

Artículo Original Breve

By-pass gástrico: como disminuir los tiempos quirúrgicos**Gastric by-pass: how to shorten surgical times**

Esther Ferrero; J. Daniel Sánchez; Federico del Castillo; José M. Gil López; Luís García-Sancho; Eva Iglesias; Antonio L. Picardo

Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid ✉ esther.ferreroc@gmail.com

Resumen: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la población mundial del 2014, el 39% de las mujeres y el 38% de los hombres mayores de 18 años tenían sobrepeso. Y el 15% de las mujeres y el 11% de los hombres mayores de 18 años eran obesos. En los países de la unión europea el sobrepeso afecta al 30-70% y la obesidad al 10-30% de los adultos. Es por tanto considerada un gran problema de salud pública que debemos tratar desde diferentes instituciones (1). La cirugía ha demostrado ser el tratamiento más efectivo de la obesidad mórbida (2,3,4); por lo tanto es deber de los profesionales sanitarios hacer más eficiente la ocupación del quirófano, sin disminuir la calidad de la técnica, con el objetivo de aumentar la oferta de tratamiento a dichos pacientes. La introducción de nuevos materiales de sutura, el perfeccionamiento de la técnica y el empleo de nuevas técnicas anestésicas como la OFA (opioid free anesthesia) (5) ha hecho posible en nuestro medio aumentar el número total de cirugías bariátricas hasta en un 31.42% en un año. Con el mismo número de quirófanos asignados a dicha patología.

Palabras clave: Obesidad Mórbida, by-pass gástrico, sutura barbada.

Abstract: According to the World Health Organization (WHO), according to the world population in 2014, 39% of women and 38% of men over 18 years old were overweight. And 15% of women and 11% of men over 18 years old were obese. In European Union countries, overweight affects 30-70% and obesity affects 10-30% of adults. It is therefore considered a major public health problem that we must address from different institutions. Surgery has proven to be the most effective treatment for morbid obesity (2,3,4); therefore it is the duty of health professionals to make the occupation of the operating room more efficient, without reducing the quality of the technique, in order to increase the supply of treatment to these patients. The introduction of new suture materials, the improvement of the technique and the use of new anesthetic techniques such as OFA (opioid free anesthesia) (5) has made it possible in our hospital to increase the total number of bariatric surgeries by up to 31.42% in one year. With the same number of operating rooms assigned.

Keywords: Morbid Obesity, gastric bypass, bearded suture.

Introducción

Según la OMS, la obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

La obesidad puede ser medida con el índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros.

Con este simple cálculo una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. Se considera obesidad mórbida cuando el IMC es igual o superior a 40. El sobrepeso y la obesidad son factores

de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (6,7).

La obesidad es más frecuente en países con ingresos altos, pero está en aumento en los países con ingresos bajos y medios, especialmente en las áreas urbanas. Por lo tanto puede llamarse a la obesidad la epidemia del siglo XXI.

La cirugía ha demostrado ser el tratamiento más efectivo de la obesidad mórbida (2,3,4); por lo tanto los profesionales sanitarios deben intentar hacer más eficiente la ocupación del quirófano, sin disminuir la calidad de la técnica, con el objetivo de aumentar la oferta de tratamiento a dichos pacientes.

Con el siguiente caso clínico presentamos los diferentes cambios en la técnica quirúrgica para la realización del by-pass gástrico, que hemos puesto en práctica en nuestra unidad. Estos cambios han conllevado a una disminución del tiempo quirúrgico y el aumento total de pacientes operados. El empleo de un nuevo tipo de anestesia también ha contribuido a dicho cambio.

Material y método:

Se trata de una paciente, mujer, de 42 años de edad con antecedentes de HTA, diabetes gestacional, SAHS, reflujo gastroesofágico con esofagitis péptica, artrosis y asma. Peso de 111.6Kg e IMC: 39.5.

Se realiza by-pass gástrico laparoscópico: creamos neumoperitoneo con aguja de Veress en punto de Palmer y colocamos 5 trócares (1 de 11mm, 2 de 12mm y 2 de 5mm) en compartimento supramesocólico. Se elabora reservorio gástrico con endograpadora lineal (Echelon® 3.5mm carga azul) de unos 50cc. Se secciona el epiplon mayor longitudinalmente para facilitar el ascenso del yeyuno antecólico.

La anastomosis gastro-yeyunal se realiza mediante endograpadora lineal (Echelon® 3.5mm carga azul) de unos 30cm de diámetro, cerrando la enterostomía mediante sutura barbada (v-loc®) (8,9,10) de 3/0 reabsorbible monoplano (Figura 1). A 150cm de la anastomosis anterior se realiza el pie de asa mediante endograpadora lineal (Echelon® 2.5mm carga blanca), cerrando la enterostomía mediante sutura barbada (v-loc®) de 3/0 reabsorbible monoplano. Comprobamos ambas anastomosis mediante instilación por sonda nasogástrica de azul de metileno. Y para terminar seccionamos el asa que se encuentra entre ambas anastomosis con endograpadora lineal (Echelon® 2.5mm carga blanca). No dejamos drenajes.

Los cambios en nuestra técnica han sido los siguientes: El empleo de sutura barbada para el cierre de las enterostomías, que permite realizarlas monoplano sin anudar la sutura. No dar punto tractor previo a la elaboración de las anastomosis. No dejar drenajes (11)

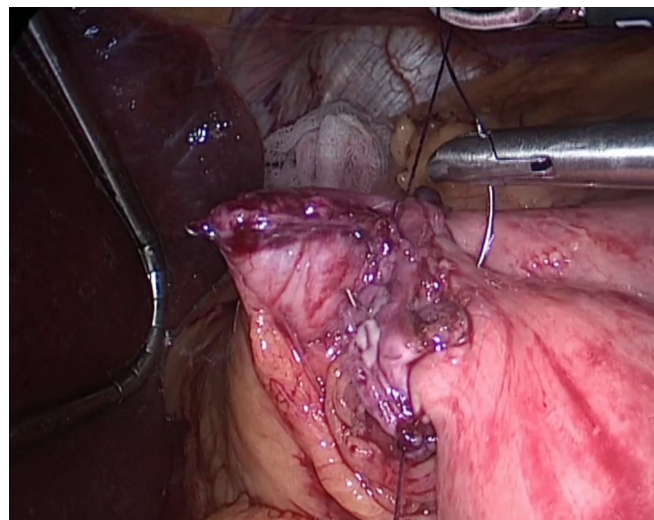


Figura nº 1: Cierre de anastomosis Gastro-Yeyunal

Resultados

En el año 2015 se realizaron 48 cirugías bariátricas en nuestro centro, que aumentaron a 70 en el 2016, con el mismo número de quirófanos. La duración media del by-pass gástrico en 2015 fue de 160 minutos y de 129 minutos en el 2016.

Discusión

Con la introducción de los cambios descritos anteriormente hemos conseguido aumentar la eficiencia en la ocupación de quirófano, pudiendo aumentar el número total de cirugías anuales, con el mismo número de quirófanos disponibles. Por lo tanto, disminuyendo la temible lista de espera quirúrgica de la cirugía de la obesidad en nuestro área de referencia (12).

La sutura barbada ha demostrado ser una sutura segura a la hora de emplearla en las anastomosis, superando con creces nuestras expectativas (8,9,10). Sin aumentar la morbilidad en nuestros pacientes.

Conclusiones

La no utilización de puntos tractores, no dejar drenajes, y sobre todo, el empleo de sutura barbada y cierre monoplano de las enterostomías, ha hecho que disminuyan nuestros tiempos quirúrgicos, sin aumentar la morbilidad. Esto permite aumentar el número de pacientes que se operan en una sesión quirúrgica.

Habrá que seguir midiendo los indicadores para comprobar que dichos cambios se continúan en el tiempo.

Bibliografía

1. Gulliford MC, Charlton J, Prevost T, et al. Costs and Outcomes of Increasing Access to Bariatric Surgery: Cohort Study and Cost-Effectiveness Analysis Using Electronic Health Records. *Value Health*. 2017 Jan;20(1):85-92.
2. Yan Y, Sha Y, Yao G, et al. Roux-en-Y Gastric Bypass Versus Medical Treatment for Type 2 Diabetes Mellitus in Obese Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Apr;95(17):e3462.
3. Knop FK¹, Taylor R. Mechanism of metabolic advantages after bariatric surgery: it's all gastrointestinal factors versus it's all food restriction. *Diabetes Care*. 2013 Aug;36 Suppl 2:S287-91.
4. Schauer PR¹, Bhatt DL², Kashyap SR³. Bariatric Surgery or Intensive Medical Therapy for Diabetes after 5 Years. *N Engl J Med*. 2017 May 18;376(20):1997.
5. Sorbello M, Pulvirenti GS, Panascia E, et al. Weighting (also) the risk of post-operative nausea and vomiting in bariatric surgery: time for opioid free anesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2017 Jun 18.
6. Editorial. Obesity and diabetes in 2017: a new year. *The Lancet*. 2017 Jan 7;389(10064):1.
7. Ricci G, Pirillo I, Tomassoni D, et al. Metabolic syndrome, hypertension, and nervous system injury: Epidemiological correlates. *Clin Exp Hypertens*. 2017;39(1):8-16.
8. Lee SW¹, Kawai M², Tashiro K², et al. Laparoscopic gastrointestinal anastomoses using knotless barbed absorbable sutures are safe and reproducible: a single-center experience with 242 patients. *Jpn J Clin Oncol*. 2016 Apr;46(4):329-35.
9. Facy O¹, De Blasi V, Goergen M, et al. Laparoscopic gastrointestinal anastomoses using knotless barbed sutures are safe and reproducible: a single-center experience with 201 patients. *Surg Endosc*. 2013 Oct;27(10):3841-5.
10. Tsukada T, Kaji M, Kinoshita J, et al. Use of Barbed Sutures in Laparoscopic Gastrointestinal Single-Layer Sutures. *JSL S* 2016 Jul-Sep;20(3).
11. Liscia G, Scaringi S, Facchiano E, et al. The role of drainage after Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity: a systematic review. *Surg Obes Relat Dis*. 2014 Jan-Feb;10(1):171-6.,
12. Sharman MJ, Venn AJ, Jose KA, et al. The support needs of patients waiting for publicly funded bariatric surgery - implications for health service planners. *Clin Obes*. 2017 Feb;7(1):46-53.