

Fase V del programa de formación SECO para la obtención del diploma de competencia nivel completo. Resultados en una unidad específica de cirugía bariátrica.

José Fernando, Mónica Valero, Jorge García, Beatriz Cros, Carlos Yáñez, Juan Luis Blas.

Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

E-mail: jftrebolle@gmail.com

Recepción (primera versión): 30-Noviembre-2019

Aceptación: 3-Diciembre-2019

Publicación online: N° Abril 2020

Resumen:

La Fase V del Programa de Formación en cirugía bariátrica SECO exige acreditar un número de procedimientos realizados de forma tutorizada por dos cirujanos expertos. Con el objetivo de obtener el Diploma de Nivel Completo, se presentaron 54 intervenciones, 50 de cirugía primaria y 4 cirugías de revisión. Los procedimientos de cirugía primaria se realizaron, todos por vía laparoscópica, en 16 hombres y 34 mujeres, con una edad media de 48,34 años y un IMC medio de 45,34. Las técnicas fueron 30 gastrectomías verticales (60%) y 20 bypass gástricos en Y de Roux (40%). Las gastrectomías verticales presentaron un tiempo quirúrgico medio de 56 minutos y una estancia media de 2,96 días. Los bypass gástricos, un tiempo quirúrgico medio de 97,75 minutos, y una estancia media de 3,4 días. 45 pacientes cursaron el postoperatorio de forma favorable. Las cirugías de revisión fueron 2 gastrectomías verticales sobre remanente gástrico y dos conversiones de gastrectomía vertical a bypass gástrico. La estancia media fue de 3 días, sin evidenciarse complicaciones. En conclusión, la realización de la fase V en una unidad de cirugía bariátrica permite evolucionar en la curva de aprendizaje de las distintas técnicas, consiguiendo de esta manera estandarizar los procedimientos de gastrectomía vertical y de bypass gástrico.

Palabras clave:

- Obesidad mórbida
- Cirugía bariátrica
- Programa de formación SECO
- Acreditación

Dry Training phase V to achieve the full-level competition diploma. Results in a specific bariatric surgery unit.

Summary:

Phase V of the SECO Bariatric Surgery Training Program requires accrediting a number of procedures performed in a tutored manner by two expert surgeons. In order to obtain the Full Level Diploma, 54 interventions were presented, 50 for primary surgery and 4 revision surgeries. The primary surgical procedures were performed, all laparoscopically, on 16 men and 34 women, with a mean age of 48.34 years and an average BMI of 45.34. The techniques were 30 vertical gastrectomies (60%) and 20 Roux-en-Y gastrojejunal bypass (40%). Vertical gastrectomies presented an average surgical time of 56 minutes and an average stay of 2.96 days. Gastric bypasses, an average surgical time of 97.75 minutes, and an average stay of 3.4 days. 45 patients completed the postoperative period favorably. The revision surgeries were 2 vertical gastrectomies on gastric remnant and two conversions from vertical gastrectomy to gastric bypass. The average stay was 3 days, with no complications. In conclusion, carrying out phase V in a bariatric surgery unit allows the learning curve of the different techniques to evolve, thus achieving standardization of vertical gastrectomy and gastric bypass procedures.

Keywords:

- Morbid obesity
- Bariatric surgery
- SECO training program
- Accreditation

Introducción

El desarrollo que ha experimentado la cirugía bariátrica y metabólica en los últimos años, y la complejidad no sólo de las técnicas quirúrgicas, sino del manejo multidisciplinar que requieren los pacientes, exige tener un alto grado de formación y capacitación para poder desarrollar este tipo de cirugía con solvencia y seguridad (1,2).

La SECO (Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad), presenta un programa de formación en cirugía bariátrica con tres niveles de acreditación (Básico, Completo y Experto). Dicho programa está distribuido en 5 fases, cada una con una serie de objetivos específicos, que se deben cumplimentar para poder obtener la acreditación necesaria para así participar en programas de cirugía bariátrica. La fase V o actividad quirúrgica tutelada exige la

realización de un número de procedimientos de forma tutorizada por dos cirujanos con experiencia en cirugía bariátrica y con acreditación Nivel Experto que certifique el correcto cumplimiento de los diferentes requisitos exigidos (1, 3).

Desde su nueva formación en el año 2000, en el Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo del Hospital Royo Villanova de Zaragoza se han operado un total de 1095 pacientes de cirugía bariátrica. Actualmente se realizan una media de 95 procedimientos al año, incluyendo técnicas restrictivas, técnicas mixtas y cirugía de revisión, además de atender las urgencias que puedan surgir en pacientes bariátricos. En el último año se ha formado un grupo de trabajo multidisciplinar de cirugía bariátrica en el que trabajan dos cirujanos y dos endocrinólogos, apoyados por un rehabilitador y dos fisioterapeutas, un psiquiatra y todo el Servicio de Anestesiología del hospital. El objetivo del trabajo es presentar los resultados obtenidos durante la fase V del programa de formación SECO, realizada en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza en una unidad específica de cirugía bariátrica de nueva implantación para la solicitud del Diploma de Competencia en su Nivel Completo.

Material y métodos

Según las directrices de la SECO, se siguieron las bases de su programa de formación (3) para cumplimentar la fase V en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza, realizando la actividad quirúrgica tutelada y elaborando un protocolo asistencial para la atención integral del paciente obeso mórbido.

La recogida de los datos se hizo utilizando la historia clínica electrónica del Servicio Aragonés de Salud, obteniendo durante el tiempo de ingreso de cada paciente los diferentes parámetros que se han estudiado (sexo, edad, índice de masa corporal, clasificación ASA, comorbilidades, técnica quirúrgica, vía de abordaje, tiempo quirúrgico, curso postoperatorio y complicaciones aparecidas durante el ingreso).

Con todo esto se realizó un análisis descriptivo de los procedimientos quirúrgicos llevados a cabo durante la cumplimentación de la fase de actividad quirúrgica tutelada, y del postoperatorio inmediato de los mismos.

Resultados

Se realizaron 54 intervenciones quirúrgicas de cirugía bariátrica, 50 de ellas de cirugía primaria, y 4 cirugías de revisión. Se añaden 3 procedimientos de cirugía urgente por complicaciones en pacientes bariátricos, que únicamente se describirán, pero que no se incluyen en el cómputo global de intervenciones al tratarse de cirugías no estandarizadas que se resolvieron en función de los hallazgos intraoperatorios.

Todos los pacientes fueron remitidos desde el Servicio de Endocrinología, siguiendo un protocolo de optimización preoperatoria con preparación nutricional y preparación física y respiratoria en coordinación con el Servicio de Rehabilitación.

Los 50 procedimientos de cirugía primaria se realizaron en 16 hombres y 34 mujeres, con una edad media de 48,34 [22-63] años, todos ellos por diagnóstico de obesidad mórbida con un IMC medio de 45,34 [37-63]. La

clasificación ASA de los pacientes fue ASA 1 en 4 pacientes, ASA 2 en 28 pacientes y ASA 3 en 18 pacientes. 39 pacientes presentaron algún tipo de comorbilidad asociada entre las que destacan: hipertensión arterial (27 pacientes), alteración glucémica englobando prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 (20 pacientes), dislipemia (16 pacientes), SAOS (10 pacientes), cardiopatía de algún tipo (5 pacientes) y EPOC (4 pacientes).

El 100% de los procedimientos se llevaron a cabo por vía laparoscópica, no siendo necesaria ninguna conversión. Se realizaron 30 gastrectomías verticales (60%) y 20 bypass gástricos (40%). La estancia media fue de 3,14 [2-7] días (2,96 [2-7] días en las gastrectomías verticales y 3,4 [2-7] días en los bypass gástricos). El tiempo quirúrgico fue de 56 [35-130] minutos de media en las gastrectomías verticales y de 97,75 [75-140] minutos de media en los bypass gástricos.

45 pacientes (28 gastrectomías verticales y 17 bypass gástricos) cursaron el postoperatorio de forma favorable. 5 pacientes presentaron alguna complicación en el postoperatorio inmediato: 2 cuadros de rectorragia autolimitada (2 bypass gástricos), 2 sangrados autolimitados por el drenaje aspirativo intraabdominal (gastrectomía vertical y bypass gástrico), y un cuadro de vómitos (gastrectomía vertical).

Los procedimientos de cirugía de revisión fueron, todos ellos por vía laparoscópica sin necesidad de realizar ninguna conversión, una reanastomosis gastroyeyunal de un by-pass biliopancreático por estenosis, 2 gastrectomías verticales sobre remanente gástrico por fracaso de la cirugía realizada previamente (bypass biliopancreático y gastroplastia) y dos conversiones de gastrectomía vertical a by-pass gástrico por reflujo gastroesofágico. La estancia media de dichos procedimientos fue de 3 días, sin evidenciarse ninguna complicación en el postoperatorio.

Los tres procedimientos de cirugía urgente fueron una resección intestinal masiva con reversión completa por vía abierta de un bypass biliopancreático por un vólvulo necrosado, un abordaje laparoscópico de una fuga de gastrectomía vertical realizando un lavado y drenaje de la cavidad abdominal, y una reconversión laparoscópica de un bypass gastroileal perforado a un bypass biliopancreático en Y de Roux tras rehacer la gastroyeyunostomía.

Discusión

Nuestro trabajo presenta la actividad quirúrgica tutelada desarrollada en una unidad específica de cirugía bariátrica para obtener el segundo nivel de acreditación de la SECO.

El tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida es considerado hoy día la opción más efectiva. La cirugía tiene como objetivo prevenir la morbimortalidad asociada a la obesidad y al síndrome metabólico, reducir las comorbilidades y mejorar la calidad de vida (1). Para lograr estos objetivos, se recomienda que el enfoque del paciente sea integral, abordando por parte del cirujano aspectos clínicos, aspectos de la técnica quirúrgica y manejo postoperatorio (1,3,4).

El desarrollo de unidades específicas en centros acreditados garantiza que la formación se lleve a cabo siguiendo los estándares de calidad necesarios, y facilita que la curva de aprendizaje del cirujano bariátrico novel

sea progresiva y apoyada en la experiencia de expertos (5,6,7).

La IFSO (International Federation for the Surgery of Obesity) recomienda haber adquirido experiencia como primer cirujano en procedimientos de cirugía laparoscópica avanzada de todo tipo, antes de iniciarse en las técnicas de cirugía bariátrica (8).

La SECO propone una formación certificada, para lo que ha desarrollado un programa en 5 fases que engloban conocimientos teóricos, cirugía experimental, asistencia a cirugía en directo, estancias formativas en centros de referencia, y por último una actividad tutelada por cirujanos expertos en cirugía bariátrica para obtener una acreditación (1,2).

La actividad tutelada que se presenta se realizó después de haber cumplimentado las 4 primeras fases del programa de formación SECO, y habiendo obtenido el Nivel Básico de acreditación. Además, esta actividad tutelada en quirófano se complementó elaborando un protocolo asistencial al paciente obeso mórbido en colaboración con el grupo de trabajo multidisciplinar, siguiendo así los estándares que marca la SECO en cuanto a aspectos de preparación y optimización preoperatoria (1).

La curva de aprendizaje del bypass gástrico laparoscópico es compleja (9), pero en los trabajos de Kim et al. y de Agrawal se cita que puede ser atenuada con la supervisión de cirujanos expertos, y de este modo se minimizan las complicaciones al inicio de la práctica (10,11). El programa de la SECO exige realizar un mínimo de 50 intervenciones como primer cirujano tutorizados por un cirujano acreditado con el Nivel Experto, de las que al menos un 20% tienen que ser técnicas mixtas (3). Los resultados que presentamos cumplen con este requisito (40% de bypass gástrico laparoscópico), no evidenciándose en la revisión descriptiva realizada complicaciones postoperatorias importantes.

Es necesario completar el trabajo presentado con los resultados a largo plazo en cuanto a pérdida ponderal, resolución de comorbilidades y mejora en la calidad de vida, para corroborar si se han cumplimentado los indicadores de calidad propuestos como se refleja en los trabajos de Sabench et al. y de Chaar et al. (4,12), para lo que se necesita un mayor tiempo de seguimiento.

Conclusiones

Realizar la actividad quirúrgica tutelada (Fase V) para obtener el Nivel Completo de acreditación SECO dentro de una unidad específica de cirugía bariátrica permite cumplir los objetivos de capacitación en cuanto a manejo pre y postoperatorio del paciente coordinado con el resto del equipo multidisciplinar, así como evolucionar de forma

progresiva en la curva de aprendizaje de realización de las distintas técnicas quirúrgicas.

Bibliografía

- Díez I, Martínez C, Sánchez-Santos R, et al. Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica y metabólica (Declaración de Vitoria-Gasteiz, 2015). *Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana* (2015) 5.3.3:842-845.
- Gebhart A, Young M, Phelan M, Nguyen NT. Impact of accreditation in bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2014;10(5):767-73.
- Recarte M, Corripio R, De Cos AI, Vesperinas G, Díaz J. Resultados a corto plazo en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en los primeros meses de la actividad quirúrgica tutelada. *Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana* (2018) 8.2.4:2355-2362.
- Sabench F, Domínguez-Adame E, Ibarzábal A, et al. Criterios de calidad en cirugía bariátrica: revisión de conjunto y recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos y de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad. *Cir Esp*. 2017;95(1):4-16.
- Baidwan NK, Bachiashvili V, Mehta T. A meta-analysis of bariatric surgery-related outcomes in accredited versus unaccredited hospitals in the United States. *Clin Obes*. 2019; 11:e12348.
- Morton JM, Garg T, Nguyen N. Does hospital accreditation impact bariatric surgery safety? *Ann Surg*. 2014;260(3):504-8.
- Ibrahim AM, Ghaferi AA, Thumma JR, Dimick JB. Variation in outcomes at bariatric surgery centers of excellence. *JAMA Surg*. 2017 1;152(7):629-636.
- De Luca M, Himpens J, Weiner R, Angrisani L. IFSO statement: Credentials for bariatric surgeons 2015. *Obes Surg*. 2015;25(3):394-6.
- 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.
- Kim PS, Telem DA, Altieri MS, et al. Bariatric outcomes are significantly improved in hospitals with fellowship council-accredited bariatric fellowships. *J Gastrointest Surg*. 2015;19(4):594-7.
- Agrawal S. Impact of bariatric fellowship training on perioperative outcomes for laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass in the first year as consultant surgeon. *Obes Surg*. 2011;21(12):1817-21.
- Chaar ME, Lundberg P, Stoltzfus J. Thirty-day outcomes of sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass: first report based on Metabolic and Bariatric Surgery Accreditation and Quality Improvement Program database. *Surg Obes Relat Dis*. 2018;14(5):545-551.