



# CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



## Editorial

### Las sociedades científicas y la impericia: programa de formación en cirugía bariátrica

### The scientific societies and the lack of skills: a training programme in bariatric surgery

Los aspectos médico-legales de nuestra profesión como cirujanos no parecen prioritarios en nuestra práctica diaria; sin embargo, las demandas por negligencia son cada vez más frecuentes como se puso de manifiesto en la mesa del 29 Congreso Nacional de Cirugía titulada «Aspectos médico-legales de la cirugía bariátrica», en la que participaron 2 letrados con gran experiencia. También se evidenció la necesidad de que las sociedades científicas (SC) se impliquen en una serie de actividades para proporcionar una adecuada formación a sus asociados con el fin de que se reduzcan los efectos adversos secundarios a las actuaciones médicas o quirúrgicas<sup>1</sup>.

Un Juez puede valorar no solo si el médico incurrió en delito o falta, o si utilizó los medios necesarios, sino que también puede responsabilizar al facultativo si aprecia «pérdida de oportunidad»: nuevo concepto jurídico que puede entenderse como aquel retraso en el diagnóstico o en la cirugía que priva al paciente de un acto médico que, al no aplicarse oportunamente, causa daño o lesión<sup>2</sup>.

La Asociación Médica Mundial recomienda una política apropiada de formación para médicos con conocimientos insuficientes incluyendo la limitación del ejercicio profesional hasta que las carencias sean corregidas<sup>1</sup>. En España las SC no puede impedir el ejercicio de la profesión a un medico pero sí que pueden desarrollar programas de formación para sus asociados.

En un programa de formación, el primer paso debería ser determinar cuáles son los conocimientos, las habilidades y capacidades necesarias para tratar un proceso patológico o realizar ciertos procedimientos quirúrgicos. En el caso de la cirugía bariátrica (CB) es bien conocida la existencia de una larga curva de aprendizaje (> 100 casos) durante la cual la morbimortalidad es más elevada y en algunos casos inadmisibles<sup>3,4,5,6</sup>. Los obesos mórbidos son unos pacientes complejos, que suelen asociar comorbilidades severas que pueden comprometer su evolución en el postoperatorio y requieren un equipo multidisciplinar con el fin de optimizar los

resultados de la CB<sup>7</sup>. Además, las técnicas de CB laparoscópica, especialmente las mixtas o malabsortivas, requieren la realización de suturas intracorpóreas, con la dificultad añadida del grosor excesivo de la pared abdominal, la hepatomegalia y el gran volumen de grasa intraabdominal.

Las SC internacionales de CB (IFSO, ASBS...) han reiterado su preocupación por el mantenimiento de los estándares de calidad y seguridad de la CB publicando las normas para la seguridad de los procedimientos especificando tanto los estándares de estructura (unidades de cuidados intensivos, camillas, banco de sangre...), la formación y experiencia del cirujano, como los estándares de calidad del proceso<sup>8,9</sup>. Por otra parte, está demostrado que una adecuada formación puede evitar los malos resultados asociados a la curva de aprendizaje<sup>10,11,12,13</sup>.

En nuestro país, la Asociación Española de Cirujanos (AEC) a través de su Sección de Obesidad Mórbida y la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas (SECO) han colaborado para la elaboración de un Programa de Formación en CB estableciendo los requisitos que debe cumplir un cirujano para la obtención del diploma de competencia de dicho Programa de Formación. El programa se inició en 2009 y consta de 5 fases que incluyen conocimientos teóricos, prácticos y experiencia profesional tutelada. La parte teórica se ha desarrollado en el campus virtual de la AEC mediante el curso «Fundamentos en cirugía bariátrica y metabólica». Entre los contenidos del curso hay temas relacionados con la obesidad, las comorbilidades asociadas, el equipo multidisciplinar, la optimización del obeso mórbido, las opciones técnicas que se pueden aplicar con sus ventajas e inconvenientes, el manejo de las complicaciones postoperatorias y el seguimiento a largo plazo con la prevención de las posibles secuelas; así como una introducción a la cirugía metabólica. En la elaboración del temario y los vídeos han colaborado de forma desinteresada más de 100 profesionales sanitarios dedicados al tratamiento multidisciplinar del obeso mórbido, entre ellos

un gran número de cirujanos. Las 3 ediciones del curso organizadas entre 2009 y 2012 han conseguido un elevado rango de créditos de Formación Continuada (19-27 créditos) y han tenido con una gran acogida por parte de los socios de la AEC con más de 600 alumnos inscritos.

En cuanto a la formación práctica y adquisición de habilidades, la SECO ha cumplimentado otras 4 fases. La fase II, realizada por 110 cirujanos, es la más cara pues incluye cursos de cirugía en modelo porcino en los que los alumnos realizan bypass gástrico laparoscópico<sup>14</sup>. La fase III consiste en un curso en el que se realizan varias intervenciones en directo comentadas por expertos; más de 400 cirujanos han asistido a estos cursos en diversos puntos geográficos en los últimos 3 años. La fase IV supone una estancia mínima de 2 meses en un centro docente que debe cumplir una serie de requisitos. Durante dicha estancia se debe asistir al menos a 12 procedimientos de CB, participar en la asistencia a los pacientes hospitalizados y en consulta. La fase V requiere la asignación de un tutor<sup>15</sup>, la elaboración de un protocolo de tratamiento de la obesidad mórbida y la realización de 40 intervenciones como cirujano principal.

La SECO y la Sección de Obesidad de la AEC han establecido también unos requisitos mínimos para que puedan solicitar el diploma los cirujanos bariátricos ya en activo. Entre dichos requisitos se exige haber realizado más de 100 procedimientos de CB, un mínimo de 5 años de experiencia en este campo, realizar al menos 20 intervenciones anuales y participar activamente en cursos y congresos.

En el año 2012 se abrió el período para la solicitud de los diplomas de competencia de este Programa de Formación en CB y ya se han entregado 52. Este diploma facilita al cirujano bariátrico justificar, ante quien sea necesario, que ha recibido una formación adecuada avalada por la SECO y la AEC, y abre un camino en el que las SC contribuyen a mejorar la calidad y la seguridad de la CB realizada en nuestro país.

## BIBLIOGRAFÍA

- Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Negligencia. Adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial Marbella, España, Septiembre de 1992.
- De Lorenzo Montero R. La responsabilidad legal del profesional sanitario. Madrid: Asociación Española de Derecho Sanitario. 2000.
- Hsu GP, Morton JM, Jin L, Safadi BY, Satterwhite TS, Curet MJ. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: differences in outcome between attendings and assistants of different training backgrounds. *Obes Surg.* 2005;15:1104-10.
- Oliak D, Ballantyne GH, Weber P, Wasielewski A, Davies RJ, Schmidt HJ. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: defining the learning curve. *Surg Endosc.* 2003;17:405-8.
- Schauer P, Ikramuddin S, Hamad G, Gourash W. The learning curve for laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass is 100 cases. *Surg Endosc.* 2003;17:212-5.
- Lublin M, Lyass S, Lahmann B, Cunneen SA, Khalili TM, Elashoff JD, et al. Leveling the learning curve for laparoscopic bariatric surgery. *Surg Endosc.* 2005;19:845-8.
- Alvarez A, Brodsky J, Lemmens HJ, Morton JM. *Morbid obesity: peri-operative management*, 2nd ed. New York: Cambridge University Press. 2010.
- ASBS Bariatric Training Committee. American Society for Bariatric Surgery's guidelines for granting privileges in bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2006;2:65-7.
- Melissas J, IFSO guidelines for safety, quality, and excellence in bariatric surgery. *Obes Surg.* 2008;18:497-500.
- Ali MR, Tichansky DS, Kothari SN, McBride CL, Fernandez AZ Jr, Sugerman HJ, et al. Validation that a 1-year fellowship in minimally invasive and bariatric surgery can eliminate the learning curve for laparoscopic gastric bypass. *Surg Endosc.* 2010;24:138-44.
- Kothari SN, Boyd WC, Lambert PJ, Mathiason MA. Can an advanced laparoscopic fellowship program be established without compromising the center's outcomes? *Surg Innov.* 2008;5:317-20.
- Breaux JA, Kennedy CI, Richardson WS. Advanced laparoscopic skills decrease the learning curve for laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Endosc.* 2007;21:985-8.
- Sánchez-Santos R, Estévez S, Tomé C, González S, Brox A, Nicolás R, et al. Training programs influence in the learning curve of laparoscopic gastric bypass for morbid obesity: a systematic review. *Obes Surg.* 2012;22:34-41.
- Aggarwal R, Boza C, Hance J, Leong J, Lacy A, Darzi A. Skills acquisition for laparoscopic gastric bypass in the training laboratory: an innovative approach. *Obes Surg.* 2007;17:19-27.
- Abu-Hilal M, Vanden Bossche M, Bailey IS, Harb A, Sutherland R, Sansome AJ, et al. A two-consultant approach is a safe and efficient strategy to adopt during the learning curve for laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: our results in the first 100 procedures. *Obes Surg.* 2007;17:742-6.

Raquel Sánchez-Santos<sup>a,\*</sup> y Juan Carlos Ruiz de Adana<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Secretaría de la Sección de Obesidad Mórbida, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España

<sup>b</sup>Hospital de Getafe, Coordinador de la Sección de Obesidad Mórbida, Hospital de Getafe, Getafe, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [raquelsanchezsantos@gmail.com](mailto:raquelsanchezsantos@gmail.com)

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.02.002>