



FACULTAD DE  
CIENCIAS ECONÓMICAS  
Y DE ADMINISTRACIÓN



CENTRO DE  
POSGRADOS

Facultad de Ciencias Económicas  
y de Administración



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRACIÓN  
TRABAJO FINAL PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN  
GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**PROGRAMA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA AMBULATORIA EN EL  
HOSPITAL MACIEL.**

por

**Lic. Adriana Cardozo  
Dra. María Cecilia Laguzzi  
Dra. Silvana Lapi**

**Tutor: Prof. Dra. Ana Sollazzo, Especialista en Administración de  
Servicios de Salud, Diploma en Salud Pública, Coordinadora Posgrado de  
Gestión de Servicios de Salud**

**Montevideo  
URUGUAY  
2022**

## **Índice**

<b>Resumen</b>	2
<b>Introducción</b>	2
<b>Contexto: Hospital Maciel</b>	3
<b>Marco teórico</b>	5
Gestión por Procesos	5
Gestión de Calidad	5
Mejora Continua	7
Cirugía Ambulatoria	7
Cirugía Bariátrica	9
<b>Objetivos</b>	10
<b>Metodología</b>	10
<b>Resultados</b>	11
Diagnóstico de Situación del Servicio de Cirugía Bariátrica	11
Proceso de Cirugía Bariátrica Actual	12
Proceso de Cirugía Bariátrica Ambulatoria	16
<b>Discusión</b>	22
<b>Conclusiones</b>	23
<b>Bibliografía</b>	24
<b>Anexos</b>	26
Indicadores	26

## **Resumen**

La obesidad es la enfermedad metabólica más frecuente del siglo XXI y cada año mueren unos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia de esta.

La mayoría de los tratamientos no quirúrgicos tienen un porcentaje de fracaso que supera el 90% a los 5 años. En las últimas décadas, surgió un tratamiento quirúrgico para el tratamiento de esta patología, denominado cirugía bariátrica, que ha demostrado ser segura, y con probados buenos resultados tanto a mediano como a largo plazo.

El Hospital Maciel cuenta actualmente con un servicio multidisciplinario de Cirugía Bariátrica para realizar este tratamiento.

El presente trabajo propone la incorporación de la modalidad de cirugía bariátrica ambulatoria al programa existente, como parte de un proceso de mejora continua en la unidad de cirugía bariátrica del Hospital Maciel, buscando mejorar la calidad de atención de los usuarios.

**Palabras claves:** gestión por procesos; administración y organización; calidad; cirugía ambulatoria, cirugía bariátrica.

## **Introducción**

La obesidad es una enfermedad crónica no transmisible definida por la Organización Mundial de la Salud como una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud. Esta acumulación crónica patológica es consecuencia de factores genéticos y ambientales que lleva a trastornos físicos, psicológicos, sociales y predispone a los principales factores de riesgo cardiovasculares. La obesidad es la enfermedad metabólica más frecuente del siglo XXI y cada año mueren unos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. (1)

El tratamiento de la obesidad debe ser llevado a cabo por equipos multidisciplinarios destinados a la mejoría de cambios de hábitos alimentarios y de estilo de vida. Sin embargo, la mayoría de los tratamientos no quirúrgicos tienen un porcentaje de fracaso que supera el 90% a los 5 años. Por este motivo en las últimas décadas y con el progreso de la tecnología y la cirugía laparoscópica, es que los tratamientos quirúrgicos han tenido un gran desarrollo, habiéndose convertido en una herramienta terapéutica fundamental, probada y universalmente aceptada.(2)

La cirugía, llamada bariátrica, porque genera descenso de peso, y metabólica, porque induce cambios hormonales y metabólicos beneficiosos, ha demostrado

ser segura, con baja tasa de complicaciones y con probados buenos resultados tanto a mediano como a largo plazo.(2)

El Hospital Maciel perteneciente a la Administración de Servicios de Salud del Estado cuenta con el Servicio Cirugía Bariátrica, encargándose del mismo las Clínicas Quirúrgicas 2 y 3 de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, siendo un servicio de referencia nacional.

Actualmente, al ser esta patología tan frecuente, la unidad asiste a un gran número de pacientes en forma anual, y recibe nuevas consultas en forma frecuente, con una gran demanda por procedimientos bariátricos. <sup>1</sup>

Este trabajo está dirigido a desarrollar un plan de mejora en la unidad de cirugía bariátrica del Hospital Maciel a través de un programa de cirugía ambulatoria bariátrica con el fin de aumentar la accesibilidad de los usuarios reduciendo el tiempo de espera para la realización de la misma.

Para llevar a cabo este proyecto se realiza un diagnóstico situacional de la Unidad de Cirugía Bariátrica del Hospital Maciel. La información es de fuentes preexistentes en el Centro Asistencial. Se realiza un análisis del proceso actual, se detectan las posibilidades de mejora, se rediseña el proceso y se establecen indicadores para el seguimiento del nuevo proceso.

Concomitantemente se realiza una revisión bibliográfica internacional sobre Gestión por Procesos, Mejora continua, Cirugías Ambulatorias y Cirugía Bariátrica Ambulatoria, estableciendo un marco teórico que nos permita plantear posibles mejoras con procesos que ya han demostrado ser efectivos en forma previa en servicios similares en otros medios.

### **Contexto: Hospital Maciel**

El Hospital Maciel es un hospital público, de tercer nivel de atención, de referencia nacional, ubicado en Montevideo, Uruguay, pertenece a la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Fue fundado en 1788 con el nombre de 'Hospital de Caridad', y obtuvo la denominación actual de 'Hospital Maciel' en 1911, en homenaje a Francisco Maciel, uno de sus impulsores.

El área de influencia del Hospital Maciel, comprende la zona oeste de la capital y todos los departamentos al oeste de la ruta 5, así como los del litoral del país. Esto representa unas 350.000 personas. Este Centro, considerado de referencia en especialidades complejas, combina la medicina con la formación académica y ofrece servicios mediante un plantel de 3.500 funcionarios.

Se realizan alrededor de 6.000 cirugías al año.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Datos de la base de datos de cirugía bariátrica

<sup>2</sup> Datos solicitados a la Licenciada en Enfermería Jefa de Block Hospital Maciel

Año	2020	2021
Número de cirugías totales por año	6216	5987
Procedimientos de Alta Complejidad	2564	2581
Cirugías de coordinación	4203	3872
Cirugías de urgencia	1807	1855
Cirugías mayores	1357	1520
Cirugías de cirugía general	671	739
*FUENTE: S.I.Q Sistema de Información Quirúrgica		

El Hospital Maciel es centro de referencia en patología torácica, por el servicio que ofrece a pacientes con patologías pulmonares ya que incluye al Instituto Nacional de Tórax formado por las cátedras de Cirugía Torácica y la de Neumología. También es centro de referencia en neurocirugía, carcinomatosis peritoneal y trauma complejo.

En el Centro Hospitalario funciona uno de los tres institutos de medicina altamente especializada (IMAE) del país que se dedican al trasplante de médula ósea. Cuenta con un Servicio de cuidados paliativos que coordina con otros servicios desplegados en el territorio nacional.

También funciona un equipo de referencia nacional que realiza cirugía bariátrica, para atender casos complejos de obesidad.

### **Misión y visión**

Su **misión** es brindar una atención de salud médico-quirúrgica integral, equitativa, eficiente y con la calidad adecuada a las necesidades de atención de 2° y 3° nivel de complejidad, a los usuarios de salud pública mayores de 14 años de la región oeste de Montevideo y ser un hospital de referencia nacional para especialidades médico-quirúrgicas de mayor complejidad.

La **visión** es ser un hospital ejemplo de las buenas prácticas hospitalarias con una cultura de compromiso y de dignificación hacia la atención del usuario y del trabajador (3).

Inmersos en el Maciel, además del personal de ASSE, hay unidades dependientes de la Facultad de Medicina, que cumplen funciones de asistencia y docencia, recibiendo a estudiantes de Medicina de pregrado y posgrado. Los médicos que trabajan en las clínicas de facultad, están presupuestados por la

UdelaR, pero están insertos en el hospital Maciel, y el personal docente y en formación, desempeña ahí sus tareas, trabajando con la población de ASSE que se asiste en el hospital. Las clínicas dependientes de la Facultad de Medicina cubren necesidades asistenciales, con docentes y residentes en policlínica, salas de internación, emergencia, CTI y hospital de día, y tienen un rol docente/formativo, recibiendo rotaciones de estudiantes del último año de medicina conocidos como practicantes internos. Forman residentes en Cirugía General, Medicina Interna, Hematología, Cuidados Intensivos, entre otros. Estos servicios se interrelacionan con aquellos dependientes de ASSE en forma coordinada, de manera de cubrir las necesidades asistenciales del Hospital. El hecho de ser un centro de enseñanza y contar con personal actualizado y en formación continua, aporta un plus a la calidad asistencial del centro.

Además, el centro recibe estudiantes de la UdelaR de Enfermería y Nutrición, entre otros.

## **Marco Teórico**

### Gestión por Procesos

Un proceso es el conjunto de actividades que se realizan para conseguir resultados para satisfacer las necesidades o demandas del cliente y facilitar el trabajo de técnicos y profesionales.

Un proceso asistencial debe de tener una misión definida, fronteras delimitadas con entradas y salidas concretas, secuencia de etapas claramente integrables y debe poder medirse. Dichos procesos deben de estar alineados con la misión de la organización, siendo los impulsores del cambio y los protagonistas de los mismos para la mejora continua y la integración de innovaciones, la gestión de los recursos, la organización de las actividades que componen el proceso, procedimientos adecuados y la mejor entrega de servicios. El proceso se construye con el trabajo en equipo, con profesionales de diferentes disciplinas, logrando un proceso de atención integrado.

En la gestión por procesos se describen los pasos a seguir como ser las actividades a realizar, la toma de decisiones, los responsables de cada actividad, el lugar y el tiempo, se identifican los clientes y proveedores y se fijan los indicadores para medir la efectividad y la eficacia. Identificarlos, analizarlos y mejorarlos debe de formar parte de las actividades habituales de todas las personas de la organización.

Según Josep Davins Miralles “La gestión por procesos constituye un elemento estratégico de la excelencia, genera sistematización, disminuye la variabilidad de la asistencia y profundiza en el conocimiento del proceso mediante una metodología que permite su mejora continua”.

Los procesos se clasifican en: procesos estratégicos, necesarios para el mantenimiento y el progreso de la organización; procesos operativos con relación directa con los clientes teniendo impacto sobre su satisfacción y procesos de soporte apoyando los procesos operativos para que se cumplan (4).

### Gestión de Calidad

Los Servicios de Salud tienen la misión de proveer cuidados para la salud de la población con una asistencia de calidad. La misma se define como un conjunto de características de los servicios brindados que, cuando es alta, reconocemos que tiene características mejores que otros productos o servicios similares. El Institute of Medicine Americano propuso en 1974, una definición de calidad basada en el resultado de la atención, y establece que “la atención sanitaria de calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han decidido destinar”<sup>3</sup>.

De esto se desprende que para lograr un servicio de alta calidad, debe existir un equilibrio óptimo entre la calidad técnica y la calidad de servicio. La utilización de modelos nacidos en el mundo empresarial trae de la mano la Gestión Global de Calidad, y con ella se crea un tercer componente de calidad, la Calidad de las Personas.

Calidad Técnica hace referencia a las actividades o intervenciones y mejora de la salud de la población, determinada por la competencia profesional y el funcionamiento de los procesos de la organización. La calidad de las personas se refiere a las personas de la organización como el principal activo y el único elemento capaz de generar una ventaja sostenible en el tiempo.

La calidad del servicio tiene que ver con la percepción que tiene el paciente del servicio recibido. Se puede actuar de manera adecuada desde el punto de vista técnico, pero de una manera incorrecta. El trato inadecuado, los retrasos, las listas de espera, el desinterés, las prisas, la falta de accesibilidad, son algunos ejemplos de esta situación. Los servicios sanitarios pueden considerarse como empresas orientadas al servicio, y por lo tanto cobra una especial importancia la dimensión de calidad con enfoque al cliente. Conocer las necesidades y expectativas de los clientes, diseñar y prestar los servicios de acuerdo con ellas, y tenerles correctamente informados, son claves para brindar un servicio de calidad.

Para que exista ese equilibrio la organización debe de ir mejorando su manera de trabajar, perfeccionando los procesos asistenciales y utilizando la herramienta de la gestión por procesos que encamina a conseguir los objetivos de calidad total, procurando asegurar de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios, y en el proceso asistencial en sí mismo. En este sentido, supone el cambio de la organización basado en implicar a las personas para mejorar los resultados de la misma.

Al ponerse en marcha un proceso asistencial se deben de realizar sistemáticamente controles y una mejora continua que permita medir su calidad y permita conocer si:

- La variabilidad, se mantiene dentro de márgenes aceptables.
- La efectividad del proceso es la deseada, los indicadores de resultados o de valoración integral del proceso son satisfactorios.
- Los usuarios están satisfechos.
- Se mantienen los niveles de eficiencia previstos y los indicadores demuestran una mejor utilización de los recursos.

---

<sup>3</sup> Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales : calidad por sistema. — [Sevilla] : Consejería de Salud, [2001]

- Los profesionales y las personas que intervienen en el desarrollo del proceso consideran que su trabajo ha mejorado (5).

### Mejora Continua

Los procesos asistenciales son susceptibles de mejora, de este modo, un concepto clave de la Mejora Continua es que la calidad de la atención sanitaria siempre se puede mejorar.

La mejora continuada de la calidad se basa en la realización de proyectos de mejora, seleccionar el problema identificando oportunidades de mejora, centrarse en el proceso afectado, analizar las causas, plantear las soluciones e intervenciones a realizar y evaluar las mismas.

Implementar un plan de mejora continua de la calidad requiere de la definición de la misión, visión, líneas de estrategias, actividades a realizar, organización en el equipo, metodología y herramientas que se utilizarán, con una metodología estructurada, sistemática que permiten un autodiagnóstico de la organización, permitiendo elaborar una estrategia y un plan de mejora de la calidad para obtener un rendimiento mayor del proceso, aumentar la calidad de un servicio o disminuir el costo de las actividades que ya se desarrollan de forma habitual (5).

Algunos de los factores que impactan favorablemente en la satisfacción del cliente, son la accesibilidad al servicio brindado y que los tiempos de espera sean cortos, sin afectar la calidad del servicio ni la seguridad del paciente. Un modelo existente que mejora estos indicadores es la cirugía ambulatoria.

### Cirugía Ambulatoria

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es un modelo de atención médica, específico para pacientes quirúrgicos, que en los últimos años ha alcanzado un importante desarrollo en gran parte del mundo desarrollado, donde cerca del 80% de toda la cirugía electiva se realiza de esta manera (6).

La CMA se define como aquella constituida por procedimientos o intervenciones de variada complejidad que, con independencia del tipo de anestesia utilizada, tras un tiempo variable de control y observación, el paciente retorna a su domicilio el mismo día de la intervención sin necesidad de hospitalización (7).

Los avances en cirugía mínimamente invasiva y técnicas anestésicas de rápida recuperación, han permitido que la ambulatorización o cirugía de día, sea considerada la alternativa de elección para muchos tipos de procedimientos.

Las ventajas que ofrece esta propuesta asistencial son (7):

- Acortar el tiempo en lista de espera quirúrgica, aumentando el número de intervenciones oportunas, evitando así complicaciones derivadas de

los retrasos de la cirugía. Presenta por lo antedicho un importante impacto sobre las listas de espera quirúrgicas y ofrece a los pacientes un tratamiento efectivo que es además recibido en tiempo y forma.

- Aumento de la disponibilidad de camas hospitalarias para hacer frente a otros tipos de demandas sanitarias.
- Disminución del riesgo de adquirir alguna infección nosocomial.
- Disminución de la ansiedad del paciente.
- Rápida reincorporación al medio familiar, laboral y social.
- Mayor satisfacción de los pacientes.
- Contribuye a una mayor motivación profesional y satisfacción por el resultado final del producto sanitario que se ofrece.
- Se reduce sustancialmente el gasto sanitario por el menor coste de la intervención ambulatoria respecto a sus equivalentes convencionales.

Constituye una estrategia costo-efectiva comparada con la cirugía tradicional, al resolver el procedimiento quirúrgico sin comprometer la calidad de la atención ni la seguridad del paciente. Para desarrollar con éxito este tipo de intervención, se requiere contar con un Programa de Atención específico, que incluya normas de selección de pacientes y procedimientos, además de indicaciones para el alta y control domiciliario, de manera de mantener el mismo estándar de cuidado que la cirugía con hospitalización (6).

El primer reporte de cirugía ambulatoria en la era moderna apareció en 1909 en Glasgow, Escocia, en el Royal Glasgow Hospital for Children, el Cirujano Pediátrico Escocés James Nicoll publicó a principios del siglo XX su casuística de una serie de 10 años de 8.988 casos pediátricos en el que se reporta que la cirugía ambulatoria es satisfactoria para varios procedimientos quirúrgicos (8).

En 1946, se le dio un verdadero impulso a este proceder cuando Earle Shouldice, de Canadá, comenzó la aplicación de anestesia local, estimulando además a sus pacientes a la deambulación precoz y de esta forma rompe con algunos esquemas tradicionales sin que se afectara la calidad de la técnica quirúrgica. Estas experiencias fueron tomadas en Canadá y llevadas a la práctica una vez finalizada la Segunda Guerra Mundial.

En 1955, Eric Farquharson, cirujano del Royal Infirmary de Edimburgo (Escocia), publicó en la revista Lancet una serie de 485 pacientes adultos intervenidos por presentar hernia inguinal, con traslado a su domicilio inmediatamente después de la cirugía.

El centro quirúrgico de Phoenix, Arizona fundado en 1970 fue la primera unidad autónoma de cirugía ambulatoria que entró en operación iniciándose con ello, la gran explosión que en los últimos 30 años ha tenido esta modalidad de atención quirúrgica.

En 1976 el Doctor Vélez Gil del servicio de cirugía del hospital de la Universidad del Valle de Cauca, Colombia, fue el primero en establecer un sistema de cirugía ambulatoria en Latinoamérica, al que llamó simplificada. En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social, emitió en 1976 un folleto en

donde se establecía la normativa de cirugía ambulatoria y los procedimientos que deberían realizarse en este programa, sin embargo no se implantó como sistema.

En los Estados Unidos de América, se efectúan cada año aproximadamente 20 millones de intervenciones quirúrgicas; de ellas, aproximadamente 60%, se llevan a cabo sin hospitalizar al paciente; este dato y el hecho de que de 1970 a 1985 se hayan puesto en operación casi 500 centros de cirugía ambulatoria, demuestran la tendencia que existe de considerar a esta modalidad de atención como una solución para los elevados costos que en la actualidad representa el ingreso hospitalario de los pacientes (9).

En la actualidad la mayoría de los autores están de acuerdo en clasificar a la cirugía ambulatoria en tres grupos:

Cirugía mayor ambulatoria: Procedimientos quirúrgicos realizados bajo cualquier tipo de anestesia, que requieren de un periodo de recuperación u observación postoperatoria.

Cirugía menor ambulatoria: Procedimientos quirúrgicos realizados generalmente con anestesia local, que no requieren vigilancia postoperatoria.

Cirugía de corta estancia: Procedimientos que por su naturaleza requieren de 24 hrs. de vigilancia postoperatoria.

La experiencia en diversos países indica que la CMA es muy bien aceptada tanto por los clínicos como por la comunidad una vez que todos comprenden sus beneficios y también sus limitaciones (6) . Una adecuada estrategia de implementación debe incluir una aproximación gradual, con el equipo de salud, pero también el diseño de un programa que tome en cuenta entrenamiento y capacitación del personal, que son claves para efectivamente implementar este tipo de cambios. Inicialmente incorporar pacientes y procedimientos en los que todos estén confortables respecto a su ambulatorización, para luego ir incorporando tanto pacientes como cirugías más complejas.

Con el advenimiento de la pandemia COVID 19, que trajo de la mano la necesidad de camas libres en los nosocomios, determinó que ciertas instituciones a nivel mundial, como el Hospital Nacional Posadas en Argentina, implementaron la CMA para la cirugía bariátrica a modo de poder continuar con dichas cirugías. Frente a los buenos resultados con bajo índice de complicaciones y readmisiones, es que actualmente forma parte del sistema de atención en ciertos centros.(10)

### Cirugía Bariátrica

Es el conjunto de intervenciones quirúrgicas diseñadas para producir pérdidas importantes de peso y lograr el control de factores de riesgo y comorbilidades principalmente cardiovasculares en el paciente obeso mórbido (11). Estos factores son hipertensión arterial y diabetes mellitus, los cuales, liberados a su

evolución, generan eventualmente lesión endotelial en órganos blanco como corazón, cerebro y riñones. Por lo antedicho, la cirugía bariátrica se asocia a prevención de la aparición de estas patologías, mejora de la calidad y la expectativa de vida de estos pacientes. El número de cirugías bariátricas va en aumento a nivel mundial, hecho determinado básicamente por dos factores: la elevada prevalencia de obesidad, tanto a nivel mundial como nacional; y la falta de respuesta efectiva al tratamiento médico, basado en dieta, actividad física, cambios conductuales y farmacoterapia en distintas combinaciones (12).

La cirugía bariátrica ambulatoria (CBA) se define como aquellos procedimientos quirúrgicos electivos, en que la admisión, la cirugía y el alta del paciente ocurren el mismo día. Requiere de una cuidadosa selección de pacientes, una adecuada evaluación preoperatoria quirúrgica y anestésica, a través de un programa de recuperación optimizado.

### **Objetivo General**

- Desarrollar un programa de mejora en la unidad de cirugía bariátrica del Hospital Maciel a través de la formulación de un programa de cirugía bariátrica ambulatoria (CBA).

### **Objetivos Específicos**

- Realizar un diagnóstico de situación del proceso actual de cirugía bariátrica en el Hospital Maciel.
- Formular un programa de cirugía bariátrica ambulatoria que permita disminuir tiempos de espera y aumentar la accesibilidad.

### **Metodología**

Se realizará un diagnóstico situacional de los procesos actuales de la Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica del Hospital Maciel. Una vez realizado el mismo, se rediseña el proceso de cirugía bariátrica dentro de un plan de mejora continua. La información se obtuvo de fuentes preexistentes en el Centro Asistencial. Se realiza un análisis del proceso actual, documentando la forma de trabajo del equipo multidisciplinario formado por profesionales implicados en el problema, se detectan las posibilidades de mejora y se establecen indicadores para el seguimiento del proceso.

Concomitantemente se realizará una revisión bibliográfica sobre Gestión por Procesos, Gestión de Calidad, Mejora Continua, Cirugías Ambulatorias y Cirugía Bariátrica Ambulatoria, estableciendo un marco teórico que nos permita plantear posibles mejoras con procesos que ya han demostrado ser efectivos en servicios de cirugía bariátrica en otros medios, a nivel regional y mundial.(2)(13)

## **Resultados**

### Diagnóstico de Situación del Servicio de Cirugía Bariátrica

Se realizó la revisión de la base de datos de la Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica del Hospital Maciel, en los archivos de policlínica del mismo hospital, donde se registra en el año 2015 la creación del Programa de Obesidad, Cirugía Bariátrica y Metabólica, como iniciativa de los cirujanos de las Clínicas Quirúrgicas 2 y 3 de la Facultad de Medicina, pertenecientes a la Universidad de la República, convirtiéndose con el tiempo en el Servicio de Referencia Nacional para este procedimiento.

Pasaremos entonces a describir la conformación de la Unidad, los diferentes actores que intervienen en ella y la modalidad de contrato/dependencia establecida por los mismos.

Se trata de un servicio híbrido, en el que intervienen actores de Facultad de Medicina y de ASSE.

Está constituido por el Director del Programa que a su vez es Cirujano Bariátrico, Profesor de cirugía, y dependiente de la Facultad de Medicina.

Participan en el programa cirujanos de las 2 clínicas quirúrgicas establecidas en el Maciel, las Clínicas Quirúrgicas “2” y “3” respectivamente. Estos cirujanos presentan cargos de Asistente de clínica, profesor adjunto y profesor agregado, y en forma rotatoria bi-anual, los residentes en formación de las clínicas correspondientes.

Otro actor del programa es la Clínica “1” de Medicina Interna, cuyo personal depende de la Facultad de Medicina, con cargos docentes adjudicados por concurso de oposición y méritos, grados 2, 3 y 4 y rotación de residentes en las correspondientes especialidades.

Se realizan entre las dos clínicas quirúrgicas, aproximadamente 80 procedimientos bariátricos anuales los cuales corresponden sobre todo a 2 técnicas, la Manga Gástrica y el Bypass gástrico en “Y” de Roux. La manga presenta buenos resultados con un riesgo bajo. (14) Es el procedimiento más realizado en el hospital, aproximadamente un 85% de las cirugías anuales realizadas son mangas gástricas. El Bypass gástrico en “Y” de Roux es una cirugía mucho más demandante técnicamente, con mayor número de suturas, y que requiere curva de entrenamiento más larga, sin embargo presenta mejores resultados en cuanto al descenso de peso y control de comorbilidades, especialmente las metabólicas, pero con un leve incremento en el riesgo al ser más compleja. Es el procedimiento de elección en pacientes diabéticos, para

lograr mejor control de esta enfermedad, incluso determinando el abandono de la insulino terapia hasta en un 78% de los pacientes operados, según trabajos de investigación realizados internamente en el hospital. La internación de no existir complicaciones es de 48 horas de postoperatorio en ambos procedimientos, ocupando estos pacientes un total de 2 días y medio la cama hospitalaria.. (14)

Para la valoración ambulatoria del paciente se utilizan 3 consultorios en simultáneo, para permitir al paciente, con el mismo número de atención, ser valorado por cirujano, internista y nutricionista el mismo día de la consulta, de manera de agilizar y coordinar la evaluación de dichos profesionales, y minimizar los traslados del mismo.

Una parte fundamental del ingreso al programa, es la inclusión del paciente en los grupos de cambio de hábitos. Los mismos son actividades a cargo de la psicóloga del programa, la cual es dependiente de ASSE, y se trata de una actividad en la que participan los pacientes en forma grupal, donde se discuten cambios de hábito saludables, y los mecanismos psicológicos subyacentes que los crean y los perpetúan. Estos espacios están destinados a crear un ambiente continente, rodeado de pares, pero guiado por el profesional. Participan de estos tanto pacientes que están en valoración preoperatoria como pacientes operados, ya que el grupo de apoyo es un soporte para mantener los cambios de hábitos a largo plazo.

En el sistema de gestión de consulta (SGC), figuran aproximadamente 280 pacientes bariátricos que concurren a policlínica de la Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica en el período Junio 2019-Junio 2022, que aún no han accedido a cirugía. Por lo antedicho, podemos inferir que el paciente bariátrico, encuentra demoras en el acceso a su cirugía, ya que actualmente el Maciel realiza hasta 80 cirugías bariátricas por año. Por lo tanto, si quisiéramos operar a todos estos pacientes que figuran en demanda en espera en el SGC, llevaría más de 3 años, sin tener en cuenta que cada semana se adhieren nuevos pacientes obesos mórbidos al programa.

Hasta la fecha, en nuestro país, la cirugía bariátrica no es una prestación incluida en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), pero hay una gran presión de grupos de pacientes obesos mórbidos y familiares, que en los últimos años se han organizado, enviado innumerables cartas a los legisladores y realizan una marcha anual al Parlamento, intentando que esta cirugía se incluya en el PIAS, dado sus claros y probados beneficios para la salud del paciente.

### Proceso de Cirugía Bariátrica Actual

#### ➤ Definición Funcional

Para ingresar al programa el usuario debe tener entre 18 y 65 años y contar con un índice de masa corporal (IMC) entre los 40 y 49 kg/talla<sup>2</sup>, o tener un IMC mayor a 35 kg/talla<sup>2</sup> y presentar comorbilidades asociadas a la obesidad mórbida como son el síndrome de apneas hipopneas obstructivas del sueño

(SAHOS), la diabetes mellitus tipo 2 (DM), la hipertensión arterial (HTA), y la patología osteoarticular severa.

➤ Límite de entrada

El paciente ingresa al programa por derivación directa de su médico tratante desde cualquier parte del país. Con dicho pase debe dirigirse al hospital para solicitar agenda con día y hora correspondiente en la policlínica de la unidad de cirugía bariátrica. Se otorgan hasta 5 lugares por consulta, de estos solo uno corresponde a consulta por primera vez. En esta consulta se valora si tiene criterio de ingreso al programa o no.

➤ Límite final

Si bien el paciente bariátrico es portador de una patología crónica, y deberá mantener el cambio de hábitos y control con la unidad de cirugía bariátrica de por vida, por motivos prácticos para este estudio, tomaremos como límite final el acceso a la cirugía bariátrica, y los controles posoperatorios hasta el primer mes luego de la cirugía, o bien la salida del programa, por no cumplir con los criterios de ingreso.

➤ Límites marginales

Este trabajo no profundizará en subprocesos como esquemas de tratamiento de los pacientes en cuanto a desarrollo de cambio de hábitos, esquemas de tratamiento nutricional, cese tabáquico, anticoncepción, indicación de planes de ejercicio físico o tratamiento médico de las comorbilidades asociadas a la obesidad como HTA, DM o síndrome de apnea hipopnea del sueño.

No se describirán los procesos de seguimiento más allá del mes de la cirugía.

➤ Responsable del proceso

Jefe del Servicio de Cirugía Bariátrica, Profesor Grado “5” de la Cátedra de Cirugía Quirúrgica 2.

➤ Destinatarios y expectativas del proceso

Tienen acceso al programa de cirugía bariátrica todos los usuarios de la Administración de Servicios de Salud del Estado que cumplan con los criterios de ingreso antes citados.

Dichos usuarios esperan la realización de la cirugía a mediano plazo, en forma segura, ajustados a parámetros internacionales en cuanto a cifras de descenso de peso y control de morbilidades asociadas a la obesidad, tienen baja tasa de morbimortalidad (14), y se evacuan de dudas en forma clara y precisa. Además, reciben información clara y oportuna sobre el proceso y los riesgos. Alcanzan la cirugía todos aquellos usuarios que cumplen los criterios de

indicación de cirugía y logren una adecuada adherencia al programa y los cambios de hábitos.

➤ **Objetivos y flujos de salida**

La hoja de ruta es un documento clínico que se entrega al paciente en la primera consulta, indicando que lo traiga siempre consigo en todas las actividades asistenciales de la unidad. Se trata de una guía en la que se registran las diferentes consultas con los especialistas, registro de fecha y resultados de exámenes clínicos y paraclínicos. Cada vez que el paciente cumple con un objetivo preestablecido por el programa, se registra en la hoja de ruta además de la historia clínica electrónica. Esto permite una comunicación más fluida entre los diferentes integrantes de la unidad, y permite que el paciente siga su progreso, con una ayuda visual.

Entre estos objetivos están la valoración por cirujano, la realización de estudios solicitados por éste como son, la ecografía abdominal y endoscopia digestiva alta, y nuevo control con resultados.

La valoración por nutricionista, que realizará intervenciones en cuanto a hábitos higiénico dietéticos y realiza control de peso en forma seriada, hasta certificar que el paciente inicia su descenso.

La valoración por medicina interna, estudios de laboratorio como rutinas, ecocardiograma y electrocardiograma y la valoración por cardiólogo y anestesista.

Concurrir a los grupos de cambio de hábitos guiados por la psicóloga de la unidad.

Estos son los pasos obligatorios incluidos en el programa, pudiendo agregarse otras especialidades como diabetólogo o endocrino, entre otros, si el paciente lo requiere, según sus patologías.

Una vez que cada uno de estos especialistas considera que ha concluido la valoración preoperatoria en forma aceptable, y adherido al programa en forma adecuada, firma la hoja de ruta, en un sector específicamente diseñado para ese fin.

La unidad de bariátrica realiza una reunión clínica en forma semanal, de la que participan todos los integrantes del programa y donde se discuten los pacientes que están en oportunidad quirúrgica.

➤ **Personas que intervienen y recursos del proceso**

Responsable: Jefe del Servicio de Cirugía Bariátrica

Personas o unidades que realizan actividades: Médico Cirujano, Cardiólogo, Anestésista, Internista, Licenciado en Nutrición, Licenciada en Psicología, Licenciado en Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Endocrinólogo, Neumólogo, Licenciada en Trabajo Social, Licenciado en Registros Médico,

Licenciado en Instrumentación, Camilleros, Auxiliar de Servicio. Laboratorio, Imagenología, Registros Médicos.

Recursos Materiales: balanza hasta 500 kg, tallímetro, camillas aptas para pacientes obesos, grúa para pacientes de hasta 350 kg, mesa quirúrgica eléctrica con capacidad de hasta 350 kg., máquinas de sutura lineal endoscópica y cargas para las mismas, trócares de laparoscopia largos.

Unidades de Soporte: Oficinas de recursos humanos, compras, contaduría, economato, proveeduría.

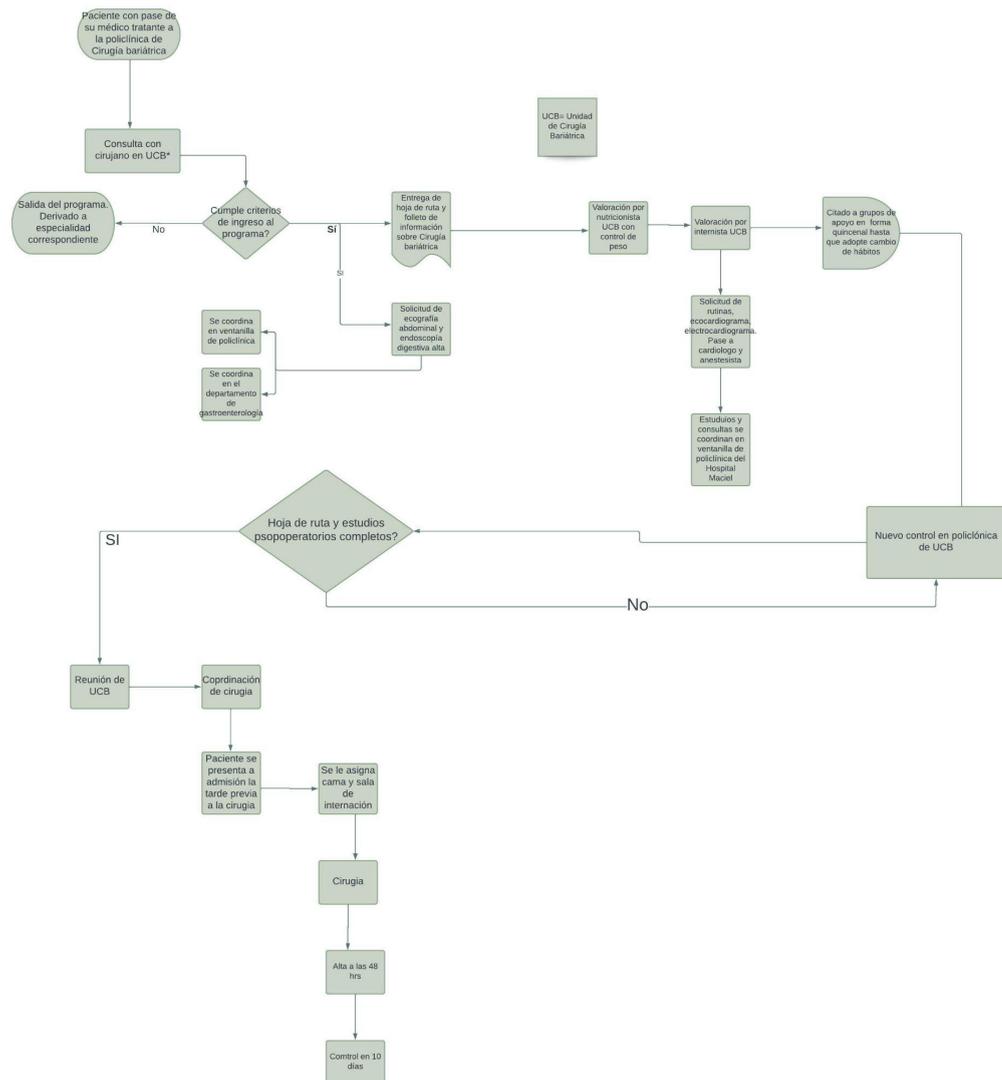
#### ➤ Actividades del proceso

En reunión clínica semanal, conformada por todos los integrantes del equipo de Obesidad y Cirugía Bariátrica (OCB) se analiza y discute la prioridad del tratamiento quirúrgico (determinando una fecha para la cirugía) y el tipo de cirugía a realizar. El procedimiento depende del paciente y sus comorbilidades así como de la experiencia del equipo quirúrgico. Es individualizado según cada paciente.

Los pacientes que se someten a cirugía bariátrica se internan la noche previa al acto quirúrgico, concurriendo a la Oficina de Admisión donde se les asigna sala y cama de internación. Suspenden la vía oral a la hora 00 y se intervienen en la mañana del día siguiente. Normalmente no requieren drenajes, y la medicación intravenosa en el posoperatorio es mayoritariamente analgesia e inhibidores de la bomba de protones.

El primer control en policlínica se realiza a los 10 días del alta de cursar un postoperatorio dentro de los parámetros esperados. En dicha visita se realiza control de peso, estado de heridas quirúrgicas, tolerancia a dieta postoperatoria, y despistaje de cualquier complicación postoperatoria. Se retiran puntos en esta consulta si el estado de las heridas lo permite. El siguiente control es al mes de la cirugía, donde será valorado por Cirujano, Medicina Interna, Nutricionista, y se realiza nuevo control de peso. De presentar heridas quirúrgicas en buenas condiciones, el nuevo control quirúrgico será al año, pero mantendrá control con Nutricionista, Medicina Interna y otras especialidades médicas que pueda requerir, en forma trimestral hasta el año, semestral hasta el quinto año, y luego anual. En dichos controles se indican estudios de sangre. Los grupos de cambios de hábitos no cambian, los pacientes concurren en forma mensual o quincenal, dependiendo de la necesidad relativa que le otorgue el propio paciente en conjunto con el psicólogo que tutoriza el grupo, así como colabora y brinda su experiencia a los pacientes que aún se encuentran en valoración preoperatoria.

➤ Diagrama de Flujos  
Proceso de Cirugía Bariátrica



Proceso de Cirugía Bariátrica Ambulatoria (CBA)

Analizado el proceso de cirugía bariátrica que actualmente se viene efectuando en el Hospital Maciel se realizó un rediseño del mismo que intenta disminuir la lista de espera para la realización de la cirugía y mejorar la calidad de atención de los usuarios mediante la modalidad de cirugía ambulatoria.

➤ Definición funcional

Para ingresar a CBA el usuario debe tener entre 18 y 65 años y contar con un índice de masa corporal (IMC) entre los 40 y 49 kg/talla<sup>2</sup> o tener un IMC mayor a 35 kg/talla<sup>2</sup> y presentar comorbilidades asociadas a la obesidad mórbida como son el síndrome de apneas hipopneas obstructivas del sueño (SAHOS), la diabetes mellitus tipo 2 (DM), la hipertensión arterial (HTA), y la patología osteoarticular severa.

Debe ser presentado en reunión clínica y decidir que se realizará como procedimiento una manga gástrica. Su peso no debe exceder 50 IMC.

El paciente debe ser lúcido, comprender órdenes y ser autoválido. Entiende y otorga el consentimiento informado en forma escrita, con firma legible, autorizando a ingresar al programa de cirugía bariátrica ambulatoria.

Es necesario que cuente con vivienda destinada a cursar la convalecencia a no más de 10 minutos de distancia del Hospital Maciel.

Tener teléfono o celular habilitado para realizar y recibir llamadas, que se mantenga habilitado por el siguiente mes posterior a la cirugía.

Debe tener la capacidad de recibir cuidados adecuados, garantizados por acompañante que conviva en el mismo domicilio donde cursará la convalecencia, capaz de proveer cuidados básicos en cuanto a higiene, alimentación y administración de medicación posoperatoria, así como el mantenimiento de la vivienda en condiciones adecuadas de higiene, ventilación y servicios.

De presentar un riesgo anestésico quirúrgico aceptable (Score de ASA menor a III), y no requerir más de 10 horas de vigilancia posoperatoria.

➤ Límite de entrada

El paciente ingresa al programa por derivación directa de su médico tratante desde cualquier parte del país. Con dicho pase debe dirigirse al hospital para solicitar agenda con día y hora correspondiente en la policlínica de la unidad de cirugía bariátrica. Se otorgan hasta 5 lugares por consulta, de estos solo uno corresponde a consulta por primera vez. Ahí se valora si tiene criterio de ingreso a CBA o no.

➤ Límite final

- Paciente que cumple criterios de ingreso a CBA, se opera, y cumple sus respectivos controles posoperatorios hasta el primer mes luego de la cirugía.
- Usuario que no cumple con las condiciones necesarias para la cirugía bariátrica ambulatoria quedando internado.
- Usuario que no cumple con las condiciones para la realización de cirugía.

➤ Límites marginales

Este trabajo no profundizará en subprocesos como esquemas de tratamiento de los pacientes en cuanto a desarrollo de cambio de hábitos, esquemas de tratamiento nutricional, cese tabáquico, anticoncepción, indicación de planes de ejercicio físico o tratamiento médico de las comorbilidades asociadas a la obesidad como HTA, DM o síndrome de apnea hipopnea del sueño. No se describirán los procesos de seguimiento más allá del mes de la cirugía.

➤ Responsable del Proceso

Jefe del Servicio de Cirugía Bariátrica

➤ Destinatarios y expectativas del proceso

Usuarios de la Administración de Servicios de Salud del Estado entre 18 y 65 años con un IMC mayor a 40 o mayor a 35 con comorbilidades asociadas a obesidad, y hasta un IMC hasta 50.

El usuario espera la realización de la cirugía a corto plazo con las mismas garantías y seguridad que el procedimiento con internación.

Recibir información adecuada que permita irse de alta en el día de su intervención en pleno conocimiento de los mecanismos de contacto con su equipo médico de requerirlo, así como con fecha y hora para el primer control postoperatorio.

➤ Objetivos y flujos de salida

Que se niegue a la cirugía bariátrica ambulatoria.

Que no cumpla con los criterios de ingreso al programa..

Consulta vía telefónica o en puerta de emergencia y queda internado.

➤ Personas que intervienen y recursos del proceso

Responsable: Jefe del Servicio de Cirugía Bariátrica

Personas o unidades que realizan actividades: Médico Cirujano con guardia rotatoria semanal por posibles consultas telefónicas o por convocatoria a puerta de emergencia en consulta presencial. Cardiólogo, Anestesiista, Internista, Licenciado en Nutrición, Licenciada en psicología, Licenciado en Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Endocrinólogo, Neumólogo, Licenciada en Trabajo Social, Licenciado en Registros Médico, Licenciado en Instrumentación, Camilleros, Auxiliar de Servicio, Laboratorio, Imagenología, Registros Médicos, Cardiología. Servicio de emergencia con médico de guardia el cual contará con la información necesaria para convocar al cirujano bariátrico de guardia.

Recursos Materiales: teléfono celular de contacto, folleto informativo de síntomas y signos posoperatorios esperables, que requieren consulta telefónica o que requiera traslado a puerta de emergencia. Los datos de contacto deben estar claros en este folleto. Balanza hasta 500kg, tallímetro, Camillas aptas

para pacientes obesos, grúa para pacientes de hasta 350 kg, mesa quirúrgica eléctrica con capacidad de hasta 350 kg., máquinas de sutura lineal endoscópica y cargas para las mismas, trócares de laparoscopia largos.

Unidades de Soporte: oficinas de recursos humanos, compras, contaduría, economato, proveeduría.

➤ Actividades del proceso

Se define en round clínico del equipo de Obesidad y Cirugía Bariátrica (OCB) la indicación de manga gástrica en un paciente que cumple todos los demás criterios de ingreso a CBA. Se fija fecha y hora de la cirugía y se le comunica al paciente.

Se cita al paciente a policlínica bariátrica, se le entrega folleto informativo de CBA así como cualquier información adicional que solicite. Si el paciente está de acuerdo de ingresar a la modalidad ambulatoria se realiza consentimiento informado que se deja firmado.

El paciente concurre al hospital a la hora 7am el día del acto quirúrgico y debe dirigirse al Servicio de Admisión donde será derivado a la sala de cirugía del día. Debe suspender la vía oral a la hora 00 del mismo día y se intervienen hora 8.

Luego de la cirugía permanecen 4 horas en vigilancia en la sala de recuperación anestésica y luego en cirugía del día.

A la hora 20 del mismo día en visita con cirujano tratante se otorga el alta si el paciente presenta buen control del dolor con analgésicos vía oral, deambula, retomó tránsitos y cuenta con acompañante.

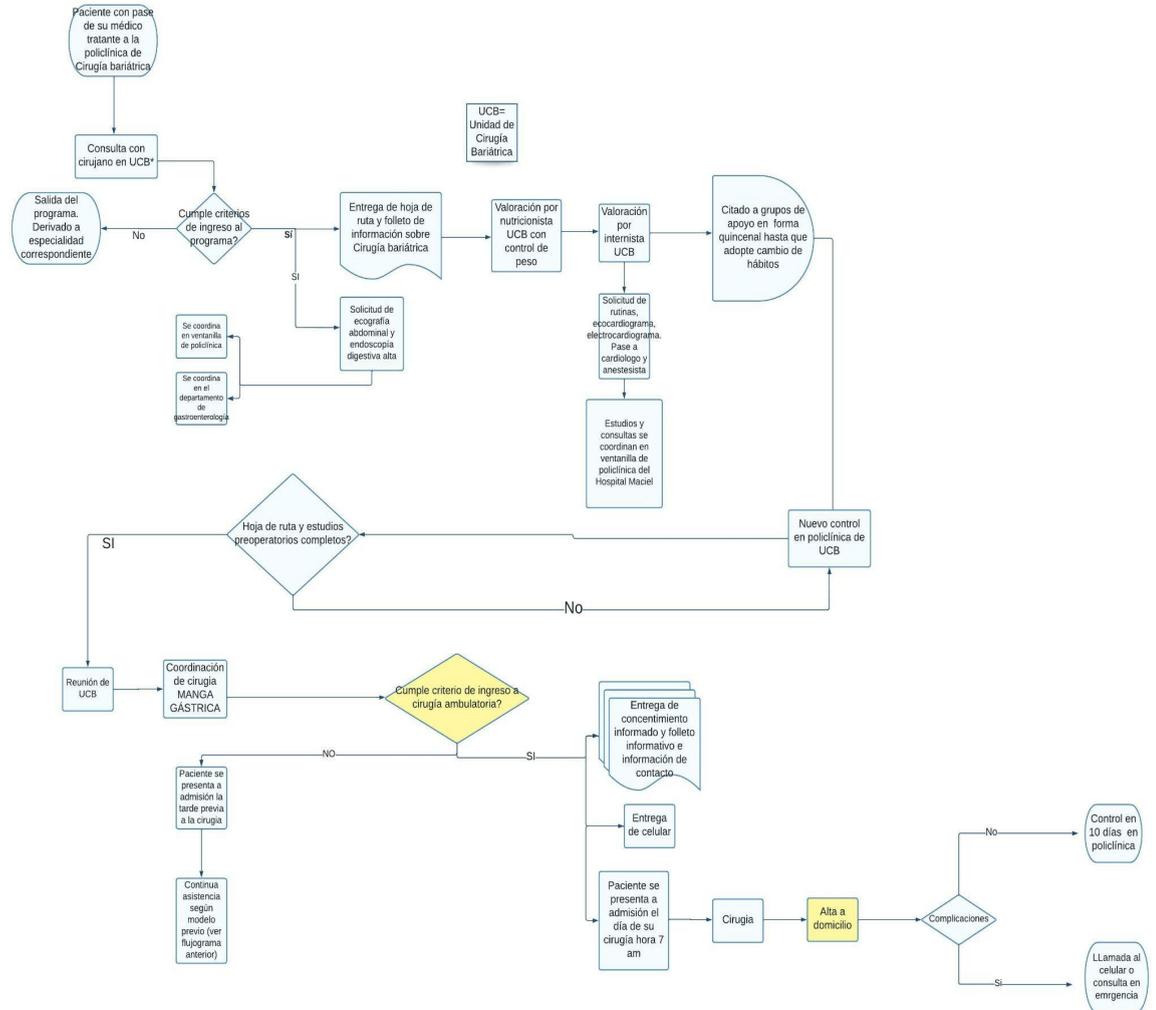
Si el paciente presenta síntomas que le generan dudas debe consultar en forma telefónica al número celular proporcionado donde será asistido por cirujano que podrá indicar tratamiento ambulatorio o podrá indicar consulta en puerta de emergencia.

De presentar el paciente alguno de los síntomas de alarma descritos en el folleto informativo debe concurrir de forma directa a puerta de emergencia avisando en forma previa al celular de la guardia. De requerir internación sale automáticamente del programa de CBA.

De no requerir consulta telefónica ni presencial, el primer control será en policlínica a los 10 días del alta. En dicha visita se realiza control de peso, estado de heridas operatorias, tolerancia a dieta postoperatoria, y despistaje de cualquier complicación posoperatoria. Se retiran puntos en esta consulta, de permitirlo el estado de las heridas.

➤ Diagrama de Flujos

Proceso de Cirugía Bariátrica Ambulatoria



Indicadores

- 1) Número de Cirugías Bariátricas anuales
- 2) Tasa de Cirugía Bariátrica Ambulatoria anual

Número total de Cirugías Bariátricas Ambulatorias realizadas en un año/Número total de usuarios referenciados al Servicio de Cirugía Bariátrica en un año

3) Riesgo relativo de complicaciones de la manga gástrica ambulatoria comparado con la manga gástrica con internación

Denominación: Comparación entre riesgo relativo de presentar una complicación entre pacientes operados en modalidad ambulatoria o con internación.

4) Encuesta anónima de satisfacción a usuarios que ingresan al Servicio de Cirugía Bariátrica.

**\*Ver anexo**

### **Discusión y conclusiones**

La obesidad es un problema del mundo desarrollado, cuyo abordaje es complejo y multifactorial. Un gran número de pacientes, accederán a cirugía bariátrica en las próximas décadas.

La gestión por procesos, y la mejora continua, son herramientas de gran utilidad, al intentar evaluar en qué situación estamos, para poder planificar hacia dónde queremos ir, siempre teniendo como meta final, una mayor calidad en la asistencia brindada a los pacientes.

Actualmente el Hospital Maciel es un centro de referencia a nivel País, con la particularidad de que le brinda este servicio a la población de ASSE, muchas veces población de alto riesgo, y vulnerabilidad social.

Esta cirugía aún no está incluida en el PIAS, pero la importancia del tema y la presión de algunos grupos de interés, podría llevar a su inclusión en las mismas en el futuro, aumentando en forma exponencial su demanda.

El desarrollo de un plan de cirugía bariátrica ambulatoria, apunta a la mejora en la calidad de la asistencia de estos pacientes, y permitiría aumentar la cantidad de cirugías bariátricas que puede desarrollar el hospital Maciel, al no requerir internación.

Actualmente la población que no se asiste en ASSE, debe pagar el servicio a prestadores privados pero de incluirse en las PIAS, aumentará la demanda por personal formado en la asistencia de este tipo de patología, lo cual cobra relevancia al tratarse la Unidad de Bariátrica del Maciel un centro docente, conformado también por actores dependientes de la Universidad de la República.

Finalmente, el personal dependiente de ASSE que forma parte del programa, se fue sumando a trabajar en la misma por interés profesional. No se otorgaron horas extras ni extensión horaria, por lo cuál su actividad dentro de la unidad

se realiza a expensas de horas presupuestadas por ASSE en cada cargo, con cierta sobrecarga en sus respectivas tareas asistenciales habituales.

Sin dudas este podría ser un próximo tema a abordar en el contexto de un plan de mejora continua, dirigido a formalizar el trabajo dentro de la unidad, y garantizar continuidad de sus actores.

Es factible llevar adelante un programa complejo, multidisciplinario como es la unidad de cirugía bariátrica en ASSE, con los recursos disponibles actualmente. La gestión por procesos, y el proceso de mejora continua, son fundamentales para brindar una atención de calidad a nuestros pacientes.

La puesta en práctica de estas herramientas, nos han llevado a diseñar el desarrollo de un proceso de cirugía bariátrica ambulatoria, como forma de continuar brindando asistencia de calidad, a la mayor cantidad de pacientes en tiempo y forma, y permitirá en un futuro, disminuir la lista de espera quirúrgica, mejorando así la accesibilidad a esta modalidad terapéutica.

## **Bibliografía**

1. J,Ceballos-Macías; R, Pérez Negrón-Juárez; JA, Flores-Real, et al. Obesidad. Pandemia del siglo XXI, Rev. sanid. mil. vol.72 no.5-6 Ciudad de México sep./dic. 2018 Epub 23-Ago-2019
2. Barbat S, Thompson KJ, Mckillop IH, Kuwada TS, Gersin K, Nimeri A. Ambulatory bariatric surgery: does it really lead to higher rates of adverse events? Surg Obes Relat Dis. 2020 Nov;16(11):1713-1720. doi: 10.1016/j.soard.2020.06.051. Epub 2020 Jul 5. PMID: 32830058.
3. <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/hospital-maciel-realiza-4000-cirugias-complejas-ano-es-referencia-nacional>.
4. Vallejo Serrano, Francisco. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Junta de Andalucía. Consejería de Salud (2001).
5. Material de clase de Administración de Servicios y Programas de Salud –Diploma de Posgrado en Gestión de Servicios de Salud - noviembre/2021.
6. Recart, Alejandro. Cirugía mayor ambulatoria. Una nueva forma de entender la Medicina Quirúrgica. Revista Médica Clínica Condes 2017, 28 (5)682-6901.
7. Reyes Pérez, Abraham Dimas. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. Hospital Militar Clínico-Quirúrgico Docente “Comandante Manuel Fajardo Rivero”. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2015,14 (3):373-375.
8. Rojas-Pérez, Eduardo. Evolución de la cirugía ambulatoria. Cirugía Ambulatoria Vol.35 Supl 1 Abril-Junio 2012. Revista Mexicana de Anestesiología.
9. Alvarado Gay, F. J.; Vega Silva, E. La cirugía ambulatoria, una opción para mejorar la calidad de la atención. Experiencia de 15 años Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, vol. 11, núm. 3, septiembre-diciembre, 2006, pp. 34-37 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado México, México.
10. Ruiz, Daniel. Cirugía Bariátrica como cirugía del día. WEBINAR del Capítulo Latinoamericano de IFSO. 2022.
11. Rappa, Julio C.. Cirugía bariátrica – tratamiento de la obesidad y los factores de riesgo cardiovascular.
12. Maluenda, Fernando. Cirugía Bariátrica. Revista Clínica Condes 2012-23 (2) 180-188.

13. Soler Humanes, Rocio; Ocaña Wilhelmi, Luis Tomas; Fernández Serrano, Jose Luis; Morales García, Dieter; Tinahones Madueño, Francisco; de Luna Díaz, Resi. Cirugía Bariátrica en Régimen de Corta Estancia de la Cirugía con ingreso hacia la Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Malaga. CIR ESP. 2022;100(Espec Congr 2):507.

14. Rappa, Julio; Massaferrro, Gabriel; Laguzzi, Cecilia. Programa de Obesidad y Cirugía Bariátrica y Metabólica del Hospital Maciel; organización, desarrollo e impacto en el control de factores de riesgo cardiovascular. Trabajo Premiado al Gran Premio Nacional de Medicina.(2018)

## **Anexos**

### Indicadores

#### 1. Número de Cirugías Bariátricas anuales

Definición: Número total de pacientes que se someten a cirugía bariátrica (manga o Bypass) en un año.

Tipo de indicador: De proceso

Población del indicador: Todos los obesos que se someten a cirugía bariátrica (manga o Bypass), incluida conversión de un procedimiento a otro, desde el primero de enero hasta el 31 de diciembre de un determinado año calendario. No incluye cirugía de paciente bariátrico por complicaciones del procedimiento inicial o intervenciones no bariátricas.

Datos a recoger y fuentes: Descripciones operatorias de Manga y Bypass que figuren en el sistema de información quirúrgica electrónica de ASSE Maciel (SIQ) en el período de un año calendario.

Fundamento: Interesa valorar si aumenta el número de procedimientos bariátricos anuales absolutos al implementar la modalidad ambulatoria

Se calculará en forma anual

#### 2. Tasa de Cirugía Bariátrica Ambulatoria anual

Número total de Cirugías Bariátricas Ambulatorias realizadas en un año/Número total de usuarios referenciados al Servicio de Cirugía Bariátrica en un año

Denominación: Mide el número de pacientes a los que se les realiza cirugía ambulatoria en un año calendario, sobre el número total de pacientes que consultan en la unidad de cirugía bariátrica en el mismo período.

Definición de términos: Número de cirugías bariátricas en modalidad ambulatoria desde el 1/01 de ese año hasta el 31/12 del mismo año  
Número de pacientes que realizan la consulta en el servicio de cirugía bariátrica por primera vez en el mismo período

Datos a recoger: Número de pacientes a los que se les realiza una manga gástrica y acceden al alta domiciliaria en el día, entrando al protocolo de

seguimiento ambulatorio en un año calendario. Fuente: Registro de alta en la Historia Clínica (GEOSalud)

Número de pacientes referenciados a la policlínica de la unidad en el mismo período. Fuente: registros de policlínica de primera consulta en la unidad de bariátrica.

Fundamento: Interesa conocer cuántos pacientes acceden a la modalidad de cirugía ambulatoria en relación a la cantidad de consultas nuevas en la policlínica de la unidad en el período de un año

Indicador de procesos

Fundamento: Permitirá valorar la tasa de pacientes que consultaron en la unidad, que acceden a la modalidad ambulatoria.  
Se calculará con frecuencia anual.

### 3. Riesgo relativo de complicaciones de la manga gástrica ambulatoria comparado con la manga gástrica con internación

Denominación: Comparación entre riesgo relativo de presentar una complicación entre pacientes operados en modalidad ambulatoria o con internación.

Definición de términos: El RR indica cuánto más veces tiende a desarrollar una complicación el grupo que se somete a cirugía ambulatoria, en relación con el grupo que se somete a cirugía con internación.

Se calcula con la fórmula:

$$= \frac{a/(a + b)}{c/(c + d)}$$

Donde

- a) Pacientes con cirugía ambulatoria que presentan una complicación
- b) Pacientes con cirugía ambulatoria que no presentan una complicación
- c) Pacientes con internación que presentan una complicación
- d) Pacientes con internación que no presentan una complicación

Interpretación de resultados:

- El RR=1 indica que no hay mayor riesgo de complicaciones entre una modalidad de cirugía y la otra.
- El RR>1 indica que existe mayor riesgo con la modalidad ambulatoria frente a la modalidad con internación

- El  $RR < 1$  indica que existe una asociación negativa, es decir, que, la modalidad ambulatoria tiene menor riesgo de presentar complicaciones que la modalidad con internación.

#### Indicador de Resultados

Fundamento: Permite valorar si existe un riesgo mayor de complicaciones de la manga gástrica ambulatoria, frente a la manga gástrica con internación. De no existir mayor riesgo en una modalidad que en la otra, podríamos decir que la modalidad ambulatoria es tan segura como la modalidad con internación.

#### Población del indicador:

Todos los pacientes que a los que se les realizó CBA en un año

Todos los pacientes a los que se les realizó manga gástrica con internación en el mismo año

Todos los pacientes que presentaron complicaciones en el primer mes del posoperatorio de su cirugía bariátrica en el período del mismo año

Fuentes: Descripciones operatorias de la descripción operatoria electrónica  
SIQ: ASSE/Maciél en el año calendario de pacientes a los que se les realizó manga gástrica.

Resúmenes de alta de pacientes sometidos a manga gástrica en el mismo año en la Historia Clínica electrónica (GEOSalud)

Registro de complicaciones de pacientes bariátricos de la Unidad de Cirugía Bariátrica.

Frecuencia: anual

#### 4. Encuesta anónima de satisfacción a usuarios que ingresan al Servicio de Cirugía Bariátrica

Definición: Grado de satisfacción del usuario al ingresar a la modalidad de cirugía ambulatoria medida por encuesta.

Encuesta con 3 preguntas con puntaje del 1 al 6 en orden creciente donde 1 es insatisfecho y 6 muy satisfecho y una cuarta y última pregunta abierta, para sugerencias

Se hará entrega de encuesta en hoja impresa, indicando el buzón de entrega en forma anónima.

Datos a recoger

Encuesta

- a) ¿Está conforme con la cirugía ambulatoria?
- b) ¿Cree que la información proporcionada fue adecuada?
- c) ¿Cree que la accesibilidad a su médico en caso de requerir evacuar dudas fue adecuada y clara?

#### d) Sugerencias

Se realizará la sumatoria del puntaje de las 3 primeras preguntas y se interpretará como

Mayor a 15 muy satisfecho

Entre 12 y 15 satisfecho

Menor a 12 insatisfecho

Fuentes: Todas las encuestas entregadas de forma anónima al buzón indicado para tal fin

Población: Todos los pacientes que se sometieron a cirugía bariátrica ambulatoria en el período de un año

Se excluirán los pacientes que no ingresaron al programa ambulatorio

Frecuencia del indicador:

Se medirá el grado de satisfacción en forma anual.

Se evaluarán las sugerencias en la pregunta abierta en forma trimestral.

Indicador de Resultados

