



## O-152 - CARGA ECONÓMICA DE LA FUGA TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA EN ESPAÑA

Balibrea, José María<sup>1</sup>; Osorio, Javier<sup>2</sup>; Resa, Joaquín<sup>3</sup>; Álvarez, María<sup>4</sup>; Robles-Plaza, Mireya<sup>5</sup>; Monje, Julen<sup>4</sup>; Casado, Miguel Ángel<sup>5</sup>; Salinas-Ortega, Laura<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; <sup>2</sup>Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona; <sup>3</sup>Clínica Médico Quirúrgica Montpellier, Zaragoza; <sup>4</sup>Health Economics & Outcomes Medtronic Ibérica, Madrid; <sup>5</sup>Pharmacoconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB), Madrid.

### Resumen

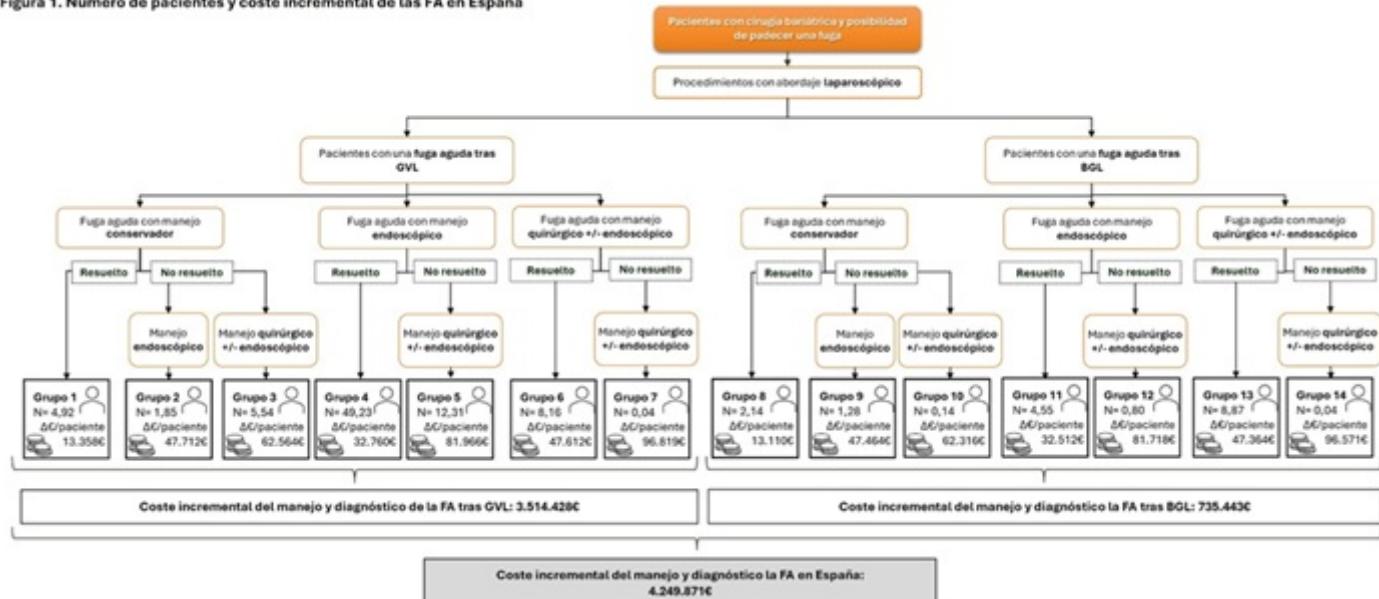
**Introducción:** A pesar de su baja incidencia, las fugas producen una elevada morbilidad y representan la segunda causa de muerte tras cirugía bariátrica (CB).

**Objetivos:** Determinar el impacto económico incremental del diagnóstico y manejo de las fugas agudas (FA) frente a pacientes sin FA tras CB en España.

**Métodos:** Se desarrolló un modelo analítico para estimar la carga de las FA (aquellas que aparecen dentro de las 6 primeras semanas) tras gastrectomía vertical (GV) y bypass gástrico (BG). A través de una revisión exhaustiva de la literatura, se estableció un flujo epidemiológico para estimar el número de CB (N = 11.226) laparoscópicas (L) (96,4% del total) realizadas anualmente en España y el número de pacientes susceptibles de padecer una FA tras GVL (1,29%) y BGL (0,61%). Los pacientes fueron clasificados en 14 grupos en función del tipo de CB realizada, el manejo inicial de la FA (conservador, endoscópico y quirúrgico con/sin manejo endoscópico) y la necesidad de un segundo abordaje para su resolución, según experiencia clínica (fig.). Desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud (SNS) se consideraron los costes directos sanitarios, en un horizonte temporal de un año. El consumo de recursos desagregado (consumo farmacológico, consultas externas a especialistas, hospitalizaciones, nutrición, procedimientos e intervenciones, pruebas de imagen y laboratorio y visitas a urgencias), se recogió en base a la práctica clínica. Los costes unitarios (€, 2025) se extrajeron de una base de costes sanitarios española. Todos los parámetros fueron validados por un panel nacional de expertos.

**Resultados:** Se estimó un total de 100 pacientes anuales con FA (GVL: 82 y BGL: 18). En 78 pacientes (GVL: 62 y BGL: 16) la FA fue resuelta mediante el primer abordaje, mientras que 22 pacientes (GVL: 20 y BGL: 2) requirieron de un segundo manejo (fig.). El coste incremental por paciente con FA tras GVL varió entre los 13.358 € (Grupo 1) y 96.819 € (Grupo 7), siendo el coste promedio ponderado de 42.835 €. Para pacientes con BGL, el coste osciló entre los 13.110 € (Grupo 8) y 96.571 € (Grupo 14), con un coste promedio ponderado de 41.262 €. Las hospitalizaciones y los procedimientos e intervenciones fueron los parámetros que generaron un mayor impacto en el coste de la FA. Considerando la cohorte total de pacientes, el coste incremental total asociado al manejo de la FA se estimó en 4.249.871 €, de los cuales 3.514.428 € correspondieron a pacientes intervenidos con GVL y 735.443 € a pacientes con BGL.

Figura 1. Número de pacientes y coste incremental de las FA en España



**Conclusiones:** Las FA tras CB generan un elevado coste que se incrementa a medida que aumenta la complejidad de la FA como consecuencia, principalmente, de la estancia hospitalaria. Esto refleja la importancia de implementar medidas orientadas a reducir su incidencia y, así, prevenir o mitigar su potencial carga económica para el SNS español.