

## Revisión de los indicadores de calidad de una unidad de cirugía bariátrica de reciente creación.

María Jesús Segura<sup>(1)</sup>, Jose Carlos Vaqué<sup>(1)</sup>, María del Carmen Azorín<sup>(1)</sup>, Rodolfo Rodríguez<sup>(1)</sup>, Andrés Frangi<sup>(1)</sup>, Xavier Cortés<sup>(2)</sup>, Iulia Scorojanu<sup>(1)</sup>, Félix Checa<sup>(1)</sup>

1. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital de Sagunto.

2. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de Sagunto.

E-mail: mariajes.sj@gmail.com

Recepción (primera versión): 24-October-2019

Aceptación: 5-Noviembre-2019

Publicación online: N° Abril 2020

### Resumen:

La demanda de unidades de cirugía bariátrica acreditadas ha aumentado en los últimos años debido a que la obesidad y sus comorbilidades son un problema creciente en nuestra sociedad. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de una unidad de cirugía bariátrica de nueva creación siguiendo los criterios de calidad de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO).

Se ha llevado a cabo una revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos quirúrgicamente desde febrero de 2017 hasta diciembre de 2018 y los datos se han comparado con los criterios de calidad de la AEC y la SECO. Se ha observado que se cumple con la mayoría de las recomendaciones establecidas, obteniendo una tasa morbilidad <10% y una mortalidad 0%. En cuanto a las comorbilidades, se ha observado una resolución de las mismas en >90% de los casos. No se han realizado cirugías de revisión y no se ha evaluado la calidad de vida.

Con la formación en programas específicos y siguiendo las recomendaciones de expertos, la unidad de cirugía bariátrica de nuestro centro consigue cumplir con los estándares de calidad establecidos por la AEC y la SECO.

### Palabras clave:

- Cirugía bariátrica
- Criterios de calidad
- Programas de formación

## Review of the quality indicators of a recently created bariatric surgery unit.

### Summary:

The demand for accredited bariatric surgery units has increased in recent years because obesity and its comorbidities are a growing problem in our society. The objective of this study is to evaluate the results of a newly created bariatric surgery unit following the quality criteria of the Spanish Association of Surgeons (AEC) and the Spanish Society for Obesity Surgery (SECO).

A retrospective review of the patients who underwent surgery from February 2017 to December 2018 has been carried out and the data has been compared with the quality criteria of the AEC and the SECO. It has been observed that most of the established recommendations are met, obtaining a morbidity rate of <10% and a mortality of 0%. Regarding comorbidities, their resolution has been observed in > 90% of cases. No revision surgeries have been performed and quality of life has not been evaluated.

With training in specific programs and following the recommendations of experts, the bariatric surgery unit of our center manages to comply with the quality standards established by the AEC and the SECO.

### Keywords:

- Bariatric surgery
- Quality criteria
- Training programs

### Introducción

La obesidad es un problema creciente en nuestra sociedad que lleva asociado la aparición de comorbilidades importantes como problemas cardiovasculares, diabetes mellitus y riesgo aumentado de determinados tipos de cáncer disminuyendo así la esperanza de vida de los pacientes(1).

En los últimos años ha aumentado la demanda de unidades de cirugía bariátrica en nuestro medio siendo necesaria la acreditación de los profesionales que las forman y la evaluación de los resultados obtenidos. Para ello, la Asociación Española de Cirujanos (AEC) en colaboración con la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO) ha publicado recientemente unos estándares de calidad cuyo objetivo es establecer las "buenas prácticas" en cirugía de la obesidad(2).



El objetivo de este estudio es describir los resultados obtenidos de la evaluación de una unidad de cirugía bariátrica de reciente creación siguiendo los criterios de calidad de la AEC y la SECO.

### Material y métodos

Se ha llevado a cabo una revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos quirúrgicamente desde febrero de 2017 hasta diciembre de 2018.

En todos los pacientes se realizó un seguimiento al mes, 3 meses, 6 meses y al año de la intervención. Dicho seguimiento se llevó a cabo por parte de cirugía y endocrinología, recibiendo asimismo control y asesoramiento más estrecho por parte de la especialista en dietética y nutrición.

Los estándares de calidad (AEC, SECO) evaluados fueron los siguientes(2):

1. Registro y análisis de las complicaciones según la técnica quirúrgica utilizada: tasa de morbilidad <10% y tasa de mortalidad <0,5%.
2. Resolución de comorbilidades siguiendo los criterios oficiales de las sociedades científicas; American Diabetes Association (ADA), American Society for Bariatric and Metabolic Surgery (ASBMS) y el Consenso SECO-SEEDO 2012.
3. Es necesario incorporar el uso sistemático del porcentaje de peso total perdido (%PTP) para expresar resultados de pérdida de peso.
4. La cirugía bariátrica de revisión debe ser realizada por cirujanos bariátricos con experiencia y en centros e instituciones expertas o acreditadas (número mínimo de 50 casos al año).
5. Se recomienda el uso de test específicos sobre calidad de vida.
6. Es recomendable que los cirujanos que se dediquen a la cirugía bariátrica realicen los programas específicos de formación apoyados y supervisados por la AEC y la SECO.

### Resultados

Se incluyen un total de 60 pacientes. Las cirugías realizadas fueron; 55 bypass gástricos laparoscópicos (BPGY), 4 gastrectomías verticales (GV) y 1 gastroplastia endoscópica (Apollo ®). El IMC medio preoperatorio fue de 37. El seguimiento medio en el momento del estudio fue de 8 meses.

#### 1. Registro y análisis de complicaciones:

La tasa de morbilidad fue <10% y la mortalidad 0%, siendo la úlcera marginal la causa más frecuente de morbilidad tardía (8,3%). En ningún caso fue preciso reintervención quirúrgica urgente por complicaciones en el postoperatorio inmediato (Clavien Dindo <II).

	UNIDAD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA DE RECIENTE CREACIÓN	CRITERIOS DE CALIDAD EN CIRUGÍA BARIÁTRICA
Dehiscencia de sutura	0%	0-6.8%
Hemorragia de anastomosis	3,3%	1-9.7%
Úlcera marginal	8,3%	0-7,9%
Estenosis	0%	0-10%

Tabla1: Morbilidad específica según técnica quirúrgica (bypass gástrico – sutura mecánica) en una unidad de reciente creación comparada con los criterios de calidad AEC-SECO.

En la tabla 1 se comparan las tasas de morbilidad de nuestra unidad frente a las recomendadas por la AEC-SECO.

#### 2. Resolución de las comorbilidades:

Siguiendo los criterios recomendados, se produjo una resolución de comorbilidades en >90% de los casos. Solamente 1 paciente precisa de medicación para control de sus cifras de tensión arterial. En pacientes con SAOS se ha llevado a cabo seguimiento estrecho en consultas de neumología con estudio polisomnográfico después de la cirugía.

#### 3. Pérdida de peso:

Se ha obtenido un 34% de peso total perdido, siendo el objetivo según los criterios establecidos por la AEC y SECO un valor superior al 40% a los 2 años del BPGY.

#### 4. Cirugía de revisión:

No se realizó ninguna cirugía de revisión.

#### 5. Calidad de vida:

No se ha evaluado la calidad de vida de los pacientes antes y después de la intervención quirúrgica mediante test específicos.

#### 6. Programas de formación:

Los cirujanos que conforman la unidad han seguido los programas de formación específicos teóricos y prácticos.

### Discusión

La evaluación sistemática de una unidad de cirugía bariátrica siguiendo las recomendaciones de la SECO y la AEC es imprescindible para llevar a cabo un análisis objetivo de los resultados obtenidos con el fin de establecer mejoras. La cirugía bariátrica implica el manejo de técnicas laparoscópicas complejas que están en constante cambio por lo que el registro de los resultados obtenidos ayuda al aprendizaje continuo de los cirujanos y a disminuir así las complicaciones para el paciente(3,4,5).

Los resultados obtenidos en los primeros 60 pacientes tratados en nuestra unidad cumplen con los criterios recomendados por las sociedades científicas nacionales, con menos del 10% de morbilidad y una mortalidad del 0%. Sólo la tasa de úlcera de boca anastomótica de nuestra serie (8,3%) es ligeramente superior al estándar establecido (0-7,9%). Teniendo en cuenta que sólo se han

evaluado 60 pacientes, esta diferencia es poco valorable numéricamente. Por otro lado, las tasas publicadas en la literatura llegan a alcanzar el 16% en algunas series(6,7).

La pérdida ponderal media alcanzada en nuestros pacientes fue del 34%, que es ligeramente inferior a la recomendación AEC-SECO. Teniendo en cuenta que el seguimiento es inferior a los 2 años en el momento de la realización del estudio, es muy probable que se cumpla dicho objetivo a medida que se prolongue el seguimiento de los últimos pacientes operados.

Siguiendo las recomendaciones de la AEC y la SECO, los cirujanos que forman la unidad de cirugía bariátrica de nuestro centro han seguido los programas de formación específicos, y han ido evaluando periódicamente los resultados obtenidos en la unidad. Las primeras intervenciones quirúrgicas fueron llevadas a cabo bajo tutela de cirujanos expertos de nuestro hospital de referencia y posteriormente fueron intervenidos pacientes con IMC <42 como límite principal (IMC medio 37) y sin comorbilidades importantes. A partir del 2º año de formación no existe límite de IMC, pero, tal y como recomiendan la SECO y la AEC, actualmente no se llevan a cabo cirugías de revisión (requisito mínimo >50 casos al año). La guía clínica de la cirugía de la obesidad de la AEC recomienda a las instituciones bariátricas de reciente creación ("primarias") evitar durante los 2 primeros años, o al menos en los primeros 50 pacientes, la cirugía en superobesos o con comorbilidades importantes y pacientes de cirugía de revisión(8).

En general, se considera que la curva de aprendizaje para la cirugía bariátrica se sitúa alrededor de las 100 intervenciones quirúrgicas(9), aunque este valor puede variar gracias a los últimos avances con el uso de cámaras de laparoscopia en 3D(10). En nuestra experiencia, usando un equipo de laparoscopia convencional en 2D y con óptica de 30º, los resultados obtenidos hasta el momento por la unidad en las primeras 60 intervenciones quirúrgicas cumplen los criterios de calidad en cirugía bariátrica de la AEC y la SECO.

Además de la formación específica, según las guías y estándares de la SECO y la AEC, es imprescindible un manejo multidisciplinar del paciente por un comité de especialistas que valoren al candidato a la cirugía en su conjunto. En nuestro centro, todos los pacientes son valorados siguiendo un protocolo que implica la participación de diferentes profesionales que conforman la unidad de cirugía bariátrica; endocrinólogos, nutricionistas, médicos digestivos, neumólogos, anestesiólogos y cirujanos. Este enfoque multidisciplinar ayuda a llevar a cabo una adecuada preparación del paciente previo a la cirugía que es clave para facilitar la técnica quirúrgica y disminuir complicaciones(11,12).

En nuestra puesta en marcha como unidad de cirugía bariátrica no hemos realizado de forma sistemática una evaluación específica de la calidad de vida de los pacientes, como se sugiere en las recomendaciones de la AEC-SECO (2). Consideramos que esta valoración subjetiva es importante para tener una perspectiva completa de los resultados obtenidos. Por tanto la implementación de dicha valoración mediante cuestionarios específicos y homologados se pondrá en marcha en lo sucesivo.

## Conclusiones

Con la formación en programas específicos, la tutorización por una unidad de referencia y siguiendo las recomendaciones de expertos, la Unidad de Cirugía Bariátrica de nuestro centro consigue cumplir con los estándares de calidad establecidos por la AEC y la SECO en sus primeros dos años de funcionamiento.

## Bibliografía

1. Engin AB, Engin A. Obesity and Lipotoxicity. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 2017;1-11
2. Sabench Pereferer F, Domínguez-Adame Lanuza E, Ibarzabal A, Socas Macías M, Valentí Azcárate V, García Ruiz de Gordejuela A, et al. Criterios de calidad en cirugía bariátrica. *Cir Esp*. 2017;95(1):4-16.
3. Brown WA, Maccormick AD, Mcneil JJ, Caterson ID. *Bariatric Surgery Registries: Can They Contribute to Improved Outcomes?*. *Curr Obes Rep*. 2017;414-9.
4. Stogryn S, Park J, Ed M, Hardy K, Sc M, Vergis A, et al. *Development of consensus-derived quality indicators for laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass surgery*. *Surg Obes Relat Dis*. 2016;1-6.
5. Welbourn R, Hollyman M, Kinsman R, Dixon J, Liem R, Ottosson J, et al. *Bariatric Surgery Worldwide: Baseline Demographic Description and One-Year Outcomes from the Fourth IFSO Global Registry Report 2018*. *Obes Surg*. 2019;29(3):782-95.
6. Kelly JJ, Perugini RA, Wang QL, Czerniach DR, Flahive J, Cohen PA. *The presence of Helicobacter pylori is not associated with long-term anastomotic complications in gastric bypass patients*. *Surg Endosc*. 2015;29(10):2885-90.
7. Schulman AR, Abougergi MS, Thompson CC. *H. Pylori as a predictor of marginal ulceration: A nationwide analysis*. *Obesity*. 2017;25(3):522-6.
8. Ruiz de Andana JC, Sánchez Santos R. *Guía AEC de Cirugía de la Obesidad*. 2a. Madrid; 2012. 102-108
9. Sánchez-Santos R, Estévez S, Tomé C, González S, Brox A, Nicolás R, et al. *Training programs influence in the learning curve of laparoscopic gastric bypass for morbid obesity: A systematic review*. *Obes Surg*. 2012;22(1):34-41.
10. Padin EM, Santos RS, Fernández SG, Jimenez AB, Fernández SE, Dacosta EC, et al. *Impact of Three-Dimensional Laparoscopy in a Bariatric Surgery Program: Influence in the Learning Curve*. 2017;2552-6.
11. Fernández NC, Serrano JO. *Actividad Dietética Dietética de peso preoperatoria*. *Act Diet*. 2010;14(3):134-7.
12. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Timothy Garvey W, Hurley DL, Molly McMahon M, et al. *Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient-2013 update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery*. *Endocr Pract*. 2013;19(2):337-72.