

La cirugía frente a la epidemia del siglo XXI

Desde hace varios años, en España se vienen realizando técnicas de cirugía bariátrica. Sin embargo, a finales de los noventa y principios de 2000 esta cirugía ha adquirido dimensiones espectaculares. Esto, a mi juicio, es debido a varias razones.

En primer lugar, al incremento de la obesidad. En los países desarrollados, la obesidad es una enfermedad que presenta caracteres epidémicos. Así, en Estados Unidos se constata una prevalencia de obesidad del 22,9% en el período 1991-1998, que asciende al 30,5% en 1999-2000. En obesidad mórbida el incremento es significativo: del 2,9 al 4,7% (NHANES).

En España, si bien la situación no llega a esas cifras tan alarmantes, los estudios llevados a cabo reflejan un problema sanitario preocupante. Según el estudio SEEDO'2000 la prevalencia de obesidad en la población española es del 14,5% (el 13,3% en varones y el 15,7% en mujeres); además, un 0,48% de la población se encuentra en rango de obesidad mórbida y se constata un incremento progresivo.

Por otro lado, debe señalarse la concienciación en el ambiente sanitario de que la obesidad "es una enfermedad" a la que se asocian enfermedades cardiovasculares, endocrinometabólicas, respiratorias, síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), articulares y psicológicas, entre otras, o las origina, y que sólo la pérdida de peso puede mejorar la calidad de vida de estos pacientes, hasta ahora considerados "culpables" de su situación.

La evidencia de que el tratamiento médico (dietético, conductual y/o farmacológico) no consigue, a largo plazo, una pérdida del sobrepeso significativa y mantenida, así como los resultados espectaculares a corto plazo con cualquier técnica quirúrgica, han llevado a la irrupción de la cirugía bariátrica en el tratamiento de la obesidad, con incrementos en la actividad superiores al 50% entre los años 2000 y 2001 en España, como refleja la encuesta de actividad realizada por la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO, 2002).

Si bien es cierto que este incremento de la obesidad y de la cirugía bariátrica ha sido generalizado, es un hecho llamativo el diferente grado de implantación y aplicación de las técnicas existentes en los distintos países. Tanto en Estados Unidos como en España, tras el fracaso inicial de los *bypasses* yeyunoileales en la década de los sesenta, se inició en los ochenta la era de las técnicas restrictivas (gastroplastia de Mason y sus variantes), con menos riesgos que las derivaciones yeyunoileales, pero

con escasos resultados en cuanto al mantenimiento en la pérdida de peso y, sobre todo, con mala calidad de vida por la presencia constante de vómitos. Esto condujo a la gran mayoría de los grupos quirúrgicos a buscar técnicas que mejoraran la efectividad en el mantenimiento del sobrepeso perdido sin el inconveniente de los vómitos. Así, a finales de los noventa el *bypass* gástrico y las técnicas malabsortivas (derivación biliopancreática de Scopinaro y cruce duodenal) fueron las predominantes, hasta la irrupción de la laparoscopia, momento en el que vuelven a tener auge las técnicas restrictivas (en particular, las bandas), quizá por su fácil realización. Es especialmente llamativa su implantación en Europa central, donde "las bandas" son con mucho la práctica más habitual.

La pregunta que surge es la siguiente: si las técnicas restrictivas en nuestro medio demostraron poca efectividad en el mantenimiento de la pérdida de peso a 5 años, con fracasos próximos al 50%, ¿por qué en países de nuestro entorno es una práctica habitual? ¿Son pacientes distintos o se realiza una selección previa? Aun más, hoy por hoy deberíamos preguntarnos si hay algún lugar para la cirugía puramente restrictiva o, dicho de otra forma, ¿podría beneficiarse de técnicas menos agresivas alguno de nuestros pacientes?

En esta vorágine, a mi juicio, hay que poner un poco de orden, ya que la obesidad es una enfermedad incurable, los pacientes son muy complejos y la mayoría de las veces con comorbilidades importantes, se trata de cirugía mayor con morbimortalidad no despreciable y obliga a quien la practica a entender la fisiología de la pérdida de peso de cada técnica quirúrgica, sin olvidarnos de que es una cirugía funcional, lo que conlleva un necesario seguimiento de por vida.

Todo lo anterior exige que el tratamiento de estos pacientes sea multidisciplinario, incluyendo a endocrinólogos-nutricionistas y psicólogos, en cuanto a la selección de los candidatos a la cirugía, especialistas que valoren, ajusten y optimicen las condiciones cardiorrespiratorias del paciente (enfermedad cardiovascular, SAOS, etc.), anestesiastas, cirujanos e intensivistas en el perioperatorio. Además, a largo plazo, es necesario prevenir y controlar sobre todo los déficit vitamínicos o de minerales, la malnutrición, el apoyo psicológico, etc.

En este contexto, desde las sociedades científicas tenemos la obligación de proponer una serie de recomendaciones que lleven a una buena práctica clínica, lo que incluye la selección de pacientes, el tratamiento pre, per y postoperatorio, y el seguimiento a largo plazo. Por su-

puesto, no nos es ajeno que el aprendizaje de estas técnicas es tarea de todos para que la introducción de esta práctica sea lo menos traumática posible, particularmente cuando su realización por vía laparoscópica la hace especialmente atractiva.

Sin embargo, puede resultar llamativo que seamos los cirujanos los que estemos en primera línea frente a esta epidemia. ¿Una epidemia tratada con cirugía? Las medidas preventivas para la población general son responsabilidad de las autoridades sanitarias, pero la obesidad es una enfermedad crónica, invalidante y con un alto coste, y el tratamiento médico se muestra inefectivo ante el paciente individual, por lo que resulta paradójico que la única esperanza para la solución de este problema seamos los cirujanos. Aunque el número de pacientes con obesidad extrema que requiere cirugía bariátrica sea únicamente del 1%, se generarán muchas más intervenciones. Hay que tener en cuenta que estos casos no se solucionan con la primera intervención y pueden ser necesarias varias (cirugía de revisión, plástica...), además de un importante número de consultas. Esto será un reto para las autoridades sanitarias, en general, y los gerentes de hospitales, en particular, en cuanto al manejo de los recursos. Esta práctica obligará a los responsables de los ser-

vicios de cirugía a llevar a cabo una gestión dificultosa pero necesaria de los pacientes: las listas de espera, ya incontrolables en la actualidad en muchos servicios, obligarán a priorizar a qué pacientes debe intervenir primero. ¿Son (somos) conscientes las autoridades sanitarias del problema que se les (nos) viene encima?

Desde la SECO y, más recientemente, desde la Sección de Obesidad Mórbida de la Asociación Española de Cirujanos venimos trabajando para intentar que la práctica de esta actividad sea lo más seria posible: temas como la acreditación del cirujano bariátrico, la formación previa al inicio de un programa, la corresponsabilidad médico-paciente, el consentimiento informado, la priorización en listas de espera, entre otros, son debates actuales abiertos y en esta dirección está el encargo por la AEC de este número monográfico, que esperamos que pueda ser de utilidad para la práctica de esta cirugía, no sólo por los temas que se tratan si no también porque los autores son profesionales con contrastada experiencia.

Cándido Martínez-Blázquez

Presidente de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO). Coordinador de la Sección de Cirugía de la Obesidad de la AEC.