverde Martinez:

1

Doctorando Alberto Fierro Aguilar:

Director/a: M^a de los Angeles Mayo Ossorio

Co-Directora: Amparo Valverde Martinez

Tesis: Implantación de programa de prehabilitación multimodal en paciente frágil en cirugía mayor abdominal.

INIBICA. Patente: PreApp, aplicación móvil para iOS y Android. INIBICA.

Aceptada, pendiente de proyecto de tesis, elaboracion y lectura

2

Doctorando: Susana Roldan Ortiz.

Director/a: M^a de los Angeles Mayo Ossorio

Co-Directora: Amparo Valverde Martinez

Tesis: Implantación de programa de prehabilitación multimodal en paciente frágil en cirugía mayor abdominal del cancer colorectal.

Aceptada, pendiente de proyecto de tesis, elaboracion y lectura

Dra. M^a de los Angeles Mayo Ossorio

1

Doctorando Alberto Fierro Aguilar:

Director/a: M^a de los Angeles Mayo Ossorio

Co-Directora: Amparo Valverde Martinez

Tesis: Implantación de programa de prehabilitación multimodal en paciente frágil en cirugía mayor abdominal.

INIBICA. Patente: PreApp, aplicación móvil para iOS y Android. INIBICA.

Aceptada, pendiente de proyecto de tesis, elaboracion y lectura

2

Doctorando: Susana Roldan Ortiz.

Director/a: M^a de los Angeles Mayo Ossorio

Co-Directora: Amparo Valverde Martinez

Tesis: Implantación de programa de prehabilitación multimodal en paciente frágil en cirugía mayor abdominal del cancer colorectal.

Aceptada, pendiente de proyecto de tesis, elaboracion y lectura

3

Título: Estudio de Tesis doctoral: Predictores Preparatorios de reflujo gastroesofágico de Novo

Doctorando: Ander Bengoechea Trujillo

Director: María de los Ángeles Mayo Ossorio

Aprobada pendiente de lectura en 2024.

Dra. M^a Jesus Castro Santiago:

1.

Título: “ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA TRAS NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE PÁNCREAS RESECABLE CON FACTORES DE RIESGO”

Doctorando: Dr. Javier Varela Recio

Dirección de Tesis Doctoral: María Jesús Castro Santiago

Admitido en el Programa de Doctorado 8203 Ciencias de la Salud con fecha 29 de Noviembre 2023.

2.

Título: “ANÁLISIS DE INCIDENCIA DE FÍSTULA PANCREÁTICA TRAS NEOADYUVANCIA EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS RESECABLE CON FACTORES DE RIESGO”

Doctorando: Dra. Angela Ortiz Sánchez

Dirección Tesis Doctoral: María Jesús Castro Santiago

Admitida en el Programa de Doctorado 8203 Ciencias de la Salud con fecha 29 de Noviembre 2023.

Dr. Alonso Camacho Ramirez:

1

Doctorando : Jesus Maria Salas Álvarez:

Director/a: Arturo Prada Oliveira

Co-Directora: Alonso Camacho Ramírez.

Tesis: Un nuevo modelo para el estudio de la implicación del yeyuno e ileon en el cirugía bariátrica: la transposición ileal prepilórica.

Fecha lectura: 30 Junio 2023. Sobresaliente Cum Laudem.

3-9 Dirección de TFG/TFM

1

Título: “REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA SUPERVIVENCIA GLOBAL TRAS EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS METASTASIS HEPÁTICAS DE TUMORES NEUROENDOCRINOS DE PÁNCREAS NO FUNCIONANTES”

Alumna: Irene Gallando Silva

Curso Académico: 2022-2023.

Directora: María Jesús Castro Santiago

2.

- Título: “DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TUMORES MUCINOSOS PAPILAR INTRADUCTAL (TPMI) DE PÁNCREAS”.

- Alumno: Jose Manuel Algeciras DÍAZ.

- Curso Académico: 2022-2023.

- Directora: María Jesús Castro Santiago

3.

- Título: “ANÁLISIS ACTUAL DE LA SUPERVIVENCIA GLOBAL TRAS EL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE EN EL ADENOCARCINOMA DUCTAL DE PÁNCREAS RESECABLE FRENTE AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL . REVISIÓN SISTEMÁTICA.

- Alumno: Cristina Gutiérrez Calvo

- Curso Académico: 2022-2023.

- Directora: María Jesús Castro Santiago

4.

- Título: “ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPEÚTICAS DEL ADENOCARCINOMA PERIHILIAR”. REVISIÓN SISTEMÁTICA”

- Alumno: Maria Dolores Aguilar Peña

- Curso Académico: 2022-2023

- Directora: María Jesús Castro Santiago

Dr. Ander Bengoechea Trujillo:

1

Nombre del tutor: Ander Bengoechea Trujillo

Tutorización de TFG : Cuidados críticos postoperatorios en cirugía bariátrica. Hacia el BEST track.

* Periodo, Curso 2022-2023

2

Nombre del tutor: Ander Bengoechea Trujillo

Tutorización del proyecto de TFG :Resultados de la cirugía del reflujo gastroesofágico y de la Hernia diafragmática.

* Periodo, Curso 2022-2023

Dra. M^a de los Angeles Mayo Ossorio

1

Título: Prevalencia tras 5 años de seguimiento de la ERGE de tras Gastrectomia vertical por obesidad Mórbida Tras 5 años de seguimiento.

Alumna: M^a Carmen Arjona Zurita

2

“RESULTADOS DE LA CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y LA HERNIA DE HIATO DIAFRAGMÁTICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ACTUALIZADA.”, defendido en el curso 2022-23.

3

“EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA TOTALMENTE ROBÓTICA. REVISIÓN SISTEMÁTICA.”, defendido en el curso 2020-23.

Dr. Alberto Fierro Aguilar:

Título: “PUNCIÓN-ASPIRACIÓN EN PACIENTES FRAGILES CON ALTO RIESGO QUIRÚRGICO QUE PRESENTAN COLECISTITIS AGUDA.”

Alumna: Rocío Armida Cortés.

Defensa: 2023.

Dra. Amparo Valverde Martinez:

Implementación del protocolo de Recuperación Intensificada en cirugía de Urgencias en el HUPM de Cádiz.

Influencia del preconditionamiento isquémico sobre el tiempo quirúrgico, lesión hepática y complicaciones en la cirugía hepática.

Estudio de la morbilidad perioperatoria en pacientes operados de páncreas en el HUPM de Cádiz.

3-10.Docencia impartida

Dr. Daniel Peres Gomar:

Título curso:VIII curso de inmersión de cirugía bariátrica para residentes de la AEC

Lugar: Cádiz

Fecha:abril 2023

Horas lectivas: 18 horas

Dr. Ander Bengoechea Trujillo:

Título curso: VIII curso de inmersión de cirugía bariátrica para residentes de la AEC

Lugar: Cádiz

Fecha: abril 2023

Horas lectivas: 18 horas

Dr. Javier varela Recio:

Título curso: VII curso de inmersión de cirugía bariátrica para residentes de la AEC

Lugar: Cádiz

Fecha: 9 y 10 de Mayo de 2022

Horas lectivas: 18 horas

Dra. M^a de los Angeles Mayo Ossorio:

1-

Título: XII Curso online de actualización de conocimientos en Cirugía bariátrica y metabólica

Fecha: del 11 de abril al 12 de junio 2022

Profesor: M^a de los Angeles Mayo Ossorio

Organizado por la Sección de Cirugía Bariátrica de la Asociación Española de Cirujanos

2

Título: XII CURSO ON LINE PARA RESIDENTES: INICIACIÓN A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA

Fecha: del 19 de septiembre al 6 de noviembre 2023

Profesor: M^a de los Angeles Mayo Ossorio

Organizado por la Sección de Cirugía Bariátrica de la Asociación Española de Cirujanos

3-

Título curso: VII curso de inmersión de cirugía bariátrica para residentes de la AEC

Lugar: Cádiz

Fecha: 9 y 10 de Mayo de 2022

Horas lectivas: 18 horas

Dr. Jose Manuel Pacheco García:

1-

Curso de cirugía laparoscópica para residentes de 1º año

Fecha abril 2023

Lugar Sevilla

Organizado por: Sección de Cirugía mínimamente invasiva de la AEC.

2

Título curso: VIII curso de inmersión de cirugía bariátrica para residentes de la AEC

Lugar: Cádiz

Fecha: abril 2023

Horas lectivas: 18 horas

Dra. Amparo Valverde Martinez:

SESIONES INTRAHOSPITALARIAS PARA IMPLEMENTACIÓN CIRCUITO DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA MAYOR DEL ADULTO (2023):

Unidad de Cuidados postcirugía Cardíaca

UGC de Cirugía Torácica
UGC Cirugía Urológica
UGC Cirugía Ginecológica
UGC Cirugía Vascular
UGC Endocrinología y Nutrición
Servicio de Medicina Interna
Servicio de Oncología Médica
UGC Digestivo
UGC Medicina Preventiva

Titulo: Instructor curso LXXXI DSTC. Lugar: Hospital Regional Carlos Haya de MALAGA. Fecha: del 13 al 16 de Septiembre de 2023

SESIONES INTRAHOSPITALARIAS ATENCION INICIAL AL TRAUMA GRAVE: FECHA: 14 de Octubre de 2023. Lugar: Salón de actos de HUPM Cádiz. Titulo: Importancia de la formación en trauma grave. Traumafobia”.

Enfermería:

M^a Paz Bienvenido :

Cuidados integrales del paciente ostomizado

Equipo Docente:

María Paz Bienvenido Ramírez (EPA-O)

4- FORMACION , ASISTENCIA A CURSOS CONGRESOS, SESIONES, JORNADAS, MASTERS, EXPERTOS WEBINAR.

3-1. Facultativos

Dra. Carmen Bazan Hinojo:

1

-Título: I Jornada de actualización y formación en Cirugía Colorrectal. Patología del Suelo Pélvico.

-Fecha: 22/09/2023. 9:00-15:00 h.

-Lugar: Hospital Universitario de Jerez de la Frontera.

-Organizador: Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera.

-Horas lectivas y/o créditos: 6 horas.

Dr. Alberto Fierro Aguilar:

1

Congreso: XXVIII Reunión de la Sección de Cirugía Esofagogástrica.

Fecha: Valencia 29-31 Marzo 2023.

2

Congreso: V Congreso Nacional de Rehabilitación Multimodal.

Fecha: Zaragoza 24 Marzo 2023.

3

Congreso: XXIV Reunión Nacional de Cirugía.

Fecha: Alicante 24-27 Octubre 2023.

Dr. Alonso camacho Ramirez:

XXIII Reunión nacional de las secciones de cirugía hepatobiliopancreática y trasplante de órganos de la AEC. 29 nov-1 diciembre 2023. Murcia

Dra. M^a Jesus Castro Santiago

1.

Título: ERAS IN PANCREATODUODENECTOMY- AN iNTERNATIONAL ONLINE STUTY (EPSILON). TO THIS GLOBAL SURVEY AIMED AT ASSESSING AWARENESS, PERCEPTIONS & IMPEDIMENTS TO THE PRACTICE OF ERAS IN THE PERIOOPERATIVE CARE OF APATIENTS UNDERGOING PANCREATODUOCENECTOMY.

Lugar: Online. 26 abril 2023.

Asistente

Organiza; ERAS SOCIETY. FLINDERS UNIVERSITY. College of Medicine & Public Health.

2.

Título: COLOQUIO ARNC2023:INTELIGENCIA ARTIFICIAL: UNA GUÍA INICIAL PARA CIRUJANOS

-Lugar: Online/Webinar 19 de Octubre del 2023

- Asistente

- Organiza: Asociación Española de Cirujanos (AEC)

3.

Título: XVIII CONGRESO DE LA ASOCIACION ANDALUZA DE CIRUJANOS.

Lugar: Presencial. Ilustre Colegio de Médicos de Málaga del 14 al 16 de Junio 2023.

Asistente/Ponente

Organiza: Asociación Andaluza de Cirujanos.

4.

Título: 15th BIENNIAL CONGRESS OF THE EUROPEAN-AFRICAN HEPATO-PANCRATO-BILIARY ASSOCIATION.

-Lugar: Lyon (France). 6-9 June 2023

- Asistente/Ponente

- Organiza: E-AHPBA

5.

Título: XXIV REUNION NACIONAL DE CIRUGIA. ALICANTE 24-27 Octubre

Lugar: Alicante. 24 al 27 de Octubre 2023.

Asistente

Organiza: Asociación Española de Cirujanos (AEC)

6.

tÍTULO: XXIII REUNION NACIONAL DE LAS SECCIONES DE CIRUGÍA
HEPATOBILIOPANCREÁTICA Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

Lugar: Murcia 29 de Noviembre al 1 de Diciembre 2023. Auditorio y Centro de Congresos Victor Villegas

Asistente

Organiza: Asociación Española de Cirujanos (AEC).

Dra. Amparo Valverde Martinez:

TITULO: "Nutrición parenteral en el paciente quirúrgico en el contexto de los protocolos ERAS".

Participación 19 de Enero 2022. Lugar: Hotel Ayre Colon, Madrid. Baxter

TITULO: " Autoprotección de datos" Fecha: Marzo 2023.

TITULO: Cirugía mínimamente invasiva Hepática laparoscópica y robótica: Face to Face . Fecha: participación día 1 de junio 2023.

TITULO: Webinar Nuevas Plataformas Robóticas. Organización por el capítulo Español del American College of Surgeons. Fecha: Participación el 5 de Julio de 2023.

TITULO: Webinar: controversias sobre la resección y trasplante sobre hígado cirrótico. Asociación Española de Cirujanos. Fecha: Participación el 6 de septiembre 2023.

TITULO: Webinar AEC : Sesiones de morbilidad: Ingredientes de mejora de la situación actual y propuesta de futuro. Fecha: Septiembre 26 de 2023

TITULO: Webinar European-African Hepato-Pancreato-Biliary Association: The modern management of a patient with colorectal -liver metastases. FECHA: Participación 12 de Octubre 2023.

TITULO: Webinar American College of Surgeon Spain Chapter: Trauma Education in Spain. Fecha: Participación 11 de Octubre de 2023.

TITULO: Virtual Surgical Masterclass Face to Face Minimally Invasive Hepato-Biliopancreatic surgery. Fecha: Participación el 7 y el 8 de Diciembre de 2023.

TITULO: V Congreso del Grupo Español de Rehabilitación multimodal. Fecha: del 22 de marzo al 24 de marzo de 2023. Lugar: Auditorio Zaragoza.

TITULO: XXVII Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. Fecha: del 15 de Noviembre al 17 de Noviembre de 2023. Lugar: Cádiz.

TITULO: XXIII Reunión nacional de las Secciones de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante de órganos. Fecha: del 29 de Noviembre al 1 de Diciembre de 2023. Lugar: Auditorio Murcia

Dr. José Ramon Castro Fernandez:

1

-ACTUALIDAD EN PATOLOGÍA HEPATOBILIAR Y PANCREÁTICA

Acción formativa organizada e impartida por el Sindicato Médico Andaluz (Código SMA_12_2023) con fecha de inicio 1-3-2023 y fecha de fin 15-6-2023

Duración de la acción formativa: 70 horas lectivas. Modalidad de Formación: E-learning

Esta actividad docente con expediente nº 3816/2022 y código de la actividad A220895_00 está acreditada con 7,45 créditos por la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud de la

Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía

Finalizado y superado el curso en fecha 15 de junio de 2023

2

-ESTUDIO PLURIDISCIPLINAR DE LAS ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES fecha de inicio 03/04/2023 y fecha de fin 20/07/2023 Acción formativa organizada e impartida por el

Sindicato Médico Andaluz (Código SMA 16_2023) Duración de la acción formativa: 60 horas lectivas. Modalidad de Formación: E-learning Esta actividad docente con expediente nº

5306/2022 código de la actividad A221889_00 está acreditada con 6,74 créditos por la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía Finalizado y superado el curso en Sevilla a fecha 20/07/2023

3

- MANEJO PREOPERATORIO EN CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR Actividad webinar online , organizada por la Asociación Española de Cirujanos el día 22-9-23

Dra. Violeta Camacho Marente:

Título: “ESTUDIO PLURIDISCIPLINAR DE LAS ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES”.

Duración: 60 horas. 6.74 Créditos. Fecha: 10/09/2022 hasta 01/01/2023. Organizado: SMA Andaluz.

2 Título: “CURSO AVANZADO DE CIERRE DE PARED ABDOMINAL”. Duración: 30 horas. Fecha: 20/11/2023 hasta 30/11/2023.

Organizado: JOHNSON- JOHNSON INSTITUTE

Dra. Eva Sancho Maraver:

1

Título : XXVI Congreso Nacional de la AECOP

Fecha: Del 17 al 19 de Mayo 2023.

Lugar: Hotel Melia Castilla .Madrid

Organizador: Asociación Española de Coloproctología

Horas lectivas y/o créditos:

2

Título : XVIII Reunion de la ASAC

Fecha: 14 AL 16 de Junio de 2023

Lugar: Málaga

Organizador: ASAC

Horas lectivas y/o créditos: 20 horas lectivas

Dr. Ander Bengoechea Trujillo:

1

* XLII Jornadas de actualización en cirugía. Innovaciones en cirugía mínimamente invasiva

* Fecha: 9 y 10 de febrero 2023

* Lugar: Hotel Meliá Lebreros

* Organizador: Atlanta Meetings

Horas lectivas o créditos: 21 horas

2

* Curso Pre-Curso XLII Jornadas de actualización en cirugía. Innovaciones en cirugía mínimamente invasiva

* Fecha: 8 de febrero 2023

* Lugar: Hotel Meliá Lebreros

* Organizador: Atlanta meetings. Horas lectivas o créditos: 4 horas

3

- * Webinar. Nuevas indicaciones en cirugía bariátrica
- * Fecha: 23 de febrero de 2023
- * Lugar: Online
- * Organizador: AEC
- * Horas lectivas o créditos: 1 hora

4

- * Curso: User meeting in robotic general surgery 2023
- * Fecha: 22, 23 y 24 de marzo de 2023
- * Lugar: Barcelona
- * Organizador: ABEX

Horas lectivas o créditos: 24 horas

5

* Asistencia al curso pre congreso de la reunión de la sección de cirugía esofagogástrica de la AEC

- * Fecha: 29 de marzo de 2023
- * Lugar: Valencia
- * Organizador: AEC

6

- * Asistencia a la reunión de la sección de cirugía esofagogástrica de la AEC
- * Fecha: 30 y 31 de marzo de 2023
- * Lugar: Valencia
- * Organizador: AEC

7

- * Asistencia a Congreso de la SECO
- * Fecha: 24,25 y 26 de mayo de 2023
- * Lugar: Las Palmas de Gran Canaria
- * Organizador: SECO

8

- * Webinar. Cuándo decir NO en cirugía esofágica
- * Fecha: 21 de junio de 2023
- * Lugar: Online
- * Organizador: AEC
- * Horas lectivas o créditos: 1 horas

9

- * Certificado como primer asistente en cirugía robótica
- * Fecha: 12 de septiembre de 2023
- * Lugar: Centro de medicina comparativa y Bioimagen. Barcelona
- * Organizador: ABEX

Horas lectivas o créditos: 8 horas

10

- * Webinar: Manejo Preoperatorio en Cirugía bariátrica y metabólica. Abordaje multidisciplinar
- * Fecha: 21 de septiembre de 2023
- * Lugar: Online
- * Organizador: AEC
- * Horas lectivas o créditos: 1 horas

11

- * Asistencia a Congreso nacional de cirugía AEC
- * Fecha: 24,25 y 26 de octubre de 2023
- * Lugar: Alicante
- * Organizador: AEC

Dr. Pacheco García José Manuel

1

- * XLII Jornadas de actualización en cirugía. Innovaciones en cirugía mínimamente invasiva
- * Fecha: 9 y 10 de febrero 2023
- * Lugar: Hotel Meliá Lebreros
- * Organizador: Atlanta Meetings

Horas lectivas o créditos: 21 horas

2

* Curso Pre-Curso XLII Jornadas de actualización en cirugía. Innovaciones en cirugía mínimamente invasiva

- * Fecha: 8 de febrero 2023
- * Lugar: Hotel Meliá Lebreros
- * Organizador: Atlanta meetings

Horas lectivas o créditos: 4 horas

3

- * Webinar. Nuevas indicaciones en cirugía bariátrica
- * Fecha: 23 de febrero de 2023
- * Lugar: Online
- * Organizador: AEC
- * Horas lectivas o créditos: 1 hora

4

- * Curso: User meeting in robotic general surgery 2023
- * Fecha: 22, 23 y 24 de marzo de 2023
- * Lugar: Barcelona
- * Organizador: ABEX

Horas lectivas o créditos: 24 horas

5

* Asistencia al curso pre congreso de la reunión de la sección de cirugía esofagogástrica de la AEC

* Fecha: 29 de marzo de 2023

* Lugar: Valencia

* Organizador: AEC

6

* Asistencia a la reunión de la sección de cirugía esofagogástrica de la AEC

* Fecha: 30 y 31 de marzo de 2023

* Lugar: Valencia

* Organizador: AEC

7

* Asistencia a Congreso de la SECO

* Fecha: 24,25 y 26 de mayo de 2023

* Lugar: Las Palmas de Gran Canaria

* Organizador: SECO

8

* Webinar. Cuándo decir NO en cirugía esofágica

* Fecha: 21 de junio de 2023

* Lugar: Online

* Organizador: AEC

* Horas lectivas o créditos: 1 horas

9

* Webinar: Manejo Preoperatorio en Cirugía bariátrica y metabólica. Abordaje multidisciplinar

* Fecha: 21 de septiembre de 2023

* Lugar: Online

* Organizador: AEC

* Horas lectivas o créditos: 1 horas

10

* Asistencia a Congreso nacional de cirugía AEC

* Fecha: 24,25 y 26 de octubre de 2023

* Lugar: Alicante

* Organizador: AEC

Dra: M^a de los Angeles Mayo Ossorio:

1

* XLII Jornadas de actualización en cirugía. Innovaciones en cirugía mínimamente invasiva

* Fecha: 9 y 10 de febrero 2023

* Lugar: Hotel Meliá Lebreros

* Organizador: Atlanta Meetings

Horas lectivas o créditos: 21 horas

2

* Curso Pre-Curso XLII Jornadas de actualización en cirugía. Innovaciones en cirugía mínimamente invasiva

* Fecha: 8 de febrero 2023

* Lugar: Hotel Meliá Lebreros

* Organizador: Atlanta meetings

Horas lectivas o créditos: 4 horas

3

* Webinar. Nuevas indicaciones en cirugía bariátrica

* Fecha: 23 de febrero de 2023

* Lugar: Online

* Organizador: AEC

* Horas lectivas o créditos: 1 hora

4

* Curso: User meeting in robotic general surgery 2023

* Fecha: 22, 23 y 24 de marzo de 2023

* Lugar: Barcelona

* Organizador: ABEX

Horas lectivas o créditos: 24 horas

5

* Asistencia al curso pre congreso de la reunión de la sección de cirugía esofagogástrica de la AEC

* Fecha: 29 de marzo de 2023

* Lugar: Valencia

* Organizador: AEC

6

* Asistencia a la reunión de la sección de cirugía esofagogástrica de la AEC

* Fecha: 30 y 31 de marzo de 2023

* Lugar: Valencia

* Organizador: AEC

7

* Asistencia a Congreso de la SECO

* Fecha: 24,25 y 26 de mayo de 2023

* Lugar: Las Palmas de Gran Canaria

* Organizador: SECO

8

* Webinar. Cuándo decir NO en cirugía esofágica

* Fecha: 21 de junio de 2023

* Lugar: Online

* Organizador: AEC

* Horas lectivas o créditos: 1 horas

9

- * Webinar: Manejo Preoperatorio en Cirugía bariátrica y metabólica. Abordaje multidisciplinar
- * Fecha: 21 de septiembre de 2023
- * Lugar: Online
- * Organizador: AEC
- * Horas lectivas o créditos: 1 horas

10

- * Asistencia a Congreso nacional de cirugía AEC
- * Fecha: 24,25 y 26 de octubre de 2023
- * Lugar: Alicante
- * Organizador: AEC

11

I Curso de Endoscopia para cirujanos de la AEC

Celebrado en Huelva

Noviembre 2023

12

Curso de Iniciación en Cirugía Robotica Esofagogastrica

Organizado AEC

Celebrado en Gerona y Badalona

Diciembre 2023.

Residentes:

Dra. Angela Ortiz Sanchez:

Título: XXIV Curso de Formación en Cirugía Hepatobiliopancreática y Transplantes de 4º y 5º año.

Fecha: 24 al 28 de Octubre del 2023.

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: 40 horas.

Título: 34 Congreso Nacional de Cirugía

Fecha: 07 al 10 de Noviembre del 2022.

Lugar: Madrid.

Organizado por: Asociación Española de Cirugía (AEC).

Título: Webinar “Novedades en la patología del SUELO PÉLVICO”.

Fecha: 26 de Enero del 2023.

Lugar: Online.

Organizado por: Asociación Española de Cirujanos (AEC).

Horas lectivas: 1 hora.

Título: Webinar “Un nuevo “outfit” en el quirófano de cirugía esofagogástrica”.

Fecha: 02 de Febrero del 2023.

Lugar: Online.

Organizado por: Asociación Española de Cirujanos (AEC).

Horas lectivas: 1 hora.

Título: XXVI Congreso Nacional de la AECP (Asociación Española de Coloproctología)

Fecha: 17 al 19 de Mayo del 2023.

Lugar: Madrid

Organizado por: Asociación Española de Coloproctología (AECP).

Título: Masterclass ¿Cómo lo hago? Vídeo-Técnicas en coloproctología 2023.

Fecha: 17 de Mayo del 2023

Lugar: Madrid.

Organizado por: Asociación Española de Coloproctología (AECP).

Título: XVIII Congreso de la Asociación Andaluza de Cirujanos.

Fecha: 14 al 16 de Junio del 2023.

Lugar: Málaga.

Organizado por: Asociación Andaluza de Cirujano (ASAC).

Título: I Curso On Line de Formación en Infección Quirúrgica. Módulo Básico.

Fecha: 30 de Enero al 26 de Marzo del 2023.

Lugar: Online.

Organizado por: Sección de Infección Quirúrgica de la Asociación Española de Crújanos.

Horas lectivas: 40 horas.

Título: Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECOE).

Fecha: 06 de Mayo del 2023.

Lugar: Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

Organizado por: Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz.

Horas lectivas: 30 horas.

Título: XXIII Curso de Formación en Proctología para Residentes de 3º y 4º año.

Fecha: 24 al 26 de Mayo del 2023.

Lugar: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Organizado por: Asociación Española de Cirujanos (AEC).

Título: VIII Curso de Inmersión Clínica en Cirugía Bariátrica.

Fecha: 30 y 31 de Octubre del 2023.

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.

Título: III Curso de Formación en Tumores Mesenquimales y Carcomas para residentes de la AEC.

Fecha: 22 y 23 de Noviembre del 2023.

Lugar: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Organizado por: Sección Sarcomas de la Asociación Española de Cirujanos.

Horas lectivas: 25 horas.

Dr. José Antonio Aragón Encina:

1

Curso Online de Formación en infección quirúrgica. Módulo Básico. Asociación Española de cirujanos. 30 enero al 26 de marzo de 2023. 40 horas lectivas.

2

Asistencia al XVIII Congreso de la Asociación Andaluza de Cirujanos. Ilustre Colegio de Médicos de Málaga del 14 al 16 de junio de 2023. Asociación Andaluz de cirujanos.

3

Presentación comunicación oral en el XVIII Congreso de la Asociación Andaluza de Cirujanos. Valor pronóstico de las escalas WSES y Hinchey modificada por Wasvary en pacientes con diverticulitis aguda. Ilustre Colegio de Médicos de Málaga 16 de junio de 2023. Asociación Andaluz de cirujanos.

4

Presentación comunicación oral en el XVIII Congreso de la Asociación Andaluza de Cirujanos. Resultados de la implementación de la cirugía bariátrica robótica durante la curva de aprendizaje Resultados nuestros. Ilustre Colegio de Médicos de Málaga 16 de junio de 2023. Asociación Andaluz de cirujanos.

5

Presentación poster en el XVIII Congreso de la Asociación Andaluza de Cirujanos. Tumor neuroendocrino primario hepático. Ilustre Colegio de Médicos de Málaga 16 de junio de 2023. Asociación Andaluz de cirujanos.

6

Participación en comunicación oral presentada en el XXVI congreso nacional de la asociación española de coloproctología. Aplicación de las escalas WSES y Hinchey modificada en la necesidad de drenaje percutáneo y cirugía urgente en pacientes con diverticulitis aguda. 17 al 19 de mayo de 2023 Madrid.

7

Participación en comunicación oral presentada en el XXVI congreso nacional de la asociación española de coloproctología. Valor pronóstico de las escalas WSES y Hinchey modificada por Wasvary en pacientes con diverticulitis aguda. 17 al 19 de mayo de 2023 Madrid.

8

Presentación poster en la XXIV Reunión nacional de cirugía de la Asociación española de cirujanos. Relación entre las escalas WSES y Hinchey modificada y los factores de mal pronóstico en la diverticulitis aguda. Asociación española de cirujanos. Alicante 24 al 27 de octubre de 2023.

9

Participación en el poster presentado en la XXIV Reunión nacional de cirugía de la Asociación española de cirujanos. Fístula gastropericárdica ¿Qué hemos aprendido en este siglo? Asociación española de cirujanos. Alicante 24 al 27 de octubre de 2023.

10

Participación como profesor en el VIII curso de inmersión clínica en cirugía bariátrica, organizado por la Asociación española de cirujanos. 30 al 31 de octubre de 2023 Hospital Universitario Puerta del Mar. 18 horas lectivas

11

IV curso avanzado de cirugía de la pared abdominal para residentes, organizado por la Asociación española de cirujanos. 8 al 10 de noviembre de 2023. Hospital Universitario Virgen del Rocío. 21 horas lectivas.

12

Admisión en la escuela de doctorado de la Universidad de Cádiz. Noviembre 2023.

Dra. Ainhoa Maestu Fonseca:

1

Master en Cirugía General

En proceso

Universidad Cardenal Herrera.

Máster: En Cooperación Internacional y Colaboración al Desarrollo

2

Experto Universitario en cirugía general

Universidad CEU Cardenal Herrera

10 octubre de 2022 – 10 Abril de 2023

3

Experto Universitario en Cirugía Esofagogástrica y Bariátrica

Universidad CEU Cardenal Herrera

14 agosto de 2022 al 14 febrero de 2023

Experto Universitario en cirugía Hepatobiliar

Universidad CEU Cardenal Herrera

9 de agosto de 2022 a 9 de febrero de 2023

4

Experto Universitario en Cirugía Colorrectal

Universidad CEU Cardenal Herrera

8 de septiembre de 2022 a 8 de septiembre de 2023

5

Experto Universitario en Acción Humanitaria y Derecho Internacional con Perspectiva de Género.

Tech Universidad tecnológica

29 de mayo de 2023 a 29/11/2023

6

Experto Universitario en Desarrollo Humano y Sostenible

Tech Universidad tecnológica

28 de febrero 2023 a 29 Agosto de 2023

7

Experto Universitario en Gestión de Proyectos de Cooperación y ONG para el desarrollo

Tech Universidad tecnológica

14 de Mayo 2023 a 14 de noviembre de 2023

8

Curso: XXI CURSO DE CIRUGÍA ESOFAGOGASTRICA PARA RESIDENTES DE 4º y 5º año

6-8 marzo de 2023

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

AEC

9

Congreso: Fundamentos Clínico-Quirúrgicos de Cirugía General

2-3 Marzo de 2023

Online

Universidad del Valle, Cali, Colombia

10

Congreso: II 20 y 21 de Febrero 2023

II Reunión de la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de las AEC

Curso: MUSEC

11 de marzo 2023

Hospital de Plasencia

11

Webinar: Cirugía Hepatobiliar en zonas de pocos recursos

30 de Marzo 2023

Online

AEC

12

Curso: Abordaje sobre cadáver de procedimientos invasivos en situaciones de emergencia

Colegio de Médicos de Cádiz

15, 16 y 17 de Noviembre 2023

13

Congreso: IV Congreso de Cooperación Internacional de la OMC: Cambio Climático y Salud Global

25 y 26 de Mayo

Organización Médica Colegial (OMC) y Fundación para la cooperación internacional.

Valencia

14

Congreso: XXIV Reunión Nacional de Cirugía

24-27 de Octubre 2023

Alicante, AEC

15

Curso: Incidente con múltiples víctimas en situaciones especiales (IMVI) 3ª Edición.

Colegio de médicos de Cádiz

3-6 Abril de 2023

16

Curso: Advance Trauma Life Support (ATLS)

30 junio-1 y 2 de Julio

17

Curso: Ecografía Pulmonar

Colegio de médicos de Cádiz

26 Marzo-3 Mayo 2023

18

Curso: VIII CURSO DE ASPECTOS GENERALES BÁSICOS DE LA CIRUGÍA TORÁCICA PARA RESIDENTES

19 y 20 de Octubre 2023

AEC

19

Curso: XXIV CURSO DE FORMACIÓN AVANZADO EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

3-6 de Octubre 2023

AEC

20

Sesión Hospitalaria: La enfermedad como experiencia humana

Hospital Universitario Puerta del Mar

31 Marzo 2023

21

Curso: Fase Online Curso de Cirugía Endocrina para residentes

AEC

Dra. Angela Fernandez Jimenez:

Título: XXVI Curso de la Hernia Inguinal

Fecha: 24 de Noviembre de 2023.

Lugar: SEDE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SEVILLA. (RICOMS)

Organizado por: Asociación Española de Cirujanos

Horas lectivas: 8 horas.

Título: X Curso On Line para residentes: Iniciación a la Cirugía Bariátrica y Metabólica

Lugar: Online

Organizado por: Asociación Española de Cirugía (AEC).

Título: Piloto Jornadas Presenciales Programa SutureD 2023

Fecha: 14 de Diciembre de 2023

Lugar: Madrid

Organizado por: Ethicon

3.2- Enfermería:

Todo el Personal de enfermería de la planta de Cirugía acudió en Marzo y en Octubre al curso realizado y organizado por la UGC Cirugía general sobre manejo de los Estomas.

Docente: MariPaz Bienvenido Ramirez, enfermera estomaterapeuta de la Unidad.

5- PERTENENCIA A COMISIONES

Dra. M^a Carmen Bazan Hinojo

Vocal Grupo de mejora del Proceso CCR.

Vocal Comité Tumores Digestivos.

Dra. Amparo Valverde Martinez:

Vocal en :Comités de Nutrición

Vocal Comité de Politraumatizado

Vocal Comision de tumores digestivos

Vocal Comité de hepatocarcinoma

Dra. M^a Jesus Castro Santiago

Vocal Comité de tumores digestivos

Vocal Comité de hepatocarcinoma

Dr. Alonso Camacho Ramirez

Vocal Comité de tumores digestivos

Vocal Comité de hepatocarcinoma

Dra. Eva Maria Sancho Maraver:

Grupo de Cáncer PIOA HUPM Cádiz

Vocal comité tumores digestivos

Directora Grupo Mejora Proceso Cáncer Colorectal HUPM

Dr. Daniel Perez Gomar:

Miembro del Comite de cabeza y cuello HUPM

Miembro del comite de Endocrinologia y cirugía bariátrica y metabólica HUPM
Vocal Comite de tumores Digestivo HUPM

Dr. Ander Bengoechea Trujillo

Miembro del comite de Endocrinologia y cirugía bariátrica y metabólica HUPM
Vocal Comite de tumores Digestivo HUPM
Vocal Comité de Seguridad Clínica
Vocal del Comité de Seguridad del Paciente

Dra. M^a Dolores Casado Maestre:

Miembro comité de tumores digestivos enero 2022-diciembre 2022
Miembro comité de hepatocarcinoma enero 2022-diciembre 2022

Dr. Jose Manuel Pacheco García:

Presidente del Comite multidisciplinar de tumores digestivos
Miembro del comite de Endocrinologia y cirugía bariátrica y metabólica HUOPM

Dra. M^a de los Angeles Mayo Ossorio

Vocal Comite multidisciplinar de tumores digestivos
Vocal Comite de Profilaxis y política antibiotica
Vocal Junta facultativa HUPM
Vocal del Comité de etica de la investigacion de Cádiz

6- PERTENENCIA A SOCIEDADES CIENTIFICAS

Dr. Alonso Camacho Ramirez:

Asociación Española de Cirugía.
Asociación Andaluza de Cirujanos.

Dra. M^a Carmen Bazan Hinojo

Miembro Socio de la AEC.

Dra. Eva Maria Sancho Maraver

Secretaria de la Asociación Andaluza de Cirujanos
Miembroi AEC

Dr. Daniel Perez Gomar:

Miembro de la Asociación Andaluza de Cirujanos
Miembro de la Asociación Española de Cirujanos

Dr. Ander Bengoechea trujillo

Asociacion Española de Cirujanos

Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad.
International Federaration for Surgery of Obesity

Dra: Amparo Valverde Martinez

Asociacion Española de Cirujanos
Grupo GERM

Dra. Tatiana Gómez Sánchez:

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

Dra. Violeta Camacho Marente

Miembro de la Asociación española de Cirujanos
Miembro de la Asociación Andaluza de Cirujanos
Miembro de la Asociación Andaluza de Patología Digestiva

Dra. M^a dolores Casado Maestre

Asociación española de cirujanos
Asociación andaluza de cirujanos

Dra. Ma Jesus Castro Santiago

Vocal y Redactora de la Revista de la Asociación Andaluza de Cirujanos (ASAC). Noviembre 2021.
Miembro de la Asociación Española de Cirujanos (AEC)
Miembro del CE-IHPBA (Capítulo Español de la International Hepato Pancreato Biliary Association).
Miembro del TTD (Grupo de Tratamiento de los Tumores Digestivos).
Miembro del GETNE (Grupo Español de Tumores Neuroendocrinos y Endocrinos)

Dra. M^a de los Angeles Mayo Ossorio

Miembro de la Asociación española de Cirujanos
Miembro de la Asociación Andaluza de Cirujanos
Miembro de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad
Miembro de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral SENPE
Miembro de la ISFO
Miembro de la European Asociation Endoscopic Surgery.
Miembro del Grupo GERM
Miembro de la Seccion de tumores mesenquimales y sarcomas de la AEC
Vocal de la Sección de Cirugía Bariátrica y metabólica de la AEC
Vocal de la Sección de Cirugía Esofagogastrica de la AEC

Dr. Javier Varela Recio:

Asociación Española de Cirujanos (AEC).

Asociación Andaluza de Cirujanos (ASAC).

Asociación Española Coloproctología (AECP).

Dra. Tatiana Gomez Sanchez:

Miembro Asociación Española de Coloproctología

Miembro Asociación Española de Cirujanos

Miembro del Grupo de Trabajo Jóvenes Coloproctólogos de la AECP.

Miembro de Grupo S-Covid Collaborative Group de la ESCP.

Dra. Violeta Camacho Marente

Miembro de la Asociación española de Cirujanos

Miembro de la Asociación Andaluza de Cirujanos

Miembro de la Asociación Andaluza de Patología Digestiva

Dra. Virginia Gonzalez Rodicio:

MIEMBRO DE LA SOCIEDAD DE CIRUJANOS DEL NORTE

MIEMBRO DEL GRUPO ESPAÑOL DE CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL GECOP DESDE 2020.

Dr. Jose Manuel Pacheco García.

Miembro de la Asociación española de Cirujanos

Miembro de la Asociación Andaluza de Cirujanos

Miembro de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad

Miembro de la ISFO8

7- FORMACION ACADREMICA IMPARTIDA.

7-1.Facultativos

Dr. Alonso Camacho Ramírez.

Tutor clínico del departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz.

Dr. Ander Bengoechea Trujillo:

Tutor clínico del departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz.

Dra. Tatiana Gómez Sánchez:

Tutor clínico del departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz.

Dra. Violeta Camacho Marente

Tutor clínico del departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz.

Dr. Francisco Romero Aceituno

Tutor clínico del departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz.

Dr. Alberto Fierro Aguilar

Tutor clínico del departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz.

Dra. Ainhoa Maestu Fonseca

Tutor clínico del departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz.

Dra. Angela Ortiz Sanchez

Tutor clínico del departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz.

Dr. José Antonio Aragón Encino

Tutor clínico del departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz.

Dra Nerea Foncubierta Nuñez

Tutor clínico del departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz.

Enfermería:

M^a Paz Bienvenido: Tutors clínica enfermería UCA

M^a del Carmen Rodriguez Bello: tutora clínica enfermería UCA

Isabel Gamez: tutora clínica enfermería UCA

Milagrosa del Camnpo Romero: tutora clínica enfermería UCA

7-2. Profesores asociados

Dra. María Jesús Castro Santiago

Profesora Asociada CC. Salud en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz (UCA).

Dra. M^a Carmen Bazan Hinojo

Profesora Asociada CC. Salud en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz (UCA).

Dra. Eva Maria Sancho Maraver:

Profesora Asociada CC. Salud en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz (UCA).

Dr. Daniel Perez Gomar:

Profesor Asociada CC. Salud en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz (UCA).

Dra. Amparo Valverde Martinez

Profesora Asociada CC. Salud en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz (UCA).

Dr. José Ramon Castro Santiago

Profesor Asociada CC. Salud en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz (UCA).

Dr. José Manuel Pacheco García

Profesor Asociada CC. Salud en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz (UCA).

Coordinador de rotatorio Clínico de Cirugía HUPM de Sexto de Medicina

Dra. M^a de los Angeles Mayo Ossorio

Profesora Asociada LOU Coordinadora asignaturas de

Fundamentos de Cirugía

Patología quirúrgica del Aparato circulatorio y respiratorio.

Miembro del Departamento de Cirugía de la Facultad de medicina de Cádiz

7-3. Tutores residentes

Dra. Amparo Valverde Martinez:

Tutora del Programa de Formacion. Nombramiento de Colaborador Docente para la formación de residentes por la Comisión de HUPM de Cádiz: Marzo 2023.

Dr. Ander Bengoechea Trujillo

Tutor del Programa de Formación en la especialidad de Cirugía General y Aparato Digestivo en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz

Dra. M^a Dolores Casado Maestre:

Tutora del Programa de Formación en la especialidad de Cirugía General y Aparato Digestivo en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz

8- PROFESIONALES ACREDITADOS POR LA ACSA.

Dra. María Jesús Castro Santiago

En proceso de acreditación.

Dra. M^a Carmen Bazan Hinojo:

Acreditada Nivel Experto.

Dra. M^a de los Angeles Mayo Ossorio

En Proceso de reacreditación.d

Dra. Tatiana Gómez Sanchez

Acreditación nivel EXCELENTE de competencia profesional. Fecha: 13/1/2022.

Dra. Violeta Camacho Marente

Acreditación Nivel Experto

Enfermería: M^a Paz Bienvenido:

Acreditación de Enfermero/a de Práctica Avanzada en Cuidados a Personas con Ostomías

9- OTROS.

Dra. M^a de los Angeles Mayo Ossorio:

Evaluadora de Comunicaciones de Cirugía Esofagogastrica en el 34 Congreso Nacional de Cirugía celebrado del Noviembre de 2023.

Evaluadora de Comunicaciones de Cirugía Bariátrica y metabólica en la RNC Noviembre de 2023.

Evaluadora de Comunicaciones de Cirugía Bariátrica en el XXIV Congreso Nacional de la Sociedad de Cirugía bariátrica y metabólica 2023

Dra. Violeta Camacho Marente:

Miembro de la European Society for Trauma, Emergency Surgery (ESTES) Cohort Studies Group. Investigadora colaboradora.

Dra. Ainhoa Maestu Fonseca:

Rotación en Cirugía de Trauma y control de Daños
Hospital Universitario del Valle, Universidad del Valle
Cali, Colombia

Beca para rotación Internacional para Residentes de 4 año
Otorga: Asociación Española de Cirujanos.

Beca de Cooperación Internacional:
Otorga: Asociación Andaluza de Cirujanos.

Premio Proyectos Solidarios:
Proyecto: Hospitalización Domiciliaria en Proyecto quirúrgico en San Borja.
Otorga: Medtronic. Lugar: Congreso Nacional de Cirugía.

Dra. Amparo Valverde Martínez:

INTERNATIONAL IMMERSION PROGRAM COURSE IN HEPATOBILIARY AND PANCREATIC SURGERY. Fecha: del 5 de Agosto al 15 de Agosto de 2023. Lugar: Shanghai, China. Hospital Xuzhou Medical University.

Premios Servicio:
XXVIII REUNIÓN DE LA SECCIÓN DE CIRUGÍA ESOFAGO-GÁSTRICA: primer premio póster.
TÍTULO DEL TRABAJO: “Preapp aplicación para la rehabilitación ambulatoria en pacientes con patología oncológica esofagogástrica”. Fecha: del 29 al 32 de Marzo de 2023. Lugar: Ateneo Mercantil de Valencia.

Resumen final

La presente memoria refleja el esfuerzo, la entrega y la excelencia del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Puerta del Mar. Durante este año, hemos consolidado una intensa actividad asistencial, científica y docente, siempre guiada por el compromiso con nuestros pacientes y la vocación de servicio público.

Cada intervención, cada publicación, cada proyecto de investigación y cada hora de docencia representan la suma de un equipo cohesionado y multidisciplinar, que trabaja con rigor y pasión para alcanzar la mejor atención posible.

Los retos afrontados nos impulsan a seguir creciendo y a reforzar nuestra apuesta por la innovación, la formación continua y la calidad asistencial. El futuro se nos presenta con nuevas oportunidades y estamos preparados para afrontarlas con la misma ilusión, energía y espíritu de superación que nos caracteriza.

Porque el mayor valor de nuestro Servicio son sus profesionales, su capacidad de trabajar en equipo y su firme compromiso con la sociedad. Este camino de esfuerzo compartido nos anima a mirar al próximo año con esperanza y confianza, seguros de que los logros alcanzados son solo el inicio de nuevas metas por conquistar.



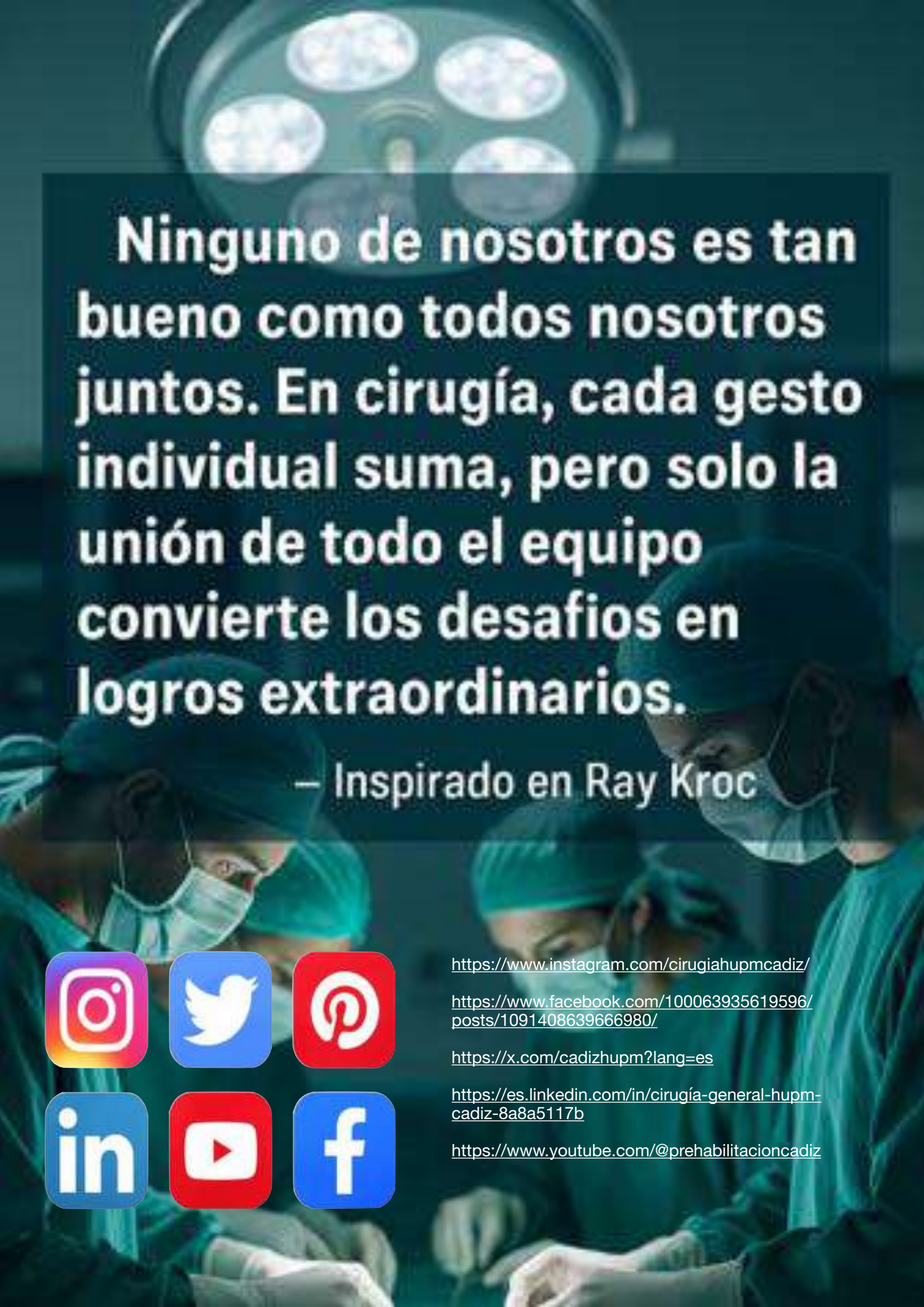
José Manuel Pacheco García

Jefe de Servicio Cirugía HUPM



Mª de los Angeles Mayo Ossorio

Jefe de Sección Cirugía HUPM



Ninguno de nosotros es tan bueno como todos nosotros juntos. En cirugía, cada gesto individual suma, pero solo la unión de todo el equipo convierte los desafíos en logros extraordinarios.

– Inspirado en Ray Kroc



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

<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>

