

# Revista de Prensa

Del 01/06/2023 al 30/06/2023



# Premio a un médico de Almería por un estudio sobre cáncer

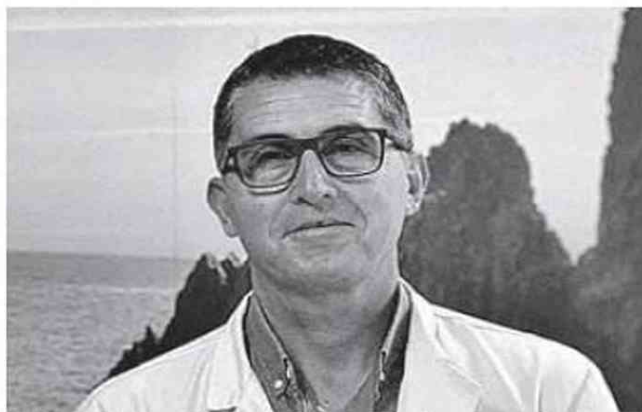
Ángel Reina ha sido galardonado con el premio Dr Lino Torre por su investigación oncológica

## LA VOZ

El jefe de Cirugía del Hospital Universitario Torrecárdenas, Ángel Reina, ha obtenido el Premio Dr. Lino Torre al mejor trabajo de Investigación Quirúrgica, que otorga el Hospital del Mar de Barcelona.

Este XXIV Premio Dr. Lino Torre en investigación quirúrgica está destinado a reconocer a los profesionales de Cirugía General que hayan publicado un trabajo de investigación en la literatura médica, durante el año natural precedente al del otorgamiento del premio.

Se trata de un galardón de alto prestigio que premia su participación en el estudio "Tautem", liderado por el doctor Xavier Serra y que ha obtenido unos grandes resultados en la oncología.



El doctor Ángel Reina, de Torrecárdenas. LA VOZ

En concreto, el grupo de investigadores de Cirugía Colorrectal del Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí ha demostrado que sometiendo al paciente a un tratamiento de quimio-radioterapia local y, posteriormente, a una mínima cirugía local, mejora la morbilidad y evita las se-

cuels permanentes, constituyéndose además en una alternativa poco invasiva.

El estudio se ha llevado a cabo en 17 hospitales, entre ellos el Hospital Torrecárdenas de Almería y cuenta con 173 pacientes aleatorizados. El estudio ha recopilado datos de 12 enfermos del hospital almeriense, que ha

sido el séptimo centro con más pacientes reclutados.

Gracias a los datos conseguidos en estos centros, se ha concluido que en un 44% de los casos la quimio-radioterapia ha eliminado el tumor, y en un 70% lo ha reducido de forma considerable. Además, las complicaciones post-operatorias y las tasas de hospitalización han sido significativamente menores.

Estos resultados han supuesto un gran avance para el futuro de la investigación y la medicina oncológica y de ahí el premio a los responsables, entre ellos el cirujano de Torrecárdenas.

Ángel José Reina Duarte, natural de Linares (Jaén), es licenciado y doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada (1988 y 1995).

Desde el año 2001 es miembro de la Unidad de Cirugía Colorrectal del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Complejo Hospitalario Torrecárdenas y desde 2018 es jefe del Servicio de Cirugía del mismo centro.

El doctor Reina ha sido vocal de la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos, de la Junta Directiva de la Asociación Española de Coloproctología, y actualmente es vocal por Almería en la Junta Directiva de la Asociación Andaluza de Cirujanos (ASAC).

# A

**NO 2019. EL SISTEMA SANITARIO** español alcanza su máximo histórico en número de intervenciones quirúrgicas: 5,39 millones sumando prestadores públicos y privados. La progresiva apertura de nuevos hospitales y ampliaciones de los existentes desde la primera década del siglo XXI se podía traducir en más quirófanos y más cirugía en constante progresión (ver pág. 8). Y llegó 2020 y, con él, una pandemia que, entre otras desgracias, provocó una brutal caída en la actividad sanitaria no covid. Concretamente, 1,86 millones de cirugías dejaron de hacerse, dejando la actividad quirúrgica en España a niveles de principios de siglo.

Llegamos a 2021, y la recuperación del volumen de intervenciones fue de cerca del 12%, o sea, no tocando el techo de los cinco millones, cifra que se había alcanzado en 2014.

No hay datos más actualizados en Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad, fuente de la que los técnicos del Proyecto Venturi han extraído los datos para elaborar su informe *Monitorización de la Actividad Quirúrgica en España*. Según sus estimaciones, "a tenor del rendimiento quirúrgico actual, y al ritmo de crecimiento de actividad interanual, se tardarán no menos de 9 años en recuperar la normalidad". En el mejor de los casos -según las tasas de incremento de la actividad en la serie 2010-2019, resto de variables *ceteris paribus*-. En el peor, serían 84 años.

Y es que no basta con hacer las cirugías pendientes, puesto que una intervención no es sino una sucesión de acontecimientos. Según la Asociación Española de Cirujanos (AEC), "para poder retomar los niveles de actividad quirúrgica previos a la pandemia será necesaria la creación de protocolos específicos y el incremento del número de salas de reanimación postquirúrgica, de camas de hospitalización y de profesionales sanitarios, entre los que se encuentran anestesiólogos, cirujanos y enfermería".

Durante 2020, la covid provocó que en el SNS se llevaran a cabo cerca de dos millones de cirugías menos de lo que se preveía según las cifras de años anteriores. Este descenso da lugar a muchas preguntas; la principal es ¿cuándo recuperarán los quirófanos la normalidad?

TEXTO ROSALÍA SIERRA

## La cirugía, víctima de la covid...

Tal y como apunta Salvador Peiró, investigador de la Unidad de Investigación en Servicios de Salud y Farmacoepidemiología (Fisabio-Salud Pública), de Valencia, "un quirófano no es solo un espacio. Incluye cirujanos, anestesiólogos, instrumentistas, otros profesionales (por ejemplo, perfusionistas sin hablamos de cardiovascular), camas disponibles y, según cirugía y tipo de paciente, camas de críticos".

**DESDE LA INDICACIÓN.** Además, una cirugía no empieza en el quirófano, sino en la indicación. Y a la indicación se llega vía pruebas diagnósticas: según los datos manejados por la AEC y la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (Sedar) en su proyecto *Te cuidamos-quirófano seguro*, en 2020 se redujeron un 18% el número de colonoscopias y un 35% las pruebas de diagnóstico por la imagen, por citar dos ejemplos. A su juicio, es necesario "incrementar el número de cirugías en un 30%,

según los datos estimados presentados por varios hospitales españoles, y recuperar las tasas de diagnóstico anteriores a la entrada de la covid-19".

Hay que tener en cuenta, asimismo, que "parte de las intervenciones de menos en 2020 no se habrán indicado, de las indicadas parte se habrán realizado en la privada o en la pública, parte habrán mejorado espontáneamente, parte (pandemia por medio) habrán fallecido", afirma Peiró.

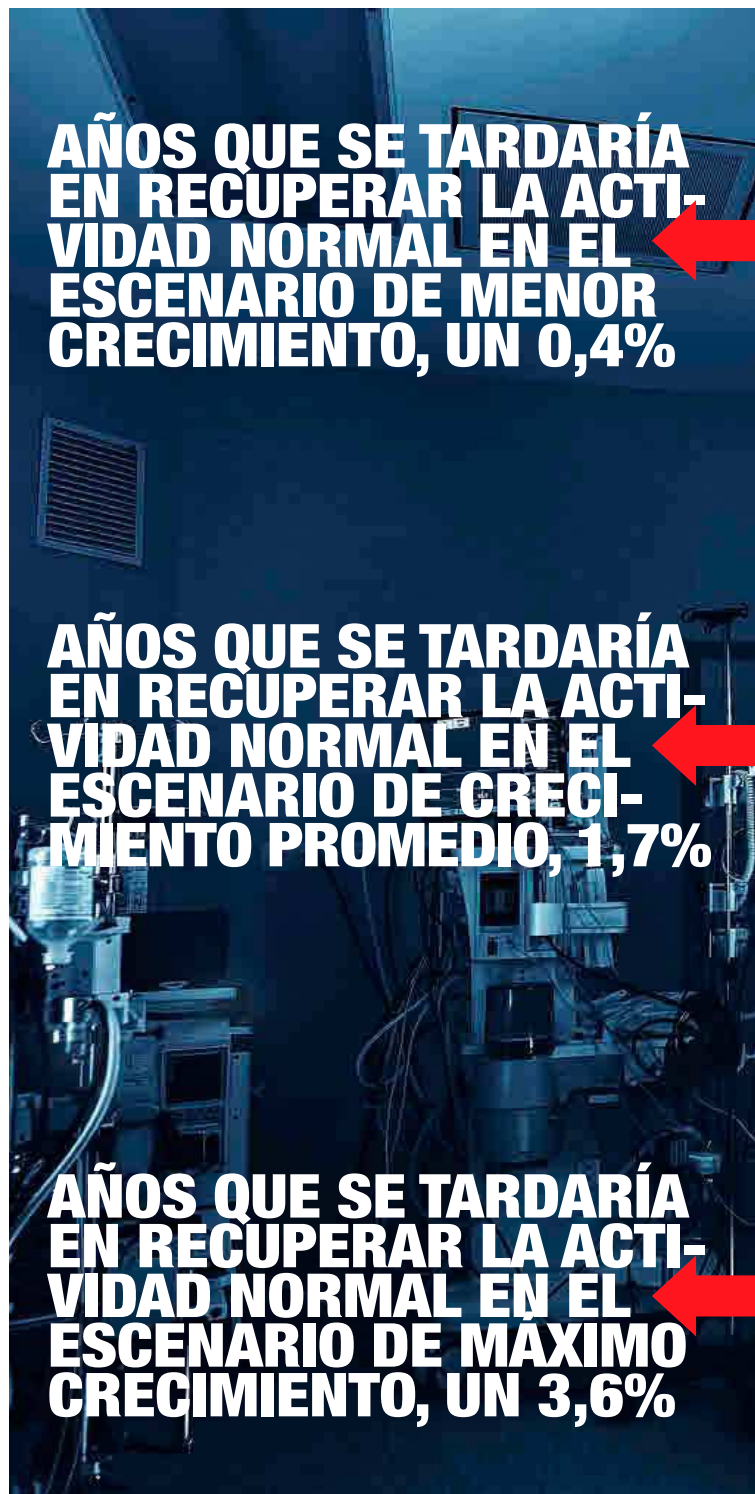
**NO TODAS LAS CIRUGÍAS SON IGUALES.** Una vez indicadas las distintas cirugías, "no deberíamos ver retrasos en intervenciones de alto valor -cirugía de mama, por ejemplo- o atención urgente a personas con ictus o infarto. Las cirugías de dudoso valor -una gran proporción de las que están en lista de espera- se retrasaron en favor de las primeras", afirma Enrique Bernal, investigador principal del grupo de Ciencia de Datos para la Investigación en Servicios y Políticas Sanitarias del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS).

Este grupo está a punto de publicar dos artículos en el *European Journal of Public Health* con una comparativa internacional ("y datos muchos más granulares que los reportados en las estadísticas al uso") que concluye que "el tiempo de retraso en primer tratamiento de cáncer de mama desde el diagnóstico en Aragón no se resintió, a diferencia de otros países (Bélgica, Italia y Reino Unido)".

Sin embargo, según los datos facilitados por la AEC y la Sedar, en varios hospitales de referencia de diferentes comunidades autónomas existe una reducción entre el año 2019 y 2020 de un 30% en cirugías relacionadas con el aparato digestivo o la cirugía cardíaca, entre otras.

A esto se suma que el retraso del diagnóstico -evidenciado en estudios realizados por la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) en su *Observatorio de Atención al Paciente* o el estudio *Impacto covid en personas con enfermedades crónicas*- ha supuesto un aumento de las tasas de enfermedades como la apendicitis perforada en un 14% con respecto al 2019 o la tasa de adenomas de alto riesgo, al igual que su tamaño.

Esto se debe a la falta de seguimiento o al diagnósti-



**AÑOS QUE SE TARDARÍA EN RECUPERAR LA ACTIVIDAD NORMAL EN EL ESCENARIO DE MENOR CRECIMIENTO, UN 0,4%**

**AÑOS QUE SE TARDARÍA EN RECUPERAR LA ACTIVIDAD NORMAL EN EL ESCENARIO DE CRECIMIENTO PROMEDIO, 1,7%**

**AÑOS QUE SE TARDARÍA EN RECUPERAR LA ACTIVIDAD NORMAL EN EL ESCENARIO DE MAXIMO CRECIMIENTO, UN 3,6%**



co tardío, donde también se ven afectadas pruebas endoscópicas como las citadas colonoscopias o las gastroscopias, reducidas también en un 16%, lo que conlleva a una detección de la enfermedad por parte del profesional en estadios muy avanzados.

En este sentido, y en relación al déficit en la atención sanitaria, la POP destaca que durante los primeros meses de pandemia, el 69% de los pacientes crónicos sufrió la cancelación de las consultas que tenía programadas antes de la crisis, retrasando, por tanto, la obtención de diagnósticos.

Por otro lado, según un informe de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y la Red Española de Registros de Cáncer (Redecan), hasta un 20% de pacientes oncológicos no fueron diagnosticados en nuestro país a causa de la crisis del SARS-COV-2.

## ... y en parte irrecuperable

**¿CÓMO RESOLVER LA SITUACIÓN?** Según el informe del Proyecto Venturi, "un mayor crecimiento de la actividad que permita acortar los tiempos de recuperación pasa, ineludiblemente, por un incremento de la optimización de los quirófanos existentes, pues sumar nuevos es costoso e insuficiente para resolver el grave problema creado".

Desde luego, algo es posible hacer para incrementar el rendimiento quirúrgico, dado que "los quirófanos de los hospitales privados dedicados a la prestación pública son los que más rendimiento tienen (en el año 2021, 1.477 intervenciones quirúrgicas anuales frente los 974 de los públicos y a los 1.194 privados dedicados fundamentalmente a la prestación privada)".

Ojo, que estos datos tienen *trampa*, ya que, según recuerda Peiró, "el mix de cirugía que hace la pública, lo que deriva (concierta) y la que hace la privada no tienen nada que ver. Hay hospitales privados que pueden parecerse a un público

pero el promedio de tipos de cirugía es muy diferente. Derivamos cataratas, fimosis, tunel carpiano, hernias... pero muy poco cáncer, poco *bypass*, ningún trasplante... También se *quedan* el trauma urgente (caderas, politraumatismos), se deriva la cirugía electiva. No puede contar igual una intervención de fimosis y una fractura de cadera".

Del mismo modo, no todos los quirófanos son iguales en su capacidad de operar, "no solo por el quirófano, sino por los recursos asociados. Por ejemplo, algunas cirugías requieren una cama de críticos asociada. Eso sí, coincido en que la pública puede mejorar mucho".

Y es que si nos restringimos a la actividad privada no concertada, "ya hemos digerido la bolsa de pacientes acumulada, solo hemos tardado un año más en alcanzar la velocidad de crucero en el número de cirugías", sostiene Juan Abarca, presidente del Instituto para el Desarrollo y la Integración de la Sanidad (Fundación IDIS). Explica que el sector privado ha incrementado su actividad por encima de la media durante 2022, y que el sector público debería dar también un empujón a su productividad, porque "los pacientes no se pueden permitir que haya esa diferencia".

Considera Abarca que "habría que introducir los mecanismos necesarios para que esa actividad aumente, pero la realidad es que la rutina del sector público es diferente. El régimen estatutario no permite recuperar el trabajo más allá de la jornada laboral y las peonadas, y no parece que haya interés en cambiarlo".

Pero es que el problema aún no ha terminado: aún se continúan reprogramando intervenciones por infecciones de covid en los pacientes, cuando la AEC y Sedar ya aconsejaron "sustituir las medidas empleadas hasta ahora como los cribados universales o la separación de pacientes en circuitos diferenciados por una selección específica de pacientes de riesgo". En cualquier situación, un positivo para covid no debe ser motivo de aplazamiento un excesivo tiempo, siendo necesario llevar a cabo una valoración individualizada del caso", sentencian, ya que "la prioridad quirúrgica debe ser el factor de decisión primordial".

### Colaboración multidisciplinar por la calidad y seguridad en la asistencia sanitaria

## GESTORES, ESPECIALISTAS E INDUSTRIA HACEN FRENTE COMÚN PARA REDUCIR LA TASA DE INFECCIONES POSTOPERATORIAS EN LOS ESPACIOS QUIRÚRGICOS

- El Hospital Universitario La Paz ha acogido la jornada de presentación del 'Programa de Reducción de la Infección Quirúrgica', promovido por la Asociación Española de Cirujanos con la colaboración con la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria y de la Fundación Tecnología y Salud, y el apoyo de 17 sociedades científicas.
- Las infecciones postoperatorias son la complicación más frecuente de la cirugía en nuestro país y afectan al 5% de pacientes que son sometidos a cirugía mayor; aunque los expertos recalcan que esta tasa podría reducirse un 50% con la actuación coordinada de todos los servicios y profesionales implicados en el periodo perioperatorio.
- El PRIQ-O identifica un paquete de *bundles* (medidas) a priorizar en los procedimientos quirúrgicos de los hospitales, en sinergia con otros programas ya consolidados en España y las estrategias del Ministerio y las CC. AA.



El Hospital Universitario La Paz de Madrid ha acogido la presentación del Programa de Reducción de la Infección Quirúrgica (PRIQO), realizado en el marco del proyecto Observatorio de Infección en Cirugía (OIC), impulsado por la Asociación Española de Cirujanos con la colaboración de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria y de la Fundación Tecnología y Salud, y el apoyo de 17 sociedades científicas. En esta jornada, gestores sanitarios, especialistas y representantes de la industria han podido conocer a fondo el contenido y objetivos de esta iniciativa que promueve la cultura de la calidad y la

seguridad en la asistencia sanitaria estableciendo, en este ámbito concreto, recomendaciones, protocolos de consenso y líneas de trabajo conjuntas para continuar reduciendo la tasa de infecciones postoperatorias en los espacios quirúrgicos.

Según ha destacado **Fernando Bandrés, presidente de la Fundación Tecnología y Salud**, *"no cabe duda de que fomentar la cultura de la seguridad en el ámbito quirúrgico y, en concreto, disminuir la tasa de infecciones es clave para mejorar la calidad asistencial, los resultados en salud y la eficiencia del sistema sanitario"*. *"En nuestra Fundación estamos muy satisfechos de colaborar en todos aquellos proyectos como el OIC que promueven la cultura de la calidad y seguridad en la asistencia sanitaria desde un enfoque multidisciplinar, y que desarrollan iniciativas como este programa que pueden servir como herramienta de referencia en la práctica clínica de los hospitales"*, añade **Margarita Alfonsel, secretaria del Patronato de la Fundación Tecnología y Salud**.

En concreto, la infección postoperatoria es la complicación más frecuente de la cirugía en nuestro país y afecta al 5% de pacientes que son sometidos a cirugía mayor. Por ello, el **doctor Josep María Badía, especialista del Servicio de Cirugía del Hospital Universitario de Granollers y coordinador del OIC**, también ha destacado la importancia de estas acciones multidisciplinarias ya que *"las infecciones postoperatorias podrían reducirse con la actuación coordinada de todos los servicios hospitalarios implicados, por lo que debe abordarse como una labor de equipo que implique a los profesionales de cirugía con el resto de personal implicado en la infección quirúrgica, como los especialistas en enfermedades infecciosas, medicina preventiva y farmacia"*.

La jornada ha contado, asimismo, con la participación del **Dr. Miguel de Blas García, subdirector médico del Área Quirúrgica del Hospital Universitario La Paz**, quien ha expuesto que *“los equipos directivos tienen que ser parte activa de la lucha contra la infección postoperatoria”. “Debemos liderar el cumplimiento de las medidas, la realización de protocolos y la medición de resultados. Lo más importante es lograr buenos resultados en el paciente, pero también hay que pensar en los aumentos de estancia y costes que producen las infecciones”*, ha concretado.

En el Hospital La Paz, a través de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos, existe un grupo de cirugía segura que es quien coordina las iniciativas. Entre las actividades realizadas este año destacan: realizar e implementar los protocolos de normotermia y normoglucemia intraoperatoria, mejorar la información a los pacientes para la aplicación de mupirocina nasal, protocolos de manejo del apósito quirúrgico y acortar la estancia hospitalaria postquirúrgica con programas de hospitalización a domicilio.

### Recomendaciones basadas en la evidencia en España

El Programa de Reducción de la Infección Quirúrgica es una iniciativa del Observatorio de Infección en Cirugía (OIC) para disminuir la infección postoperatoria en los diversos tipos de especialidades quirúrgicas, dado que diversos estudios de este Observatorio han demostrado aspectos mejorables en la aplicación sistemática de las recomendaciones basadas en la evidencia en España.

Como parte del programa PRIQ-O, recientemente se elaboró el documento **‘Recomendaciones Perioperatorias para la Prevención de la Infección de Localización Quirúrgica’**, el cual ha sido desgranado en esta jornada. Junto a las consecuencias clínicas, este documento destaca la también **importante carga económica asociada a una infección postoperatoria**, debido a la hospitalización prolongada, la morbilidad asociada, las pruebas diagnósticas y el tratamiento. *“La revisión de la evidencia científica realizada en el PRIQ-O, pretende, más allá de obtener una nueva guía de práctica clínica, evaluar las medidas preventivas y adaptar las recomendaciones existentes a nuestro contexto para evitar las complicaciones infecciosas de las intervenciones quirúrgicas”*, ha expuesto el doctor **Rafael M. Ortí, presidente de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSPGS) y también coordinador del OIC**.

Como *bundles* en los que trabajar para reducir la tasa de infecciones postoperatorias en los espacios quirúrgicos, el PRIQ-O identifica un paquete de **10 medidas generales de prevención a priorizar en los procedimientos quirúrgicos de los hospitales**, en sinergia con otros programas ya consolidados en España —también referenciados en esta jornada— como Infección Quirúrgica Cero, el Programa de Cirugía Segura o el Programa ERAS, así como los planes de seguridad del paciente del Ministerio de Sanidad y de las comunidades autónomas.

En concreto, tras el proceso de priorización acometido, los *bundles* propuestos para todo el periodo perioperatorio son: ducha preoperatoria; descontaminación de la piel con soluciones alcohólicas; no eliminación del vello del campo quirúrgico o eliminación con maquinilla eléctrica; profilaxis antibiótica sistémica adecuada (inicio 30-60 minutos antes de la incisión, modificación de dosis según características del paciente, uso preferente en monodosis, administración de dosis intraoperatoria si indicada, no superar las 24 h de profilaxis); uso de técnicas endoscópicas y abordajes mínimamente invasivos; correcta higiene quirúrgica de manos; mantenimiento de la normotermia; uso de protectores-retractores plásticos de herida; protocolo intraoperatorio de cambio de guantes; y cambio de material quirúrgico y auxiliar antes del cierre de las heridas contaminadas. Complementariamente, se identifican *bundles* específicos con medidas para especialidades quirúrgicas particulares, como cirugía colorrectal, cirugía cardiovascular y cirugía ortopédica.

Cabe recordar que el OIC —proyecto en el que se enmarca este programa hoy presentado— fue promovido en 2018 por la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y está constituido por 17 sociedades científicas relacionadas con la infección quirúrgica. Además de las 13 quirúrgicas, lo forman la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica (AEEQ), la Sociedad Española de Anestesia y Reanimación (SEDAR), la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas (SEIMC) y la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSPGS).

# Celebrado el VI Curso de Cirugía de Urgencias para Residentes

Organizado por la Asociación Española de Cirujanos

GUADALAJARA  
REDACCIÓN

El Hospital Universitario de Guadalajara ha acogido durante dos días la sexta edición del Curso de Cirugía de Urgencias para Residentes. Se trata de una formación organizada por la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y coordinada por el servicio de Cirugía del Hospital de Guadalajara con el objetivo de ampliar los conocimientos de los residentes de segundo, tercer y cuarto año

en el ámbito específico de la cirugía de urgencia.

Durante la apertura del curso, la directora médica del Área Integrada de Guadalajara, la cirujana Cristina Sabater Maroto, ha agradecido a la organización que hayan vuelto a escoger Guadalajara como sede y ha subrayado la importancia de esta formación para "aprender a actuar ante situaciones que os encontraréis cuando finalicéis vuestra residencia y que si no te han enseñado antes no se pueden resolver bien".

El jefe de Cirugía del hos-

pital, el doctor Roberto de la Plaza Llamas, ha agradecido el apoyo de la Gerencia y la implicación "generosa y desinteresada" del equipo de Cirugía para preparar el contenido del curso. Asimismo, ha destacado que Guadalajara haya sido escogida de nuevo para llevarlo a cabo, "todo un reconocimiento ya que sólo 18 servicios de Cirugía de España han sido elegidos". Es el tercer año que Guadalajara acoge esta formación, siendo la única sede con que cuenta en nuestra región.

El curso ha constado de una parte teórica que se complementa con talleres prácticos que se han desarrollado



El curso se ha celebrado durante dos días.

SESCAM

en dos jornadas intensivas en las que se han abordado temas entre los que se incluyen la gestión clínica en el ámbito de la Urgencia, colecistitis aguda, apendicitis aguda, sepsis, síndrome compartimental, hernias de pared complicadas, colitis, pancreatitis agudas, obstrucción intestinal, hemorragia digestiva y perforaciones. Asimismo se ha desarrollado un taller práctico de sistemas de abdomen abierto y cierre progresivo y se procederá al debate y discusión de diferentes casos clínicos.

Las cirugías urgentes representan entre el 20 y el 40 por ciento del trabajo diario de los servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo y exigen una gran preparación de los profesionales para hacer frente a las situaciones

que pueden encontrarse de forma imprevista.

Se trata de una formación muy específica y exigente dirigida a diez médicos internos residentes de Cirugía General y del Aparato Digestivo procedentes de hospitales de Lérida, León, Castellón, Ciudad Real, Madrid, Cáceres y Portugal, así como de la propia Guadalajara.

Han participado como docentes los doctores Roberto de la Plaza, Antonio López, Carmen Ramiro, Raquel Latorre, Farah Al Shweily, José Manuel García, Ignacio Gemio, Cristina García, Aylhín López, Begoña González, Daniel Díaz, Mariam Bajawi y Vanesa Catalán, todos ellos miembros del servicio de Cirugía del Hospital de Guadalajara.

Distribuido para ASOCIACION ESPAÑOLA DE CIRUJANOS \* Este artículo no puede distribuirse sin el consentimiento expreso del dueño de los derechos de autor.

# Celebrado el VI Curso de Cirugía de Urgencias para Residentes

Organizado por la Asociación Española de Cirujanos

GUADALAJARA  
REDACCIÓN

El Hospital Universitario de Guadalajara ha acogido durante dos días la sexta edición del Curso de Cirugía de Urgencias para Residentes. Se trata de una formación organizada por la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y coordinada por el servicio de Cirugía del Hospital de Guadalajara con el objetivo de ampliar los conocimientos de los residentes de segundo, tercer y cuarto año

en el ámbito específico de la cirugía de urgencia.

Durante la apertura del curso, la directora médica del Área Integrada de Guadalajara, la cirujana Cristina Sabater Maroto, ha agradecido a la organización que hayan vuelto a escoger Guadalajara como sede y ha subrayado la importancia de esta formación para "aprender a actuar ante situaciones que os encontraréis cuando finalicéis vuestra residencia y que si no te han enseñado antes no se pueden resolver bien".

El jefe de Cirugía del hos-

pital, el doctor Roberto de la Plaza Llamas, ha agradecido el apoyo de la Gerencia y la implicación "generosa y desinteresada" del equipo de Cirugía para preparar el contenido del curso. Asimismo, ha destacado que Guadalajara haya sido escogida de nuevo para llevarlo a cabo, "todo un reconocimiento ya que sólo 18 servicios de Cirugía de España han sido elegidos". Es el tercer año que Guadalajara acoge esta formación, siendo la única sede con que cuenta en nuestra región.

El curso ha constado de una parte teórica que se complementa con talleres prácticos que se han desarrollado



El curso se ha celebrado durante dos días.

SESCAM

en dos jornadas intensivas en las que se han abordado temas entre los que se incluyen la gestión clínica en el ámbito de la Urgencia, colecistitis aguda, apendicitis aguda, sepsis, síndrome compartimental, hernias de pared complicadas, colitis, pancreatitis agudas, obstrucción intestinal, hemorragia digestiva y perforaciones. Asimismo se ha desarrollado un taller práctico de sistemas de abdomen abierto y cierre progresivo y se procederá al debate y discusión de diferentes casos clínicos.

Las cirugías urgentes representan entre el 20 y el 40 por ciento del trabajo diario de los servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo y exigen una gran preparación de los profesionales para hacer frente a las situaciones

que pueden encontrarse de forma imprevista.

Se trata de una formación muy específica y exigente dirigida a diez médicos internos residentes de Cirugía General y del Aparato Digestivo procedentes de hospitales de Lérida, León, Castellón, Ciudad Real, Madrid, Cáceres y Portugal, así como de la propia Guadalajara.

Han participado como docentes los doctores Roberto de la Plaza, Antonio López, Carmen Ramiro, Raquel Latorre, Farah Al Shweily, José Manuel García, Ignacio Gemio, Cristina García, Aylhín López, Begoña González, Daniel Díaz, Mariam Bajawi y Vanesa Catalán, todos ellos miembros del servicio de Cirugía del Hospital de Guadalajara.



## Medio centenar de sanitarios aprenden en Gijón una nueva técnica para hernias leves

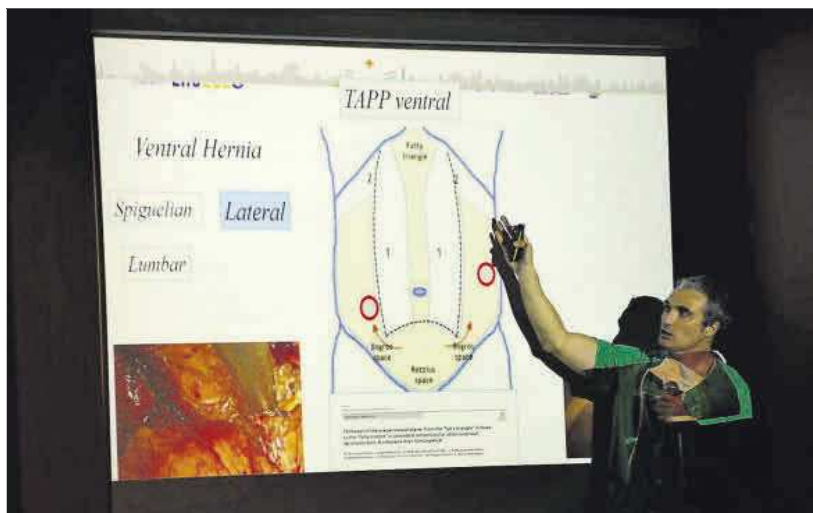
Cabueñes prueba en directo este método, por endoscopia, con una mujer con lesiones posparto

S. F. L.

Promovido por el servicio de Cirugía General y Digestivo de Cabueñes, el hospital acogió ayer en su salón de actos la retransmisión en directo de nuevas técnicas de reparación de hernias leves. Las operaciones corrieron a cargo de Juan Bellido, experto del Hospital Virgen de la Macarena de Sevilla, que explicó a medio centenar de cirujanos de toda la región las bases de una técnica apenas conocida en Asturias, la llamada «E-TEP», que permite tratar lesiones de hasta ocho centímetros de diámetro de manera endoscópica, sin cirugía abierta. «Los pacientes se quedan en el hospital un día, dos como máximo», señaló el cirujano gijonés Carlos Suárez.

La formación contó también con el apoyo de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y Sociedad Asturiana de Cirujanos (SAC) y supuso la primera gran puesta de largo de la intención de los cirujanos gijoneses de retransmitir en directo técnicas novedosas para otros profesionales, un proyecto que ya habían probado en marzo pero que ayer ya contó con cámaras y realizadores profesionales. Esto permitió que en total unos 50 profesionales de Asturias pudiesen ver en tiempo real la técnica de Bellido. «Ahora la idea es seguir formándonos y estudiando la técnica para ver si es viable hacerla desde aquí», aclaró Suárez.

La «E-TEP», según se explicó ayer, resulta «idónea» para mujeres con una doble lesión: diástasis de



Juan Bellido, explicando una de sus técnicas de reparación de hernias, ayer, en el salón de actos de Cabueñes. | A. G.

recto y hernia umbilical. Este era el perfil de la primera paciente operada ayer, que llevaba más de un año en fisioterapia sin ver resultados. El

otro paciente operado presentaba una hernia de Spiegel –bajo el oblicuo mayor, es poco habitual– y en él se aplicó otra técnica mínimamente

invasiva, llamada transabdominal preperitoneal (o TAPP), cuyo estudio no se abordó ayer de manera detallada.

# Celebrado el VI Curso de Cirugía de Urgencias para Residentes

Organizado por la Asociación Española de Cirujanos

GUADALAJARA  
REDACCIÓN

El Hospital Universitario de Guadalajara ha acogido durante dos días la sexta edición del Curso de Cirugía de Urgencias para Residentes. Se trata de una formación organizada por la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y coordinada por el servicio de Cirugía del Hospital de Guadalajara con el objetivo de ampliar los conocimientos de los residentes de segundo, tercer y cuarto año

en el ámbito específico de la cirugía de urgencia.

Durante la apertura del curso, la directora médica del Área Integrada de Guadalajara, la cirujana Cristina Sabater Maroto, ha agradecido a la organización que hayan vuelto a escoger Guadalajara como sede y ha subrayado la importancia de esta formación para "aprender a actuar ante situaciones que os encontraréis cuando finalicéis vuestra residencia y que si no te han enseñado antes no se pueden resolver bien".

El jefe de Cirugía del hos-

pital, el doctor Roberto de la Plaza Llamas, ha agradecido el apoyo de la Gerencia y la implicación "generosa y desinteresada" del equipo de Cirugía para preparar el contenido del curso. Asimismo, ha destacado que Guadalajara haya sido escogida de nuevo para llevarlo a cabo, "todo un reconocimiento ya que sólo 18 servicios de Cirugía de España han sido elegidos". Es el tercer año que Guadalajara acoge esta formación, siendo la única sede con que cuenta en nuestra región.

El curso ha constado de una parte teórica que se complementa con talleres prácticos que se han desarrollado



El curso se ha celebrado durante dos días.

SESCAM

en dos jornadas intensivas en las que se han abordado temas entre los que se incluyen la gestión clínica en el ámbito de la Urgencia, colecistitis aguda, apendicitis aguda, sepsis, síndrome compartimental, hernias de pared complicadas, colitis, pancreatitis agudas, obstrucción intestinal, hemorragia digestiva y perforaciones. Asimismo se ha desarrollado un taller práctico de sistemas de abdomen abierto y cierre progresivo y se procederá al debate y discusión de diferentes casos clínicos.

Las cirugías urgentes representan entre el 20 y el 40 por ciento del trabajo diario de los servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo y exigen una gran preparación de los profesionales para hacer frente a las situaciones

que pueden encontrarse de forma imprevista.

Se trata de una formación muy específica y exigente dirigida a diez médicos internos residentes de Cirugía General y del Aparato Digestivo procedentes de hospitales de Lérida, León, Castellón, Ciudad Real, Madrid, Cáceres y Portugal, así como de la propia Guadalajara.

Han participado como docentes los doctores Roberto de la Plaza, Antonio López, Carmen Ramiro, Raquel Latorre, Farah Al Shweily, José Manuel García, Ignacio Gemio, Cristina García, Aylhín López, Begoña González, Daniel Díaz, Mariam Bajawi y Vanesa Catalán, todos ellos miembros del servicio de Cirugía del Hospital de Guadalajara.

# Celebrado el VI Curso de Cirugía de Urgencias para Residentes

Organizado por la Asociación Española de Cirujanos

GUADALAJARA  
REDACCIÓN

El Hospital Universitario de Guadalajara ha acogido durante dos días la sexta edición del Curso de Cirugía de Urgencias para Residentes. Se trata de una formación organizada por la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y coordinada por el servicio de Cirugía del Hospital de Guadalajara con el objetivo de ampliar los conocimientos de los residentes de segundo, tercer y cuarto año

en el ámbito específico de la cirugía de urgencia.

Durante la apertura del curso, la directora médica del Área Integrada de Guadalajara, la cirujana Cristina Sabater Maroto, ha agradecido a la organización que hayan vuelto a escoger Guadalajara como sede y ha subrayado la importancia de esta formación para "aprender a actuar ante situaciones que os encontraréis cuando finalicéis vuestra residencia y que si no te han enseñado antes no se pueden resolver bien".

El jefe de Cirugía del hos-

pital, el doctor Roberto de la Plaza Llamas, ha agradecido el apoyo de la Gerencia y la implicación "generosa y desinteresada" del equipo de Cirugía para preparar el contenido del curso. Asimismo, ha destacado que Guadalajara haya sido escogida de nuevo para llevarlo a cabo, "todo un reconocimiento ya que sólo 18 servicios de Cirugía de España han sido elegidos". Es el tercer año que Guadalajara acoge esta formación, siendo la única sede con que cuenta en nuestra región.

El curso ha constado de una parte teórica que se complementa con talleres prácticos que se han desarrollado



El curso se ha celebrado durante dos días.

SESCAM

en dos jornadas intensivas en las que se han abordado temas entre los que se incluyen la gestión clínica en el ámbito de la Urgencia, colecistitis aguda, apendicitis aguda, sepsis, síndrome compartimental, hernias de pared complicadas, colitis, pancreatitis agudas, obstrucción intestinal, hemorragia digestiva y perforaciones. Asimismo se ha desarrollado un taller práctico de sistemas de abdomen abierto y cierre progresivo y se procederá al debate y discusión de diferentes casos clínicos.

Las cirugías urgentes representan entre el 20 y el 40 por ciento del trabajo diario de los servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo y exigen una gran preparación de los profesionales para hacer frente a las situaciones

que pueden encontrarse de forma imprevista.

Se trata de una formación muy específica y exigente dirigida a diez médicos internos residentes de Cirugía General y del Aparato Digestivo procedentes de hospitales de Lérida, León, Castellón, Ciudad Real, Madrid, Cáceres y Portugal, así como de la propia Guadalajara.

Han participado como docentes los doctores Roberto de la Plaza, Antonio López, Carmen Ramiro, Raquel Latorre, Farah Al Shweily, José Manuel García, Ignacio Gemio, Cristina García, Aylhín López, Begoña González, Daniel Díaz, Mariam Bajawi y Vanesa Catalán, todos ellos miembros del servicio de Cirugía del Hospital de Guadalajara.

Distribuido para ASOCIACION ESPANOLA DE CIRUJANOS \* Este artículo no puede distribuirse sin el consentimiento expreso del dueño de los derechos de autor.

# Celebrado el VI Curso de Cirugía de Urgencias para Residentes

Organizado por la Asociación Española de Cirujanos

GUADALAJARA  
REDACCIÓN

El Hospital Universitario de Guadalajara ha acogido durante dos días la sexta edición del Curso de Cirugía de Urgencias para Residentes. Se trata de una formación organizada por la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y coordinada por el servicio de Cirugía del Hospital de Guadalajara con el objetivo de ampliar los conocimientos de los residentes de segundo, tercer y cuarto año

en el ámbito específico de la cirugía de urgencia.

Durante la apertura del curso, la directora médica del Área Integrada de Guadalajara, la cirujana Cristina Sabater Maroto, ha agradecido a la organización que hayan vuelto a escoger Guadalajara como sede y ha subrayado la importancia de esta formación para "aprender a actuar ante situaciones que os encontraréis cuando finalicéis vuestra residencia y que si no te han enseñado antes no se pueden resolver bien".

El jefe de Cirugía del hos-

pital, el doctor Roberto de la Plaza Llamas, ha agradecido el apoyo de la Gerencia y la implicación "generosa y desinteresada" del equipo de Cirugía para preparar el contenido del curso. Asimismo, ha destacado que Guadalajara haya sido escogida de nuevo para llevarlo a cabo, "todo un reconocimiento ya que sólo 18 servicios de Cirugía de España han sido elegidos". Es el tercer año que Guadalajara acoge esta formación, siendo la única sede con que cuenta en nuestra región.

El curso ha constado de una parte teórica que se complementa con talleres prácticos que se han desarrollado



El curso se ha celebrado durante dos días.

SESCAM

en dos jornadas intensivas en las que se han abordado temas entre los que se incluyen la gestión clínica en el ámbito de la Urgencia, colecistitis aguda, apendicitis aguda, sepsis, síndrome compartimental, hernias de pared complicadas, colitis, pancreatitis agudas, obstrucción intestinal, hemorragia digestiva y perforaciones. Asimismo se ha desarrollado un taller práctico de sistemas de abdomen abierto y cierre progresivo y se procederá al debate y discusión de diferentes casos clínicos.

Las cirugías urgentes representan entre el 20 y el 40 por ciento del trabajo diario de los servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo y exigen una gran preparación de los profesionales para hacer frente a las situaciones

que pueden encontrarse de forma imprevista.

Se trata de una formación muy específica y exigente dirigida a diez médicos internos residentes de Cirugía General y del Aparato Digestivo procedentes de hospitales de Lérida, León, Castellón, Ciudad Real, Madrid, Cáceres y Portugal, así como de la propia Guadalajara.

Han participado como docentes los doctores Roberto de la Plaza, Antonio López, Carmen Ramiro, Raquel Latorre, Farah Al Shweily, José Manuel García, Ignacio Gemio, Cristina García, Aylhín López, Begoña González, Daniel Díaz, Mariam Bajawi y Vanesa Catalán, todos ellos miembros del servicio de Cirugía del Hospital de Guadalajara.

# Celebrado el VI Curso de Cirugía de Urgencias para Residentes

Organizado por la Asociación Española de Cirujanos

GUADALAJARA  
REDACCIÓN

El Hospital Universitario de Guadalajara ha acogido durante dos días la sexta edición del Curso de Cirugía de Urgencias para Residentes. Se trata de una formación organizada por la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y coordinada por el servicio de Cirugía del Hospital de Guadalajara con el objetivo de ampliar los conocimientos de los residentes de segundo, tercer y cuarto año

en el ámbito específico de la cirugía de urgencia.

Durante la apertura del curso, la directora médica del Área Integrada de Guadalajara, la cirujana Cristina Sabater Maroto, ha agradecido a la organización que hayan vuelto a escoger Guadalajara como sede y ha subrayado la importancia de esta formación para "aprender a actuar ante situaciones que os encontraréis cuando finalicéis vuestra residencia y que si no te han enseñado antes no se pueden resolver bien".

El jefe de Cirugía del hos-

pital, el doctor Roberto de la Plaza Llamas, ha agradecido el apoyo de la Gerencia y la implicación "generosa y desinteresada" del equipo de Cirugía para preparar el contenido del curso. Asimismo, ha destacado que Guadalajara haya sido escogida de nuevo para llevarlo a cabo, "todo un reconocimiento ya que sólo 18 servicios de Cirugía de España han sido elegidos". Es el tercer año que Guadalajara acoge esta formación, siendo la única sede con que cuenta en nuestra región.

El curso ha constado de una parte teórica que se complementa con talleres prácticos que se han desarrollado



El curso se ha celebrado durante dos días.

SESCAM

en dos jornadas intensivas en las que se han abordado temas entre los que se incluyen la gestión clínica en el ámbito de la Urgencia, colecistitis aguda, apendicitis aguda, sepsis, síndrome compartimental, hernias de pared complicadas, colitis, pancreatitis agudas, obstrucción intestinal, hemorragia digestiva y perforaciones. Asimismo se ha desarrollado un taller práctico de sistemas de abdomen abierto y cierre progresivo y se procederá al debate y discusión de diferentes casos clínicos.

Las cirugías urgentes representan entre el 20 y el 40 por ciento del trabajo diario de los servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo y exigen una gran preparación de los profesionales para hacer frente a las situaciones

que pueden encontrarse de forma imprevista.

Se trata de una formación muy específica y exigente dirigida a diez médicos internos residentes de Cirugía General y del Aparato Digestivo procedentes de hospitales de Lérida, León, Castellón, Ciudad Real, Madrid, Cáceres y Portugal, así como de la propia Guadalajara.

Han participado como docentes los doctores Roberto de la Plaza, Antonio López, Carmen Ramiro, Raquel Latorre, Farah Al Shweily, José Manuel García, Ignacio Gemio, Cristina García, Aylhín López, Begoña González, Daniel Díaz, Mariam Bajawi y Vanesa Catalán, todos ellos miembros del servicio de Cirugía del Hospital de Guadalajara.

# Celebrado el VI Curso de Cirugía de Urgencias para Residentes

Organizado por la Asociación Española de Cirujanos

GUADALAJARA  
REDACCIÓN

El Hospital Universitario de Guadalajara ha acogido durante dos días la sexta edición del Curso de Cirugía de Urgencias para Residentes. Se trata de una formación organizada por la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y coordinada por el servicio de Cirugía del Hospital de Guadalajara con el objetivo de ampliar los conocimientos de los residentes de segundo, tercer y cuarto año

en el ámbito específico de la cirugía de urgencia.

Durante la apertura del curso, la directora médica del Área Integrada de Guadalajara, la cirujana Cristina Sabater Maroto, ha agradecido a la organización que hayan vuelto a escoger Guadalajara como sede y ha subrayado la importancia de esta formación para "aprender a actuar ante situaciones que os encontraréis cuando finalicéis vuestra residencia y que si no te han enseñado antes no se pueden resolver bien".

El jefe de Cirugía del hos-

pital, el doctor Roberto de la Plaza Llamas, ha agradecido el apoyo de la Gerencia y la implicación "generosa y desinteresada" del equipo de Cirugía para preparar el contenido del curso. Asimismo, ha destacado que Guadalajara haya sido escogida de nuevo para llevarlo a cabo, "todo un reconocimiento ya que sólo 18 servicios de Cirugía de España han sido elegidos". Es el tercer año que Guadalajara acoge esta formación, siendo la única sede con que cuenta en nuestra región.

El curso ha constado de una parte teórica que se complementa con talleres prácticos que se han desarrollado



El curso se ha celebrado durante dos días.

SESCAM

en dos jornadas intensivas en las que se han abordado temas entre los que se incluyen la gestión clínica en el ámbito de la Urgencia, colecistitis aguda, apendicitis aguda, sepsis, síndrome compartimental, hernias de pared complicadas, colitis, pancreatitis agudas, obstrucción intestinal, hemorragia digestiva y perforaciones. Asimismo se ha desarrollado un taller práctico de sistemas de abdomen abierto y cierre progresivo y se procederá al debate y discusión de diferentes casos clínicos.

Las cirugías urgentes representan entre el 20 y el 40 por ciento del trabajo diario de los servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo y exigen una gran preparación de los profesionales para hacer frente a las situaciones

que pueden encontrarse de forma imprevista.

Se trata de una formación muy específica y exigente dirigida a diez médicos internos residentes de Cirugía General y del Aparato Digestivo procedentes de hospitales de Lérida, León, Castellón, Ciudad Real, Madrid, Cáceres y Portugal, así como de la propia Guadalajara.

Han participado como docentes los doctores Roberto de la Plaza, Antonio López, Carmen Ramiro, Raquel Latorre, Farah Al Shweily, José Manuel García, Ignacio Gemio, Cristina García, Aylhín López, Begoña González, Daniel Díaz, Mariam Bajawi y Vanesa Catalán, todos ellos miembros del servicio de Cirugía del Hospital de Guadalajara.

Distribuido para ASOCIACION ESPAÑOLA DE CIRUJANOS \* Este artículo no puede distribuirse sin el consentimiento expreso del dueño de los derechos de autor.



El doctor Tamayo con el premio

## DR. FRANCISCO TAMAYO POZO Cirujano de vanguardia

Ha realizado **cientos de operaciones** con las técnicas más vanguardistas en sus más de 30 años de trayectoria

El Dr. Francisco Tamayo es un reputado especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo con más de 30 años de experiencia, proveniente de una saga familiar de cirujanos digestivos, que se ha subespecializado en el área de la Cirugía de la Obesidad y de la Diabetes. Ha realizado cientos de reducciones de estómago por laparoscopia, tanto Mangas

como Bypass Gástricos, y en el área de la Proctología Láser Avanzada con especial dedicación al Tratamiento Láser de las patologías anales con las técnicas más vanguardistas. Es experto en hemorroides, fistula anal, fisura anal, cirugía láser anal, Láser CO<sub>2</sub>, entre otros.

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada, se especializó en Cirugía General

y del Aparato Digestivo en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada. Es Máster en Cirugía de la Obesidad por la Universidad Francisco de Vitoria de Madrid y la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad certificó su alto nivel de cualificación en este campo con el Título de Nivel de Formación Completo en Cirugía de la Obesidad. Ha completado su formación

en centros de prestigio como el St. Mark's Hospital de Londres (referente mundial en Coloproctología) o el Hospital Universitario de Pittsburg.

Desarrolla su actividad a nivel público en la Unidad de Cirugía de la Obesidad del Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada y ha realizado cientos de cirugías de la obesidad como el bypass gástrico y la manga gástrica con éxito.

Es miembro de asociaciones científicas de extraordinario prestigio como la Asociación Española de Cirujanos, la Asociación Española de Cirugía de la Obesidad y de las Enfermedades Metabólicas o la International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders.

SANIDAD

## El HUT forma a médicos residentes en cirugía laparoscópica

LA TRIBUNA / TOLEDO

El servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario Universitario de Toledo (HUT) ha sido de nuevo elegido por la Asociación Española de Cirujanos para la formación en cirugía endoscópica de médicos residentes de primer curso de centros sanitarios de Castilla-La Mancha.

Este curso de formación en cirugía laparoscópica está dirigido a los médicos residentes de primer año de Cirugía General y Aparato

Digestivo de Castilla-La Mancha, ofreciendo una formación específica en aspectos médicos y quirúrgicos de la cirugía laparoscópica.

En el curso, en el que han participado como docentes miembros del servicio de Cirugía del Hospital de Toledo y de otros centros de la región, los alumnos reciben formación teórica y práctica a través de clases y ejercicios de entrenamiento y simulación sobre pelvi-trainers específicos para ello. Durante el curso se revisan y actualizan tanto conocimientos teóricos referentes al diagnóstico y tratamiento de este procedimiento quirúrgico como prácticos en sus diferentes técnicas.

El curso estará coordinado por el doctor Aurelio Aranzana, cirujano de la sección de Cirugía Esófago-Gástrica y Bariátrica del HUT.



## El jefe de Cirugía de Torrecárdenas, Premio Dr. Lino Torre a la investigación

El jefe de Cirugía del Hospital Universitario Torrecárdenas, Ángel Reina, ha obtenido el Premio Dr. Lino Torre al mejor trabajo de Investigación Quirúrgica, que otorga el Hospital del Mar de Barcelona. Este XXIV Premio Dr. Lino Torre en investigación quirúrgica está destinado a reconocer a los profesionales de Cirugía General que hayan publicado un trabajo de investigación en la literatura médica durante el año natural precedente al del otorgamiento del premio.

original



El doctor Ángel Reina, de Torrecárdenas. La Voz

El jefe de Cirugía del Hospital Universitario Torrecárdenas, Ángel Reina, ha obtenido el **Premio Dr. Lino Torre al mejor trabajo de Investigación Quirúrgica**, que otorga el Hospital del Mar de Barcelona.

Este XXIV Premio Dr. Lino Torre en investigación quirúrgica está destinado a reconocer a los profesionales de Cirugía General que hayan publicado **un trabajo de investigación en la literatura médica durante el año natural precedente** al del otorgamiento del premio.

Se trata de un galardón de alto prestigio que premia su participación en el estudio Tautem, liderado por el doctor Xavier Serra y que ha obtenido unos grandes resultados en la oncología. En concreto, el grupo de investigadores de Cirugía Colorrectal del Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí ha demostrado que sometiendo al paciente a un tratamiento de quimio-radioterapia local y, posteriormente, a una mínima cirugía local, **mejora la morbilidad y evita las secuelas permanentes**, constituyéndose además en una alternativa poco invasiva.

El estudio se ha llevado a cabo **en 17 hospitales, entre ellos el de Torrecárdenas de Almería** y ha contado con 173 pacientes aleatorizados. El estudio ha recopilado datos de 12 enfermos del hospital almeriense, que ha sido el séptimo centro con más pacientes reclutados.

### Resultados

Gracias a los datos conseguidos en estos centros, se ha concluido que en **un 44% de los casos la quimio-radioterapia ha eliminado el tumor**, y en un 70% lo ha reducido de forma considerable. Además, las complicaciones post-operatorias y las tasas de hospitalización han sido significativamente menores.

Estos resultados han supuesto un gran avance para el futuro de la investigación y la medicina

oncológica y de ahí el premio a los responsables, **entre ellos el cirujano de Torrecárdenas.**

Angel José Reina Duarte, natural de Linares (Jaén), es licenciado y doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada (1988 y 1995). Desde el año 2001 es miembro de la Unidad de Cirugía Colorrectal del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Complejo Hospitalario Torrecárdenas, y **desde 2018 es jefe del Servicio de Cirugía del mismo centro.**

El doctor Reina ha sido vocal de la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos, de la Junta Directiva de la Asociación Española de Coloproctología, y actualmente **es vocal por Almería en la Junta Directiva de la Asociación Andaluza de Cirujanos (ASAC).**

Temas relacionados

# La cirugía, víctima de la covid... y en parte irrecuperable

Medio

Diario Médico

Texto

La cirugía, víctima de la covid... y en parte irrecuperable Profesion - Consecuencias de la covid La cirugía, víctima de la covid... y en parte irrecuperable Consecuencias de la covid Durante 2020, la covid provocó que en el SNS se llevaran a cabo cerca de dos millones de cirugías menos de lo que se preveía según las cifras de años anteriores. ¿Cuándo recuperaran los quirófanos la normalidad? Rosalía Sierra. Madrid - Lun, 26/06/2023 - 08:00 Compartir en Año 2019. El sistema sanitario español alcanza su máximo histórico en número de intervenciones quirúrgicas: 5,39 millones sumando prestadores públicos y privados. La progresiva apertura de nuevos hospitales y ampliaciones de los existentes desde la primera década del siglo XXI se podía traducir en más quirófanos y más cirugía en constante progresión. Y llegó 2020 y, con él, una pandemia que, entre otras desgracias, provocó una brutal caída en la actividad sanitaria no covid. Concretamente, 1,86 millones de cirugías dejaron de hacerse, dejando la actividad quirúrgica en España a niveles de principios de siglo. Llegamos a 2021, y la recuperación del volumen de intervenciones fue de cerca del 12%, o sea, no tocando el techo de los cinco millones, cifra que se había alcanzado en 2014. No hay datos más actualizados en Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad, fuente de la que los técnicos del Proyecto Venturi han extraído los datos para elaborar su informe Monitorización de la Actividad Quirúrgica en España. Según sus estimaciones, a tenor del rendimiento quirúrgico actual, y al ritmo de crecimiento de actividad interanual, se tardarán no menos de 9 años en recuperar la normalidad. En el mejor de los casos -según las tasas de incremento de la actividad en la serie 2010-2019, resto de variables ceteris paribus-. En el peor, serían 84 años. Y es que no basta con hacer las cirugías pendientes, puesto que una intervención no es sino una sucesión de acontecimientos. Según la Asociación Española de Cirujanos (AEC), para poder retomar los niveles de actividad quirúrgica previos a la pandemia será necesaria la creación de protocolos específicos y el incremento del número de salas de reanimación postquirúrgica, de camas de hospitalización y de profesionales sanitarios, entre los que se encuentran anestesiólogos, cirujanos y enfermería. Tal y como apunta Salvador Peiro, investigador de la Unidad de Investigación en Servicios de Salud y Farmacoepidemiología (Fisabio-Salud Pública), de Valencia, un quirófano no es solo un espacio. Incluye cirujanos, anestesiólogos, instrumentistas, otros profesionales (por ejemplo, perfusionistas sin hablamos de cardiovascular), camas disponibles y, según cirugía y tipo de paciente, camas de críticos. Desde la indicación Además, una cirugía no empieza en el quirófano, sino en la indicación. Y a la indicación se llega vía pruebas diagnósticas: según los datos manejados por la AEC y la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (Sedar) en su proyecto Te cuidamos-quirófano seguro, en 2020 se redujeron un 18% el número de colonoscopias y un 35% las pruebas de diagnóstico por la imagen, por citar dos ejemplos. A su juicio, es necesario incrementar el número de cirugías en un 30%, según los datos estimados presentados por varios hospitales españoles, y recuperar las tasas de diagnóstico anteriores a la entrada de la covid-19. Hay que tener en cuenta, asimismo, que parte de las intervenciones de menos en 2020 no se habrán indicado, de las indicadas parte se habrán realizado en la privada o en la pública, parte habrán mejorado espontáneamente, parte (pandemia por medio) habrán fallecido, afirma Peiro. No todas las cirugías son iguales Una vez indicadas las distintas cirugías, no deberíamos ver retrasos en intervenciones de alto valor -cirugía de mama, por ejemplo- o atención urgente a personas con ictus o infarto. Las cirugías de dudoso valor -una gran proporción de las que están en lista de espera- se retrasaron en favor de las primeras, afirma Enrique Bernal, investigador principal del grupo de Ciencia de Datos para la Investigación en Servicios y Políticas Sanitarias del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Este grupo está a punto de publicar dos artículos en el European Journal of Public Health con una comparativa internacional (y datos muchos más granulares que los reportados en las estadísticas al uso) que concluye que el tiempo de retraso en primer tratamiento de cáncer de mama desde el diagnóstico en Aragón no se resintió, a diferencia de otros países (Bélgica, Italia y Reino Unido). Sin embargo, según los datos facilitados por la AEC y la Sedar, en varios hospitales de referencia de diferentes comunidades autónomas existe una reducción entre el año 2019 y 2020 de un 30% en cirugías relacionadas con el aparato digestivo o la cirugía cardíaca, entre otras. A esto se suma que el retraso del diagnóstico -evidenciado en estudios realizados por la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) en su Observatorio de Atención al Paciente o el estudio Impacto covid en personas con enfermedades crónicas- ha supuesto un aumento de las tasas de enfermedades como la apendicitis perforada en un 14% con respecto al 2019 o la tasa de adenomas de alto riesgo, al igual que su tamaño. Esto se debe a la falta de seguimiento o al diagnóstico tardío, donde también se ven afectadas pruebas endoscópicas como las citadas colonoscopias o las gastroscopias, reducidas en un 16%, lo que conlleva a una detección de la enfermedad por parte del profesional en estadios muy avanzados. En este sentido, y en relación al déficit en la atención sanitaria, la POP destaca que durante los primeros meses de pandemia, el 69% de los pacientes crónicos sufrió la cancelación de las consultas que tenía programadas antes de la crisis, retrasando, por tanto, la obtención de diagnósticos. Por otro lado, según un informe de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y la Red Española de Registros de Cáncer (Redecan), hasta un 20% de pacientes oncológicos no fueron diagnosticados en nuestro país a causa de la crisis del SARS-COV-2. ¿Cómo resolver la situación? Según el informe del Proyecto Venturi, un mayor crecimiento de la actividad que permita acortar los tiempos de recuperación pasa, ineludiblemente, por un incremento de la optimización de los quirófanos existentes, pues sumar nuevos es costoso e insuficiente para resolver el grave problema creado. Desde luego, algo es posible hacer para incrementar el rendimiento quirúrgico, dado que los quirófanos de los hospitales privados dedicados a la prestación pública son los que más rendimiento tienen (en el año 2021, 1.477

intervenciones quirúrgicas anuales frente los 974 de los públicos y a los 1.194 privados dedicados fundamentalmente a la prestación privada). Ojo, que estos datos tienen trampa, ya que, según recuerda Peiro, el mix de cirugía que hace la pública, lo que deriva (concerta) y la que hace la privada no tienen nada que ver. Hay hospitales privados que pueden parecerse a un público pero el promedio de tipos de cirugía es muy diferente. Derivamos cataratas, fimosis, túnel carpiano, hernias... pero muy poco cáncer, poco bypass, ningún trasplante... También se quedan el trauma urgente (caderas, politraumatismos), se deriva la cirugía electiva. No pueden contar igual una intervención de fimosis y una fractura de cadera. Del mismo modo, no todos los quirófanos son iguales en su capacidad de operar, no solo por el quirófano, sino por los recursos asociados. Por ejemplo, algunas cirugías requieren una cama de críticos asociada. Eso sí, coincido en que la pública puede mejorar mucho. Y es que si nos restringimos a la actividad privada no concertada, ya hemos digerido la bolsa de pacientes acumulada, solo hemos tardado un año más en alcanzar la velocidad de crucero en el número de cirugías, sostiene Juan Abarca, presidente del Instituto para el Desarrollo y la Integración de la Sanidad (Fundación IDIS). Explica que el sector privado ha incrementado su actividad por encima de la media durante 2022, y que el sector público debería dar también un empujón a su productividad, porque los pacientes no se pueden permitir que haya esa diferencia. Considera Abarca que habría que introducir los mecanismos necesarios para que esa actividad aumente, pero la realidad es que la rutina del sector público es diferente. El régimen estatutario no permite recuperar el trabajo más allá de la jornada laboral y las peonadas, y no parece que haya interés en cambiarlo. Pero es que el problema aún no ha terminado: se continúan reprogramando intervenciones por infecciones de covid en los pacientes, cuando la AEC y Sedar ya aconsejaron sustituir las medidas empleadas hasta ahora como los cribados universales o la separación de pacientes en circuitos diferenciados por una selección específica de pacientes de riesgo. En cualquier situación, un positivo para covid no debe ser motivo de aplazamiento un excesivo tiempo, siendo necesario llevar a cabo una valoración individualizada del caso, sentencian, ya que la prioridad quirúrgica debe ser el factor de decisión primordial.

País

España

Temática

Salud

URL

[http://epservices.eprensa.com/texto\\_unlocked.php?sid=8308&cid=970127671](http://epservices.eprensa.com/texto_unlocked.php?sid=8308&cid=970127671)

## Frente común para reducir la tasa de infecciones postoperatorias en los espacios quirúrgicos

**Las infecciones postoperatorias podrían reducirse con una actuación coordinada. En concreto, la infección postoperatoria es la complicación más frecuente de la cirugía en España y afecta al 5% de pacientes que son sometidos a cirugía mayor. Por ello, el Dr. A todo esto, el Dr. Miguel de Blas García, subdirector médico del Área Quirúrgica del Hospital Universitario La Paz (Madrid), expone que los equipos directivos tienen que ser parte activa de la lucha contra la infección postoperatoria.**

admin · [original](#)

### Redacción Farmacosalud.com

El Hospital Universitario La Paz de Madrid ha acogido la presentación del Programa de Reducción de la Infección Quirúrgica (PRIQO), realizado en el marco del proyecto Observatorio de Infección en Cirugía (OIC) que impulsa la Asociación Española de Cirujanos con la colaboración de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria y de la Fundación Tecnología y Salud, y el apoyo de 17 sociedades científicas. Gestores sanitarios, especialistas y representantes de la industria han podido conocer a fondo el contenido y objetivos de esta iniciativa que promueve la cultura de la calidad y la seguridad en la asistencia sanitaria estableciendo, en este ámbito concreto, recomendaciones, protocolos de consenso y líneas de trabajo conjuntas para continuar reduciendo la tasa de infecciones postoperatorias en los espacios quirúrgicos.

Según Fernando Bandrés, presidente de la Fundación Tecnología y Salud, no cabe duda que fomentar la cultura de la seguridad en el ámbito quirúrgico y, en concreto, disminuir la tasa de infecciones es clave para mejorar la calidad asistencial, los resultados en salud y la eficiencia del sistema sanitario.

□ **Vista de la presentación del Programa de Reducción de la Infección Quirúrgica Fuente: Fundación Tecnología y Salud / Alabra**

### Las infecciones postoperatorias podrían reducirse con una actuación coordinada

Por su parte, Margarita Alfonsel, secretaria del Patronato de la Fundación Tecnología y Salud, señala que en nuestra Fundación estamos muy satisfechos de colaborar en todos aquellos proyectos como el OIC que promueven la cultura de la calidad y seguridad en la asistencia sanitaria desde un enfoque multidisciplinar, y que desarrollan iniciativas como este programa que pueden servir como herramienta de referencia en la práctica clínica de los hospitales.

En concreto, la infección postoperatoria es la complicación más frecuente de la cirugía en España y afecta al 5% de pacientes que son sometidos a cirugía mayor. Por ello, el Dr. Josep María Badía, especialista del Servicio de Cirugía del Hospital Universitario de Granollers (Barcelona) y coordinador del OIC, también pone de manifiesto la importancia de estas acciones multidisciplinarias, ya que las infecciones postoperatorias podrían reducirse con la actuación coordinada de todos los servicios hospitalarios implicados, por lo que debe abordarse como una labor de equipo que implique a los profesionales de cirugía con el resto de personal implicado en la infección quirúrgica, como los especialistas en enfermedades infecciosas, medicina preventiva y farmacia.

A todo esto, el Dr. Miguel de Blas García, subdirector médico del Área Quirúrgica del Hospital Universitario La Paz (Madrid), expone que los equipos directivos tienen que ser parte activa de la lucha contra la infección postoperatoria. Debemos liderar el cumplimiento de las medidas, la realización de protocolos y la medición de resultados. Lo más importante es lograr buenos resultados en el paciente, pero también hay que pensar en los aumentos de estancia y costes que producen las infecciones.

En el Hospital La Paz, a través de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos, existe un grupo de cirugía segura que es el que coordina las iniciativas. Entre las actividades llevadas a cabo este año figuran: realizar e implementar los protocolos de normotermia y normoglucemia

intraoperatoria, mejorar la información a los pacientes para la aplicación de mupirocina nasal y protocolos de manejo del apósito quirúrgico, y acortar la estancia hospitalaria postquirúrgica con programas de hospitalización a domicilio.

□ (de izq. a dcha): Dr. Miguel de Blas, subdirector médico del Área Quirúrgica del Hospital Universitario La Paz de Madrid; Margarita Alfonso, secretaria general de Fenin y secretaria del Patronato de la Fundación Tecnología y Salud, y Dr. Josep M. Badía, coordinador del Observatorio de Infección en Cirugía Fuente: Fundación Tecnología y Salud / Alabra

### Recomendaciones basadas en la evidencia en España

El Programa de Reducción de la Infección Quirúrgica es una iniciativa del OIC para disminuir la infección postoperatoria en los diversos tipos de especialidades quirúrgicas, dado que diversos estudios de este Observatorio han demostrado aspectos mejorables en la aplicación sistemática de las recomendaciones basadas en la evidencia en España. Como parte del programa PRIQ-O, recientemente se elaboró el documento [Recomendaciones Perioperatorias para la Prevención de la Infección de Localización Quirúrgica](#). Junto a las consecuencias clínicas, este documento destaca la también importante carga económica asociada a una infección postoperatoria, debido a la hospitalización prolongada, la morbilidad asociada, las pruebas diagnósticas y el tratamiento. La revisión de la evidencia científica realizada en el PRIQ-O, pretende, más allá de obtener una nueva guía de práctica clínica, evaluar las medidas preventivas y adaptar las recomendaciones existentes a nuestro contexto para evitar las complicaciones infecciosas de las intervenciones quirúrgicas, apunta el Dr. Rafael M. Ortí, presidente de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSPGS) y también coordinador del OIC.

Como *bundles* en los que trabajar para reducir la tasa de infecciones postoperatorias en los espacios quirúrgicos, el PRIQ-O identifica un paquete de 10 medidas generales de prevención a priorizar en los procedimientos quirúrgicos de los hospitales, en sinergia con otros programas ya consolidados en España como Infección Quirúrgica Cero, el Programa de Cirugía Segura o el Programa ERAS, así como los planes de seguridad del paciente del Ministerio de Sanidad y de las comunidades autónomas.

Así, tras el proceso de priorización acometido, los *bundles* propuestos para todo el periodo perioperatorio son: ducha preoperatoria; descontaminación de la piel con soluciones alcohólicas; no eliminación del vello del campo quirúrgico (o, en caso de tener que retirar el vello, hacerlo con maquinilla eléctrica); profilaxis antibiótica sistémica adecuada (inicio 30-60 minutos antes de la incisión, modificación de dosis según características del paciente, uso preferente en monodosis, administración de dosis intraoperatoria si indicada, no superar las 24 h de profilaxis); uso de técnicas endoscópicas y abordajes mínimamente invasivos; correcta higiene quirúrgica de manos; mantenimiento de la normotermia; uso de protectores-retractores plásticos de herida; protocolo intraoperatorio de cambio de guantes, y cambio de material quirúrgico y auxiliar antes del cierre de las heridas contaminadas.

Complementariamente, se identifican puntos específicos con medidas para especialidades quirúrgicas particulares, como cirugía colorrectal, cirugía cardiovascular y cirugía ortopédica.



## Alicante, capital nacional de la Cirugía: acogerá en octubre el congreso nacional

Redacción • original

Alicante acogerá, del 24 al 27 de octubre, la XXIV Reunión Nacional de Cirugía de la Asociación Española de Cirujanos (AEC), bajo el lema '**Cirugía basada en decisiones compartidas**', que contará con una amplia presencia de cirujanos nacionales e internacionales.

"Queremos remarcar que sin olvidar la innovación, la tecnología y la formación, el centro de atención siempre es el paciente y se le debe involucrar más activamente en la toma de decisiones sobre su proceso quirúrgico", señala el Dr. **José Manuel Ramia**, presidente de la Reunión Nacional de Cirugía y jefe de Servicio en Hospital General Universitario de Alicante.

En esta reunión se ofrecerá un programa que incluye **simposios, mesas redondas, encuentros face-to-face**, conferencias, talleres, sesiones de comunicaciones y pósters, así como entregas de becas y premios. Con una amplia representación de todas las secciones y grupos de trabajo de la AEC, "se fomentará la transversalidad entre ellas", según explican desde la asociación en una nota de prensa.

*[Google y un centenar de investigadores debatirán en Alicante sobre inteligencia artificial e informática]*

El presidente del Comité Científico de la Asociación, el Dr. **Luis Sabater**, informa de que "este año hemos recibido alrededor de 1.100 comunicaciones y vídeos, de los cuales hemos hecho una difícil selección que se presentarán en la reunión que celebraremos este año en Alicante. Esto nos permitirá continuar con un elevado nivel científico, tal y como viene siendo habitual en estos congresos".

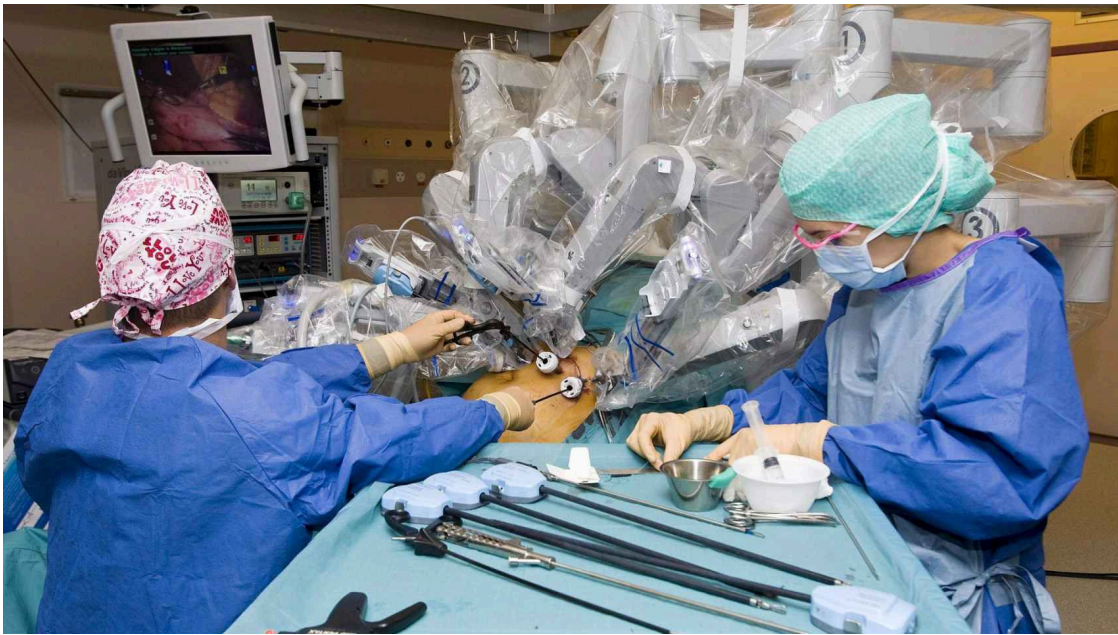
Por su parte la presidenta de la AEC, la doctora **Elena Martín Pérez**, ha afirmado que "durante la Reunión Nacional de Cirugía disfrutaremos de un magnífico congreso con una gran participación, donde contamos con lo mejor de la cirugía nacional e internacional, para intercambiar conocimiento, experiencias y los últimos avances científicos y tecnológicos relacionados con la Cirugía General y Digestiva".

El encuentro comenzará con 6 cursos monográficos precongreso de 8 horas en las que se intensifica la formación organizados por las siguientes secciones: Sección de Cirugía de la Obesidad Mórbida, Sección de Cirugía Mayor Ambulatoria, Sección de Coloproctología, Sección de Patología de la Mama, Sección de Trasplantes y la Sección de oncología Peritoneal.

Otros temas a tratar, son los propuestos por las secciones como la mentorización de estudiantes como futuros residentes, la formación de formadores, la brecha de género y nuevas formas de gestión. Dentro de las actividades programadas, habrá dos talleres dedicados a la rehabilitación del paciente y **uno de ellos dedicado a los estudiantes**, "para animarles a ver lo bonita que es la especialidad de cirujano con tareas similares a un R1".

Para ello, se contará con la presencia de cirujanos extranjeros de reconocido prestigio y ponentes nacionales, líderes de opinión en los distintos temas a tratar. A lo largo de estos días se van a desarrollar mesas, conferencias y simposios en los que participarán 225 ponentes, 20 de ellos internacionales. Además, se otorgarán 3 miembros de honor al danés **Hans Kehlet**, la mexicana **Lilia Coté** y al italiano **Francesco Corcione**.

El objetivo de esta reunión es ofrecer una Reunión Científica del máximo nivel, que permita aunar y aumentar los conocimientos en beneficio de los pacientes "al mismo tiempo que poder **estimular las relaciones científicas y personales** de los participantes", según las mismas fuentes.



Cirujanos trabajando, en imagen de archivo. EFE



## Alicante acogerá la XXIV Reunión Nacional de Cirugía de la AEC Cuenta con un programa muy completo que hará especial hincapié en el paciente como centro de atención.

Publimas Digital • original

Alicante acogerá, del 24 al 27 de octubre, la XXIV Reunión Nacional de Cirugía de la Asociación Española de Cirujanos (AEC), bajo el lema "Cirugía basada en decisiones compartidas", que contará con una amplia presencia de cirujanos nacionales e internacionales.

**"Queremos remarcar que sin olvidar la innovación, la tecnología y la formación, el centro de atención siempre es el paciente y se le debe involucrar más activamente en la toma de decisiones sobre su proceso quirúrgico"**, señala el Dr. **José Manuel Ramia**, *presidente de la Reunión Nacional de Cirugía y jefe de Servicio en Hospital General Universitario de Alicante*.

En esta reunión se ofrecerá un programa atractivo e innovador, que incluye simposios, mesas redondas, encuentros face-to-face, conferencias, talleres, sesiones de comunicaciones y posters, así como entregas de becas y premios. Con una amplia representación de todas las secciones y grupos de trabajo de la AEC, fomentando la transversalidad entre ellas.

En opinión del *presidente del Comité Científico de la Asociación*, el Dr. **Luis Sabater**, *"este año hemos recibido alrededor de 1.100 comunicaciones y vídeos de los cuales hemos hecho una difícil selección, que se presentarán en la reunión que celebraremos este año en Alicante. Esto nos permitirá continuar con un elevado nivel científico, tal y como viene siendo habitual en estos congresos"*.

Por su parte la *presidenta de la AEC*, la doctora **Elena Martín Pérez**, ha afirmado que *"durante la Reunión Nacional de Cirugía disfrutaremos de un magnífico congreso con una gran participación, donde contamos con lo mejor de la cirugía nacional e internacional, para intercambiar conocimiento, experiencias y los últimos avances científicos y tecnológicos relacionados con la Cirugía General y Digestiva"*.

El encuentro comenzará con 6 cursos monográficos precongreso de 8 horas en las que se intensifica la formación organizados por las siguientes secciones: **Sección de Cirugía de la Obesidad Mórbida, Sección de Cirugía Mayor Ambulatoria, Sección de Coloproctología, Sección de Patología de la Mama, Sección de Trasplantes y la Sección de oncología Peritoneal**.

Otros temas a tratar, son los propuestos por las secciones como la mentorización de estudiantes como futuros residentes, la formación de formadores, la brecha de género y nuevas formas de gestión. Dentro de las actividades programadas, podemos destacar 2 talleres dedicados a la rehabilitación del paciente y uno de ellos dedicado a los estudiantes, para animarles a ver lo bonita que es la especialidad de cirujano con tareas similares a un R1.

Para ello, se contará con la presencia de cirujanos extranjeros de reconocido prestigio y ponentes nacionales, líderes de opinión en los distintos temas a tratar. A lo largo de estos días se van a desarrollar mesas, conferencias y simposios en los que participarán 225 ponentes, 20 de ellos internacionales. Además, se otorgarán **3 miembros de honor** al danés Hans Kehlet, la mexicana Lilia Coté y al italiano Francesco Corcione.

El fin de esta reunión es ofrecer una Reunión Científica del máximo nivel, que permita aunar y aumentar los conocimientos en beneficio de los pacientes al mismo tiempo que poder estimular las relaciones científicas y personales de los participantes, compartiendo extraordinarios momentos en la ciudad de Alicante "la millor terreta del mon", esperando estar a la altura de vuestras expectativas.



## La AEC celebrará en Alicante su XXIV Reunión Nacional de Cirugía

Alicante acogerá, del 24 al 27 de octubre, la XXIV Reunión Nacional de Cirugía de la Asociación Española de Cirujanos (AEC), bajo el lema **Cirugía basada en decisiones compartidas**, que contará con una amplia presencia de cirujanos nacionales e internacionales. Queremos remarcar que sin olvidar la innovación, la tecnología y la formación, el centro de atención siempre es el paciente y se le debe involucrar más activamente en la toma de decisiones sobre su proceso quirúrgico, señala el Dr.

moon • original

Alicante acogerá, del 24 al 27 de octubre, la [XXIV Reunión Nacional de Cirugía](#) de la [Asociación Española de Cirujanos \(AEC\)](#), bajo el lema **Cirugía basada en decisiones compartidas**, que contará con una amplia presencia de cirujanos nacionales e internacionales.

*Queremos remarcar que sin olvidar la innovación, la tecnología y la formación, el centro de atención siempre es el paciente y se le debe involucrar más activamente en la toma de decisiones sobre su proceso quirúrgico*, señala el Dr. José Manuel Ramia, presidente de la Reunión Nacional de Cirugía y jefe de Servicio en Hospital General Universitario de Alicante.

En esta reunión se ofrecerá un programa atractivo e innovador, que incluye simposios, mesas redondas, encuentros face-to-face, conferencias, talleres, sesiones de comunicaciones y posters, así como entregas de becas y premios. Con una amplia representación de todas las secciones y grupos de trabajo de la AEC, fomentando la transversalidad entre ellas.

En opinión del presidente del Comité Científico de la Asociación, el Dr. Luis Sabater, *este año hemos recibido alrededor de 1.100 comunicaciones y vídeos de los cuales hemos hecho una difícil selección, que se presentarán en la reunión que celebraremos este año en Alicante. Esto nos permitirá continuar con un elevado nivel científico, tal y como viene siendo habitual en estos congresos.*

Por su parte la presidenta de la AEC, la doctora Elena Martín Pérez, ha afirmado que *durante la Reunión Nacional de Cirugía disfrutaremos de un magnífico congreso con una gran participación, donde contamos con lo mejor de la cirugía nacional e internacional, para intercambiar conocimiento, experiencias y los últimos avances científicos y tecnológicos relacionados con la Cirugía General y Digestiva.*

El encuentro comenzará con 6 cursos monográficos precongreso de 8 horas en las que se intensifica la formación organizados por las siguientes secciones: **Sección de Cirugía de la Obesidad Mórbida, Sección de Cirugía Mayor Ambulatoria, Sección de Coloproctología, Sección de Patología de la Mama, Sección de Trasplantes y la Sección de oncología Peritoneal.**

Otros temas a tratar, son los propuestos por las secciones como la mentorización de estudiantes como futuros residentes, la formación de formadores, la brecha de género y nuevas formas de gestión. Dentro de las actividades programadas, podemos destacar 2 talleres dedicados a la rehabilitación del paciente y uno de ellos dedicado a los estudiantes, para animarles a ver lo bonita que es la especialidad de cirujano con tareas similares a un R1.

Para ello, se contará con la presencia de cirujanos extranjeros de reconocido prestigio y ponentes nacionales, líderes de opinión en los distintos temas a tratar. A lo largo de estos días se van a desarrollar mesas, conferencias y simposios en los que participarán 225 ponentes, 20 de ellos internacionales. Además, se otorgarán **3 miembros de honor** al danés Hans Kehlet, la mexicana Lilia Coté y al italiano Francesco Corcione.

El fin de esta reunión es ofrecer una Reunión Científica del máximo nivel, que permita aunar y aumentar los conocimientos en beneficio de los pacientes al mismo tiempo que poder estimular las relaciones científicas y personales de los participantes, compartiendo extraordinarios momentos en la ciudad de Alicante la millor terreta del mon, esperando estar a la altura de vuestras expectativas.



## La AEC celebrará en Alicante su XXIV Reunión Nacional de Cirugía

El evento tendrá lugar del 24 al 27 de octubre bajo el lema **Cirugía basada en decisiones compartidas**. Cuenta con un programa muy completo que hará especial hincapié en el paciente como centro de atención. Se han recibido cerca de 1.100 comunicaciones y vídeos presentados. Madrid, 20 de junio.- Alicante acogerá, del 24 al 27 de octubre, la XXIV Reunión Nacional de Cirugía de la Asociación Española de Cirujanos (AEC), bajo el lema **Cirugía basada en decisiones compartidas**, que contará con una amplia presencia de cirujanos nacionales e internacionales.

original

- *El evento tendrá lugar del 24 al 27 de octubre bajo el lema Cirugía basada en decisiones compartidas*
- *Cuenta con un programa muy completo que hará especial hincapié en el paciente como centro de atención*
- *Se han recibido cerca de 1.100 comunicaciones y vídeos presentados*

Madrid, 20 de junio.- Alicante acogerá, del 24 al 27 de octubre, la [XXIV Reunión Nacional de Cirugía](#) de la [Asociación Española de Cirujanos](#) (AEC), bajo el lema **Cirugía basada en decisiones compartidas**, que contará con una amplia presencia de cirujanos nacionales e internacionales.

*Queremos remarcar que sin olvidar la innovación, la tecnología y la formación, el centro de atención siempre es el paciente y se le debe involucrar más activamente en la toma de decisiones sobre su proceso quirúrgico*, señala el Dr. José Manuel Ramia, presidente de la Reunión Nacional de Cirugía y jefe de Servicio en Hospital General Universitario de Alicante.

En esta reunión se ofrecerá un programa atractivo e innovador, que incluye simposios, mesas redondas, encuentros face-to-face, conferencias, talleres, sesiones de comunicaciones y posters, así como entregas de becas y premios. Con una amplia representación de todas las secciones y grupos de trabajo de la AEC, fomentando la transversalidad entre ellas.

En opinión del presidente del Comité Científico de la Asociación, el Dr. Luis Sabater, *este año hemos recibido alrededor de 1.100 comunicaciones y vídeos de los cuales hemos hecho una difícil selección, que se presentarán en la reunión que celebraremos este año en Alicante. Esto nos permitirá continuar con un elevado nivel científico, tal y como viene siendo habitual en estos congresos.*

Por su parte la presidenta de la AEC, la doctora Elena Martín Pérez, ha afirmado que *durante la Reunión Nacional de Cirugía disfrutaremos de un magnífico congreso con una gran participación, donde contamos con lo mejor de la cirugía nacional e internacional, para intercambiar conocimiento, experiencias y los últimos avances científicos y tecnológicos relacionados con la Cirugía General y Digestiva*".

El encuentro comenzará con 6 cursos monográficos precongreso de 8 horas en las que se intensifica la formación organizados por las siguientes secciones: **Sección de Cirugía de la Obesidad Mórbida, Sección de Cirugía Mayor Ambulatoria, Sección de Coloproctología, Sección de Patología de la Mama, Sección de Trasplantes y la Sección de oncología Peritoneal.**

Otros temas a tratar, son los propuestos por las secciones como la mentorización de estudiantes como futuros residentes, la formación de formadores, la brecha de género y nuevas formas de gestión. Dentro de las actividades programadas, podemos destacar 2 talleres dedicados a la rehabilitación del paciente y uno de ellos dedicado a los estudiantes, para animarles a ver lo bonita que es la especialidad de cirujano con tareas similares a un R1.

Para ello, se contará con la presencia de cirujanos extranjeros de reconocido prestigio y ponentes nacionales, líderes de opinión en los distintos temas a tratar. A lo largo de estos días

se van a desarrollar mesas, conferencias y simposios en los que participarán 225 ponentes, 20 de ellos internacionales. Además, se otorgarán **3 miembros de honor** al danés Hans Kehlet, la mexicana Lilia Coté y al italiano Francesco Corcione.

El fin de esta reunión es ofrecer una Reunión Científica del máximo nivel, que permita aunar y aumentar los conocimientos en beneficio de los pacientes al mismo tiempo que poder estimular las relaciones científicas y personales de los participantes, compartiendo extraordinarios momentos en la ciudad de Alicante la millor terreta del mon, esperando estar a la altura de vuestras expectativas.



## Disminuir la tasa de infecciones es "clave" para mejorar la calidad asistencial, según la Fundación Tecnología y Salud

El presidente de la Fundación Tecnología y Salud, Fernando Bandrés, ha señalado que disminuir la tasa de infecciones postoperatorias en los espacios quirúrgicos es "clave" para mejorar la calidad asistencial, los resultados en salud y la eficiencia del sistema sanitario". En concreto, la infección postoperatoria es la complicación más frecuente de la cirugía en España y afecta al 5 por ciento de pacientes que son sometidos a cirugía mayor.

Agencias • original

MADRID, 19 (EUROPA PRESS)

El presidente de la Fundación Tecnología y Salud, Fernando Bandrés, ha señalado que disminuir la tasa de infecciones postoperatorias en los espacios quirúrgicos es "clave" para mejorar la calidad asistencial, los resultados en salud y la eficiencia del sistema sanitario".

Así se ha pronunciado en el marco de la presentación del Programa de Reducción de la Infección Quirúrgica (PRIQO), realizado en el marco del proyecto Observatorio de Infección en Cirugía (OIC), impulsado por la Asociación Española de Cirujanos con la colaboración de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria y de la Fundación Tecnología y Salud, y el apoyo de 17 sociedades científicas.

En concreto, la infección postoperatoria es la complicación más frecuente de la cirugía en España y afecta al 5 por ciento de pacientes que son sometidos a cirugía mayor.

"Las infecciones postoperatorias podrían reducirse con la actuación coordinada de todos los servicios hospitalarios implicados, por lo que debe abordarse como una labor de equipo que implique a los profesionales de cirugía con el resto de personal implicado en la infección quirúrgica, como los especialistas en enfermedades infecciosas, medicina preventiva y farmacia", ha apuntado el doctor Josep María Badía, especialista del Servicio de Cirugía del Hospital Universitario de Granollers y coordinador del OIC.

La jornada también ha contado con la participación del doctor Miguel de Blas García, subdirector médico del Área Quirúrgica del Hospital Universitario La Paz, quien ha expuesto que "los equipos directivos tienen que ser parte activa de la lucha contra la infección postoperatoria".

"Debemos liderar el cumplimiento de las medidas, la realización de protocolos y la medición de resultados. Lo más importante es lograr buenos resultados en el paciente, pero también hay que pensar en los aumentos de estancia y costes que producen las infecciones", ha concretado.

Como bundles en los que trabajar para reducir la tasa de infecciones postoperatorias en los espacios quirúrgicos, el PRIQ-O ha identificado un paquete de 10 medidas generales de prevención a priorizar en los procedimientos quirúrgicos de los hospitales, tales como: ducha preoperatoria; descontaminación de la piel con soluciones alcohólicas; no eliminación del vello del campo quirúrgico o eliminación con maquinilla eléctrica; profilaxis antibiótica sistémica adecuada (inicio 30-60 minutos antes de la incisión, modificación de dosis según características del paciente, uso preferente en monodosis, administración de dosis intraoperatoria si indicada, no superar las 24 h de profilaxis) y uso de técnicas endoscópicas y abordajes mínimamente invasivos

Otras medidas son: correcta higiene quirúrgica de manos; mantenimiento de la normotermia; uso de protectores-retractores plásticos de herida; protocolo intraoperatorio de cambio de guantes; y cambio de material quirúrgico y auxiliar antes del cierre de las heridas contaminadas.

Complementariamente, se identifican bundles específicos con medidas para especialidades quirúrgicas particulares, como cirugía colorrectal, cirugía cardiovascular y cirugía ortopédica.



Distribuido para ASOCIACION ESPAÑOLA DE CIRUJANOS \* Este artículo no puede distribuirse sin el consentimiento expreso del dueño de los derechos de autor.



## Disminuir la tasa de infecciones, clave para mejorar la calidad asistencial

original

- FUNDACIÓN TECNOLOGÍA Y SALUD

MADRID, 19 Jun. (EUROPA PRESS) -

El presidente de la Fundación Tecnología y Salud, Fernando Bandrés, ha señalado que disminuir la tasa de infecciones postoperatorias en los espacios quirúrgicos es "clave" para mejorar la calidad asistencial, los resultados en salud y la eficiencia del sistema sanitario".

Así se ha pronunciado en el marco de la presentación del Programa de Reducción de la Infección Quirúrgica (PRIQO), realizado en el marco del proyecto Observatorio de Infección en Cirugía (OIC), impulsado por la Asociación Española de Cirujanos con la colaboración de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria y de la Fundación Tecnología y Salud, y el apoyo de 17 sociedades científicas.

En concreto, la infección postoperatoria es la complicación más frecuente de la cirugía en España y afecta al 5 por ciento de pacientes que son sometidos a cirugía mayor.

"Las infecciones postoperatorias podrían reducirse con la actuación coordinada de todos los servicios hospitalarios implicados, por lo que debe abordarse como una labor de equipo que implique a los profesionales de cirugía con el resto de personal implicado en la infección quirúrgica, como los especialistas en enfermedades infecciosas, medicina preventiva y farmacia", ha apuntado el doctor Josep María Badía, especialista del Servicio de Cirugía del Hospital Universitario de Granollers y coordinador del OIC.

La jornada también ha contado con la participación del doctor Miguel de Blas García, subdirector médico del Área Quirúrgica del Hospital Universitario La Paz, quien ha expuesto que "los equipos directivos tienen que ser parte activa de la lucha contra la infección postoperatoria".

"Debemos liderar el cumplimiento de las medidas, la realización de protocolos y la medición de resultados. Lo más importante es lograr buenos resultados en el paciente, pero también hay que pensar en los aumentos de estancia y costes que producen las infecciones", ha concretado.

Como bundles en los que trabajar para reducir la tasa de infecciones postoperatorias en los espacios quirúrgicos, el PRIQ-O ha identificado un paquete de 10 medidas generales de prevención a priorizar en los procedimientos quirúrgicos de los hospitales, tales como: ducha preoperatoria; descontaminación de la piel con soluciones alcohólicas; no eliminación del vello del campo quirúrgico o eliminación con maquinilla eléctrica; profilaxis antibiótica sistémica adecuada (inicio 30-60 minutos antes de la incisión, modificación de dosis según características del paciente, uso preferente en monodosis, administración de dosis intraoperatoria si indicada, no superar las 24 h de profilaxis) y uso de técnicas endoscópicas y abordajes mínimamente invasivos

Otras medidas son: correcta higiene quirúrgica de manos; mantenimiento de la normotermia; uso de protectores-retractores plásticos de herida; protocolo intraoperatorio de cambio de guantes; y cambio de material quirúrgico y auxiliar antes del cierre de las heridas contaminadas.

Complementariamente, se identifican bundles específicos con medidas para especialidades quirúrgicas particulares, como cirugía colorrectal, cirugía cardiovascular y cirugía ortopédica.



## Frente común para reducir las infecciones postoperatorias en el quirófano

Es la complicación más frecuente de la cirugía en España y afecta a un cinco por ciento de los pacientes. En concreto, la infección postoperatoria es la complicación más frecuente de la cirugía en nuestro país y afecta al 5 por ciento de pacientes que son sometidos a cirugía mayor. La jornada ha contado, asimismo, con la participación Miguel de Blas García, subdirector médico del Área Quirúrgica del Hospital Universitario La Paz, quien ha expuesto que los equipos directivos tienen que ser parte activa de la lucha contra la infección postoperatoria.

original

### Es la complicación más frecuente de la cirugía en España y afecta a un cinco por ciento de los pacientes



Miguel de Blas, Margarita Alfonsel y Josep M. Badía.

El Hospital Universitario **La Paz** de Madrid ha acogido la presentación del **Programa de Reducción de la Infección Quirúrgica** (Priqo), realizado en el marco del proyecto Observatorio de Infección en Cirugía (OIC), impulsado por la Asociación Española de Cirujanos con la colaboración de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria y de la Fundación Tecnología y Salud, y el apoyo de 17 sociedades científicas.

En esta jornada, gestores sanitarios, especialistas y representantes de la industria han podido conocer a fondo el contenido y **objetivos** de esta iniciativa que promueve la cultura de la **calidad** y la seguridad en la asistencia sanitaria, estableciendo, en este ámbito concreto, recomendaciones, protocolos de consenso y líneas de trabajo conjuntas para continuar reduciendo la tasa de infecciones postoperatorias en los espacios quirúrgicos.

Según ha destacado **Fernando Bandrés**, presidente de la Fundación Tecnología y Salud, no cabe duda de que fomentar la cultura de la seguridad en el ámbito quirúrgico y, en concreto, disminuir la tasa de infecciones es clave para mejorar la calidad asistencial, los resultados en salud y la eficiencia del sistema sanitario.

En nuestra Fundación estamos muy **satisfechos** de colaborar en todos aquellos proyectos como el OIC que promueven la cultura de la calidad y seguridad en la asistencia sanitaria desde un enfoque multidisciplinar, y que desarrollan iniciativas como este programa que pueden servir como herramienta de referencia en la práctica clínica de los hospitales, añade **Margarita Alfonsel**, secretaria del Patronato de la Fundación Tecnología y Salud.

## Actuación coordinada y protocolos

En concreto, la **infección postoperatoria** es la complicación más frecuente de la cirugía en nuestro país y afecta al 5 por ciento de pacientes que son sometidos a cirugía mayor. Por ello, **Josep María Badia**, especialista del Servicio de Cirugía del Hospital Universitario de Granollers y coordinador del OIC, también ha destacado la importancia de estas acciones multidisciplinarias, ya que las infecciones postoperatorias podrían reducirse con la actuación coordinada de todos los servicios hospitalarios implicados, por lo que debe abordarse como una **labor de equipo** que implique a los profesionales de cirugía con el resto de personal implicado en la infección quirúrgica, como los especialistas en enfermedades infecciosas, medicina preventiva y farmacia.

La jornada ha contado, asimismo, con la participación **Miguel de Blas García**, subdirector médico del Área Quirúrgica del Hospital Universitario La Paz, quien ha expuesto que los equipos directivos tienen que ser parte activa de la lucha contra la infección postoperatoria. Debemos liderar el cumplimiento de las medidas, la realización de protocolos y la medición de resultados. Lo más importante es lograr buenos resultados en el paciente, pero también hay que pensar en los aumentos de estancia y costes que producen las infecciones, ha concretado.

En el Hospital La Paz, a través de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos, existe un grupo de cirugía segura que es quien coordina las iniciativas. Entre las actividades realizadas este año destacan: realizar e implementar los **protocolos** de normotermia y normoglucemia intraoperatoria, mejorar la **información** a los pacientes para la aplicación de mupirocina nasal, protocolos de manejo del apósito quirúrgico y acortar la estancia hospitalaria postquirúrgica con programas de hospitalización a domicilio.

Recomendaciones basadas en la evidencia en España.

## Recomendaciones y medidas generales de prevención

El Programa de Reducción de la Infección Quirúrgica es una iniciativa del Observatorio de Infección en Cirugía (OIC) para disminuir la infección postoperatoria en los diversos tipos de especialidades quirúrgicas, dado que diversos estudios de este Observatorio han demostrado aspectos mejorables en la aplicación sistemática de las **recomendaciones** basadas en la evidencia en España.

Como parte del programa PRIQ-O, recientemente se elaboró el documento Recomendaciones Perioperatorias para la Prevención de la Infección de Localización Quirúrgica, el cual ha sido desgranado en esta jornada. Junto a las consecuencias clínicas, este documento destaca la también importante **carga económica** asociada a una infección postoperatoria, debido a la hospitalización prolongada, la morbilidad asociada, las pruebas diagnósticas y el tratamiento.

La revisión de la evidencia científica realizada en el PRIQ-O, pretende, más allá de obtener una nueva guía de práctica clínica, evaluar las medidas preventivas y adaptar las recomendaciones existentes a nuestro contexto para evitar las **complicaciones infecciosas** de las intervenciones quirúrgicas, ha expuesto **Rafael M. Ortí**, presidente de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (Sempspgs) y también coordinador del OIC.

Como bundles en los que trabajar para reducir la tasa de infecciones postoperatorias en los espacios quirúrgicos, el PRIQ-O identifica un paquete de **10 medidas generales de prevención** a priorizar en los procedimientos quirúrgicos de los hospitales, en sinergia con otros programas ya consolidados en España también referenciados en esta jornada como Infección Quirúrgica Cero, el Programa de Cirugía Segura o el Programa ERAS, así como los planes de seguridad del paciente del Ministerio de Sanidad y de las comunidades autónomas.

En concreto, tras el proceso de priorización acometido, los bundles propuestos para todo el periodo perioperatorio son: ducha preoperatoria; **descontaminación** de la piel con soluciones alcohólicas; no eliminación del vello del campo quirúrgico o eliminación con maquinilla

eléctrica; profilaxis antibiótica sistémica adecuada (inicio 30-60 minutos antes de la incisión, modificación de dosis según características del paciente, uso preferente en monodosis, administración de dosis intraoperatoria si indicada, no superar las 24 h de profilaxis); uso de técnicas endoscópicas y abordajes mínimamente invasivos; correcta **higiene quirúrgica de manos**; mantenimiento de la normotermia; uso de protectores-retractores plásticos de herida; protocolo intraoperatorio de cambio de guantes; y cambio de material quirúrgico y auxiliar antes del cierre de las heridas contaminadas.

Complementariamente, se identifican bundles específicos con medidas para especialidades quirúrgicas particulares, como cirugía colorrectal, cirugía cardiovascular y cirugía ortopédica. Cabe recordar que el OIC proyecto en el que se enmarca este programa hoy presentado fue promovido en 2018 por la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y está constituido por **17 sociedades científicas** relacionadas con la infección quirúrgica. Además de las 13 quirúrgicas, lo forman la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica (AEEQ), la Sociedad Española de Anestesia y Reanimación (Sedar), la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas (Seimc) y la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (Sempspgs).

Las informaciones publicadas en Redacción Médica contienen afirmaciones, datos y declaraciones procedentes de instituciones oficiales y profesionales sanitarios. No obstante, ante cualquier duda relacionada con su salud, consulte con su especialista sanitario correspondiente.

### Te puede interesar



La innovación incremental se alza como vía para

## Según la Fundación Tecnología y Salud, reducir la cantidad de infecciones es fundamental para mejorar la calidad de atención médica

El presidente de la Fundación Tecnología y Salud, Fernando Bandrés, ha señalado que disminuir la tasa de infecciones postoperatorias en los espacios quirúrgicos es «clave» para mejorar la calidad asistencial, los resultados en salud y la eficiencia del sistema sanitario». En concreto, la infección postoperatoria es la complicación más frecuente de la cirugía en España y afecta al 5 por ciento de pacientes que son sometidos a cirugía mayor.

Redacción • original



MADRID, 19 (EUROPA PRESS)

El presidente de la Fundación Tecnología y Salud, Fernando Bandrés, ha señalado que disminuir la tasa de infecciones postoperatorias en los espacios quirúrgicos es «clave» para mejorar la calidad asistencial, los resultados en salud y la eficiencia del sistema sanitario».

Así se ha pronunciado en el marco de la presentación del Programa de Reducción de la Infección Quirúrgica (PRIQO), realizado en el marco del proyecto Observatorio de Infección en Cirugía (OIC), impulsado por la Asociación Española de Cirujanos con la colaboración de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria y de la Fundación Tecnología y Salud, y el apoyo de 17 sociedades científicas.

En concreto, la infección postoperatoria es la complicación más frecuente de la cirugía en España y afecta al 5 por ciento de pacientes que son sometidos a cirugía mayor.

«Las infecciones postoperatorias podrían reducirse con la actuación coordinada de todos los servicios hospitalarios implicados, por lo que debe abordarse como una labor de equipo que implique a los profesionales de cirugía con el resto de personal implicado en la infección quirúrgica, como los especialistas en enfermedades infecciosas, medicina preventiva y farmacia», ha apuntado el doctor Josep María Badía, especialista del Servicio de Cirugía del Hospital Universitario de Granollers y coordinador del OIC.

Leer más: [CCOO solicita la inclusión de alrededor de 50.000 técnicos auxiliares de enfermería en los hospitales debido a que las plantillas se encuentran por debajo de los niveles adecuados](#)

La jornada también ha contado con la participación del doctor Miguel de Blas García, subdirector médico del Área Quirúrgica del Hospital Universitario La Paz, quien ha expuesto que «los equipos directivos tienen que ser parte activa de la lucha contra la infección postoperatoria».

«Debemos liderar el cumplimiento de las medidas, la realización de protocolos y la medición de resultados. Lo más importante es lograr buenos resultados en el paciente, pero también hay que pensar en los aumentos de estancia y costes que producen las infecciones», ha concretado.

Como bundles en los que trabajar para reducir la tasa de infecciones postoperatorias en los espacios quirúrgicos, el PRIQ-O ha identificado un paquete de 10 medidas generales de prevención a priorizar en los procedimientos quirúrgicos de los hospitales, tales como: ducha preoperatoria; descontaminación de la piel con soluciones alcohólicas; no eliminación del vello del campo quirúrgico o eliminación con maquinilla eléctrica; profilaxis antibiótica sistémica adecuada (inicio 30-60 minutos antes de la incisión, modificación de dosis según características del paciente, uso preferente en monodosis, administración de dosis intraoperatoria si indicada, no superar las 24 h de profilaxis) y uso de técnicas endoscópicas y abordajes mínimamente invasivos

[Leer más: La crítica de Garralda se centra en la imposición fiscal más rigurosa que reciben los fondos de pensiones en comparación con los de inversión, que él describe como un auténtico castigo](#)

Otras medidas son: correcta higiene quirúrgica de manos; mantenimiento de la normotermia; uso de protectores-retractores plásticos de herida; protocolo intraoperatorio de cambio de guantes; y cambio de material quirúrgico y auxiliar antes del cierre de las heridas contaminadas.

Complementariamente, se identifican bundles específicos con medidas para especialidades quirúrgicas particulares, como cirugía colorrectal, cirugía cardiovascular y cirugía ortopédica.

## Las infecciones postoperatorias son las complicaciones más frecuentes de las cirugías mayores y afecta al 5% de los pacientes

El Hospital Universitario La Paz de Madrid ha acogido la presentación del Programa de Reducción de la Infección Quirúrgica (PRIQO). El programa está realizado en el marco del proyecto Observatorio de Infección en Cirugía (OIC). Está impulsado por la Asociación Española de Cirujanos en colaboración con Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública Gestión Sanitaria y Fundación Tecnología y Salud.

isanidad • original



### Redacción

El Hospital Universitario La Paz de Madrid ha acogido la presentación del **Programa de Reducción de la Infección Quirúrgica (PRIQO)**. El programa está realizado en el marco del proyecto Observatorio de Infección en Cirugía (OIC). Está impulsado por la **Asociación Española de Cirujanos** en colaboración con **Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública Gestión Sanitaria** y **Fundación Tecnología y Salud**. Además, tiene el apoyo de 17 sociedades científicas. En esta jornada, gestores sanitarios, especialistas y representantes de la industria han podido conocer a fondo el contenido y objetivos de esta iniciativa. Lo que realmente promueve es la cultura de la calidad y la seguridad en la asistencia sanitaria. Así, establece recomendaciones, protocolos de consenso y líneas de trabajo conjuntas para continuar reduciendo la tasa de infecciones postoperatorias en los espacios quirúrgicos.

Según ha destacado **Fernando Bandrés, presidente de la Fundación Tecnología y Salud**, *no cabe duda de que fomentar la cultura de la seguridad en el ámbito quirúrgico y, en concreto, disminuir la tasa de infecciones es clave para mejorar la calidad asistencial, los resultados en salud y la eficiencia del sistema sanitario. En nuestra Fundación estamos muy satisfechos de colaborar en todos aquellos proyectos como el OIC que promueven la cultura de la calidad y seguridad en la asistencia sanitaria desde un enfoque multidisciplinar, y que desarrollan iniciativas como este programa que pueden servir como herramienta de referencia en la práctica clínica de los hospitales*, añade **Margarita Alfonsel, secretaria del Patronato de la Fundación Tecnología y Salud**.



**El proyecto Observatorio de Infección en Cirugía establece recomendaciones, protocolos de**



## consenso y líneas de trabajo conjuntas para reducir la tasa de infecciones postoperatorias

En concreto, las infecciones postoperatorias son las complicaciones más frecuentes de las cirugías en nuestro país y afecta al 5% de pacientes que son sometidos a cirugía mayor. El **Dr. Josep María Badía es especialista del Servicio de Cirugía del Hospital Universitario de Granollers y coordinador del OIC**. Ha destacado la importancia de estas acciones multidisciplinares ya que *las infecciones postoperatorias podrían reducirse con la actuación coordinada de todos los servicios hospitalarios implicados, por lo que debe abordarse como una labor de equipo que implique a los profesionales de cirugía con el resto de personal implicado en la infección quirúrgica, como los especialistas en enfermedades infecciosas, medicina preventiva y farmacia.*

La jornada ha contado, asimismo, con la participación del **Dr. Miguel de Blas García, subdirector médico del Área Quirúrgica del Hospital Universitario La Paz**. Ha expuesto que *los equipos directivos tienen que ser parte activa de la lucha contra la infección postoperatoria. Debemos liderar el cumplimiento de las medidas, la realización de protocolos y la medición de resultados. Lo más importante es lograr buenos resultados en el paciente, pero también hay que pensar en los aumentos de estancia y costes que producen las infecciones*, ha concretado.

### **Dr. Miguel de Blas: Los equipos directivos tienen que ser parte activa de la lucha contra la infección postoperatoria**

En el Hospital La Paz, a través de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos, existe un grupo de cirugía segura que es quien coordina las iniciativas. Entre las actividades realizadas este año destacan: realizar e implementar los protocolos de normotermia y normoglucemia intraoperatoria, mejorar la información a los pacientes para la aplicación de mupirocina nasal, protocolos de manejo del apósito quirúrgico y acortar la estancia hospitalaria postquirúrgica con programas de hospitalización a domicilio.



### **Recomendaciones basadas en la evidencia en España**

El Programa de Reducción de la Infección Quirúrgica es una iniciativa del Observatorio de Infección en Cirugía (OIC) para disminuir las infecciones postoperatorias en los diversos tipos de especialidades quirúrgicas. Diversos estudios de este Observatorio han demostrado aspectos mejorables en la aplicación sistemática de las recomendaciones basadas en la evidencia en España.

Como parte del programa PRIQ-O, recientemente se elaboró el documento [Recomendaciones](#)

**Perioperatorias para la Prevención de la Infección de Localización Quirúrgica.** Este documento ha sido desgranado en esta jornada. Junto a las consecuencias clínicas, este documento destaca la también **importante carga económica asociada a una infección postoperatoria**, debido a la hospitalización prolongada, la morbilidad asociada, las pruebas diagnósticas y el tratamiento. *La revisión de la evidencia científica realizada en el PRIQ-O, pretende, más allá de obtener una nueva guía de práctica clínica, evaluar las medidas preventivas y adaptar las recomendaciones existentes a nuestro contexto para evitar las complicaciones infecciosas de las intervenciones quirúrgicas*, ha expuesto el doctor **Rafael M. Ortí, presidente de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSPGS)** y también **coordinador del OIC.**

***Junto a las consecuencias clínicas también se destaca la importante carga económica asociada a una infección postoperatoria***

Como *bundles* en los que trabajar para reducir la tasa de infecciones postoperatorias en los espacios quirúrgicos, el PRIQ-O identifica un paquete de **10 medidas generales de prevención a priorizar en los procedimientos quirúrgicos de los hospitales**, en sinergia con otros programas ya consolidados en España también referenciados en esta jornada como Infección Quirúrgica Cero, el Programa de Cirugía Segura o el Programa ERAS, así como los planes de seguridad del paciente del Ministerio de Sanidad y de las comunidades autónomas.

## Disminuir la tasa de infecciones es «clave» para mejorar la calidad asistencial, según la Fundación Tecnología y Salud

original



El presidente de la Fundación Tecnología y Salud, Fernando Bandrés, ha señalado que disminuir la tasa de infecciones postoperatorias en los espacios quirúrgicos es «clave» para mejorar la calidad asistencial, los resultados en salud y la eficiencia del sistema sanitario».

Así se ha pronunciado en el marco de la presentación del Programa de Reducción de la Infección Quirúrgica (PRIQO), realizado en el marco del proyecto Observatorio de Infección en Cirugía (OIC), impulsado por la Asociación Española de Cirujanos con la colaboración de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria y de la Fundación Tecnología y Salud, y el apoyo de 17 sociedades científicas.

En concreto, la infección postoperatoria es la complicación más frecuente de la cirugía en España y afecta al 5 por ciento de pacientes que son sometidos a cirugía mayor.

«Las infecciones postoperatorias podrían reducirse con la actuación coordinada de todos los servicios hospitalarios implicados, por lo que debe abordarse como una labor de equipo que implique a los profesionales de cirugía con el resto de personal implicado en la infección quirúrgica, como los especialistas en enfermedades infecciosas, medicina preventiva y farmacia», ha apuntado el doctor Josep María Badía, especialista del Servicio de Cirugía del Hospital Universitario de Granollers y coordinador del OIC.

La jornada también ha contado con la participación del doctor Miguel de Blas García, subdirector médico del Área Quirúrgica del Hospital Universitario La Paz, quien ha expuesto que «los equipos directivos tienen que ser parte activa de la lucha contra la infección postoperatoria».

«Debemos liderar el cumplimiento de las medidas, la realización de protocolos y la medición de resultados. Lo más importante es lograr buenos resultados en el paciente, pero también hay que pensar en los aumentos de estancia y costes que producen las infecciones», ha concretado.

Como bundles en los que trabajar para reducir la tasa de infecciones postoperatorias en los espacios quirúrgicos, el PRIQO ha identificado un paquete de 10 medidas generales de prevención a priorizar en los procedimientos quirúrgicos de los hospitales, tales como: ducha preoperatoria; descontaminación de la piel con soluciones alcohólicas; no eliminación del vello del campo quirúrgico o eliminación con maquinilla eléctrica; profilaxis antibiótica sistémica adecuada (inicio 30-60 minutos antes de la incisión, modificación de dosis según características del paciente, uso preferente en monodosis, administración de dosis intraoperatoria si indicada, no superar las 24 h de profilaxis) y uso de técnicas endoscópicas y abordajes mínimamente invasivos

Otras medidas son: correcta higiene quirúrgica de manos; mantenimiento de la normotermia; uso de protectores-retractores plásticos de herida; protocolo intraoperatorio de cambio de guantes; y cambio de material quirúrgico y auxiliar antes del cierre de las heridas contaminadas.

Complementariamente, se identifican bundles específicos con medidas para especialidades quirúrgicas particulares, como cirugía colorrectal, cirugía cardiovascular y cirugía ortopédica.



## Medio centenar de sanitarios aprenden en Gijón una nueva técnica para hernias leves

Cabueñes prueba en directo este método, por endoscopia, con una mujer con lesiones posparto. Juan Bellido, explicando una de sus técnicas de reparación de hernias, ayer, en el salón de actos de Cabueñes. | Á. Promovido por el servicio de Cirugía General y Digestivo de Cabueñes, el hospital acogió ayer en su salón de actos la retransmisión en directo de nuevas técnicas de reparación de hernias leves.

S. F. L. • original

### Cabueñes prueba en directo este método, por endoscopia, con una mujer con lesiones posparto

*Juan Bellido, explicando una de sus técnicas de reparación de hernias, ayer, en el salón de actos de Cabueñes. | Á. G.*

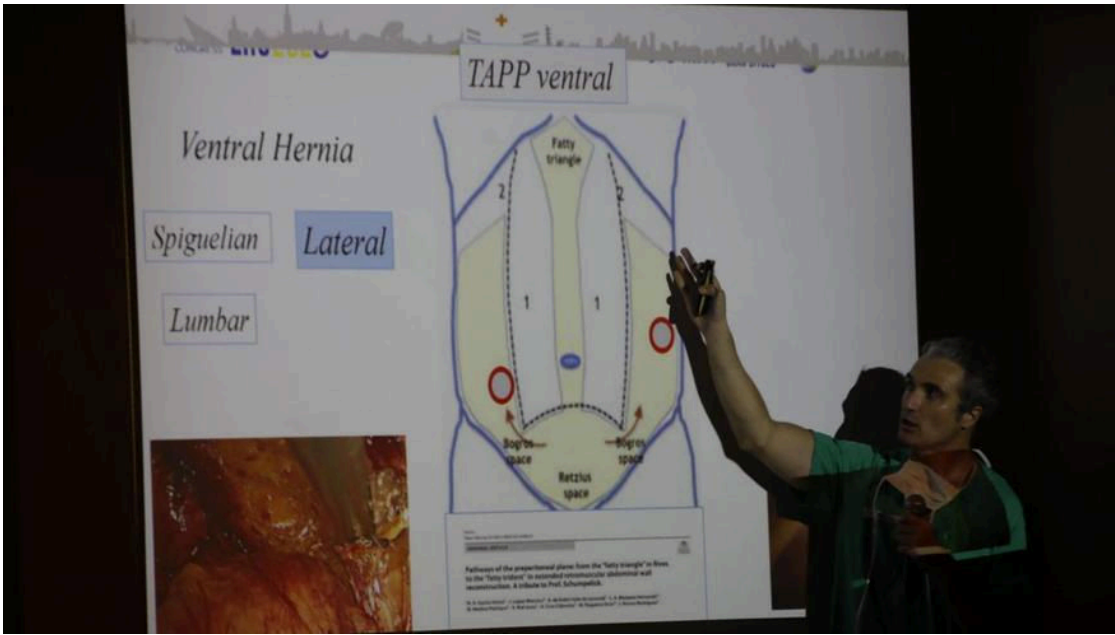
16-06-23 | 04:01

Promovido por el servicio de Cirugía General y Digestivo de Cabueñes, el hospital acogió ayer en su salón de actos la retransmisión en directo de nuevas técnicas de reparación de hernias leves. Las operaciones corrieron a cargo de Juan Bellido, experto del Hospital Virgen de la Macarena de Sevilla, que explicó a medio centenar de cirujanos de toda la región las bases de una técnica apenas conocida en Asturias, la llamada "E-TEP", que permite tratar lesiones de hasta ocho centímetros de diámetro de manera endoscópica, sin cirugía abierta. "Los pacientes se quedan en el hospital un día, dos como máximo", señaló el cirujano gijonés Carlos Suárez.

La formación contó también con el apoyo de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y Sociedad Asturiana de Cirujanos (SAC) y supuso la primera gran puesta de largo de la intención de los cirujanos gijoneses de retransmitir en directo técnicas novedosas para otros profesionales, un proyecto que ya habían probado en marzo pero que ayer ya contó con cámaras y realizadores profesionales. Esto permitió que en total unos 50 profesionales de Asturias pudiesen ver en tiempo real la técnica de Bellido. "Ahora la idea es seguir formándonos y estudiando la técnica para ver si es viable hacerla desde aquí", aclaró Suárez.

### Consulta aquí todas las noticias de Gijón

La "E-TEP", según se explicó ayer, resulta "idónea" para mujeres con una doble lesión: diástasis de recto y hernia umbilical. Este era el perfil de la primera paciente operada ayer, que llevaba más de un año en fisioterapia sin ver resultados. El otro paciente operado presentaba una hernia de Spiegel bajo el oblicuo mayor, es poco habitual y en él se aplicó otra técnica mínimamente invasiva, llamada transabdominal preperitoneal (o TAPP), cuyo estudio no se abordó ayer de manera detallada.





Medio	Radio Faro del Noroeste	Fecha	15/06/2023
Soporte	Prensa Digital	País	España
U. únicos	168	V. Comunicación	625 EUR (675 USD)
Pág. vistas	607	V. Publicitario	173 EUR (186 USD)

la peritonitis, el íleo mecánico, la estrangulación herniaria, la perforación gástrica o la apendicitis. Estos pacientes, independientemente del motivo de su enfermedad, necesitan de una toma de decisión inmediata a la que, a menudo, le sigue una intervención quirúrgica.

Desde el Hospital Dr. Negrín inciden en la relevancia que encierra llevar a cabo este tipo de formación dirigida a médicos residentes y organizada por la Asociación Española de Cirujanos. Las Aulas de Docencia y el Auditorio Dr. Alfonso Medina del centro hospitalario han sido los lugares elegidos para la celebración de dicho curso.



## El Hospital Dr. Negrín acoge un curso nacional de cirugía de urgencias dirigido a médicos residentes

Esta iniciativa, organizada por la Asociación Española de Cirujanos, cuenta con la participación de alumnos procedentes de diferentes comunidades autónomas. El Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, centro adscrito a la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, acoge desde este martes, 13 de junio, y hasta este miércoles, día 14, un Curso de Cirugía de Urgencias para residentes, avalado y organizado por la Asociación Española de Cirujanos.

Canarias Noticias - • original

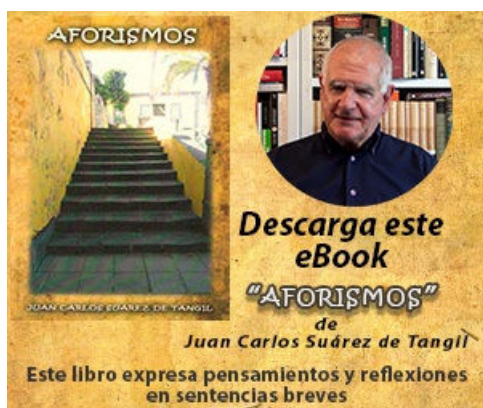


Curso de Cirugía de Urgencias para residentes / CanariasNoticias.es

*Esta iniciativa, organizada por la Asociación Española de Cirujanos, cuenta con la participación de alumnos procedentes de diferentes comunidades autónomas*

El Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, centro adscrito a la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, acoge desde este martes, 13 de junio, y hasta este miércoles, día 14, un Curso de Cirugía de Urgencias para residentes, avalado y organizado por la Asociación Española de Cirujanos. Dicho curso, que se celebra por vez primera en el centro hospitalario, cuenta con la participación de alumnos procedentes de diferentes comunidades autónomas. Se trata de una iniciativa organizada por la doctora Aida Rahy, coordinadora de la Unidad de Cirugía de Urgencias y Trauma, del servicio de Cirugía General del centro hospitalario.

La cirugía de urgencias es una de las cirugías que encierra mayor complejidad. Por este motivo, los especialistas reiteran la necesidad de potenciar la formación en este campo. Se trata de una cirugía exigente que abarca desde las intervenciones más básicas, hasta aquellas que se deben realizar en situaciones de dificultad extrema y en un contexto que la convierten en un reto.



Este tipo de cirugías supone un porcentaje muy amplio del volumen quirúrgico de un servicio, pudiendo llegar o superar, en ocasiones, el 40%; de ahí que la práctica totalidad de los cirujanos se deban enfrentar, casi de forma periódica, a la atención de urgencias. Se ocupa, fundamentalmente, de situaciones agudas que suponen una amenaza para la vida y que están causadas por traumatismos, enfermedades quirúrgicas o complicaciones de la cirugía. Concretamente, las patologías más frecuentes tratadas con este tipo de cirugía son, entre otras, la peritonitis, el íleo mecánico, la estrangulación herniaria, la perforación gástrica o la apendicitis. Estos pacientes, independientemente del motivo de su enfermedad, necesitan de una toma de decisión inmediata a la que, a menudo, le sigue una intervención quirúrgica.

Desde el Hospital Dr. Negrín inciden en la relevancia que encierra llevar a cabo este tipo de formación dirigida a médicos residentes y organizada por la Asociación Española de Cirujanos. Las Aulas de Docencia y el Auditorio Dr. Alfonso Medina del centro hospitalario han sido los lugares elegidos para la celebración de dicho curso.

## Los síntomas de que puedes padecer apendicitis

El apéndice es una prolongación del ciego, la primera parte del colon. Se sitúa en el lado inferior derecho del abdomen. Mide de promedio unos 7-8 centímetros, aunque se han descrito desde ausencias congénitas del apéndice, hasta apéndices por encima de los 20 centímetros. Esa obstrucción produce acúmulo retrógrado, distensión y finalmente infección.

Huelva24 · original

**El apéndice es una prolongación del ciego, la primera parte del colon. Se sitúa en el lado inferior derecho del abdomen. Mide de promedio unos 7-8 centímetros, aunque se han descrito desde ausencias congénitas del apéndice, hasta apéndices por encima de los 20 centímetros.**



03/07/2021 a las 10:00h.

Así lo explica en una entrevista con [Infosalus](#) el doctor José Manuel Aranda Narváez, coordinador de la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la Asociación Española de Cirujanos (AEC), quien aclara que se considera al apéndice un órgano vestigial, es decir, aquel que ya no cumple ninguna funcionalidad pero que conservamos fruto de la herencia de nuestros antepasados. Se le han asociado diversas funciones, de la que la inmunitaria es la más aceptada, aunque diversos estudios han demostrado que es una parte del intestino grueso absolutamente prescindible, reconoce el también jefe de la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General, Digestiva y Trasplante del Hospital Universitario Regional de Málaga. En concreto, este experto subraya que la apendicitis es la inflamación del apéndice, a la vez que son diversas las causas que se le han intentado adjudicar a la misma: La más aceptada ha sido clásicamente la obstrucción de la luz por cualquier causa (aumento del tamaño de folículos linfoides, acúmulo de material fecal o fecalito, parásitos o incluso tumores apendiculares). Esa obstrucción produce acúmulo retrógrado, distensión y finalmente infección. Sin embargo, hoy día se manejan otras teorías debido a que no en todas las piezas de apendicectomía se objetiva una obstrucción como causa de la misma. Con ello, el miembro de la AEC enumera cuáles son los posibles síntomas de alerta de apendicitis, destacando que el cuadro clínico más frecuente es el de dolor abdominal difuso, los vómitos y la falta de apetito, con posterior migración del dolor hacia el lado derecho e inferior del abdomen. Puede haber fiebre de bajo grado y alteraciones del hábito intestinal, siendo el estreñimiento el más frecuente. Este cuadro clínico aparece y se desarrolla en 24-48 horas, lo que constituye el promedio más frecuente de tiempo en consultar con un médico y hacer el diagnóstico, subraya. Sin embargo, el doctor Aranda Narváez advierte de que debe tenerse presente que este cuadro clínico es el más frecuente porque la localización más frecuente del apéndice es estar libre dentro del abdomen, pero que hay otras

localizaciones (en la pelvis, por detrás del intestino delgado o del propio ciego) que hacen que el cuadro clínico sea menos florido, dado que el resto de las vísceras abdominales intentan tapar la inflamación. Diferenciarlo del dolor en el abdomen a la hora de diferenciar la apendicitis de cualquier otro dolor abdominal, el cirujano afirma que el cuadro clínico típico de la apendicitis es bastante reconocible, especialmente si se da en una persona joven (20-30 años) donde la apendicitis presenta su máxima incidencia. De cualquier manera, ante un dolor abdominal con fiebre de bajo grado que progresa o no desaparece, lo mejor es consultar con un especialista para, en caso de duda, realizar un diagnóstico radiológico, sostiene. Y es que, según advierte el coordinador de la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la Asociación Española de Cirujanos, el peligro de no realizar a tiempo una extracción del apéndice radica en que la progresión por los diversos estadios (de apendicitis no complicada a complicada con gangrena y peritonitis) en muchos casos es cuestión de tiempo, porque la infección progresa incluso con afectación vascular de venosa a arterial. La peritonitis, motivada por la perforación del apéndice y la salida de contenido fecal o purulento, ya sea solo en las cercanías o en todo el abdomen, es la fase más avanzada y es el peligro de diagnosticar el cuadro tardíamente. Hoy día, sin embargo, hay dudas de si todas las apendicitis progresan de esta forma o pueden quedarse simplemente como formas no complicadas, aunque el peligro de la progresión siempre debe tenerse presente, indica el cirujano. En este contexto, Aranda Narváez resalta que la apendicitis puede tener lugar a cualquier edad, aunque el pico de máxima incidencia es la segunda o la tercera década de la vida. A su vez, incide en que el tratamiento más aceptado es la apendicectomía, la extirpación del apéndice, siendo el método abierto, el más conocido y clásico para su realización, mediante una incisión en el lado derecho del abdomen. Hoy día, sin embargo, la mayoría de los centros realizan este procedimiento mediante laparoscopia, a través de tres pequeñísimas incisiones que permiten la entrada de una cámara con luz e instrumentos quirúrgicos, así como la salida del apéndice después de haber sido extirpado. Este acceso permite una recuperación más precoz, asegura el especialista. Tratarlo solo con antibióticos. Eso sí, en última instancia, el miembro de la AEC llama la atención sobre las recientes informaciones aparecidas en prensa en relación con que la apendicitis puede tratarse sin operación, solo con antibióticos. A este respecto, el doctor señala que existen dos circunstancias donde este tratamiento puede emplearse: 1) Cuando se diagnostica una apendicitis con un cuadro clínico atípico (asociado generalmente a esas localizaciones por detrás del intestino delgado o grueso que antes mencionábamos), con más tiempo de evolución. 2) En apendicitis típicas no complicadas se han publicado estudios sobre el empleo de los antibióticos sin cirugía, que comunican un alto éxito inicial pero muchas recurrencias (reproducción del cuadro agudo) en los siguientes años, teniendo que ser finalmente operados. Cualquiera de estos tratamientos pueden ser planteados como alternativas adecuadas por especialistas de acuerdo a las características específicas del paciente atendido, sentencia el doctor José Manuel Aranda Narváez, coordinador de la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la Asociación Española de Cirujanos.

Se le han asociado diversas funciones, de la que la inmunitaria es la más aceptada, aunque diversos estudios han demostrado que es una parte del intestino grueso absolutamente prescindible, reconoce el también jefe de la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General, Digestiva y Trasplante del Hospital Universitario Regional de Málaga.

En concreto, este experto subraya que la apendicitis es la inflamación del apéndice, a la vez que son diversas las causas que se le han intentado adjudicar a la misma: La más aceptada ha sido clásicamente la obstrucción de la luz por cualquier causa (aumento del tamaño de folículos linfoides, acúmulo de material fecal o fecalito, parásitos o incluso tumores apendiculares). Esa obstrucción produce acúmulo retrógrado, distensión y finalmente infección. Sin embargo, hoy día se manejan otras teorías debido a que no en todas las piezas de apendicectomía se objetiva una obstrucción como causa de la misma.

Con ello, el miembro de la AEC enumera cuáles son los posibles síntomas de alerta de apendicitis, destacando que el cuadro clínico más frecuente es el de dolor abdominal difuso, los vómitos y la falta de apetito, con posterior migración del dolor hacia el lado derecho e inferior del abdomen.

Puede haber fiebre de bajo grado y alteraciones del hábito intestinal, siendo el estreñimiento el más frecuente. Este cuadro clínico aparece y se desarrolla en 24-48 horas, lo que constituye el promedio más frecuente de tiempo en consultar con un médico y hacer el diagnóstico, subraya.

A la hora de diferenciar la apendicitis de cualquier otro dolor abdominal, el cirujano afirma que el cuadro clínico típico de la apendicitis es bastante reconocible, especialmente si se da en una persona joven (20-30 años) donde la apendicitis presenta su máxima incidencia. De cualquier manera, ante un dolor abdominal con fiebre de bajo grado que progresa o no desaparece, lo mejor es consultar con un especialista para, en caso de duda, realizar un diagnóstico radiológico, sostiene.

Y es que, según advierte el coordinador de la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la Asociación Española de Cirujanos, el peligro de no realizar a tiempo una extracción del apéndice radica en que la progresión por los diversos estadios (de apendicitis no complicada a complicada con gangrena y peritonitis) en muchos casos es cuestión de tiempo, porque la infección progresa incluso con afectación vascular de venosa a arterial.

La peritonitis, motivada por la perforación del apéndice y la salida de contenido fecal o purulento, ya sea solo en las cercanías o en todo el abdomen, es la fase más avanzada y es el peligro de diagnosticar el cuadro tardíamente. Hoy día, sin embargo, hay dudas de si todas las apendicitis progresan de esta forma o pueden quedarse simplemente como formas no complicadas, aunque el peligro de la progresión siempre debe tenerse presente, indica el cirujano.

En este contexto, Aranda Narváez resalta que la apendicitis puede tener lugar a cualquier edad, aunque el pico de máxima incidencia es la segunda o la tercera década de la vida. A su vez, incide en que el tratamiento más aceptado es la apendicectomía, la extirpación del apéndice, siendo el método abierto, el más conocido y clásico para su realización, mediante una incisión en el lado derecho del abdomen.

Hoy día, sin embargo, la mayoría de los centros realizan este procedimiento mediante laparoscopia, a través de tres pequeñísimas incisiones que permiten la entrada de una cámara con luz e instrumentos quirúrgicos, así como la salida del apéndice después de haber sido extirpado. Este acceso permite una recuperación más precoz, asegura el especialista.

1) Cuando se diagnostica una apendicitis con un cuadro clínico atípico (asociado generalmente a esas localizaciones por detrás del intestino delgado o grueso que antes mencionábamos), con más tiempo de evolución.

2) En apendicitis típicas no complicadas se han publicado estudios sobre el empleo de los antibióticos sin cirugía, que comunican un alto éxito inicial pero muchas recurrencias (reproducción del cuadro agudo) en los siguientes años, teniendo que ser finalmente operados.

Cualquiera de estos tratamientos pueden ser planteados como alternativas adecuadas por especialistas de acuerdo a las características específicas del paciente atendido, sentencia el doctor José Manuel Aranda Narváez, coordinador de la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la Asociación Española de Cirujanos.

NOTICIAS

SALUD Y ESTILO DE VIDA

# Cirugía Bariátrica, una solución contra cánceres por obesidad

BY JENNIFER VELASCO RUIZ



08/06/2023 - 13:30



Lectura fácil



La cirugía bariátrica y metabólica (CBM) reduce a la mitad el riesgo de padecer hasta 13 tipos de cáncer relacionados con la obesidad.

Así se puso de manifiesto durante la presentación del XXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO), en colaboración con la Asociación Española de Cirujanos (AEC).

En rueda de prensa, los expertos indicaron que la obesidad es la segunda causa prevenible de cáncer después del tabaco. Entre el 4 y el 8 % de todos los cánceres se atribuyen a la obesidad, una enfermedad crónica que constituye un factor de riesgo para 13 tipos de cáncer: mama (especialmente postmenopausia), endometrio, ovario, tiroides, esófago, estómago, colon y recto, hígado, vesícula biliar, páncreas, riñón, meningioma y mieloma múltiple.

De hecho, el exceso de grasa corporal aumenta un 17 % el riesgo de mortalidad específica por cáncer.

## El aporte de la cirugía bariátrica para prevenir los cánceres relacionados con la obesidad

Por lo tanto, los expertos destacaron que existen numerosas evidencias del fuerte vínculo entre la **obesidad** y el cáncer, así como del papel que juega la **cirugía bariátrica** y metabólica en dicha relación.

Tanto es así que la **cirugía bariátrica** permite reducir a la mitad el riesgo de que los pacientes desarrollen cánceres relacionados con la obesidad.

En España, la prevalencia de obesidad en adultos es del 16 % y la de sobrepeso es del 37,6 %. La prevalencia conjunta de obesidad y sobrepeso de la población adulta española es del 53,60 %, es decir, más de la mitad de la población adulta tiene **obesidad o sobrepeso**.

Durante su intervención, el vicepresidente de la SECO, el doctor Amador García Ruiz de Gordejuela, aseguró que "la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad ha ratificado recientemente las nuevas guías de referencia en **cirugía bariátrica** que databan de 1991 y que ahora, tras 30 años de evidencia científica acumulada, abren la puerta a que personas con un Índice de Masa Corporal (IMC) 30-35, así como los mayores de 65 años, puedan ser intervenidos".

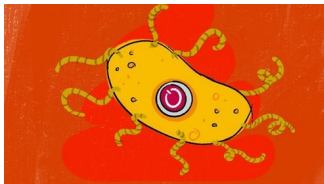
■ Por lo tanto, Amador García Ruiz de Gordejuela añadió que, no existe límite de edad superior para la cirugía.

Deben ser considerados tras la evaluación por parte de un equipo multidisciplinar. La última decisión sobre la capacitación para la **cirugía bariátrica** la debe tomar siempre el cirujano.

El presidente de la SECO aclaró que "hoy en día, el estándar de oro en el tratamiento quirúrgico de la obesidad es el abordaje con mínimas incisiones, como ocurre en la laparoscopia. Sin embargo, con la llegada del **robot quirúrgico**, se ha dado un paso más allá. Esta innovadora tecnología mejora los sistemas de visión, precisión, ergonomía, amplitud de movimientos del cirujano y permite facilitar maniobras técnicamente muy difíciles durante la intervención".

Sin embargo, añadió, "aún pocos hospitales pueden disponer de este avance tecnológico, pero sin duda, es el camino del futuro", donde la **cirugía bariátrica** también ocupa un lugar importante.

### Mira Esto



Doctors found a way to kill bacterias  
Idealmedia



How to protect yourself from seasonal allergies?  
Idealmedia



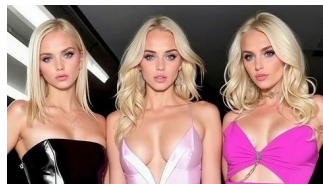
Should you starve a cold and fever or eat well?  
Idealmedia



How to whiten your teeth naturally: 5 home remedies  
Idealmedia



How to use honey for cough and sore throat? - Techtusa  
Idealmedia

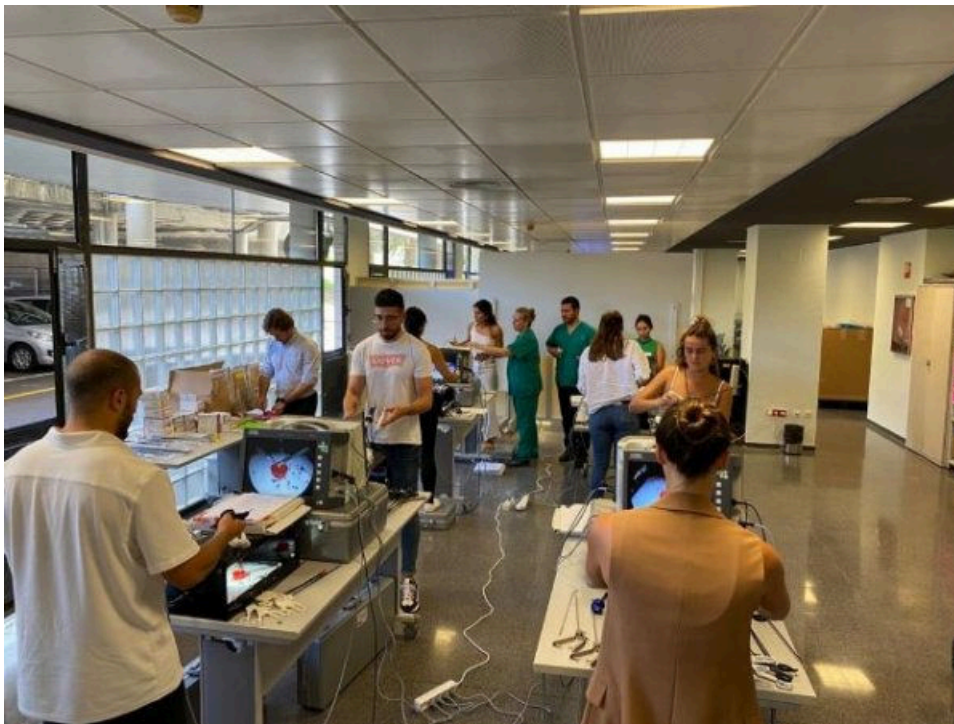


Some people paid for nudes of an AI  
Idealmedia

## El Hospital Dr. Negrín organiza un curso formativo sobre el aprendizaje integral en técnicas de laparoscopia

Esta iniciativa ha contado con la participación de residentes de segundo año de Cirugía General y Aparato Digestivo de los diferentes hospitales de la comunidad autónoma de Canarias. El Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, centro adscrito a la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, organiza este miércoles, jueves y viernes (7, 8 y 9 de junio) un curso de formación básica en Cirugía Laparoscópica para residentes de Cirugía General y Aparato Digestivo de la Asociación Española de Cirujanos (AEC).

Redacción • original



**Esta iniciativa ha contado con la participación de residentes de segundo año de Cirugía General y Aparato Digestivo de los diferentes hospitales de la comunidad autónoma de Canarias**

El Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, centro adscrito a la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, organiza este miércoles, jueves y viernes (7, 8 y 9 de junio) un curso de formación básica en Cirugía Laparoscópica para residentes de Cirugía General y Aparato Digestivo de la Asociación Española de Cirujanos (AEC). Esta iniciativa cuenta con la participación de residentes de segundo año de Cirugía General y Aparato Digestivo de los diferentes hospitales de la comunidad autónoma de Canarias.

Se trata de una iniciativa enmarcada en el programa formativo de la especialidad, a nivel estatal, de la Sección de Cirugía Mínimamente Invasiva e Innovación Tecnológica de la AEC. Esta jornada formativa, coordinada por la doctora M<sup>a</sup> Asunción Acosta Mérida, jefa de Sección de Cirugía Esofagogástrica, Endocrinometabólica y Obesidad del servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Dr. Negrín y tutora hospitalaria de residentes de Cirugía General, cuenta con la participación de profesores y cirujanos de los principales hospitales públicos de Canarias.

El objetivo de esta actividad es el aprendizaje integral en las técnicas de laparoscopia, tanto desde el punto de vista teórico como práctico, así como la evaluación reglamentada y mejora de las competencias de los futuros cirujanos en la cirugía mínimamente invasiva y los avances tecnológicos relacionados.



## El Hospital Príncipe de Asturias aborda cómo tratar los tumores neuroendocrinos de páncreas avanzados - El Correo de Madrid

Redacción • original



El Servicio de Cirugía del Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares ha dedicado la XXV Reunión de Cirugía-Hepato-Biliopancreática celebrada el 25 de mayo en este centro público de la Comunidad de Madrid al tratamiento de los tumores neuroendocrinos de páncreas avanzados. Esta jornada, celebrada en formato on-line, ha contado con un grupo de expertos de hospitales del Servicio Madrileño de Salud como La Princesa o el 12 de Octubre.

La primera ponencia de esta XXV Reunión de Cirugía Hepatobiliopancreática del [Hospital Universitario Príncipe de Asturias](#) ha sido realizada por el Dr. Ignacio Díaz, radiólogo intervencionista del [Hospital Universitario de La Princesa](#) (HULP). En su presentación, ha demostrado la utilidad de la radiología intervencionista en el abordaje de las metástasis hepáticas de estos tumores como apoyo a la cirugía y al tratamiento oncológico. La ablación de las lesiones con radiofrecuencia o microondas, la quimioembolización o la inyección de isótopos radioactivos en esas lesiones para producir su eliminación son recursos que se pueden plantear como terapia puente entre otros tratamientos más definitivos o como tratamiento por sí mismo.



La Dra. Rocío Carbonero, oncóloga del [Hospital Universitario 12 de Octubre](#) y especialista en tumores neuroendocrinos, ha dado una amplia visión de los últimos ensayos clínicos en oncología médica para estos pacientes. Asimismo, ha hecho un exhaustivo repaso de las opciones terapéuticas actuales para aquellos pacientes en los que solo la cirugía no es suficiente.

La última ponencia ha corrido a cargo de la Dra. Elena Martín, jefa de Servicio de cirugía del HULP y presidenta de la Asociación Española de Cirujanos, dando el punto de vista del cirujano. Presentando distintos escenarios de aproximación a este complejo problema, ha

ilustrado su intervención sobre las últimas técnicas quirúrgicas al alcance de los profesionales en la actualidad, siempre teniendo en cuenta la necesidad de un abordaje multidisciplinar de los pacientes y la necesidad de apoyar este tratamiento en oncólogos, radioterapeutas, especialistas en Medicina Nuclear y radiólogos para mejorar la supervivencia y expectativas de estos pacientes.

Para concluir la sesión, se discutió un caso clínico complejo de esta patología que sirvió para resumir los puntos de vista de los ponentes y los cirujanos presentes en la reunión y así comprender mejor la secuencia de actuación más beneficiosa para cada caso.

## El Correo de España

[www.elcorreodeespana.com](http://www.elcorreodeespana.com)

**DIRECCIÓN**  
Eduardo García Serrano

**SUBDIRECCIÓN**  
Javier Navascués

**Comprometidos contigo y con España**

**El periodismo que buscabas.**

Álvaro Romero Javier García Isac  
Gral. Chicharro Julio Merino  
Guillermo Pío Moa  
Rocafort Rafael Nieto  
Francisco Torres  
Carlos Paz

## El Hospital de Alcalá celebró una reunión de cirugía de páncreas

A great person • original



El Servicio de Cirugía del Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares ha dedicado la XXV Reunión de Cirugía-Hepato-Biliopancreática celebrada el 25 de mayo en este centro público de la Comunidad de Madrid al tratamiento de los tumores neuroendocrinos de páncreas avanzados. Esta jornada, celebrada en formato on-line, ha contado con un grupo de expertos de hospitales del Servicio Madrileño de Salud como La Princesa o el 12 de Octubre.

La primera ponencia de esta XXV Reunión de Cirugía Hepatobiliopancreática del Hospital Universitario Príncipe de Asturias ha sido realizada por el Dr. Ignacio Díaz, radiólogo intervencionista del Hospital Universitario de La Princesa (HULP). En su presentación, ha demostrado la utilidad de la radiología intervencionista en el abordaje de las metástasis hepáticas de estos tumores como apoyo a la cirugía y al tratamiento oncológico. La ablación de las lesiones con radiofrecuencia o microondas, la quimioembolización o la inyección de isótopos radioactivos en esas lesiones para producir su eliminación son recursos que se pueden plantear como terapia puente entre otros tratamientos más definitivos o como tratamiento por sí mismo.

La Dra. Rocío Carbonero, oncóloga del Hospital Universitario 12 de Octubre y especialista en tumores neuroendocrinos, ha dado una amplia visión de los últimos ensayos clínicos en oncología médica para estos pacientes. Asimismo, ha hecho un exhaustivo repaso de las opciones terapéuticas actuales para aquellos pacientes en los que solo la cirugía no es suficiente.

La última ponencia ha corrido a cargo de la Dra. Elena Martín, jefa de Servicio de cirugía del HULP y presidenta de la Asociación Española de Cirujanos, dando el punto de vista del cirujano. Presentando distintos escenarios de aproximación a este complejo problema, ha ilustrado su intervención sobre las últimas técnicas quirúrgicas al alcance de los profesionales en la actualidad, siempre teniendo en cuenta la necesidad de un abordaje multidisciplinar de los pacientes y la necesidad de apoyar este tratamiento en oncólogos, radioterapeutas, especialistas en Medicina Nuclear y radiólogos para mejorar la supervivencia y expectativas de estos pacientes.

Para concluir la sesión, se discutió un caso clínico complejo de esta patología que sirvió para resumir los puntos de vista de los ponentes y los cirujanos presentes en la reunión y así comprender mejor la secuencia de actuación más beneficiosa para cada caso.

# El Hospital Príncipe de Asturias aborda cómo tratar los tumores neuroendocrinos de páncreas avanzados

En la XXV Reunión de Cirugía, con presencia de un grupo de expertos. El Servicio de Cirugía del Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares ha dedicado la XXV Reunión de Cirugía-Hepato-Biliopancreática celebrada el 25 de mayo en este centro público de la Comunidad de Madrid al tratamiento de los tumores neuroendocrinos de páncreas avanzados.

Comunidad de Madrid • original

## En la XXV Reunión de Cirugía, con presencia de un grupo de expertos

El Servicio de Cirugía del Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares ha dedicado la XXV Reunión de Cirugía-Hepato-Biliopancreática celebrada el 25 de mayo en este centro público de la Comunidad de Madrid al tratamiento de los tumores neuroendocrinos de páncreas avanzados. Esta jornada, celebrada en formato on-line, ha contado con un grupo de expertos de hospitales del Servicio Madrileño de Salud como La Princesa o el 12 de Octubre.



La primera ponencia de esta XXV Reunión de Cirugía Hepatobiliopancreática del Hospital Universitario Príncipe de Asturias ha sido realizada por el Dr. Ignacio Díaz, radiólogo intervencionista del Hospital Universitario de La Princesa (HULP). En su presentación, ha demostrado la utilidad de la radiología intervencionista en el abordaje de las metástasis hepáticas de estos tumores como apoyo a la cirugía y al tratamiento oncológico. La ablación de las lesiones con radiofrecuencia o microondas, la quimioembolización o la inyección de isótopos radioactivos en esas lesiones para producir su eliminación son recursos que se pueden plantear como terapia puente entre otros tratamientos más definitivos o como tratamiento por sí mismo.

La Dra. Rocío Carbonero, oncóloga del Hospital Universitario 12 de Octubre y especialista en tumores neuroendocrinos, ha dado una amplia visión de los últimos ensayos clínicos en oncología médica para estos pacientes. Asimismo, ha hecho un exhaustivo repaso de las opciones terapéuticas actuales para aquellos pacientes en los que solo la cirugía no es suficiente.

La última ponencia ha corrido a cargo de la Dra. Elena Martín, jefa de Servicio de cirugía del HULP y presidenta de la Asociación Española de Cirujanos, dando el punto de vista del cirujano. Presentando distintos escenarios de aproximación a este complejo problema, ha ilustrado su intervención sobre las últimas técnicas quirúrgicas al alcance de los profesionales en la actualidad, siempre teniendo en cuenta la necesidad de un abordaje multidisciplinar de

Distribuido para ASOCIACION ESPAÑOLA DE CIRUJANOS \* Este artículo no puede distribuirse sin el consentimiento expreso del dueño de los derechos de autor.

Distribuido para ASOCIACION ESPAÑOLA DE CIRUJANOS \* Este artículo no puede distribuirse sin el consentimiento expreso del dueño de los derechos de autor.

Medio	comunidad.madrid	Fecha	06/06/2023
Soporte	Prensa Digital	País	España
U. únicos	96 807	V. Comunicación	7 850 EUR (8,399 USD)
Pág. vistas	344 790	V. Publicitario	2235 EUR (2391 USD)

[https://epservices.eprensa.com/cgi-bin/view\\_digital\\_media.cgi?subclient\\_id=8308&comps\\_id=954681087](https://epservices.eprensa.com/cgi-bin/view_digital_media.cgi?subclient_id=8308&comps_id=954681087)

los pacientes y la necesidad de apoyar este tratamiento en oncólogos, radioterapeutas, especialistas en Medicina Nuclear y radiólogos para mejorar la supervivencia y expectativas de estos pacientes.

Para concluir la sesión, se discutió un caso clínico complejo de esta patología que sirvió para resumir los puntos de vista de los ponentes y los cirujanos presentes en la reunión y así comprender mejor la secuencia de actuación más beneficiosa para cada caso.





# Prevenir las complicaciones tras la cirugía del cáncer colorrectal para ahorrar más de 100 millones de euros anuales al sistema sanitario

Blas Flor-Lorente • original

El cáncer es una de las enfermedades con mayor impacto en la salud pública, siendo la segunda causa de muerte en Europa. En España, los cánceres colorrectales (CCR) se diagnostican de manera frecuente, fundamentalmente en personas mayores de 50 años, con una edad media de aparición entre los 70-71 años y con una incidencia mayor en hombres que en mujeres.

Una de las complicaciones con mayor repercusión clínica tras la cirugía del cáncer colorrectal es la **fuga anastomótica (FA)**, definida como el defecto de la pared intestinal en el sitio de la anastomosis, que conlleva una comunicación entre el espacio intra y extraluminal y, con ello, la consecuente y temida peritonitis fecal.

Los pacientes con esta complicación tras la cirugía requieren de un mayor seguimiento postoperatorio, ya que pueden precisar una o más intervenciones quirúrgicas, ser admitidos en una unidad de cuidados intensivos (UCI), o incluso precisar de un estoma. **Esto genera estancias más prolongadas en el hospital y un mayor consumo de recursos, lo que lleva asociado un aumento del coste sanitario.**

*[Incluir el 'dentista' gratis en la sanidad pública elevaría el gasto en más de 5.300 millones]*

El estudio *Fugas anastomóticas y costes* realizado, con el apoyo de Medtronic, es el primer estudio que analiza el impacto económico en España de esta complicación con importante repercusión clínica para los pacientes y que, como muestra el análisis, **supone más de 100 millones de euros anuales** aproximadamente al Sistema Sanitario Español, sólo en costes directos.

El presente análisis tiene como objetivo determinar el impacto económico, para el sistema sanitario en España, asociado al **consumo incremental de recursos generado para el diagnóstico y tratamiento de las fugas anastomóticas** producidas en pacientes adultos tras una resección con anastomosis a causa de un cáncer colorrectal, en comparación con pacientes sin esta complicación quirúrgica.

De esta manera, hemos querido dar visibilidad a un problema muy serio, tanto a nivel clínico (para el paciente), económico (para el sistema nacional de salud), como laboral (impacto psicológico sobre los propios cirujanos).

Esto último es algo que no se tiene en cuenta, pero el efecto *sentimiento de culpa* en los cirujanos, muchas veces olvidado, es sin embargo muy importante, pues puede derivar en ocasiones en actitudes de abandono de ciertos tipos de cirugías complejas, como las de cáncer colorrectal, **para evitar el estrés profesional relacionado**. De ahí la importancia de llevar a cabo todo lo que esté a nuestro alcance para prevenir la fuga anastomótica.

Las conclusiones de este estudio son de gran importancia para que cirujanos y gestores sanitarios incluyan las fugas anastomóticas en las auditorías internas que validen el buen hacer en los servicios o unidades de cirugía general o colorrectal y se dediquen **más recursos a la formación de los cirujanos y al desarrollo tecnológico** que permitan disminuir la incidencia de estas fugas anastomóticas.

El mensaje más importante con el que terminamos este estudio es que hay que **prevenir las fugas anastomóticas haciendo todo lo que esté en nuestra mano**, preparando al paciente de la mejor manera posible, formando a los cirujanos tanto para evitar las fugas anastomóticas como para disminuir su impacto psicológico sobre ellos mismos, y disponer de los medios tecnológicos más avanzados y seguros para brindar la mejor asistencia al paciente.

**\*\*\* Blas Flor-Lorente es jefe de Sección de Coloproctología del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia, jefe de Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Quirónsalud de Valencia y coordinador de la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos (AEC)**



Una cirugía de Cáncer, en el Chuac. Europa Press.

## El HUPA aborda cómo tratar los tumores neuroendocrinos de páncreas avanzados

El tratamiento de los tumores neuroendocrinos de páncreas avanzados ha centrado la XXV Reunión de Cirugía-Hepato-Biliopancreática que ha tenido lugar en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA) de Alcalá de Henares. Esta jornada, celebrada en formato on-line, ha contado con un grupo de expertos de varios hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

original



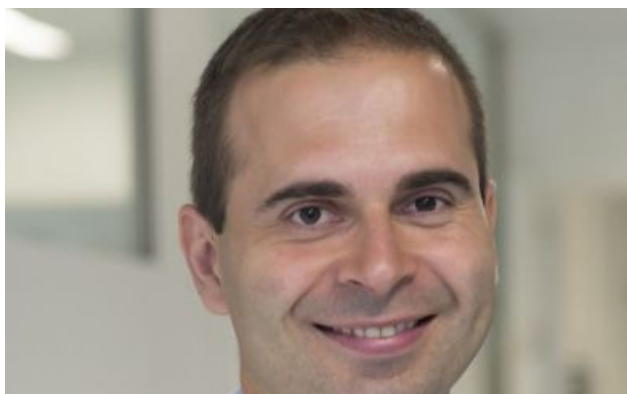
Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Foto: Comunidad de Madrid)

El tratamiento de los **tumores neuroendocrinos** de páncreas avanzados ha centrado la XXV Reunión de Cirugía-Hepato-Biliopancreática que ha tenido lugar en el **Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA)** de Alcalá de Henares. Esta jornada, celebrada en formato on-line, ha contado con un grupo de expertos de varios hospitales del **Servicio Madrileño de Salud**.

Durante la jornada el Dr. Ignacio Díaz, **radiólogo** intervencionista del Hospital Universitario de La Princesa (HULP), demostró la **utilidad de la radiología intervencionista** en el abordaje de las metástasis hepáticas de estos tumores como apoyo a la cirugía y al tratamiento oncológico; la Dra. Rocío Carbonero, **oncóloga** del Hospital 12 de Octubre ofreció una amplia visión de los últimos **ensayos clínicos** en oncología médica para estos pacientes; y la Dra. Elena Martín, jefa de Servicio de **cirugía** del HULP y presidenta de la Asociación Española de Cirujanos expuso las últimas **técnicas quirúrgicas** al alcance de los profesionales en la actualidad.

Porque salud necesitamos todos... ConSalud.es

Te recomendamos:



Dr. Jaime Capdevila, investigador del Grupo de Tumores Gastrointestinales y Endocrinos del VHIO, oncólogo médico del Hospital Vall d'Hebron y presidente de GETNE (Foto. VHIO)





Las investigadoras del Hospital 12 de Octubre, Beatriz Soldevilla y Rocío García Carbonero (Foto: Hospital 12 de Octubre)



Para concluir la sesión, se discutió un caso clínico complejo de esta patología que sirvió para resumir los puntos de vista de los ponentes y los cirujanos presentes en la reunión y así comprender mejor la secuencia de actuación más beneficiosa para cada caso.

#### Sigue disfrutando de Dream Alcalá:

- **¡NUEVO canal en Telegram!** Recibe nuestras noticias y contenido exclusivo. [Más info.](#)
- Si eres más de e-mail, [recibe cada tarde](#) un correo con nuestras noticias.
- Suscríbete a nuestro [canal de YouTube](#) para ver nuestros mejores vídeos.

**Sé tú el periodista:** envíanos tus fotos o noticias [a través de Telegram](#).

#### Nos encantaría conocer tu opinión:

## El Hospital de Alcalá de Henares aborda cómo tratar los tumores neuroendocrinos de páncreas avanzados

Redacción MiraCorredor • original

Durante la XXV Reunión de Cirugía Hepatobiliopancreática con presencia de expertos internacionales

El Servicio de Cirugía del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA) de Alcalá de Henares ha dedicado la **XXV Reunión de Cirugía-Hepato- Biliopancreática** celebrada en el centro al tratamiento de los tumores neuroendocrinos de páncreas avanzados. Esta jornada, celebrada en formato online, ha contado con un grupo de expertos de varios hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

La primera ponencia ha sido realizada por el Dr. Ignacio Díaz, radiólogo intervencionista del Hospital Universitario de La Princesa (HULP). En su presentación, ha demostrado **la utilidad de la radiología intervencionista en el abordaje de las metástasis hepáticas de estos tumores** como apoyo a la cirugía y al tratamiento oncológico.

**La ablación de las lesiones con radiofrecuencia o microondas, la quimioembolización o la inyección de isótopos radioactivos** en esas lesiones para producir su eliminación son recursos que se pueden plantear como terapia puente entre otros tratamientos más definitivos o como tratamiento por sí mismo.

La Dra. Rocío Carbonero, oncóloga del Hospital 12 de Octubre y especialista en tumores neuroendocrinos, ha dado **una amplia visión de los últimos ensayos clínicos en oncología médica para estos pacientes**. Asimismo, ha hecho un exhaustivo repaso de las opciones terapéuticas actuales para aquellos pacientes en los que solo la cirugía no es suficiente.

La última ponencia ha corrido a cargo de la Dra. Elena Martín, jefa de Servicio de cirugía del HULP y presidenta de la Asociación Española de Cirujanos, dando el punto de vista del cirujano. Presentando distintos escenarios de aproximación a este complejo problema, ha ilustrado su intervención sobre **las últimas técnicas quirúrgicas al alcance de los profesionales en la actualidad**, siempre teniendo en cuenta la necesidad de un abordaje multidisciplinar de los pacientes y la necesidad de apoyar este tratamiento en oncólogos, radioterapeutas, especialistas en Medicina Nuclear y radiólogos para mejorar la supervivencia y expectativas de estos pacientes.

Para concluir la sesión, se discutió **un caso clínico complejo de esta patología que sirvió para resumir los puntos de vista de los ponentes y los cirujanos presentes en la reunión** y así comprender mejor la secuencia de actuación más beneficiosa para cada caso.

## El Hospital Dr. Negrín acoge un curso nacional de cirugía

Esta iniciativa, organizada por la Asociación Española de Cirujanos, cuenta con la participación de alumnos procedentes de diferentes comunidades autónomas. El Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, centro adscrito a la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, acoge desde ayer martes, 13 de junio, y hasta este miércoles, día 14, un curso de cirugía de urgencias para residentes, avalado y organizado por la Asociación Española de Cirujanos.

original

Esta iniciativa, organizada por la Asociación Española de Cirujanos, cuenta con la participación de alumnos procedentes de diferentes comunidades autónomas

**El Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, centro adscrito a la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, acoge desde ayer martes, 13 de junio, y hasta este miércoles, día 14, un curso de cirugía de urgencias para residentes, avalado y organizado por la Asociación Española de Cirujanos. Dicho curso, que se celebra por vez primera en el centro hospitalario, cuenta con la participación de alumnos procedentes de diferentes comunidades autónomas. Se trata de una iniciativa organizada por la doctora Aida Rahy, coordinadora de la Unidad de Cirugía de Urgencias y Trauma, del servicio de Cirugía General del centro hospitalario.**

La cirugía de urgencias es una de las cirugías que encierra mayor complejidad. Por este motivo, los especialistas reiteran la necesidad de potenciar la formación en este campo. Se trata de una cirugía exigente que abarca desde las intervenciones más básicas, hasta aquellas que se deben realizar en situaciones de dificultad extrema y en un contexto que la convierten en un reto.

Este tipo de cirugías supone un porcentaje muy amplio del volumen quirúrgico de un servicio, pudiendo llegar o superar, en ocasiones, el 40%; de ahí que la práctica totalidad de los cirujanos se deban enfrentar, casi de forma periódica, a la atención de urgencias. Se ocupa, fundamentalmente, de situaciones agudas que suponen una amenaza para la vida y que están causadas por traumatismos, enfermedades quirúrgicas o complicaciones de la cirugía. Concretamente, las patologías más frecuentes tratadas con este tipo de cirugía son, entre otras, la peritonitis, el íleo mecánico, la estrangulación herniaria, la perforación gástrica o la apendicitis. Estos pacientes, independientemente del motivo de su enfermedad, necesitan de una toma de decisión inmediata a la que, a menudo, le sigue una intervención quirúrgica.

Desde el Hospital Dr. Negrín inciden en la relevancia que encierra llevar a cabo este tipo de formación dirigida a médicos residentes y organizada por la Asociación Española de Cirujanos. Las Aulas de Docencia y el Auditorio Dr. Alfonso Medina del centro hospitalario han sido los lugares elegidos para la celebración de dicho curso.