



www.elsevier.es/cirugia

O-262 - CIRUGÍA BARIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE NIVEL II: ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA EN EL ENTORNO DEL DEBATE SOBRE LA CENTRALIZACIÓN DE PROCESOS

A.L. Picardo; J.M. Gil, F. del Castillo, D. Sánchez, S. Azriel, C. Alameda, J.A. Balsa y J. Torres

Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

Resumen

Objetivos: La cirugía bariátrica ha sido propuesta de forma repetida como paradigma de los procesos susceptibles de centralización en hospitales de primer nivel. El objetivo del trabajo es analizar los resultados de los 3 primeros años de funcionamiento de la Unidad de cirugía bariátrica en un hospital de nivel II (Grupo 2).

Métodos: Entre enero de 2011 y diciembre de 2013 han sido intervenidos en nuestro hospital de nivel II 151 pacientes. La edad media fue de 47 años (19-67). El 74% fueron mujeres. El IMC medio fue de 45 kg/m^2 (36,5-60). El 14,6% de los pacientes presentaban un IMC superior a 50. El exceso de peso medio fue de 50 kg (26,21-79,4). El 84% de los pacientes presentaba alguna co-morbilidad: SAHS 50%, HTA 48%, Dislipemia 36% y DMt2 31%. El 32% de pacientes había sido intervenido del abdomen previamente, 4 por obesidad mórbida. Se analizan los resultados iniciales de la serie, en cuanto a morbi-mortalidad, disminución de peso y resolución de co-morbilidades.

Resultados: Se realizó by-pass gástrico en 115 pacientes (77%), gastrectomía vertical en 35 (23%) y derivación bilio-pancreática en 1. El 98% se realizaron por abordaje laparoscópico. En 1 caso hubo que reconvertir a vía abierta. Los dos casos abordados por vía abierta de entrada y la paciente reconvertida habían sido previamente intervenidos (GVA en dos casos, y BGA y GVA en el otro). La estancia media fue de 5,6 días (2-52). En los pacientes que no presentaron complicaciones, la EM fue 4,9 días (2-10). 18 pacientes presentaron complicaciones (12%). Las más frecuentes fueron: HDA (5 pacientes (3,3%), dehiscencia/fuga de la sutura (4 pacientes, 2,6%) y obstrucción intestinal (3 pacientes, 2%). 7 pacientes (4,6%) fueron reintervenidos de urgencia en el postoperatorio; las causas fueron: dehiscencia/fuga (3), obstrucción intestinal (2), absceso intra-abdominal (1) y hemorragia de la línea de sutura (1). La mortalidad de la serie fue 0. El seguimiento medio de los pacientes ha sido de 17,3 meses. La evolución de la pérdida de peso ha sido: 6 meses: 63,5%; 12 meses: 74,5%; 24 meses: 77,2%; 30 meses: 71,5%; 36 meses: 79,6%. Con respecto a las co-morbilidades, el porcentaje de cura-mejora importante fue: SAHS 60%, HTA 51%, dislipemia 44%, DMt2 62%. Las complicaciones a largo plazo han sido hasta el momento: dumping en 4 casos, vómitos en 3 (con EGD sin estenosis), déficit de vitamina D en 1. 1 paciente requirió cirugía por obstrucción intestinal a los 2 meses del BPG.

Conclusiones: La cirugía bariátrica puede incluirse en la cartera de servicios de un hospital de nivel II como el nuestro, de acuerdo a los resultados de eficacia y eficiencia. La alta demanda de este tratamiento en el entorno, así lo avala, con más de cincuenta casos-año.