

Proceso obesidad mórbida: Elaboración, implantación, resultados a medio plazo y autoevaluación de la gestión integral de un programa de cirugía bariátrica en un distrito de la región de Murcia mediante el modelo EFQM

Campillo-Soto Á, Martín-Lorenzo JG, Lirón-Ruiz R, Torralba-Martínez JA, Bento-Gerard M, Flores-Pastor B, Soria-Aledo V, Salvador Fernández T, Aguayo-Albasini JL
Unidad de Cirugía Bariátrica. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General Universitario JM Morales Meseguer. Murcia
e-mail: alvaroalcubo@yahoo.es

Resumen

Introducción: El incremento de la obesidad en el mundo conlleva un gran aumento de morbi-mortalidad prevenible. Presentamos la elaboración y análisis de los resultados a medio plazo de un proyecto de gestión integral de la obesidad mórbida (OM).

Material y métodos: El proyecto se inicia a finales de 1999 con la detección de graves problemas y una falta de planificación en nuestra área de salud con los pacientes con OM; por tanto, tras detectar oportunidades de mejora, establecimos un plan de acción conjunto con atención primaria para estandarizar dicha asistencia a todos los niveles (extra e intrahospitalario). En abril de 2004 se completa, con la implantación de la vía clínica, el plan integral de gestión del proceso OM.

Resultados: 1) Reducción del 50% en los tiempos de demora desde atención primaria. 2) Mayor incidencia de diagnóstico y tratamiento de la OM. 3) Reducción significativa de la estancia media postoperatoria (5,14 días frente a 7,95 días) y reducción de 196 estancias globalmente. 4) Reducción significativa del coste por proceso (4.532 euros postvía clínica frente a 5.270 euros antes de la vía clínica). 5) 71,4% de los pacientes incluidos en la vía clínica han cumplido con la estancia postoperatoria. 6) 93% de los pacientes están satisfechos con la atención recibida. 7) Cumplimiento de todos los estándares de eficacia del tratamiento de la OM. 8) Mejora en el sistema de información al paciente y al médico de atención primaria. 9) Buenos resultados en cuanto a pérdida ponderal de los pacientes, con un 60% de porcentaje de sobrepeso perdido. 10) 87% de los pacientes operados se sienten mejor y desarrollan más actividades sociales, sexuales y laborales. 12) Ahorro global en el coste del proceso (coste ahorrable) de 51.660 euros. 13) Autoevalua-



ción según el modelo EFQM con una puntuación de 520 puntos, detectando importantes áreas de mejora en el ámbito de gerencia y dirección.

Conclusión: La implantación de un programa de atención integral a la obesidad mórbida mejora la eficiencia del sistema, los costes y la calidad percibida por los pacientes y profesionales.

Palabras clave: Obesidad mórbida, Vías clínicas, Modelo EFQM.

Morbid obesity: Development, implementation, medium-term outcomes and self-management of a comprehensive programme of bariatric surgery in a district of Murcia Region through the EFQM model

Abstract

Introduction: the continuing growth of obesity in the world carries a large increase in morbidity and mortality from this disease preventable. The aim of this work is to present the design, development and analysis of the mid-term outcome of a draft comprehensive management of morbid obesity (MO).

Methods: the project began in late 1999 with the detection of serious problems and a lack of planning in our health area with patients with MO, therefore, after identifying opportunities for improvement, we established a joint action plan with Primary Health Care to standardize such assistance at all levels ("in and out" of hospital). In April 2004 is completed, with the introduction of clinical pathway, the comprehensive plan for managing the process MO.

Results: 1) reduction of 50% over the delay times from Primary Health Care; 2) increased incidence of diagnosis and treatment of MO; 3) significantly reduced the average stay postoperative (5.14 days versus 7.95 days) and reduction 196 stays globally; 4) significant reduction of cost per episode (EUR 4.532 after clinical pathway compared to EUR 5.270 before clinical pathway); 5) 71.4% of patients included in the clinical pathway have complied with the postoperative hospital stay; 6) 93% of patients are satisfied with the care they received; 7) compliance with all standard efficacy of the treatment of MO; 8) Improve the system for informing the patient and the primary care physician; 9) good results in terms of weight loss in patients with a 60% percentage of overweight lost; 10) 87% of patients operated feel better and develop more social, sexual and job; 12) overall savings in the cost of the process (cost savings) from EUR 51.660; 13) Self according to the EFQM model with a score of 520 points, identifying significant areas for improvement in the field of management and leadership.

Conclusion: the introduction of a programme of comprehensive care for morbid obesity improves system efficiency, cost and quality perceived by patients and professionals.

Key words: Morbid obesity, Clinical pathways, EFQM model.



Introducción

La obesidad es la enfermedad metabólica crónica más prevalente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el grupo internacional de trabajo en obesidad (IOTF) la han definido como la epidemia del siglo XXI, debido a las dimensiones adquiridas a lo largo de las últimas décadas, su impacto sobre la morbimortalidad, la calidad de vida y el gasto sanitario^{1,2}.

Cada vez existen mayores evidencias sobre el impacto de la obesidad en la mayor parte de las enfermedades más prevalentes de la actualidad: Enfermedades cardiovasculares; diabetes tipo 2; artrosis grave; problemas psicológicos; cáncer de colon, mama y endometrio^{3,4}. Su importante impacto en cuanto a morbimortalidad, coste sanitario, calidad de vida y aumento en su prevalencia la presentan como un problema de salud pública emergente para los sistemas sanitarios².

En el momento actual se estima que, en el mundo, 250 millones de adultos son obesos (índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 30) y cada año, 320.000 personas fallecen en Europa por causas directamente relacionadas con la obesidad (según datos de la OMS estas cifras se van a duplicar en los próximos 20 años). En España la prevalencia de obesidad es del 14,5% (13,4% en hombres y 15,7% en mujeres) y en concreto en la región de Murcia la prevalencia es del 22% (19% en hombres y 25% en mujeres), cifra muy superior a la de la media de España^{5,6}, datos que nos demuestran que el control de la obesidad y su tratamiento debe ser una prioridad para nuestra sanidad.

Según las recomendaciones de la OMS⁷, las autoridades sanitarias deben afrontar el problema de forma urgente; con

el fin, por un lado, de evaluar su magnitud y factores determinantes y por otro, intentar poner en marcha estrategias efectivas que permitan reducir e incluso invertir el progresivo incremento en su prevalencia.

Cuando la obesidad se hace mórbida (IMC mayor o igual a 40 o IMC mayor o igual a 35 asociado a comorbilidades) la única manera de tratar los síntomas y enfermedades asociadas y prevenir la aparición de nuevas patologías relacionadas con ella es conseguir una pérdida de peso a largo plazo^{8,9}.

Entre las estrategias para su terapéutica a largo plazo podemos distinguir 2 grupos: 1) Tratamientos no quirúrgicos (dieta, medicación, ejercicio y modificación del comportamiento). 2) Tratamientos quirúrgicos (banda gástrica, bypass gástrico, derivación biliopancreática, etc.). Estudios a largo plazo sobre el manejo conservador de la obesidad mórbida han concluido que son planteamientos poco efectivos (solo un 5% consiguen una pérdida de peso mantenida en el tiempo), recuperando su peso al año la mayoría de los pacientes^{10,11}. En cuanto a los tratamientos quirúrgicos, se ha demostrado que en torno al 80% de los pacientes consiguen una pérdida de peso mantenida en el tiempo, reduciendo de forma significativa las comorbilidades asociadas a la obesidad y disminuyendo el riesgo relativo de muerte de estos pacientes en un 89% a los 5 años de la cirugía^{8-10,12-15}.

El objetivo de este trabajo es presentar la elaboración, desarrollo y análisis de los resultados a medio plazo de un proyecto de gestión integral de la obesidad mórbida como proceso asistencial que permita planificar la asistencia sanitaria integral de los pacientes con obesidad mórbida en un distrito de la región de Murcia, en función de sus nece-



sidades, de forma que sea el Sistema Murciano de Salud (SMS) el que se organice en torno a dicha función y no sea el paciente el que se adapte a las necesidades del sistema como muy frecuentemente ocurre.

Material y métodos

El proyecto surge en 1999 cuando nos planteamos la asistencia sanitaria de forma protocolizada a los pacientes con obesidad mórbida en el Área de Salud del Hospital General Universitario JM Morales Meseguer de Murcia.

Como punto de partida se analizó la situación de inicio en la que se detectó una inadecuada planificación de la asistencia sanitaria para los pacientes con obesidad mórbida basada en la ineficiencia de un sistema organizativo, vertical, rígido y estanco que no era capaz

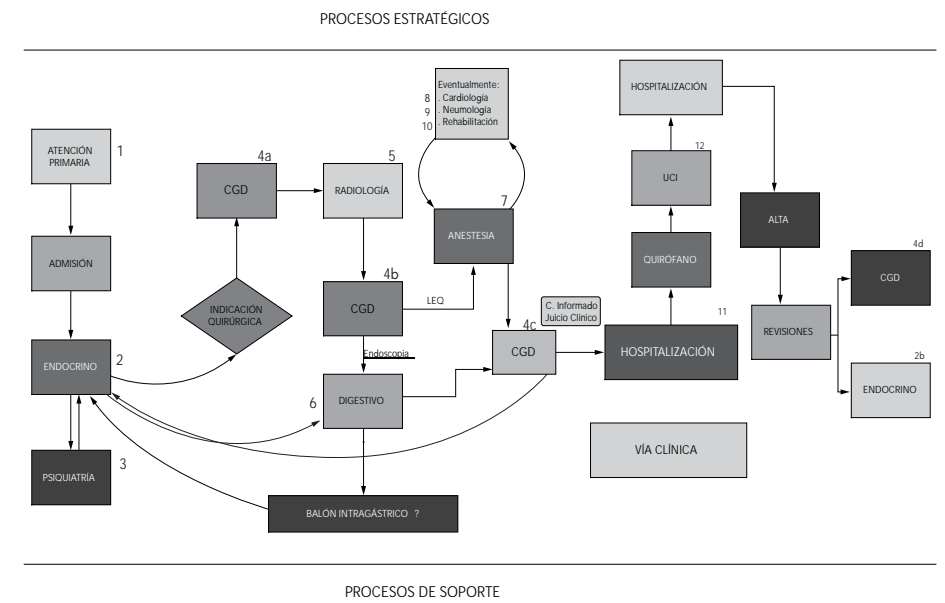
de conseguir en muchas ocasiones resultados satisfactorios en cuanto a las necesidades y expectativas de los pacientes.

De forma independiente a los déficits estructurales de la planificación de esta patología observamos déficits en la puerta de entrada al sistema hospitalario, derivados de la falta de coordinación interniveles (atención primaria/ atención especializada), gran variabilidad, falta de indicaciones estandarizadas de derivación de pacientes susceptibles de tratamiento quirúrgico y estudio preoperatorio incompleto y variable.

Por tanto, el proyecto presenta dos marcos principales (ver flujograma, *Figura 1*):

- 1) Marco ambulatorio o de atención primaria: Nos fijamos el objetivo de facilitar la captación y derivación de los

Figura 1. Flujograma del proceso asistencial obesidad mórbida





pacientes de nuestra área de salud con indicación de tratamiento quirúrgico de la obesidad, desde los centros de atención primaria al hospital y, una vez intervenidos y dados de alta hospitalaria, colaborar en el seguimiento postquirúrgico.

- 2) Marco intrahospitalario: Una vez que el paciente ha sido introducido en el circuito adecuado, tenemos que proporcionarle los cuidados preoperatorios y postoperatorios más adecuados, basados en la evidencia e iguales para todos (reducción de la variabilidad en la práctica clínica). Además, el desarrollo de forma independiente de la contabilidad analítica en nuestro hospital permite la gestión adecuada de recursos intrahospitalarios con el control de las estancias hospitalarias y de los costes generados.

2.1. Marco ambulatorio

Tras revisar la bibliografía y establecer un cuerpo de evidencia científica sobre el tratamiento y seguimiento de la obesidad mórbida se organizaron reuniones con los coordinadores de atención primaria de nuestra área de salud y se establecieron dos objetivos:

- a) Cuándo remitir el paciente al hospital y a qué especialista: Las indicaciones para enviar un paciente al hospital serían:
- Valorar posible indicación de cirugía bariátrica en base a IMC > de 40 o > de 35 con comorbilidad asociada.
 - Fallo de opciones médicas documentadas.

Si el paciente cumple estos dos requisitos debe ser enviado con carác-

ter preferente a consultas externas hospitalarias de endocrinología de nuestro hospital.

- b) Seguimiento posquirúrgico: Tras la intervención quirúrgica, el seguimiento del paciente por parte de atención primaria está centrado fundamentalmente en desarrollar programas educativos para facilitar los cambios de hábitos higiénico-dietéticos.

2.2. Marco intrahospitalario

2.2.1. Endocrinología

Tras recibir al paciente remitido desde atención primaria en consultas externas de endocrinología, se establecen las siguientes pautas:

- 1.ª visita:
 - Anamnesis y exploración física.
 - Encuesta dietética.
 - Analítica: Perfil hepático, lipídico y función renal.
 - Evaluación endocrina: Hormonas tiroideas, cortisol, metabolismo fosfocálcico, PTH opcional.
- Visitas sucesivas:
 - Ciclo de educación mínimo 6 meses (modificación de hábitos y estilos de vida).
 - Perspectivas de cirugía bariátrica y de cirugía plástica.
 - Entrega de información explícita, escrita.
 - Indicar balón intragástrico si es necesario.



- Solicitar ecocardiografía y valoración función pulmonar.

- En el seguimiento posquirúrgico:

- Seguimiento nutricional: 1, 3, 6, 18, 24, 36, 48 y 60 meses.

2.2.2. Psiquiatría

- Valoración e información de la necesidad de modificación de estilos de vida que la intervención quirúrgica implica.
- Descartar presencia de cualquier afección que pueda dificultar el éxito del proceso y tratarla si es posible.
- Descartar cualquier afección que contraindique la intervención:

1. Absolutas:

- Alcoholismo y drogodependencia.
- Trastorno grave de la personalidad.
- Psicosis activa.
- Trastornos graves de la conducta alimentaria (bulimia).

2. Relativas:

- Trastornos distímicos.
- Entorno familiar claramente desfavorable.
- Vómitos psicógenos.
- Oligofrenia.
- Trastorno por atracón.
- Hiperfagia en otros trastornos mentales.

2.2.3. Consulta externas de Cirugía General

Antes de la intervención:

- 1.^a visita:

- Inicio de información y valorar el grado de conocimiento del procedimiento, entregando documento de consentimiento informado (CI) para su lectura, en domicilio.
- Realizar *historia clínica*.

- Recomendar acudir con *familiar directo* en la siguiente revisión (caso de acudir solo).

- Solicitar: Ecografía abdominal y radiografía de tórax. En mujeres, además, ecografía mamaria y ginecológica.

- 2.^a visita:

- *Información* más detallada (procedimiento) y dudas, para la firma de *consentimiento informado*.

- Solicitar:

- Endoscopia digestiva alta (especificando motivo de la misma, con vista a priorizar citación).

- Preoperatorio con hoja de interconsulta a anestesia.

- Inclusión en lista de espera quirúrgica (LEQ).

- 3.^a visita:

- Vuelta de anestesia y juicio clínico si nada lo contraindica.

- Firma del consentimiento informado, con testigo.



– Valoración de erradicación de *Helicobacter Pylori*.

– En su caso, derivar para colocación de prótesis balón intragástrico, posponiendo LEQ.

En el seguimiento posquirúrgico:

• 1.^{er} mes:

– Verificar cita de Endocrino y controles de otras especialidades, si procede.

– Control de heridas.

– Tolerancia a dietas (no carnes en 6 semanas, ni dulces y 1.000 cal 4-5 semanas).

• 3.^{er} mes:

– Control de peso y posibles náuseas, vómitos y sensación de disfagia, con petición de pruebas complementarias (transito esófago-gastro-duodenal, endoscopia, ecografía, etc.), si proceden.

• 6.^o mes:

– Igual que en el 3.^{er} mes.

• 12, 18 y 24 meses:

– Igual que en el 3.^o y 6.^o mes.

– Plantear corrección de "faldón abdominal".

• Posteriormente:

– Seguimiento anual hasta 5 años.

** *Valorar grado de satisfacción del procedimiento, a lo largo del seguimiento (encuestas tipo Moorehead).*

2.2.4. Consulta externas de Digestivo

Realización de endoscopia alta para:

• Investigación de patología gástrica benigna subsidiaria de tratamiento médico previo.

• Investigación de *Helicobacter pylori* y erradicación si procede.

• Descartar posible patología maligna o potencialmente maligna que pueda sentar indicación de resección del remanente gástrico.

Circuito-proceso para:

• Colocación de prótesis balón intragástrica (previa valoración por Endocrino y Cirugía general).

2.2.5. Radiología

• Eco abdominal y radiografía de tórax en todos los pacientes.

• En mujeres, además, ecografía mamaria y ginecológica.

2.2.6. Anestesia

• Habitualmente los pacientes pasan dos veces por consulta antes del visto bueno para la intervención debido a la generación de hojas de interconsulta.

• Además, se reevalúan al ingreso, el día antes de la cirugía, y se ultiman órdenes a enfermería, tanto de planta como de quirófano para la preparación de este.

• Valoración anestésica, descartando contraindicaciones anestésicas.

• Interconsultas a otras especialidades según requerimientos:



- Valoración por cardiología, si cardiopatía, realizándose ecocardiografía (en nuestro hospital) a todos los pacientes.
 - Ecocardiografía.
- Valoración por neumología: función respiratoria, si IMC > 50 o < 50 con síntomas o signos respiratorio.
 - Evaluación metabólica y digestiva.
 - Evaluación de los accesos venosos:
 - Premedicación.
 - Información y obtención del CI.
- Valoración por rehabilitación, ante patología severa osteomuscular y necesidad de fisioterapia previa a la cirugía.
- Historia clínica completa, incidiendo en las patologías asociadas más frecuentes en estos pacientes, por aparatos:
 - *Función respiratoria:*
 - Interrogatorio dirigido a buscar un síndrome de hipoventilación-obesidad, síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), obstrucción de la vía aérea superior.
 - Examen clínico para buscar y cuantificar el grado de intolerancia al esfuerzo, la presencia de disnea, la tolerancia al decúbito.
 - Pruebas complementarias: radiografía simple de tórax, gasometría arterial, pruebas de función pulmonar y respiratoria.
 - Completar estudio SAOS, si procede.
 - Vía aérea superior.
 - *Función cardiovascular:*
 - Descartar disfunción ventricular. Evaluar alteraciones que empeoran el pronóstico.

2.2.7. Ingreso e intervención quirúrgica (vía clínica)

Con el fin de reducir la variabilidad en la práctica clínica y ofrecer a nuestros pacientes un tratamiento estandarizado y basado en la mejor evidencia disponible, desarrollamos una vía clínica para el manejo intrahospitalario del proceso quirúrgico, que permite el seguimiento clínico-asistencial del proceso desde el ingreso del paciente, el día antes de la cirugía, hasta el alta hospitalaria. Fue implantada definitivamente en 2005 (Tabla 1) e incluye los siguientes documentos y aclaraciones:

- a) Inclusión en la vía clínica del bypass gástrico laparoscópico:
 - Criterios de inclusión:
 - a) Pacientes diagnosticados de obesidad mórbida (OM).
 - b) Con indicación de cirugía.
 - c) Incluidos en el programa de OM de nuestro hospital.
 - Criterios de exclusión:
 - a) Contraindicación quirúrgica.
 - b) Reversión a laparotomía.
 - c) Cirugía concomitante asociada.



Tabla 1. Matriz temporal

Actividades diarias	Día 1. Admisión Planta	Día 2. Operación Planta	Día 2. Operación Quirolano	Día 2. Operación UCI (24h)	Día 3. UCI (1.º postoperatorio)	Día 4. Planta (2.º postoperatorio)	Día 5. Alta planta (3.º postoperatorio)
Cuidados de enfermería	Admisión en planta (8 am) Recepción y plan de cuidados Tensión arterial y temperatura. Valoración (circulación, oxigenación, vitalidad). Preoperatorio Consentimiento informado Medicación habitual Protocolo preoperatorio	Plan de cuidados de enfermería: Resurado zona quirúrgica Lavado y limpieza de zona quirúrgica TA/Temp.	Plan de cuidados de enfermería: Valoración preparación preoperatoria. Profiliaxis ATB y TE	Plan de cuidados de enfermería: FC/TA/15 m. PVC/Diuresis (drenaje)/8h Asegurar analgesia Resp-flow	Plan de cuidados de enfermería: FC/TA/8 h PVC/Diuresis (drenaje)/8h Resp-flow	Plan de cuidados de enfermería: FC/TA/8 h PVC/Diuresis (drenaje)/8h Resp-flow Cuidar sonda vesical	Plan de cuidados de enfermería: FC/TA/8 h Diuresis & drenaje/8 h Resp-flow
Tratamientos e intervenciones Médicas			Anestesia: Manejo anestésico y post-anestésico Cirujano: Operación Protocolo quirúrgico	Cirujano: Exploración y tratamiento Hemograma & Iones	Cirujano: Exploración y tratamiento	Cirujano: Exploración y tratamiento Cuidar drenaje	Cirujano: Exploración y tratamiento Cuidar drenaje
Medicación	Administración de medicación prescrita en hoja de anestesia Orbitals 1 a las 11 pm. - IMC 40-49,9 Kg/m2 40 mg subcutáneo de Enoxaparina (20h) - IMC > 50 Kg/m2 60 mg subcutáneo Enoxaparina (20 h)		Profiliaxis ATB Medicación	Fluidos Enoxaparina (20 h) Omeprazol/8 h	Fluidos Enoxaparina (20 h) Omeprazol/8 h Profiliaxis ATB Nidocil 1 cap/6h (Si alergia, Pro-efferalgan 2 g/6h IV) Primeran 1 cap. IV/8 h	Fluidos Enoxaparina (20 h) Omeprazol/8 h Nidocil 1 caps/6 h (Si alergia, Pro-efferalgan 2 g/6 h IV)	Fluidos Enoxaparina (20 h) Omeprazol/8 h Nidocil 1 cap/6 h (Si alergia, Pro-efferalgan 2 g/6 h IV)
Pruebas				Hemograma & Iones/6 h	Hemograma & Iones	Unidad de Nutrición	
Actividad	Habitual y resp-flow			Reposo en cama y progresiva movilización (llevar a sillón aprox. 12 h después de la operación)	Reposo en cama elevada y movilización progresiva	Movilización progresiva	Desambulación y aseo personal
Dieta	Dieta habitual Ayuno 8 h antes de la operación	Dieta absoluta (DA)	DA	DA	DA	Tolerancia oral	Dieta líquida postcirugía bariátrica
Información	Cumplimentación del protocolo de bienestar, información sobre proceso, servicio y estancia al paciente. Entrega de documento gráfico sobre vía clínica		Información sobre la intervención	Información al paciente y/o familiares	Información al paciente y/o familiares	Información al paciente y/o familiares Informar del posible alta al día siguiente	Información al paciente y/o familiares Encuesta de satisfacción
Criterios							Criterios de alta: no fiebre, herida quirúrgica bien. Dolor controlado. Tolerancia oral



b) Protocolo de cuidados postquirúrgicos inmediatos:

- Inicio de la tolerancia oral 36 h después de la cirugía.
- Sedestación 6 horas después de la cirugía.
- Régimen analgésico y antiemético.

c) Protocolo de profilaxis tromboembólica:

- IMC: 40-49,9 Kg/m²: 40 mg sc heparina de bajo peso molecular (HBPM)/12 h antes de la cirugía y cada 24 h tras la misma.
- IMC: > 50 Kg/m²: 60 mg sc HBPM/12 h antes de la cirugía y cada 24 h tras la misma.

d) Criterios alta:

- Dolor controlado con analgesia.
- Heridas bien.
- Tolerancia oral y tránsito intestinal.
- Ausencia complicaciones mayores.

e) Documentos principales:

- Matriz temporal: Incluye la secuencia de eventos médicos, enfermeros, actividad física, dieta e información a pacientes y familiares.
- Documento gráfico de información a familiares y pacientes.
- Hoja de variaciones: Se recogen las desviaciones de la matriz temporal y su solución.

- Indicador de resultados: En ella se especifican los estándares mínimos exigidos para evaluar la vía clínica.

- Plan de cuidados de enfermería.

- Encuesta de satisfacción: Refleja el grado de calidad percibida en relación con cuidados en salud, trato personal e información recibida.

Resultados

Desde el inicio del proyecto hemos obtenido los siguientes resultados:

- 1) Reducción del 50% en los tiempos de demora desde atención primaria;
- 2) mayor incidencia de diagnóstico y tratamiento de la OM;
- 3) reducción significativa de la estancia media postoperatoria (5,14 días frente a 7,95 días) y reducción de 196 estancias globalmente;
- 4) reducción significativa del coste por proceso (4.532 euros postvía clínica frente a 5.270 euros antes de la vía clínica);
- 5) 71,4% de los pacientes incluidos en la vía clínica han cumplido con la estancia postoperatoria;
- 6) 93% de los pacientes están satisfechos con la atención recibida;
- 7) cumplimiento de todos los estándares de eficacia del tratamiento de la OM;
- 8) mejora en el sistema de información al paciente y al médico de atención primaria;
- 9) buenos resultados en cuanto a pérdida ponderal de los pacientes, con un 60% de porcentaje de sobrepeso perdido;
- 10) 87% de los pacientes operados se sienten mejor y desarrollan más actividades sociales, sexuales y laborales;
- 12) ahorro global en el coste del proceso (coste ahorrable) de 51.660 euros.



Resultados de la autoevaluación de la gestión integral de nuestra unidad de cirugía bariátrica según el modelo de calidad EFQM

Tras completar el proceso de autoevaluación de la gestión de nuestra unidad por los cinco componentes de la misma, utilizando la aplicación informática "Evalexpress", obtuvimos una puntuación global de 520 puntos. En nuestro caso particular, en base a los resultados obtenidos podemos establecer tres áreas:

Área excelente (con una puntuación mayor de 70), en la que incluimos:

- Criterio 5: Nuestra capacidad para diseñar, gestionar y mejorar la organización de nuestros procesos asistenciales, con el fin de generar cada vez más valor tanto para los clientes como globalmente se encuentra en un estado óptimo, aunque siempre es mejorable.
- Criterio 7: Como se desprende de estos resultados el grado de satisfacción de nuestros profesionales hacia el trabajo que estamos desarrollando es más que aceptable.
- Criterio 9: Demuestra que el rendimiento de nuestra unidad en cuanto a indicadores económicos se refiere es muy favorable.

Área estable (con una puntuación entre 50 y 70), en la que incluimos:

- Criterio 3: Nuestra unidad gestiona el conocimiento científico-técnico, las estrategias para mejorar la eficiencia de recursos humanos, la autonomía y la adquisición de responsabilidades entre sus miembros de forma muy favorable.

- Criterio 6: Hace referencia a la medida de los resultados que obtenemos en relación con nuestros clientes (pacientes), y por tanto al "eje central" de nuestra actividad. De esta evaluación deducimos que nuestros resultados en cuanto al paciente son buenos, pero existen puntos fuertes y áreas de mejora que nos pueden ayudar a optimizarlos.

Áreas de mejora (con una puntuación menos 50), en la que incluimos:

- Criterio 1: Es prioritario para nuestra unidad que los directivos de nuestra organización se impliquen de forma personal para contribuir al dinamismo de nuestra actividad.
- Criterio 2: Este punto también hace referencia a los planes y estrategias que la organización-dirección debe implantar para el correcto desarrollo de las unidades a largo plazo.
- Criterio 4: La escasa planificación y gestión de nuevos recursos, equipos, materiales, etc., por parte de nuestros gestores queda reflejada en la puntuación tan baja recibida para este criterio.
- Criterio 8: Hace referencia al impacto de nuestra organización en la sociedad, pero desde una perspectiva no técnica, ni en relación con su actividad directa, y es en este punto donde tenemos el área de mejora más importante.

Discusión

La obesidad mórbida está aumentando su prevalencia e incidencia, suponiendo la segunda causa de mortalidad prevenible tras el hábito tabáquico.



Tabla 2. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad para la práctica correcta de la cirugía bariátrica (Declaración de Salamanca)

Requisitos para cirugía bariátrica	Cumplimiento por nuestra unidad	Documentos acreditativos
Equipo multidisciplinar y UCI/REA Al menos 24 horas	Si	Vía clínica bypass gástrico laparoscópico.
Circuito perioperatorio definido Por escrito	Si	Memoria de la Unidad Funcional de Cirugía bariátrica. Flujograma.
Equipamiento, material e instrumental adaptado a las necesidades del paciente obeso mórbido	Si	Informes material quirúrgico y comisión nuevas tecnologías (material laparoscópico específico y mesa de quirófano especial).
Volumen suficiente de actividad	Si	Partes de quirófano (1-2 pacientes/semana).
Producción académica (comunicaciones, publicaciones, cursos) y capacidad docente	Si	5 comunicaciones al Congreso Nacional de Obesidad Mórbida (Getafe 2007). 4 comunicaciones al Congreso Internacional de Obesidad Mórbida (Cancún 2007). 1 Comunicación al Congreso Nacional de Cirugía. 1 Artículo aceptado para publicar en <i>Obesity Surgery</i> (2008). Docencia de pregrado, postgrado especializada (MIR) y de unidades que quieren empezar con la cirugía bariátrica dentro de la región de Murcia.
Resultados adecuados en cuanto a seguridad y efectividad (*técnica ideal*)	Si	Resultados vía clínica en cuanto a efectividad, seguridad y calidad percibida por el paciente. Indicadores de pérdida ponderal, centrados en el paciente y de efectividad clínica.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; REA: Reanimación postquirúrgica.

Además, existe una demanda creciente por parte de los enfermos y la sociedad y un aumento del número de intervenciones realizadas, con la consiguiente sobrecarga potencial de los servicios sanitarios, la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO), en el curso de su 6.^a Asamblea General celebrada en Salamanca el día 3 de septiembre de 2003, propuso una serie de recomendaciones como marco de referencia para la buena práctica de la cirugía bariátrica en nuestro país¹⁶. Estas recomendaciones se resumen en la tabla 2, en la que podemos ver que nuestra unidad cumple todos los requisitos propuestos, incluidos los relacionados con la difusión científica de los resultados y actividades que se desarrollan en

nuestro centro de trabajo. Por tanto, consideramos que nuestro trabajo está avalado, desde el punto de vista científico-técnico, por uno de los organismos más importantes a nivel nacional (SECO) en este ámbito de la cirugía.

En cuanto a la autoevaluación EFQM podemos decir que ha sido muy favorable, si consideramos que las mejores empresas europeas son aquellas que obtienen puntuaciones entre 600 y 700 y que una empresa está muy bien considerada si supera los 400 puntos. Sin embargo, la puntuación no es lo más importante, lo fundamental es que esta medición nos permite conocer el punto de partida en el que nos encontramos, los puntos fuertes que es necesari-



rio consolidar y mantener, y permite identificar y priorizar las áreas de mejora dentro de nuestro sistema. Por tanto, tras esta autoevaluación podemos concluir que, aunque estamos en una buena situación de partida, nos queda mucho por hacer, tanto para mantener los puntos fuertes (clientes, resultados, procesos y satisfacción), como para mejorar la implicación y la dinámica de los gerentes y directivos, con la finalidad de consolidar y tender a la excelencia a largo plazo de un proyecto que surgió por iniciativa personal de un grupo de profesionales altamente comprometidos con su trabajo y muy motivados.

Conclusiones

- 1.º La elaboración, implantación y seguimiento de un programa de tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida coordinado tanto entre los niveles de atención primaria y especializada como, sobre todo, entre los diferentes actores hospitalarios del proceso, determinan un enriquecimiento del conocimiento, mejores resultados clínicos y mayor satisfacción por parte del paciente.
- 2.º Disponer de datos de partida ("medir todo lo medible") permite la comparación con otros estándares y así posibilita la mejora continua del proceso.
- 3.º Como hemos podido observar en el proceso obesidad mórbida, la detección de pequeñas oportunidades de mejora y la suma coordinada de estos esfuerzos mejora el resultado del proceso asistencial de forma significativa, contribuyendo a la eficiencia y excelencia del sistema sanitario y al aumento de la calidad asistencial percibida por el paciente.
- 4.º La autoevaluación con el modelo de gestión EFQM supone una herramienta muy útil para detectar la visión que tenemos los profesionales implicados en un proceso sobre el mismo, así como para facilitar la búsqueda continua de áreas de mejora.

Agradecimientos

A José María Bru, Nicolau Albuquerque, Bariatric Edge y al Karolinska Institutet de Estocolmo por el apoyo prestado y la confianza depositada en nuestra Unidad de Cirugía Bariátrica.

Bibliografía

1. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Technical series 894. Geneva: WHO; 2000.
2. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint FAO/WHO Expert consultation. WHO Technical report series 916. WHO: Geneva; 2003.
3. Hu G, Tuomilehto J, Silventoinen K, et al. The effects of physical activity and body mass index on cardiovascular, cancer and all-cause mortality among 47 212 middle-aged Finnish men and women. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2005;29:894-902.
4. Key TJ, Schatzkin A, Willet WC, et al. Diet, nutrition and the prevention of cancer. *Public Health Nutr*. 2004;7: 187-200.
5. www.who.int/topics/obesity/en (consultada el 10/08/2007).
6. Aranceta-Bartrina J, Serra-Majem L, Foz-Sala M, et al. Prevalencia de obe-



- idad en España. *Med Clin (Barc)*. 2005;125(12):460-6.
7. www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-sp.pdf (consultado el 10/08/2007).
 8. Buchwald H, Avidor Y, Sampalis JS, et al. Bariatric surgery. A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2004;292:1724-37.
 9. Christou NV, Sampalis JS, Liberman M, et al. Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidly obese patients. *Annals of Surgery*. 2004;240:3:416-424.
 10. American Society for Bariatric Surgery. Rationale for the surgical treatment of morbid obesity [consultado el 10/08/2007]. Disponible en www.asbs.org/html/ration.html
 11. Lyznicki J, Young D, Riggs J, et al. Obesity: assesment and management in primary care.
 12. Presutti R, Gorman R, Swain J. Concise Review for Clinicians. Primary care perspective on bariatric surgery. *Mayo Clin Proc*. 2004;79(9): 1158-66.
 13. Sjoström L, Lindroos A, Peltonen M, et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factor in 10 years after bariatric surgery. *New England Journal of Medicine*. 2004; 23:2683-94.
 14. Elder KA, Wolfe BM. Bariatric surgery: a review of procedures and outcomes. *Gastroenterology*. 2007; 132 (6):2253-71.
 15. Salameh JR. Bariatric surgery: past and present. *Am J Med Sci*. 2006;331 (4):194-200.
 16. Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica (Declaración de Salamanca). *Cir Esp*. 2004;75:312-4.