

Artículo Original Breve

Identificación de problemas de seguridad del paciente en cirugía bariátrica.**Identification of patient safety issues in bariatric surgery**

Marta Allué-Cabañuz¹, Elizabeth Redondo-Villahoz², Ana Navarro-Barlés¹, Alba Hernández-Arzo¹, Blanca Martínez-Soriano¹, Miguel Ángel Bielsa-Rodrigo¹

(1) Servicio de Cirugía General del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza), (2) Servicio de Cirugía General del Complejo Asistencial Universitario de Palencia ✉ martitaallue@hotmail.com

Resumen: Objetivo: La relevancia de la seguridad del paciente es cada vez mayor, principalmente para el obeso mórbido, más frágil que el paciente convencional. El objetivo del presente estudio fue detectar los problemas de seguridad del paciente en la cirugía bariátrica de nuestro centro. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal mediante la técnica del grupo nominal para la identificación de problemas de seguridad perioperatoria en cirugía bariátrica. Participaron personal de enfermería, cirujanos y anestesiólogos. Elaboración de un diagrama de Ishikawa con los problemas detectados en materia de seguridad del paciente y, tras la detección y priorización de los mismos, se llevaron a cabo propuestas de intervención para mejora de resultados. **Resultados:** Fueron identificados como áreas de mejora en la prevención de efectos adversos la selección de pacientes candidatos a cirugía de la obesidad, la valoración y optimización preoperatoria, la profilaxis antimicrobiana y de la ETEV, el manejo de la vía aérea, la adaptación del mobiliario y del instrumental quirúrgico y la detección precoz de complicaciones postoperatorias. **Conclusiones:** La formación en seguridad del paciente se hace imprescindible para todos los profesionales implicados en el proceso bariátrico.

Palabras clave: Seguridad paciente, Cirugía Bariátrica

Abstract: Objective: Patient's security has an increase importance. Surgery is an extreme experience on obese patient, weaker than conventional patients. Also human and financial cost is important. Our aim was to detect security problems on patients from our Bariatric surgery unit. **Material and methods:** Descriptive transversal study by nominal group technique to be able to identify security preoperative problems in bariatric surgery; nurses, surgeons and anestheists worked together to create a fishbone analysis with identified problems. **Results:** patient's selection, weight lost and multidisciplinary preoperative optimization, thromboembolic and antibiotic prevention, airway management, adapted material and early detection of postoperative problems were identify as improvement areas for prevention of adverse effects. **Conclusions:** Patient's security projects on bariatric surgery make it possible to identify areas with higher risk of adverse effects. The proposals for improvement were specialized training, laparoscopic learning curve, adaptation of surgery materials and standardized equipment.

Keywords: Security, Patient, Bariatric surgery

Introducción

“The Institute of Medicine” determinó la importancia de la seguridad clínica con el fin de que, todos los procedimientos clínicos se desarrollen sin complicaciones, fallos humanos ni errores del sistema. Así, el nuevo movimiento de seguridad del paciente incorpora al conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, para minimizar el

riesgo de sufrir un efecto adverso en el proceso de atención a la salud¹.

Este concepto de seguridad resulta especialmente importante en cirugía y, aún más, en el caso de la cirugía bariátrica debido a la complejidad de los procedimientos, el elevado número de profesionales implicados y la complejidad propia del obeso mórbido, más frágil y con menor reserva funcional que el paciente convencional^{2,3}.

La OMS preocupada por el aumento de actos quirúrgicos que se practican y el porcentaje de pacientes que potencialmente sufrirán una complicación ha promovido su segundo reto mundial por la seguridad del paciente: “la cirugía segura salva vidas” cuyos objetivos son aumentar la sensibilidad sobre la cirugía segura y reducir las muertes por problemas en cirugía^{1,4}.

Así, la creación de centros de cirugía bariátrica de excelencia promovido por la Federación Internacional de Cirugía de la Obesidad y de las Enfermedades Metabólicas (IFSO) pretende una mejora de los resultados y de la seguridad de los pacientes^{5,6}. Igualmente, se han descrito normogramas que permiten calcular el riesgo individualizado del paciente y planificar una estrategia terapéutica con el fin de minimizar la morbimortalidad asociadas con riesgos de la cirugía bariátrica^{7,8}.

El objetivo de este estudio fue la detección en la práctica habitual de los problemas de seguridad del paciente en nuestra unidad de cirugía bariátrica.

Material y método:

Se concibió un estudio descriptivo transversal mediante la técnica del grupo nominal para la identificación de problemas de seguridad perioperatoria en cirugía bariátrica. Participaron personal de enfermería, cirujanos y anestesiólogos de nuestro hospital implicados en el proceso asistencial del paciente obeso mórbido. Posteriormente se elaboró un diagrama de Ishikawa con los problemas detectados en materia de seguridad del paciente y, tras la detección y priorización de los mismos, se llevaron a cabo propuestas de intervención para mejora de resultados.

Resultados

Se completó un grupo de 15 miembros en total. El moderador planteó al grupo una única pregunta: “¿con qué problemas de seguridad del paciente te encuentras en tu práctica habitual en la asistencia perioperatoria al paciente obeso mórbido?”.

Las respuestas identificaron que las áreas de producción de riesgo fueron la selección de pacientes candidatos a cirugía de la obesidad, la valoración y optimización preoperatoria, la profilaxis antimicrobiana y de la enfermedad tromboembólica venosa (ETE), el manejo de la vía aérea, la adaptación del mobiliario y del instrumental quirúrgico y la detección precoz de complicaciones postoperatorias. Estas áreas de producción de riesgo identificadas fueron registradas mediante la elaboración de un diagrama de Ishikawa o de espina de pescado (Fig. 1).

La priorización de los problemas de seguridad identificados por el grupo, destacó a la selección, valoración y optimización preoperatoria como punto fundamental para la prevención de efectos adversos perioperatorios en la atención al paciente obeso mórbido.

La identificación de las posibles áreas de producción de riesgo permitió la formulación de propuestas de intervención de mejora de resultados por parte del grupo. Así, la formación específica del personal implicado, la curva de aprendizaje en cirugía laparoscópica, la creación de equipos estandarizados y la adaptación del mobiliario y del instrumental quirúrgico fueron seleccionados como prioritarios en la mejora de resultados.

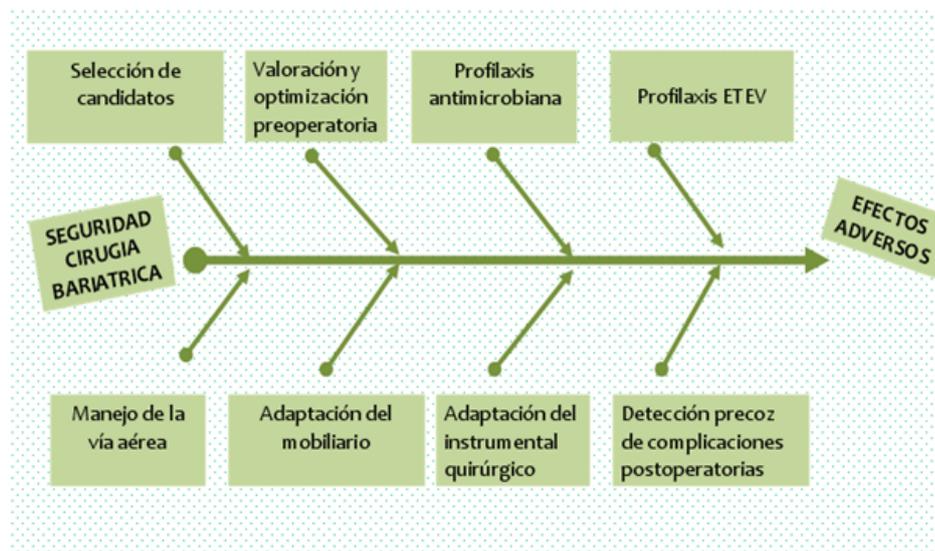


Fig. 1. Diagrama de Ishikawa o de espina de pescado: Áreas de producción de efectos adversos.

Discusión

Recientemente, la cirugía metabólica está ampliando el número de indicaciones de procedimientos bariátricos. En nuestra Unidad, la selección de candidatos para cirugía bariátrica se realiza de acuerdo a las recomendaciones de Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas (SECO)⁶. El elevado número de procedimientos anuales y el peso de la lista de espera quirúrgica nos obliga a priorizar los pacientes según el grado de obesidad, comorbilidades y repercusión social.

La valoración preoperatoria por un equipo multidisciplinar es fundamental. La coordinación entre el paciente con los distintos especialistas (endocrinólogos, psiquiatras, anesestesiólogos, enfermería y cirujanos) promueven una correcta optimización preoperatoria. Medidas como la pérdida de peso preoperatoria, el abandono del hábito tabáquico y el uso de ventilación mecánica no invasiva (CPAP), entre otros, se ha demostrado efectivas en la disminución de la morbilidad perioperatoria⁹.

Las profilaxis preoperatorias antimicrobianas y de la ETEV fueron igualmente identificadas como un área de potencial evento adverso. Ambas se realizan de forma universal a todos los pacientes. En nuestra Unidad la profilaxis antibiótica de la infección operatoria se realiza mediante una única infusión intravenosa de 2 gramos de cefazolina¹⁰. Se recomienda un ajuste de dosis en función del peso del paciente^{10,11}. Para la prevención de la ETEV se emplea la movilización temprana, desde la misma tarde de la intervención, y métodos físicos mediante medias de compresión neumática intermitente y heparinas de bajo peso molecular. En nuestra experiencia, desestimamos el uso de filtros de vena cava inferior.

La dificultad en asegurar la vía aérea es la principal causa de mortalidad relacionada con la anestesia, debido al aumento de la adiposidad en la zona orofaríngea superior y la alteración de los mecanismos respiratorios de los pacientes con obesidad severa⁹. La incidencia de intubación difícil en personas obesas se incrementa hasta 3 veces en comparación con pacientes no obesos¹². Para evitar problemas intraoperatorios en el manejo de la vía aérea, se recomienda una valoración preoperatoria adecuada atendiendo a las características propias del obeso mórbido, experiencia en el manejo de este tipo de pacientes y una disponibilidad de las herramientas adecuadas en el quirófano¹². En nuestro centro, la valoración preoperatoria según el protocolo OBESE (Obesidad, Barba, Edentación, SAOS y Edad superior a los 55 años) permite la predicción y anticipación ante una vía aérea difícil¹².

Se precisa una adaptación tanto del instrumental quirúrgico como del mobiliario para una práctica segura. Existe material quirúrgico, tanto para cirugía abierta como laparoscópica, especial para la cirugía bariátrica que presentan una longitud mayor a la normal¹². Aunque en la mayoría de los casos no es necesaria, se recomienda disponer de este tipo de material por si fuese necesario su uso. La mesa del quirófano debe soportar el peso del paciente y facilitar los desplazamientos durante la cirugía. Igualmente, es necesario que el centro disponga del resto de mobiliario adaptado tales como las camas de hospitalización, sillas de ruedas, pruebas diagnósticas, etc...

El diagnóstico precoz de las complicaciones postoperatorias que suponen una amenaza para la vida del paciente representa un desafío. Es necesario sospecharlas y tratarlas antes de que progresen provocando secuelas sistémicas difíciles de revertir. La presencia de algún síntoma sospechoso, como la taquicardia, debe ponernos en alerta de una posible complicación.

La necesidad de una formación específica del equipo es determinante para la mejora de resultados en materia de seguridad. El programa de formación de la SECO y la acreditación de unidades permite alcanzar unos estándares de calidad en la atención al paciente obeso mórbido⁶. El programa de formación establecido por la SECO tiene como objetivo proporcionar los conocimientos y habilidades para iniciar un Programa de Cirugía Bariátrica o participar en uno ya establecido. En 5 fases, combina los fundamentos teórico-prácticos con la cirugía experimental, la asistencia a cursos ya establecidos, estancias formativas y actividad quirúrgica tutelada. Se describe como necesaria la implicación de otras sociedades científicas en la formación específica del resto de profesionales. Igualmente, se recomienda diseñar un sistema de formación en seguridad del paciente con el objetivo de enseñar a los profesionales sanitarios a detectar, prevenir y analizar los efectos adversos y a implantar prácticas clínicas seguras.

Conclusiones

El paciente obeso mórbido es un paciente complejo y de elevado riesgo. El conocimiento de las características propias de este tipo de pacientes es fundamental para la identificación y anticipación ante problemas de seguridad. La formación en seguridad del paciente se hace imprescindible para todos los profesionales implicados en el proceso bariátrico.

Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Centro Cochrane iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Plan de Calidad para el Sistema nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salt (AIAQS) de Cataluña; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/24.
2. Alastrué A, García-Luna PP; Formiguera J, Moreno P; Martínez B, Broggi MA. Priorización de pacientes en cirugía bariátrica: índice de riesgo. *Cir Esp* 2004; 75(5):225-231.
3. Luján JA, Parrilla P. Selección del paciente candidato a cirugía bariátrica y preparación preoperatoria. *Cir Esp* 2004; 75(5): 232-235.
4. World Alliance for Patient Safety. Disponible en: <http://www.who.int>.
5. Fort JM, Vilallonga R, Lecube A et al. Bariatric surgery outcomes in a European Centre of Excellence (CoE). *Obes Surg* 2013; 23(8): 1324-1332.
6. Díez del Val I, Martínez Blázquez C. Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica y metabólica (Declaración de Vitoria-Gasteiz). 2015.
7. Menéndez Fraga MD, Cueva Álvarez MA, Franco Castellanos MR et al. Compliance with the surgical safety checklist and surgical events detected by the Global Trigger Tool. *Rev Calidad Asistencial* 2016; 31(1):20-23.
8. Turner PL, Saager L, Dalton J et al. A normogram for predicting surgical complications in bariatric surgery patients. *Obes Surg* 2011;21(5):655-662.
9. Ruiz de Adana JC, Hernández Matías A, Pindado Martínez ML et al. Valoración multidisciplinar, optimización de comorbilidades y pérdida de peso preoperatoria. En: Ruiz de Adana JC, Sánchez R, editores. Cirugía de la obesidad mórbida. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. 2ª Ed. Madrid: Ediciones ARÁN S.L.; 2012. p:79-90.
10. Guía de tratamiento antibiótico del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Disponible en: proa.hcu@salud.aragon.es.
11. Rodríguez-Baño J, Paño-Pardo J, Álvarez-Rocha L, Asensio A, Calbo E, Cercenado E et al. Programas de optimización de uso de antimicrobianos (PROA) en hospitales españoles: documento de consenso GEIH-SEIM, SEFH y SEMPSPH. *Enf Infecc Microbiol Clin* 2012; 30(1):22.e1-22.e23.
12. Ramírez-Acosta JA, Torrico-Lara GG; Encinas-Pórcel CM. Índices predictores de vía aérea en pacientes obesos. *Revista mexicana de Anestesiología* 2013; 3(36):193-201.