4º EGYO
4ª Reunión de Equipos de Cirugía Esofagogastrica y Obesidad de la Comunidad de Madrid y Zona Centro
INNOVACIÓN ASISTENCIAL
29 de Noviembre de 2018 - Real Academia de Medicina
C/ Arrieta, 12 (Metro Ópera)

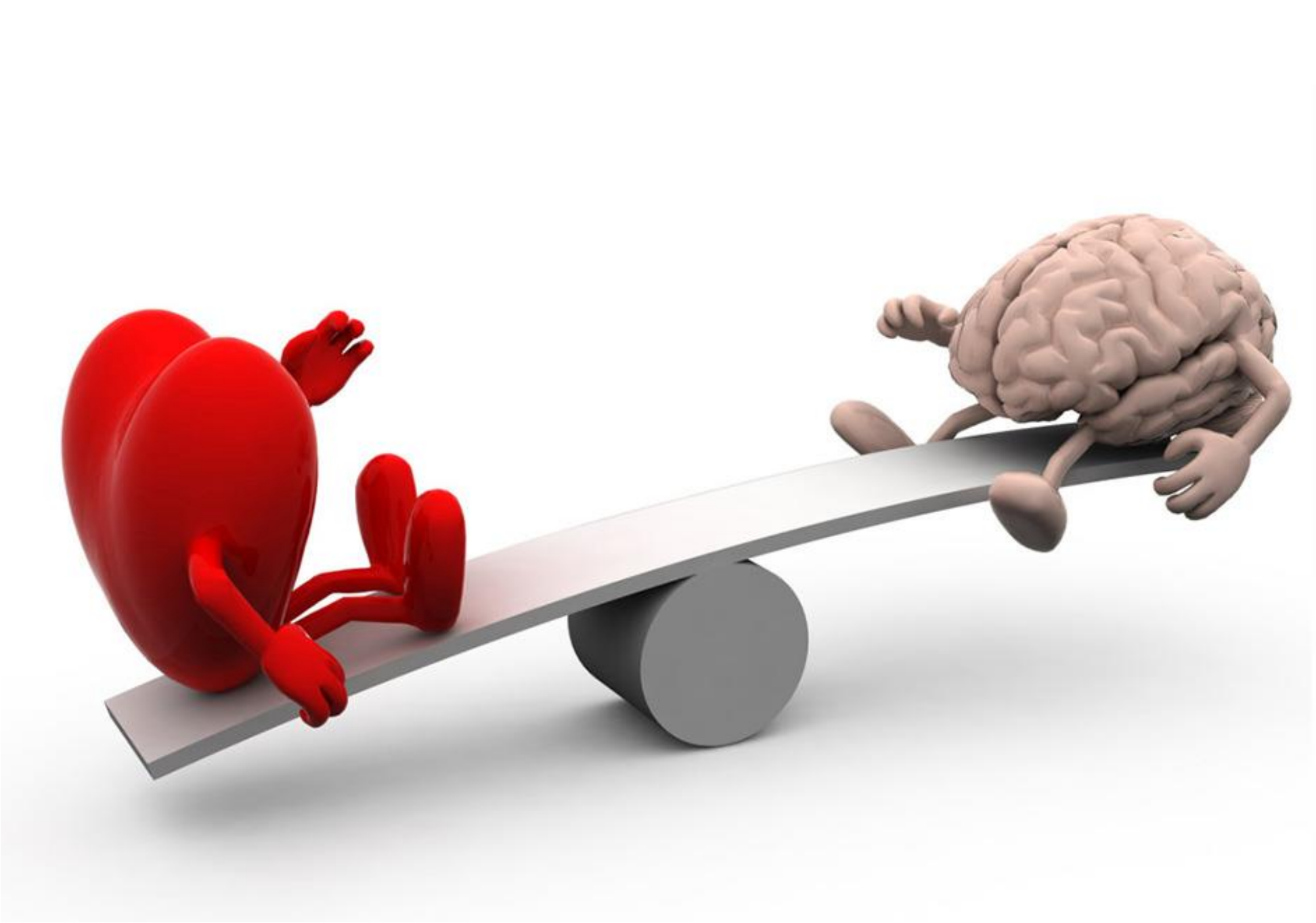
INMUNONUTRICION

ITINERARIO EMOCIONAL DEL PACIENTE ONCOLOGICO

Dra. Raquel León Ledesma
HU Getafe
Dra. Ana Sánchez Ramos
HU Puerta de Hierro

...TENGO EL...
CONTENTO
y lleno de alegria
www.mamapoesia.es

Patti Breitman / Connie Hatch
Cómo decir no sin sentirse culpable
y Decir Sí a más tiempo libre para lo que más nos gusta
AUTOAYUDA
PLAZA JANÉS



1. ¿Existen recomendaciones/evidencias específicas sobre el tratamiento nutricional en el paciente quirúrgico?

- A: Si
- B: Si, pero no específicas para este tipo de paciente

2. ¿En qué momento sería más importante iniciar una nutrición en los pacientes quirúrgicos?

- A: Al ingreso hospitalario si se detecta desnutrición
- B: En el periodo perioperatorio

3. ¿Cuáles son los beneficios a medio y largo plazo del soporte nutricional y el uso de la inmunonutrición pre-cirugía en pacientes oncológicos?

- A: Menos complicaciones post-quirúrgicas, mejora de la cicatrización, menor estancia hospitalaria y coste sanitario
- B: Solo existe beneficio para evitar complicaciones respiratorias y cardiovasculares

Santander
Santander
KASPERSKY
KASPERSKY

7
brembo
HUBLOT
KASPERSKY
FIAT
PIRELLI

Hasta **8** de cada **10** pacientes oncológicos
está en riesgo nutricional[1]

1 de cada **3** pacientes oncológicos en riesgo nutricional
no recibe el soporte nutricional adecuado[2]

MANTENER EL ESTADO NUTRICIONAL ES IMPORTANTE
para evitar retrasar, interrumpir o reducir
la dosis del tratamiento oncológico

DESNUTRICIÓN

TUMOUR SITE	PREVALENCE OF MALNUTRITION (%)
Pancreas	80–85
Stomach	65–85
Head and neck	65–75
Oesophagus	60–80
Lung	45–60
Colon/rectum	30–60

Stratton et al, Europ J Cancer, 2016

Prevalence of hospital malnutrition in cancer patients: a sub-analysis of the PREDyCES® study

Planas et al, 2016

N= 400

- 31-87% ↓ peso antes de recibir QT
- 47.4% prevalencia de riesgo nutricional al ingreso en tumores EEG
- 67% pacientes al alta NO han recibido soporte nutricional
- ↑ 70% pacientes >70 años
- ↑ coste sanitario (29%) en pacientes en riesgo desnutrición (**€8596**vs **€6652**) *p =0.001*

CAUSAS de desnutrición

Del propio tumor

Alteraciones del aparato digestivo
Alteraciones metabólicas
Producción de sustancias caquectizantes

Producidas por los tratamientos oncológicos

Cirugía
Radioterapia
Quimioterapia

Relacionadas con el paciente

Anorexia y caquexia cancerosa
Factores psicológicos

Causas de desnutrición en el paciente con cáncer.
Modificada de García-Luna PP, Parejo Campos J et al[25]

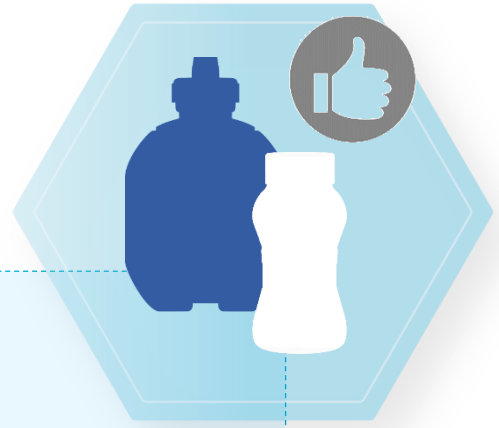
CONSECUENCIAS

Figura 3 Pronóstico del impacto de la desnutrición (adaptada a partir de Norman et al. 2008)[27]

SOPORTE NUTRICIONAL E INMUNONUTRICIÓN

Beneficios del soporte nutricional

Una intervención nutricional adecuada y a tiempo mejora la eficiencia de los tratamientos oncológicos, además de ayudar a evitar o minimizar los efectos secundarios



- Mejora la tolerancia y la tasa de respuesta a la radio y quimioterapia
- Mejora el estado inmune
- Aumenta la cicatrización de heridas
- Reduce las complicaciones
- Disminuye la probabilidad de demoras o interrupciones en el tratamiento que puede reducir la efectividad del mismo
- Mejora la calidad de vida

Gómez Candela C, Rodríguez L, Luengo LM y cols. Intervención Nutricional en el paciente oncológico. Barcelona: Editorial Glosa 2003.
Arends J. et al, ESPEN guidelines on nutrition in patients cáncer. Clin Nutr. 2017 Feb;36(1):11-48

ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients☆

Jann Arends [a], Patrick Bachmann [b], Vickie Baracos [c], Nicole Barthelemy [d], Hartmut Bertz [a], Federico Bozzetti [e], Ken Fearon [f, †], Elisabeth Hütterer [g], Elizabeth Isenring [h], Stein Kaasa [i], Zeljko Krznaric [j], Barry Laird [k], Maria Larsson [l], Alessandro Laviano [m], Stefan Mühlebach [n], Maurizio Muscaritoli [m], Line Oldervoll [i, o], Paula Ravasco [p], Tora Solheim [q, r], Florian Strasser [s], Marian de van der Schueren [t, u], Jean-Charles Preiser [v, *]

Clin Nutrition, 2016

B3 – 1	Efficacy of nutritional intervention
Strength of recommendation STRONG	*We recommend nutritional intervention to increase oral intake in cancer patients who are able to eat but are malnourished or at risk of malnutrition. This includes dietary advice, the treatment of symptoms and derangements impairing food intake (nutrition impact symptoms), and offering oral nutritional supplements.*
Level of evidence	Moderate
Questions for research	effect of dietary advice and ONS on clinical outcome

Consensus

PACIENTE QUIRÚRGICO

Clin Nutrition, 2017

Intervención nutricional:¿ Qué dicen las guías?

Se recomienda intervención nutricional para aumentar la ingesta de pacientes oncológicos en riesgo nutricional o desnutridos

ESPEN 2016

Se recomienda **soporte nutricional en pacientes oncológicos quirúrgicos**, durante el periodo de hospitalización y al alta hospitalaria

Se recomienda soporte nutricional en **pacientes oncológicos con RT**, iniciando con consejos dietéticos y/ o SNO, para evitar deterioro nutricional e interrupciones del tratamiento y asegurar la ingesta.

Se recomienda soporte nutricional en **pacientes oncológicos con QT**, con consejos dietéticos, SON, NE por sonda y si es necesario NP.

Arends J, et al., ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients, Clinical Nutrition (2016), http://dx.doi.org/ 10.1016/j.clnu.2016.07.015

Que tu alimento
sea tu medicina
Y tu medicina
tu alimento

Hipócrates

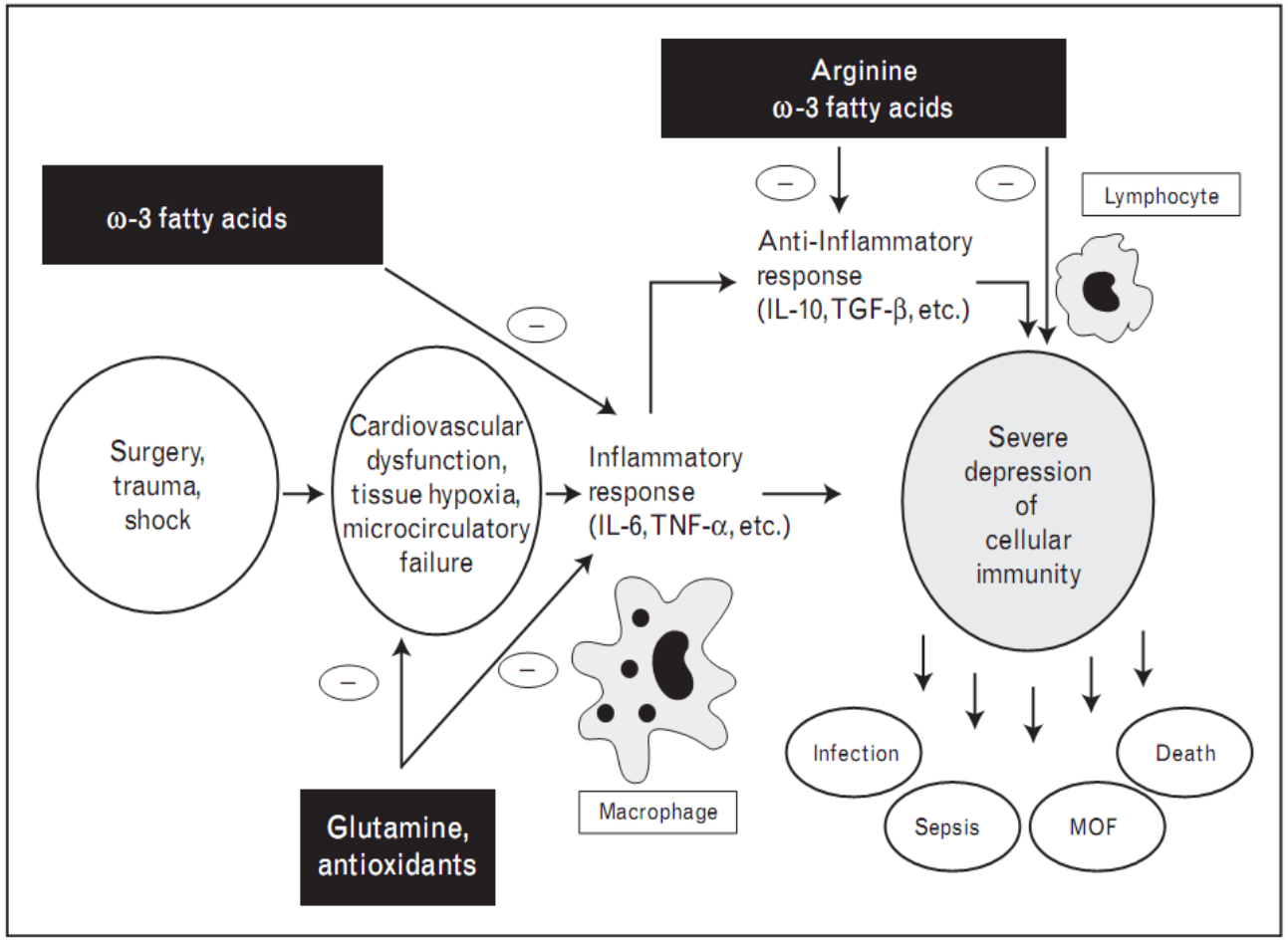
Current Opinion in Anesthesiology

Nutritional pharmacology in surgery and critical care: 'you must unlearn what you have learned'
Paul Wischmeyer

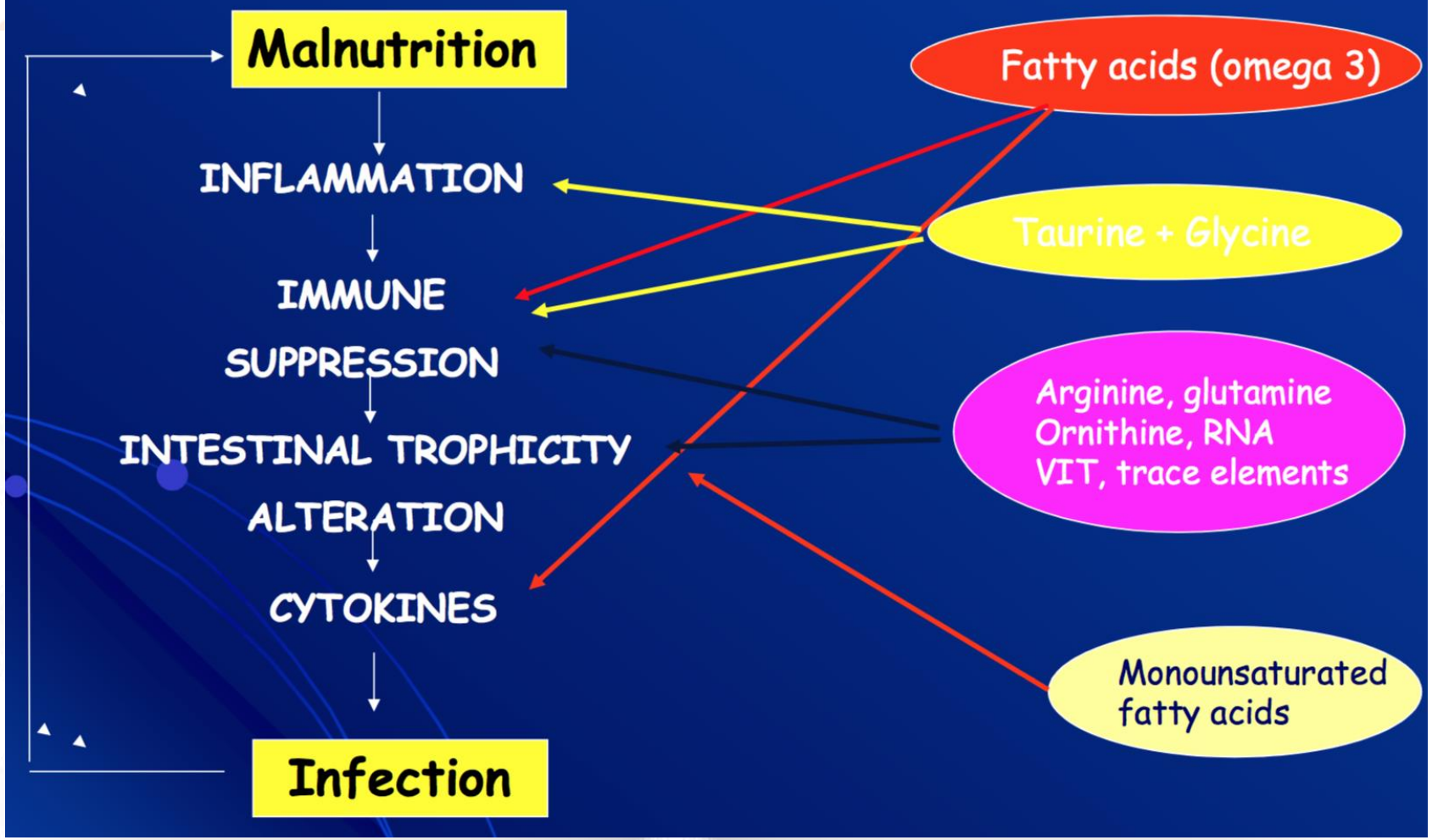
2011

3 familias nutrientes:
- inmunomoduladores
- antiinflamatorios
- protectores celulares

Farmaconutrientes

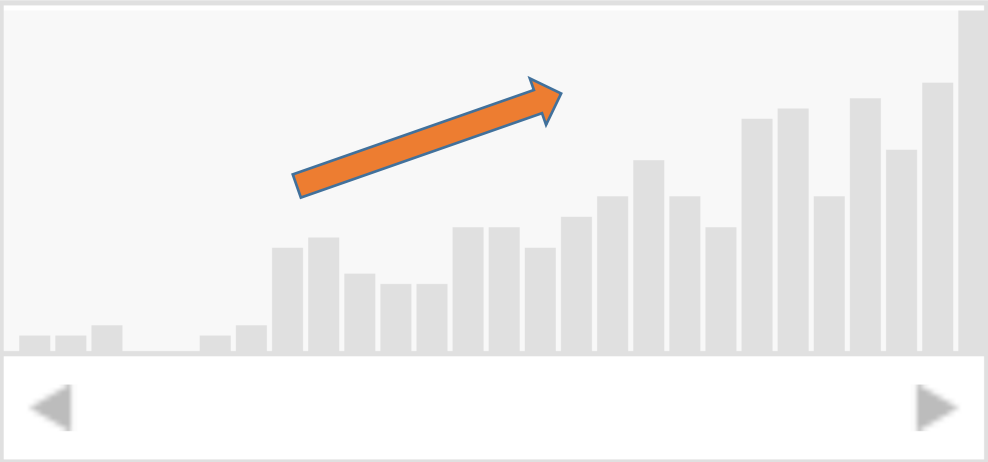


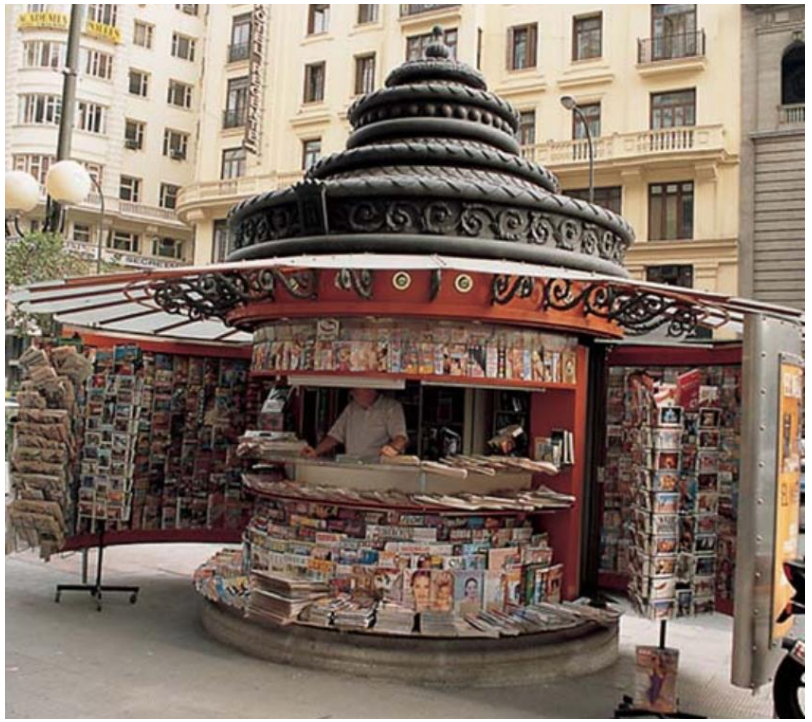
Therapeutic effects of immunonutrients



EVIDENCIA CIENTIFICA

Results by year





Systematic review

BJS

Meta-analysis of immunonutrition in major abdominal surgery

Probst et al, 2017

83 estudios. N=7116

- Heterogeneidad estudios y calidad de los mismos. Sesgos
- ↓ complicaciones en general, infecciosas, estancia hospitalaria.
- No altera mortalidad.

Systematic review

BJS

Meta-analysis of immunonutrition in major abdominal surgery

Probst et al, 2017

83 estudios. N=7116

- Heterogeneidad estudios y calidad de los mismos; sesgos.
- ↓ complicaciones en general, infecciosas, estancia hospitalaria.
- No altera mortalidad.

The effects of enteral immunonutrition in upper gastrointestinal surgery: A systematic review and meta-analysis☆

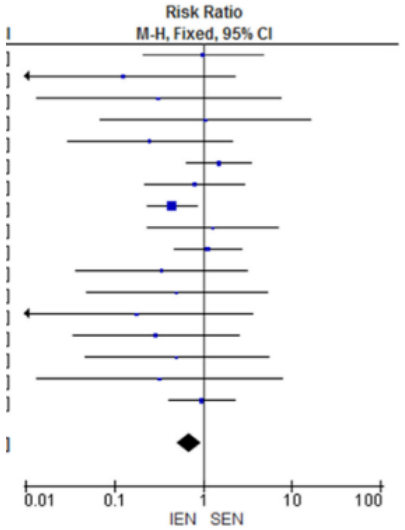
Wong et al, 2016

19 estudios. N= 2016

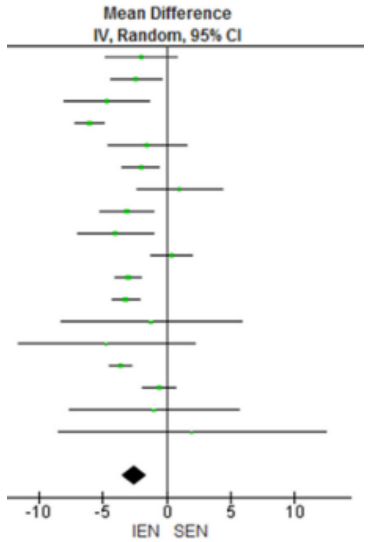
- Sesgos randomización.
- ↓ infección herida, estancia hospitalaria.

ERAS

Infección



Estancia



Burden et al, Cochrane, 2012

Figure 9. Forest plot of comparison: 2 Preoperative IE nutrition compared to standard nutrition, outcome: 2.3 Length of stay.

Study or Subgroup	Experimental Mean	Experimental SD	Experimental Total	Control Mean	Control SD	Control Total	Weight	Mean Difference IV, Fixed, 95% CI
Braga 2002a	9.5	2.9	50	12	4.5	50	34.7%	-2.50 [-3.98, -1.02]
Braga 2002b	13.2	3.5	50	15.3	4.1	50	34.2%	-2.10 [-3.59, -0.61]
McCarter 1998	15	2.4	14	13	1.7	11	29.5%	2.00 [0.39, 3.61]
Okamoto 2009	23.8	16.6	30	25	10.6	30	1.5%	-1.20 [-8.25, 5.85]
Total (95% CI)			**144**			**141**	**100.0%**	**-1.01 [-1.89, -0.14]**

Heterogeneity: Chi² = 19.36, df = 3 (P = 0.0002); I² = 85%
Test for overall effect: Z = 2.28 (P = 0.02)

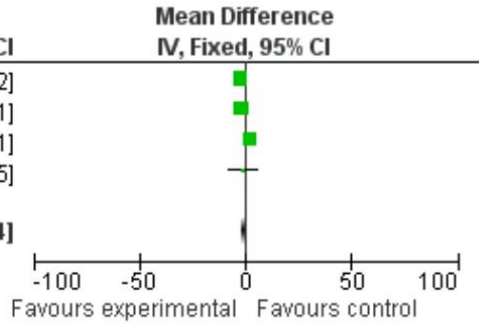
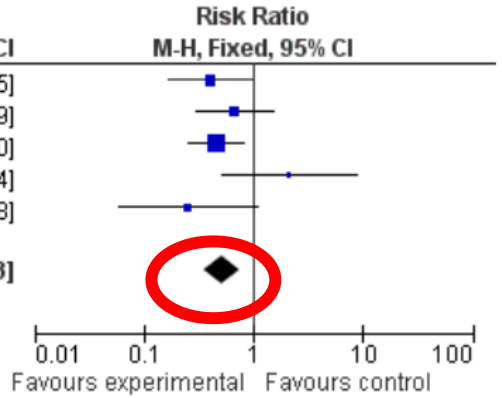


Figure 5. Forest plot of comparison: 1 All IE nutrition compared to control or standard nutrition, outcome: 1.2 Infectious complications.

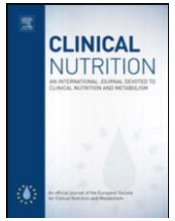
Study or Subgroup	Experimental Events	Experimental Total	Control Events	Control Total	Weight	Risk Ratio M-H, Fixed, 95% CI
Braga 2002a	6	50	15	50	22.0%	0.40 [0.17, 0.95]
Braga 2002b	8	50	12	50	17.6%	0.67 [0.30, 1.49]
Gianotti 2002	14	102	31	102	45.5%	0.45 [0.26, 0.80]
McCarter 1998	5	13	2	11	3.2%	2.12 [0.51, 8.84]
Okamoto 2009 (1)	2	30	8	30	11.7%	0.25 [0.06, 1.08]
Total (95% CI)		**245**		**243**	**100.0%**	**0.51 [0.35, 0.73]**
Total events	35		68			

Heterogeneity: Chi² = 5.62, df = 4 (P = 0.23); I² = 29%
Test for overall effect: Z = 3.59 (P = 0.0003)



(1) Xu- not included as infections given as counts not a dichotomous variable

colourbox



ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery

Weimann et al, Clin Nutr, 2017

→ Recomendaciones específicas tratamiento nutricional paciente quirúrgico

Redefinición criterios de malnutrición

IMC <18,5 kg/m^2

peso > 10% o >5% en 3 meses
+
↓ BMI o FFMI (low fat free mass index)

DRM: **Disease Related Malnutrition**

ESPEN 2016 → Sarcopenia : pérdida de masa muscular con/SIN pérdida de grasa

RECOMENDACIONES INMUNONUTRICIÓN

ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients☆

Clin Nutrition, 2016

C1 – 4	Immunonutrition (arginine, N-3 fatty acids, nucleotides) in perioperative care
Strength of recommendation STRONG	*In upper GI cancer patients undergoing surgical resection in the context of traditional perioperative care we recommend oral/enteral immunonutrition.*
Level of evidence	High
Questions for research	Specifying the role of the individual constituents of immunonutrition regimens

Strong consensus

ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery

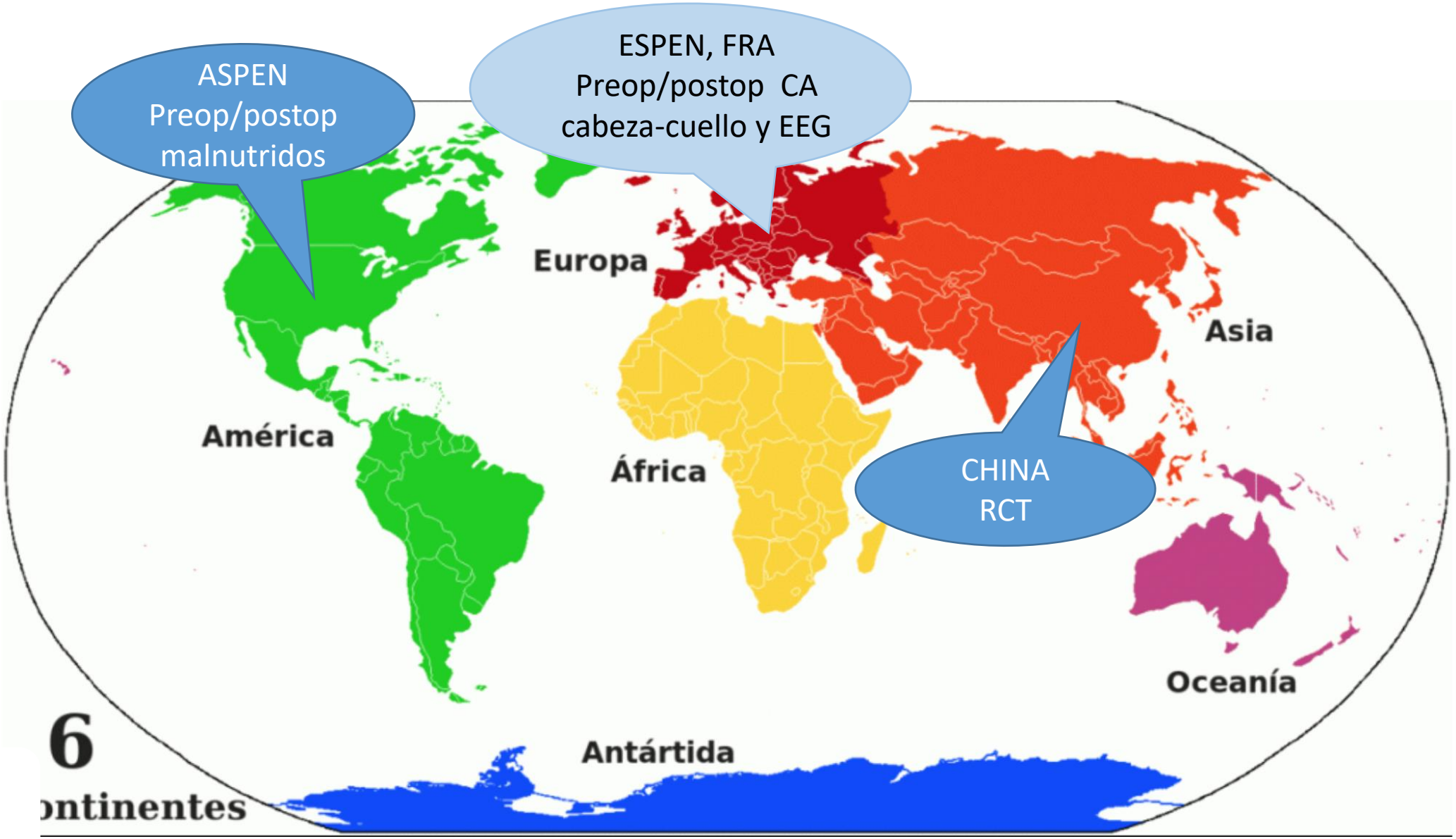
Clin Nutr, 2017

4.5. Is there an indication for specific oral/enteral formula enriched with immunonutrients?

Peri- or at least postoperative administration of specific formula enriched with immunonutrients (arginine, omega-3-fatty acids, ribonucleotides) should be given in malnourished patients undergoing major cancer surgery (B) (BM, HE).

There is currently no clear evidence for the use of these formulae enriched with immunonutrients vs. standard oral nutritional supplements exclusively in the preoperative period (0).

Grade of recommendation B/0 – consensus (89% agreement)


ASPEN
Preop/postop
malnutridos
ESPEN, FRA
Preop/postop CA
cabeza-cuello y EEG
CHINA
RCT
Europa
Asia
América
África
Oceanía
Antártida
6
ontinentes

¿Quién?
¿Qué?
¿Dónde?
¿Cuándo?
¿Por qué?
¿Cómo?

LAS 3 CLAVES PARA UNA INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EXITOSA

1 DETECTAR

- **Detectar de forma precoz y sistemática** los pacientes desnutridos, en riesgo nutricional o con disfunción deglutoria.

2 ACTUAR

- **Proporcionar un pla cuidados nutriciona** pacientes que los ne o **valorar posible de a un especialista en nutrición.**

3 CONTROLAR Y ADAPTAR

- **Controlar de forma regular** el estado nutricional y la función deglutoria de todos los pacientes sometidos a tratamiento, para **adaptar el plan nutricional** a los efectos secundarios del tratamiento.

¿ ESTÁ NUESTRO PACIENTE PREPARADO PARA RECIBIR ESTA INFORMACIÓN ?

Abordar al paciente en su globalidad

SÍNTOMAS → **DIAGNÓSTICO** → **TRATAMIENTO** → **SEGUIMIENTO**

TRATAMIENTO
- Antes del tratamiento
- Tratamiento

SEGUIMIENTO
- Remisión
- Recaída
- Cuidados paliativos

ITINERARIO **CLÍNICO**

ITINERARIO **EMOCIONAL**

ITINERARIO **NUTRICIONAL**

ITINERARIO DEL PACIENTE ONCOLOGICO

	SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO		SEGUIMIENTO
			ANTES	DURANTE	
ITINERARIO CLÍNICO	• Detección de signos y síntomas persistentes • Consulta con el médico de cabecera	• Derivación a un especialista • Pruebas	• Reunión del comité oncológico • Determinación del tratamiento • Información al paciente del diagnóstico y opciones de tratamiento	• Tratamiento oncológico (cirugía, radioterapia y/o quimioterapia) • Manejo de los efectos secundarios del tratamiento	**Fase temprana:** • Seguimiento • Tratamiento de los efectos secundarios residuales • Control de la presencia de recaídas. **Recaída:** • Nueva evaluación del tumor y de las opciones de tratamiento • Tratamiento oncológico **Cuidados paliativos:** • Tratamiento de los efectos secundarios y del dolor

ITINERARIO EMOCIONAL[1]

Cómo se siente el paciente y el cuidador

ITINERARIO NUTRICIONAL

Causas de la desnutrición

Estado nutricional

RELACIONADAS CON:

El paciente:
- Edad
- Enfermedades concomitantes
- Hábitos tóxicos
- Factores sociales y psicológicos
- Edentulismo
- Anorexia
- Pérdida de peso

Con el tumor:
- Localización del tumor
- Estadio del cancer
- Disfagia
- Odinofagia
- Caquexia

ESTADO NUTRICIONAL POSIBLEMENTE COMPROMETIDO por el estado del tumor primario y/o del paciente.[22]

RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO:

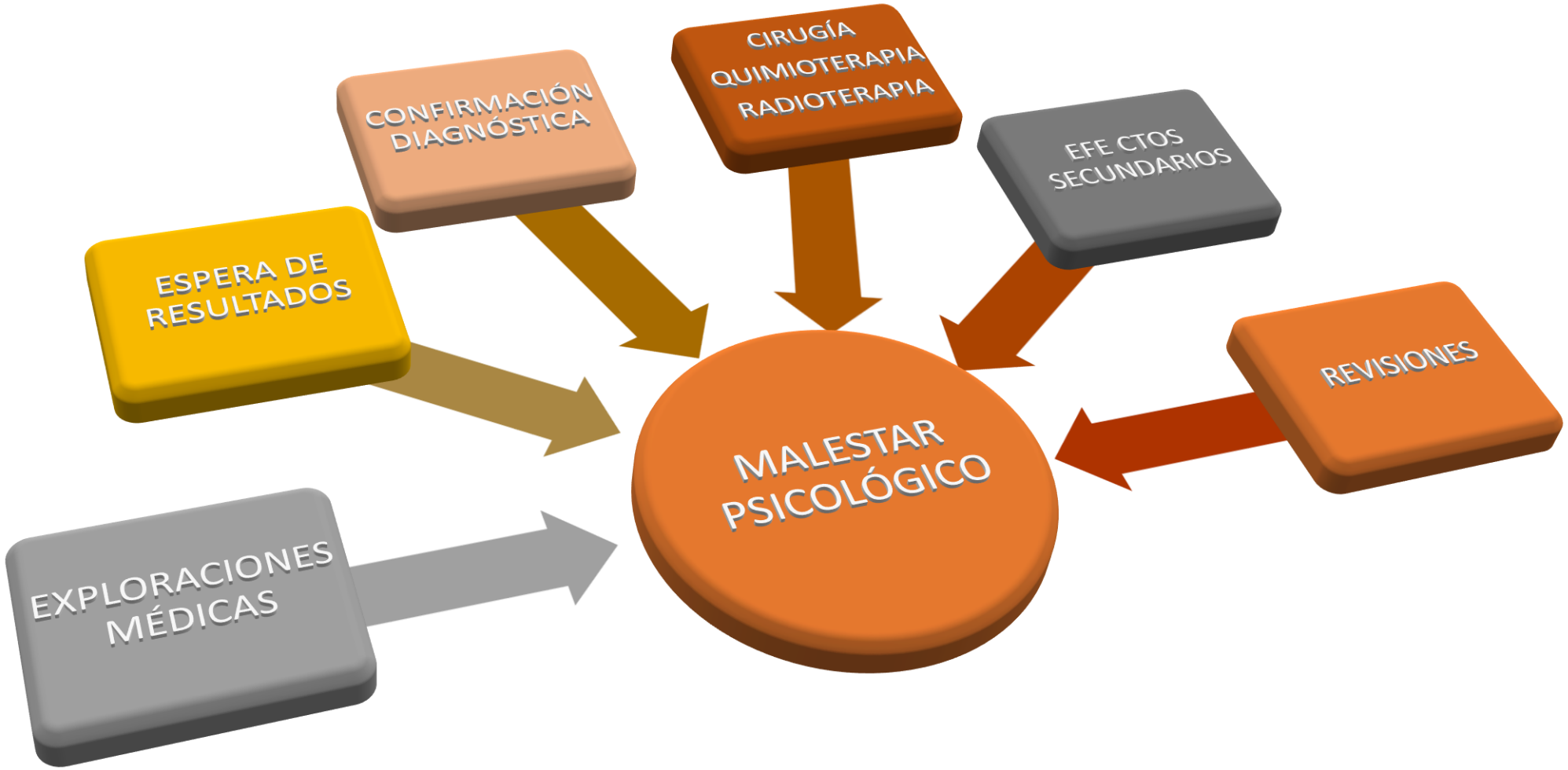
Cirugía:
- Localización de la cirugía
- Presencia de cicatrices y/o injertos quirúrjicos
- Fístulas

Radioterapia/ quimioterapia:
- Mucositis bucal
- Xerostomia (boca seca)
- Disphagia
- Odinofagia
- Pérdida de apetito
- Alteraciones del gusto y el olfato
- Náuseas y vómitos
- Estreñimiento
- Diarrea

ESTADO NUTRICIONAL GRAVEMENTE AFECTADO por los efectos secundarios del tratamiento.[24]

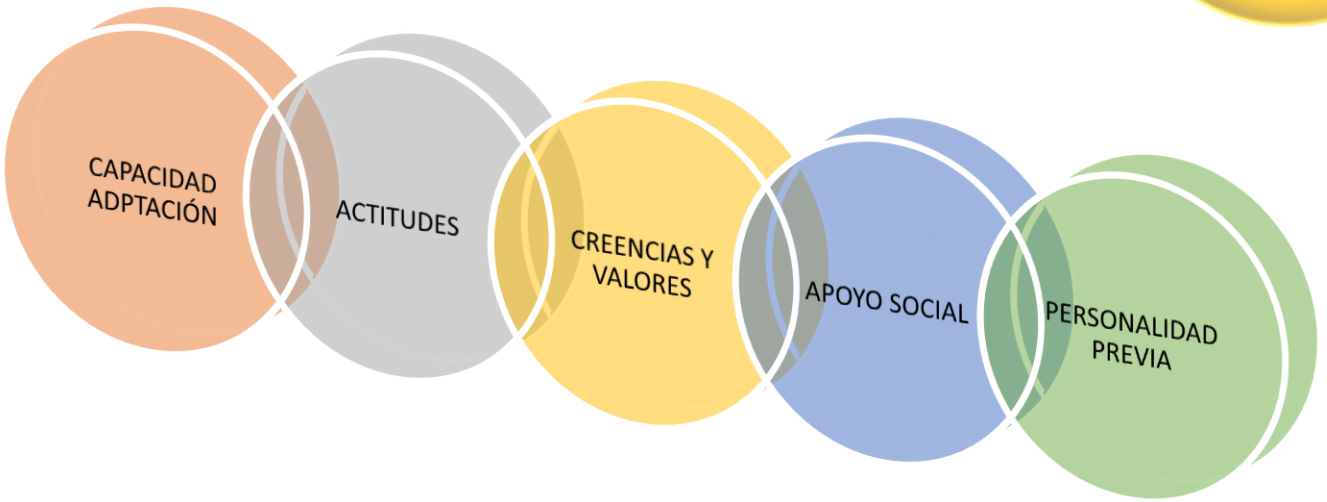
RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO:
- Disfagia
- Xerostomia
- Trismo

LA DESNUTRICIÓN ES UN PROBLEMA CRÍTICO que puede persistir a largo plazo.[4,25]


CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA
CIRUGÍA
QUIMIOTERAPIA
RADIOTERAPIA
EFE CTOS SECUNDARIOS
ESPERA DE RESULTADOS
REVISIONES
MALESTAR PSICOLÓGICO
EXPLORACIONES MÉDICAS

- Prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer en España *(Gils y cols)*

- 24% presenta criterios para diagnóstico psicopatológico DSM-IV



NECESIDADES PSICOEMOCIONALES DE LOS PACIENTES CON CANCER

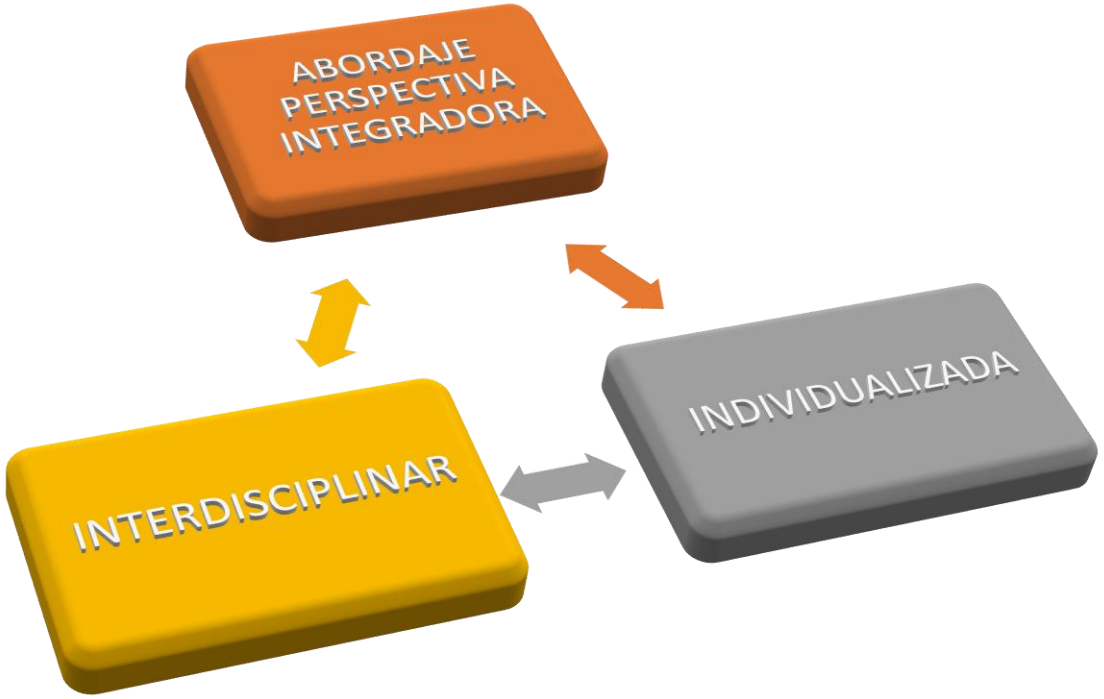
- Necesidades físicas y psicosociales por satisfacer
- Detección temprana y cobertura
- MEJORAR CALIDAD DE VIDA
- PIRÁMIDE DE MASLOW : JERARQUIA NECESIDADES

OMS NECESIDADES PSICOEMOCIONALES DE LOS ENFERMOS

SEGURIDAD	Confianza equipo sanitario, familia, cuidadores Garantía de no abandono
ACEPTACION	Reconocer posibilidades actuales Sentirse aceptado y comprendido
AMOR	De amar y ser amado
PERTENENCIA	Sentirse miembro de una familia, de un grupo
AUTOESTIMA	Sentirse útil e importante
AUTORREALIZACIÓN / ESPIRITUALES	Encontrar sentido a su vida, a la enfermedad, al sufrimiento y a su muerte

OBJETIVO

Mantener buena calidad de vida y bienestar psicológico,
con ausencia de problemas emocionales y con la menor alteración posible en su vida social, laboral y familiar.



ITINERARIO CLINICO
ITINERARIO EMOCIONAL
ITINERARIO NUTRICIONAL

Síntesis de la fase de diagnóstico

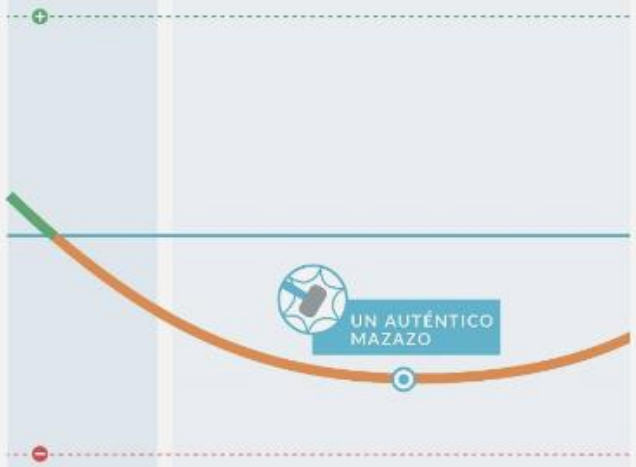
ITINERARIO CLÍNICO

- Detección de signos y síntomas persistentes
- Consulta con el médico de cabecera

- Derivación a un especialista
- Pruebas

ITINERARIO EMOCIONAL[1]

Cómo se siente el paciente y el cuidador



ITINERARIO NUTRICIONAL

Causas de la desnutrición

Estado nutricional

RELACIONADAS CON:

El paciente:

- Edad
- Enfermedades concomitantes
- Hábitos tóxicos
- Factores sociales y psicológicos
- Edentulismo
- Anorexia
- Pérdida de peso

Con el tumor:

- Localización del tumor
- Estadio del cancer
- Disfagia
- Odinofagia
- Caquexia

ESTADO NUTRICIONAL POSIBLEMENTE COMPROMETIDO por el estado del tumor primario y/o del paciente[2]

EL PACIENTE NECESITA

APOYO EMOCIONAL PARA AFRONTAR EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

RETO NUTRICIONAL:

- Detectar los pacientes con disfunción deglutoria
- Identificar pacientes desnutridos o en riesgo nutricional

Malnutrition Screening Tool (MST)

Parámetros	Puntos
¿Ha perdido peso recientemente de manera involuntaria?	
No	0
No estoy seguro	2
Sí, he perdido peso:	
De 1 a 5 kg	1
De 6 a 10 kg	2
De 11 a 15 kg	3
Más de 15 kg	4
No sé cuanto	2
¿Come mal por disminución del apetito?	
No	0
Si	1
Total	

≥2 = paciente en riesgo de desnutrición

ITINERARIO DEL PACIENTE

SÍNTOMAS

DIAGNÓSTICO

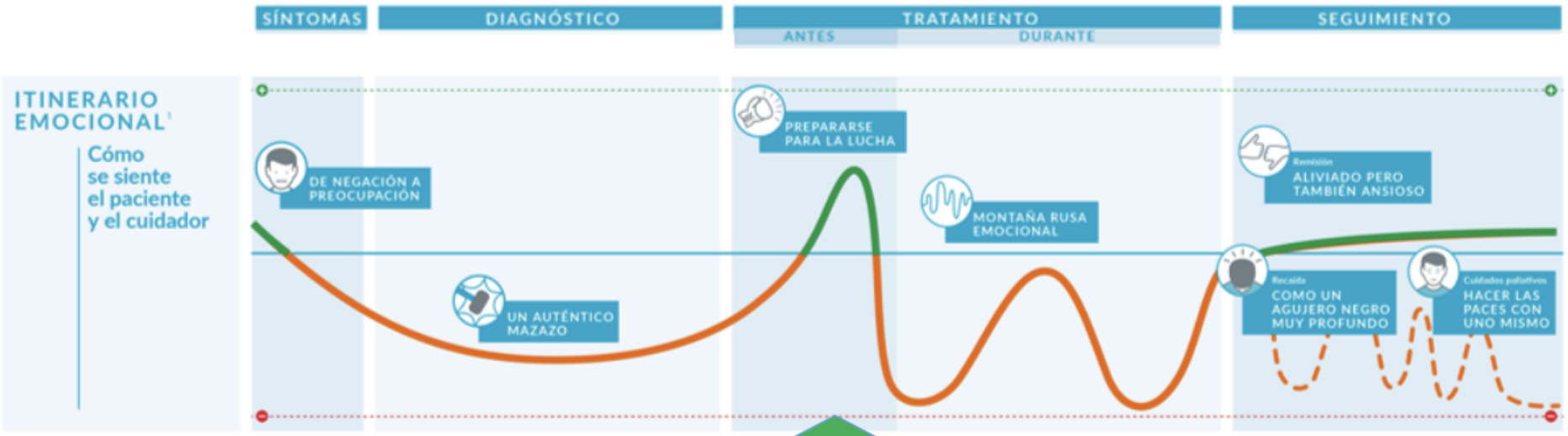
TRATAMIENTO

- **Antes del tratamiento**
- Tratamiento

SEGUIMIENTO

- Remisión
- Recaída
- Cuidados paliativos

ANTES DEL TRATAMIENTO, EL MOMENTO IDEAL PARA INICIAR UN SOPORTE NUTRICIONAL



ANTES DEL TRATAMIENTO

El momento CLAVE para proporcionar al paciente educación sobre alimentación e iniciar un plan de soporte nutricional

Síntesis de la fase antes del tratamiento

ITINERARIO CLÍNICO

ITINERARIO EMOCIONAL[1]

Cómo se siente el paciente y el cuidador

ITINERARIO NUTRICIONAL

Causas de la desnutrición

Estado nutricional

EL PACIENTE NECESITA

AYUDA PROACTIVA PARA PREPARARSE PARA EL TRATAMIENTO

- Comprender como afrontar los efectos secundarios
- Comprender la función de la alimentación

RETO NUTRICIONAL:

- Iniciar soporte nutricional
- Proporcionar a los pacientes un plan de cuidados nutricionales

Requerimientos nutricionales del paciente

Requerimientos diarios

30–35 kcal/kg

1,2 g proteínas/kg

Caso Paciente 70 kg

2100- 2450 kcal/día
84 g de proteínas/día

Arends J, et al., ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients, Clinical Nutrition (2016), http://dx.doi.org/ 10.1016/j.clnu.2016.07.015

TALWAR B , DONNELLY R2 ,Nutritional management in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. The Journal of Laryngology & Otology (2016), 130 (Suppl. S2), S32–S40.

Recomendaciones dietéticas

Primero recomendar alimentación oral, ya sea exclusiva (con las adaptaciones y modificaciones dietéticas necesarias) o bien suplementadas, con los propios alimentos o con fórmulas nutricionales

- Asegurar el aporte de macro y micro nutrientes de nutrientes con alimentos ricos en calorías y proteínas
- Asegurar el aporte de líquidos (40 ml/kg peso/día)
- Si las ingestas son insuficientes, aumentar la densidad energética suplementando las comidas y proporcionando nutrición artificial

SSO Society of Surgical Oncology
Annals of SURGICAL ONCOLOGY
2012

Surgery in Esophageal and Gastric Cancer Patients: What is the Role for Nutrition Support in your Daily Practice?

Christophe Mariette, MD, PhD[1,2,3], Marie-Laure De Botton, ANP[1], and Guillaume Piessen, MD, PhD[1,2,3]

Nutrición enteral siempre que sea posible

- Gastrostomía
- Yeyunostomía
- Sonda nasoyeyunal

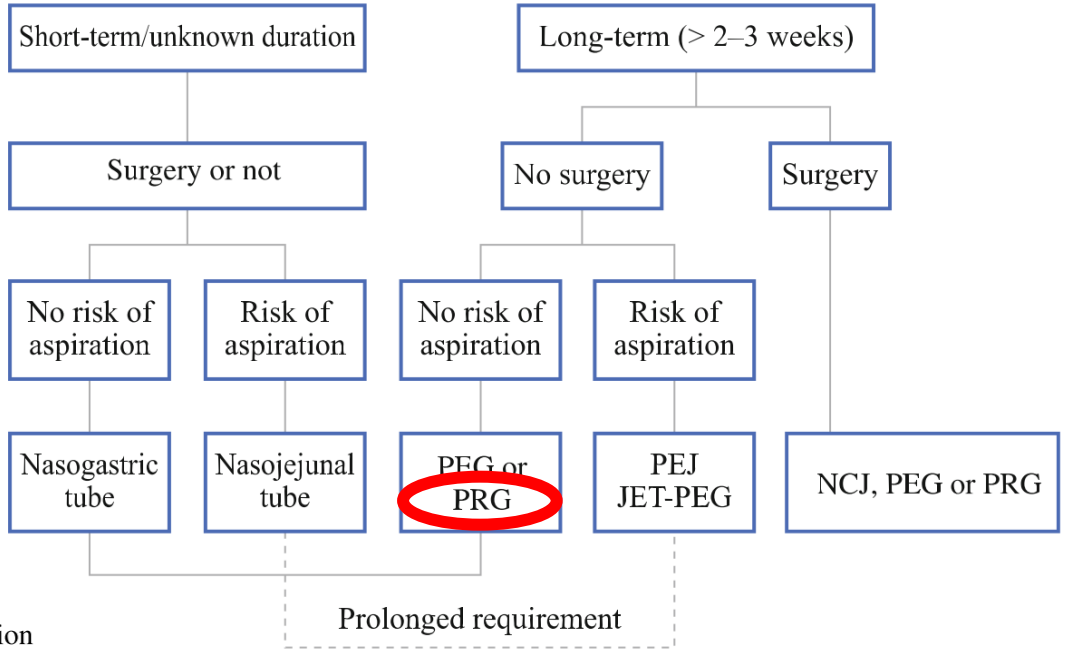
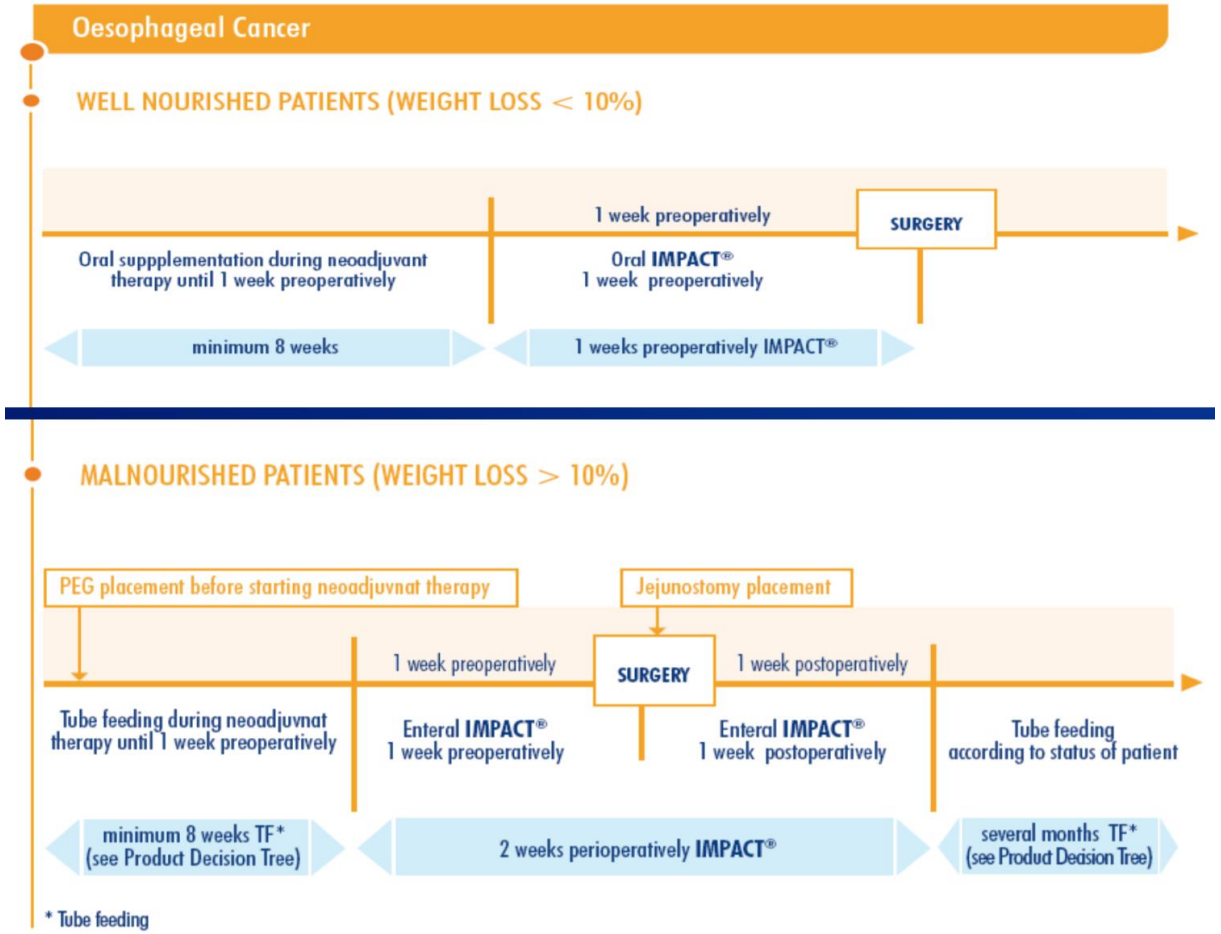
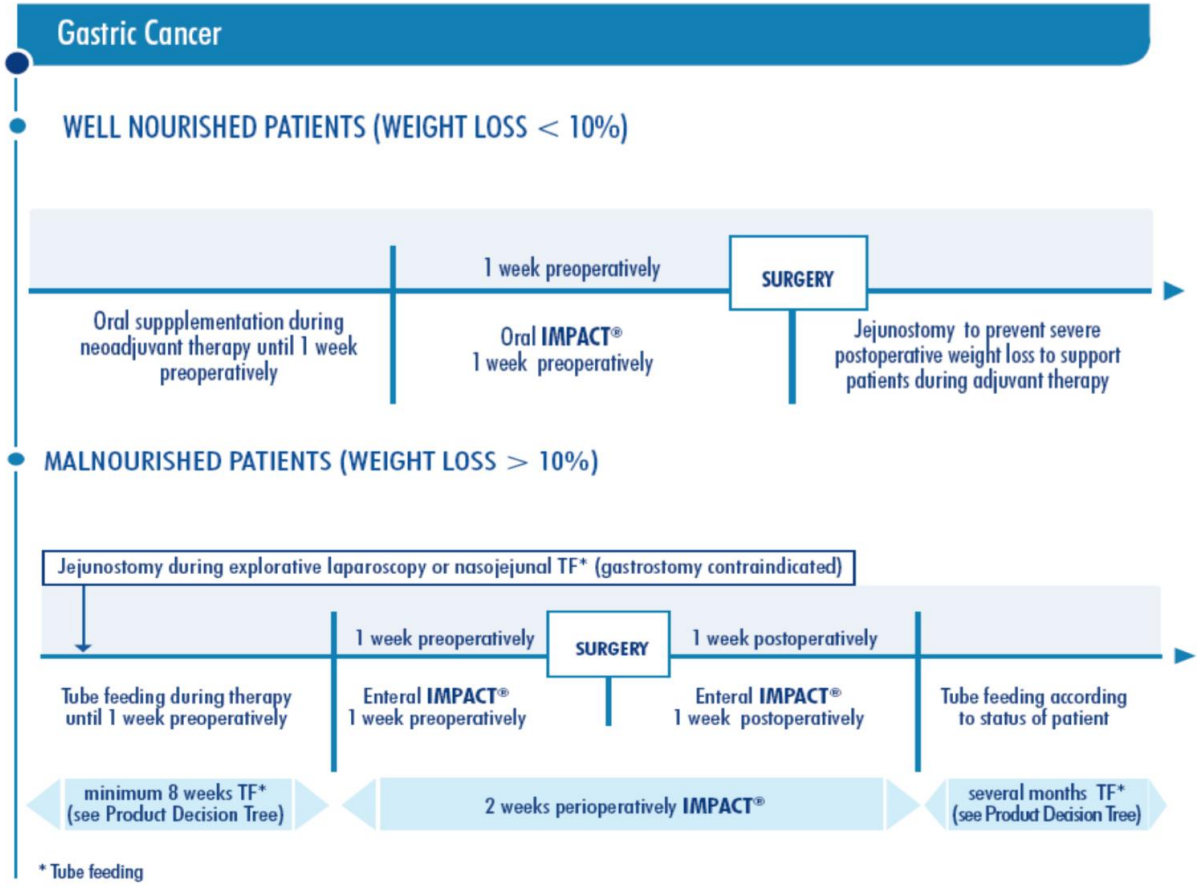


FIG. 1 Route of administration algorithm for enteral nutrition according to the expected duration of enteral nutrition. *PEG* percutaneous endoscopic gastrostomy, *PEJ* percutaneous endoscopic jejunostomy, *JET-PEG* jejunal extension tube through percutaneous endoscopic gastrostomy, *NCJ* needle catheter jejunostomy, *PRG* percutaneous radiologic gastrostomy





Marriette et al, 2012

ITINERARIO DEL PACIENTE

SÍNTOMAS → DIAGNÓSTICO → TRATAMIENTO → SEGUIMIENTO

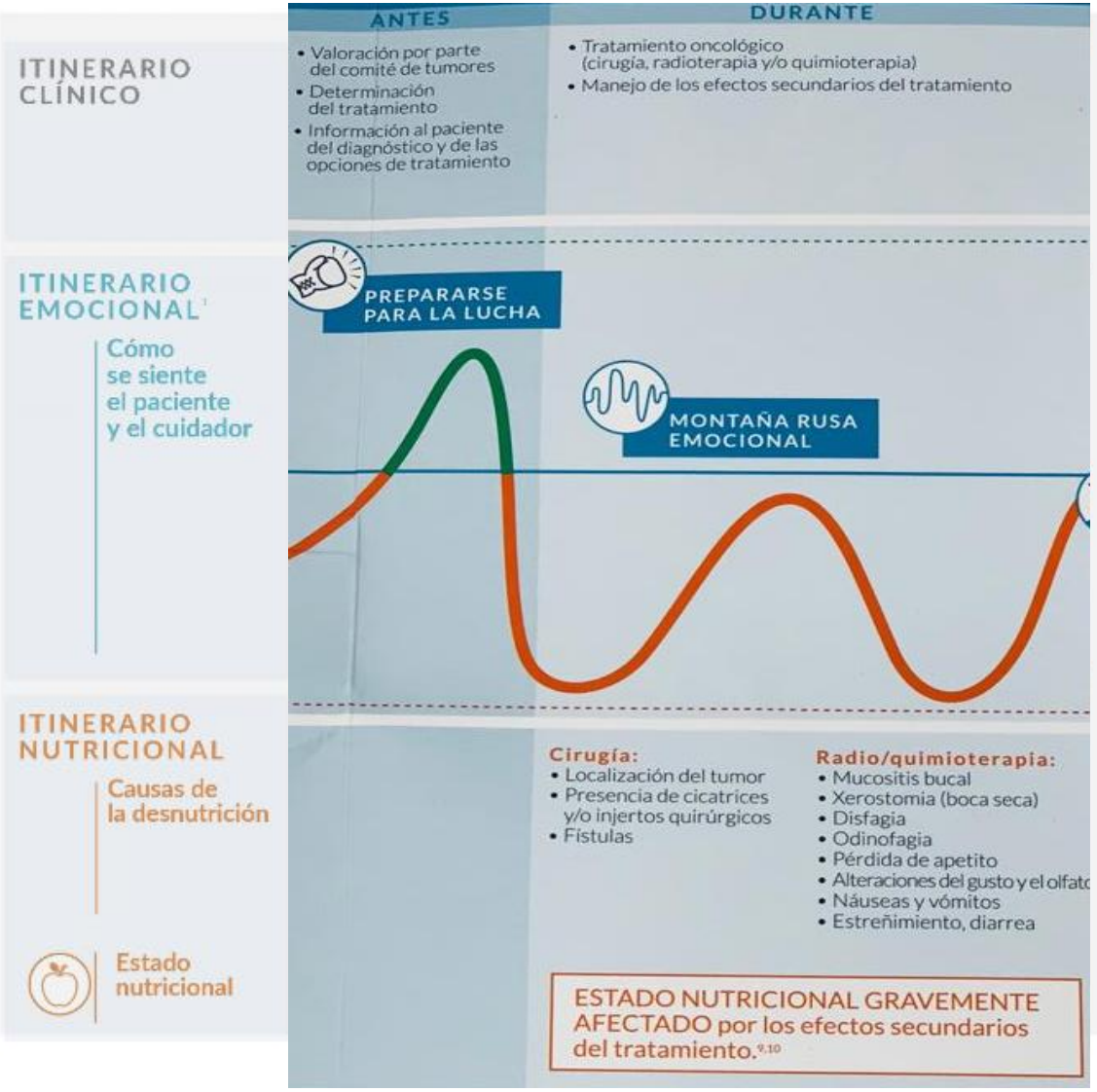
TRATAMIENTO

- Antes del tratamiento
- **Tratamiento**

SEGUIMIENTO

- Remisión
- Recaída
- Cuidados paliativos

Síntesis de la fase de tratamiento



EL PACIENTE NECESITA

APOYO PSICOLÓGICO DIRIGIDO A MOTIVAR EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

RETO NUTRICIONAL

- Controlar semanalmente de forma sistemática el estado nutricional y deglución
- Adaptar el plan nutricional a los efectos secundarios del tratamiento
- Derivar a especialista en nutrición si es necesario

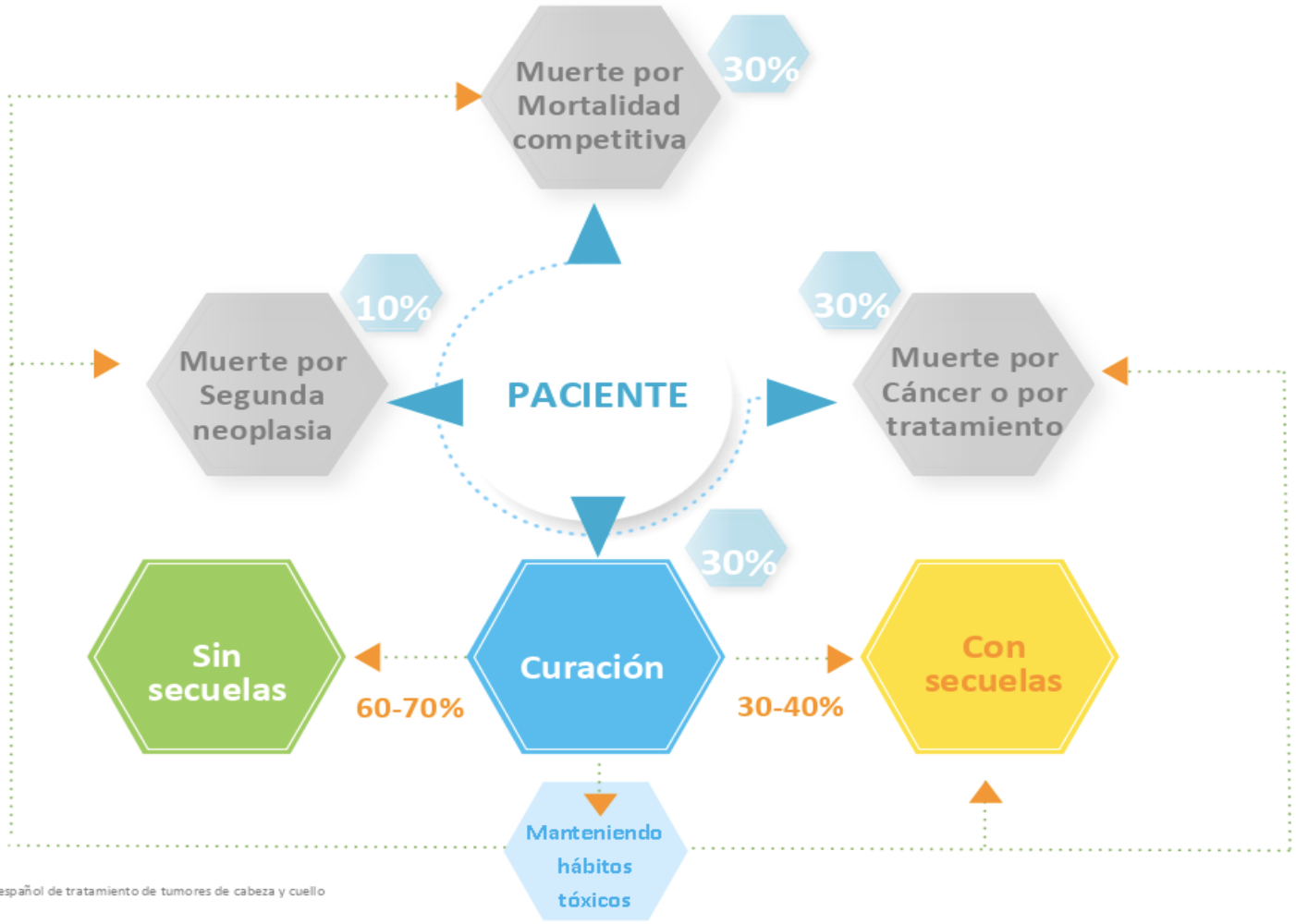
SIGNOS ALERTA

Síntomas y signos de ALERTA durante el tratamiento y en el seguimiento del soporte nutricional son:

- Pérdida de peso > 2% durante el seguimiento.
- Limitación en ingesta < 50 % por Mucositis, disfagia, náuseas / vómitos.
- Alteraciones analíticas nutricionales severas: Albúmina < 2,5 mg/ dl, prealbúmina <10 mg/dl, transferrina < <100 mg/dl.

La desnutrición es un problema crítico que puede persistir a largo plazo

Posibles evoluciones del paciente



CONCLUSIONES

- Proceso oncológico = proceso catabólico, proinflamatorio, inmunosupresión
- Impulsar el valor terapéutico del soporte nutricional
- Inmunonutrición = Innovación
- Conocimiento del plano emocional permite mejorar la adhesión del tratamiento

GRACIAS

1. ¿Existen recomendaciones/evidencias específicas sobre el tratamiento nutricional en el paciente quirúrgico?

- A: Si
- B: Si, pero no específicas para este tipo de paciente

2. ¿En qué momento sería más importante iniciar una nutrición en los pacientes quirúrgicos?

- A: Al ingreso hospitalario si se detecta desnutrición
- B: En el periodo perioperatorio

3. ¿Cuáles son los beneficios a medio y largo plazo del soporte nutricional y el uso de la inmunonutrición pre-cirugía en pacientes oncológicos?

- A: Menos complicaciones post-quirúrgicas, mejora de la cicatrización, menor estancia hospitalaria y coste sanitario
- B: Solo existe beneficio para evitar complicaciones respiratorias y cardiovasculares

4º EGYO

4ª Reunión de Equipos de Cirugía Esofagogastrica y Obesidad de la Comunidad de Madrid y Zona Centro

INNOVACIÓN ASISTENCIAL

29 de Noviembre de 2018 - Real Academia de Medicina
C/ Arrieta, 12 (Metro Ópera)

4º EGYO

4ª Reunión de Equipos de Cirugía Esofagogastrica y Obesidad de la Comunidad de Madrid y Zona Centro

INNOVACIÓN ASISTENCIAL

29 de Noviembre de 2018 - Real Academia de Medicina
C/ Arrieta, 12 (Metro Ópera)