

Nueva puesta en marcha de un programa de cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz.

Mayo-Ossorio M.A, Pacheco J.M, Fernández-Serrano J.L.

Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz. Cádiz. España. ✉marimayoo@gmail.com

Resumen: La cirugía bariátrica es hoy la única alternativa terapéutica con buenos resultados a largo plazo de la obesidad mórbida. Forma parte de la cartera de servicios de la mayoría de los hospitales públicos y privados. Dada la complejidad técnica de esta cirugía, la existencia de elevada morbilidad, el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, el aumento de la demanda por parte de los pacientes, hacen necesario la adecuada formación de los cirujanos, así como la implementación de protocolos adecuados. El objetivo de nuestro trabajo es presentar nuestra experiencia en el reinicio de un programa de cirugía bariátrica en el Hospital Puerta del Mar de Cádiz, y la implementación de un nuevo protocolo de trabajo, adaptado a las nuevas técnicas quirúrgicas y a la modificación del equipo quirúrgico encargado de realizarlas

Introducción

La cirugía bariátrica es hoy la única alternativa terapéutica con buenos resultados a largo plazo de la obesidad mórbida. Los obesos mórbidos son unos pacientes complejos, que suelen asociar comorbilidades severas que pueden comprometer su evolución en el postoperatorio y requieren un equipo multidisciplinar con el fin de optimizar los resultados de la Cirugía Bariátrica [1].

Las Sociedades internacionales de Cirugía bariátrica (IFSO, ASBS.) han reiterado su preocupación por el mantenimiento de los estándares de calidad y seguridad de la Cirugía Bariátrica publicando las normas para la seguridad de los procedimientos especificando tanto los estándares de estructura (unidades de cuidados intensivos, camillas, banco de sangre, la formación y experiencia del cirujano, como los estándares de calidad del proceso [2,3].

La cirugía bariátrica forma parte de la cartera de servicios de la mayoría de los hospitales públicos y privados. Dada la complejidad técnica de esta cirugía, la existencia de elevada morbilidad, el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, el aumento de la demanda por parte de los pacientes, hacen necesario la adecuada formación de los cirujanos, así como la implementación de protocolos adecuados.

En el caso de la cirugía bariátrica, es bien conocida la existencia de una larga curva de aprendizaje (> 100 casos) durante la cual la morbimortalidad es mas elevada y en algunos casos inadmisibles [4, 5, 6, 7].

El objetivo de nuestro trabajo es presentar nuestra experiencia en el reinicio de un programa de cirugía bariátrica en el Hospital Puerta del Mar de Cádiz, y la implementación de un nuevo protocolo de trabajo,

adaptado a las nuevas técnicas quirúrgicas y a la modificación del equipo quirúrgico encargado de realizarlas.

Material y Métodos

Desde enero 2003 a noviembre de 2011 se han intervenido a 240 pacientes de obesidad mórbida en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz, siguiendo el protocolo aprobado en 2005 por un equipo multidisciplinar con unos resultados adecuados de morbimortalidad. Esta serie de pacientes es unipersonal, siendo realizada por un solo cirujano asistido por dos miembros del equipo quirúrgico que se fueron modificando a lo largo del tiempo como consecuencia de jubilaciones y de nuevas incorporaciones. Tras la jubilación del responsable de la unidad, se impone una reorganización de la misma que incluye diferentes aspectos: formación de los cirujanos, actualización del protocolo y gestión de la unidad.

Para la formación de los cirujanos se siguieron las directrices recomendadas por la SECO (cursos, fase I, fase II, fase III, cirugía experimental, estancia en centros con experiencia en cirugía bariátrica y cirugía tutelada). La estancia en centros con experiencia en cirugía bariátrica laparoscópica, se realizó en el Hospital Virgen del Rocío en Sevilla (Unidad de Innovación y Cirugía Laparoscópica avanzada) y en el centro Hospitalario entre Douro e Vouga de Oporto (Dr. Mario Nora) durante los meses de Enero a Marzo de 2012.

Se actualizó el protocolo de forma consensuada, sobre todo con el servicio de endocrinología siguiendo las directrices actuales de las principales guías de práctica clínica.

Se reorganizó el funcionamiento de la consulta, dedicando una consulta exclusiva a cirugía de la obesidad, elaborando folletos informativos y documentos de compromiso del paciente. Tras este periodo, se reinició el programa de cirugía bariátrica. Las primeras cirugías realizadas fueron tuteladas, iniciando el programa con una serie de gastrectomías tubulares. Desde marzo de 2012 a abril de 2013 se han intervenido en nuestro servicio a 30 pacientes de obesidad mórbida con edades comprendidas entre 23 y 59 años (edad media de 38,9). De ellos 21 son mujeres y 9 son hombres. El peso medio en consulta fue de 137,6 Kg. (mínimo 85,9 y máximo 176), con un IMC medio de 50,27 (mínimo 40, máximo 73).

Resultados

De los 30 pacientes intervenidos se realizaron 27 Gastrectomías verticales laparoscópicas 3 bypass gástricos laparotómicos. De la serie de gastrectomías verticales como complicación inmediata se presentaron dos sangrados postoperatorios que se manejaron de forma conservador ambos en dos pacientes con IMC superior a 50. Los Pacientes intervenidos mediante bypass gástrico no presentaron complicaciones inmediatas. Solo en un caso de gastrectomía vertical se presentó una estenosis por esofagitis que se resolvió con manejo conservador. No se ha reintervenido ningún paciente ni ha habido ningún fallecimiento hasta el momento actual.

Discusión

La prevalencia de la obesidad mórbida ha experimentado un crecimiento exponencial en los últimos años [8]. El tratamiento quirúrgico es el único método eficaz para mejorar la vida útil y mejorar la comorbilidad de estos pacientes [9]. Por este motivo existe una gran demanda de este tipo de cirugía y es necesario un alto número de cirujanos experimentados. Los cirujanos deben superar una larga curva de aprendizaje antes de dominar las técnicas, especialmente el Bypass gástrico laparoscópico, considerando algunos autores que son necesarios de 75 a 120 procedimientos para conseguir resultados óptimos postoperatorios [10,11]. Durante la curva de aprendizaje, la tasa de complicaciones puede ser incluso de dos a tres veces mayor.

Hay gran preocupación en la comunidad científica sobre la formación de cirujanos bariátricos [12,13]. Las sociedades científicas (SECO, IFSO y ASMBS) recomiendan un entrenamiento que consta de cursos de 2 días teórico-práctico, programas de mini-fellowship y un proceso de tutoría con los primeros casos bajo la supervisión de un cirujano experimentado [14]. La sociedad española de cirugía de obesidad y enfermedades metabólicas (SECO) ha desarrollado un nuevo programa de formación bariátrica incluyendo cursos teóricos y prácticos, una beca de dos meses y un proceso de tutoría durante los

primeros 40 casos. Muchos cirujanos que se embarcan en cirugía bariátrica laparoscópica no han recibido entrenamiento formal bariátrica; sin embargo, generalmente han tenido experiencia práctica [15].

Bibliografía

1. Álvarez A, Brodsky J, Lemmens HJ, Morton JM. Morbid obesity: peri-operative management, 2 nd ed. New York: Cambridge University Press. 2010.
2. ASBS Bariatric Training Committee. American Society for Bariatric Surgery's guidelines for granting privileges in bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2006;2:65-7.
3. .Melissas J, IFSO guidelines for safety, quality, and excellence in bariatric surgery. *Obes Surg.* 2008;18:497-500.
4. Hsu GP, Morton JM, Jin L, Safadi BY, Satterwhite TS, Curet MJ. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: differences in outcome between attendings and assistants of different training backgrounds. *Obes Surg.* 2005;15:1104-10.
5. Oliak D, Ballantyne GH, Weber P, Wasielewski A, Davies RJ, Schmidt HJ. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: defining the learning curve. *Surg Endosc.* 2003;17: 405-8.
6. Schauer P, Ikramuddin S, Hamad G, Gourash W. The learning curve for laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass is 100 cases. *Surg Endosc.* 2003;17:212-5.
7. Lublin M, Lyass S, Lahmann B, Cunneen SA, Khalili TM, Elashoff JD, et al. Leveling the learning curve for laparoscopic bariatric surgery. *Surg Endosc.* 2005;19:845-8.
8. Aranceta J, Perez Rodrigo C, Serra Majem L, et al. Prevalence of obesity in Spain: results of the SEEDO 2000 Study. *Med Clin Barc.* 2003;120(16):608-12.
9. Sampalis JS, Sampalis F, Christou N. Impact of bariatric surgery on cardiovascular and musculoskeletal morbidity. *Surg Obes Relat Dis.* 2006;2(6):587-91.
10. Hsu GP, Morton JM, Jin L, et al. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: differences in outcome between attendings and assistants of different training backgrounds. *Obes Surg.* 2005;15 (8):1104-10.
11. Oliak D, Ballantyne GH, Weber P, et al. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: defining the learning curve. *Surg Endosc.* 2003;17 (3):405-8.
12. Kelly J, Tarnoff M, Shikora S, et al. Best practice recommendations for surgical care in weight loss surgery. *Obes Res.* 2005;13 (2):227-33.
13. Fried M, Hainer V, Basdevant A, et al. Interdisciplinary European guidelines on surgery of severe obesity. *Obes Facts.* 2008;1 (1):52-9.

14. Schirmer BD, Schauer PR, Flum DR, et al. Bariatric surgery training: getting your ticket punched. *J Gastrointest Surg.* 2007;11(7):807–12.
15. Suter M, Giusti V, Heraief E, et al. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: initial 2-year experience. *Surg Endosc.* 2003;17(4):603–9.