

Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica (Declaración de Salamanca)

La obesidad mórbida es una condición crónica, incurable y de tendencia epidémica en los países industrializados, con una prevalencia del 0,5% de los adultos en España y que tiende a duplicarse cada 5 a 10 años. Se asocia a una serie de comorbilidades, entre las que destacan la enfermedad coronaria, la hiperlipemia, la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial (HTA), los trastornos del sueño y la osteoartropatía de extremidades de carga, así como a una importante repercusión social y laboral. El riesgo de mortalidad se duplica a partir de un índice de masa corporal (IMC) de 35 kg/m², especialmente entre varones de 25 a 34 años de edad. Por otro lado, supone la segunda causa de mortalidad prevenible tras el hábito tabáquico.

Tras el fracaso de los métodos no quirúrgicos como la dieta, el ejercicio físico, la terapia conductual y/o el tratamiento farmacológico, la cirugía representa la única posibilidad terapéutica efectiva a largo plazo.

Debido a la demanda creciente por parte de los enfermos y al 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, propone el presente marco de referencia para la buena práctica de la cirugía bariátrica en España.

Indicaciones de la cirugía

La cirugía bariátrica puede estar indicada en pacientes con un perfil psicológico adecuado en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado, con un IMC igual o superior a 40 kg/m², o a 35 si se asocian comorbilidades mayores. Las comorbilidades menores susceptibles de mejoría con el tratamiento quirúrgico, como

la enfermedad por reflujo, la colelitiasis, la hipertensión craneal idiopática u otras, deben considerarse individualmente.

Objetivos del tratamiento quirúrgico

La cirugía bariátrica tiene como objetivo prevenir la morbimortalidad ligada a la obesidad, reducir la comorbilidad asociada y mejorar la calidad de vida, a través de una pérdida de peso suficiente y mantenida en el tiempo, y con un mínimo de complicaciones. No es necesario que el paciente alcance su peso ideal para cumplir estos objetivos.

Técnicas quirúrgicas

A medida que aumenta la complejidad de las técnicas quirúrgicas se incrementa su efectividad, así como sus complicaciones potenciales. Se considera "ideal" la técnica que beneficia a más del 75% de los pacientes a largo plazo, con una morbilidad mayor inferior al 10% y una mortalidad menor del 1%, así como con un número de revisiones o reintervenciones por debajo del 2% anual. Asimismo, la técnica ideal debe ser reproducible, proporcionar una buena calidad de vida y conllevar pocos efectos secundarios.

El *bypass* gástrico en "Y" de Roux y la derivación biliaropancreática (incluyendo la clásica de Scopinaro y el cruce duodenal) se acercan globalmente a estos criterios. Por su parte, las técnicas restrictivas deben reservarse para pacientes no golosos con IMC menores de 45 kg/m² bien informados, conscientes de las limitaciones de la técnica y de las posibilidades de conversión a otra técnica por pérdida de peso insuficiente, complicaciones y/o calidad de vida inadecuada.

La cirugía laparoscópica permite la realización de cualquiera de las técnicas citadas. Para que los beneficios derivados de este abordaje no se vean empañados por

los riesgos de la llamada curva de aprendizaje, la SECO recomienda que cada equipo desarrolle por esta vía la misma técnica que por laparotomía, aplicando las mismas indicaciones, seleccionando inicialmente los casos más favorables, previa experiencia en cirugía laparoscópica avanzada, habiendo recibido formación previa teórica y asistido en sus primeros casos por cirujanos experimentados.

Consideraciones perioperatorias

Cada centro debe definir el circuito perioperatorio, desde atención primaria hasta el especialista en endocrinología y nutrición, psiquiatría y cirugía, incluidas las interconsultas necesarias para mejorar o compensar la comorbilidad asociada con vistas a la intervención. Deben planificarse sesiones periódicas del equipo multidisciplinario de cirugía bariátrica para discutir y consensuar los casos dudosos.

El consentimiento informado es necesario en todos los casos. Sin embargo, la SECO anima a hacer evolucionar este concepto pasivo hacia un contrato médico-paciente que incluya el compromiso de seguimiento indefinido, controles establecidos y modificación de hábitos de vida.

La SECO recomienda que los pacientes obesos mórbidos que van a ser intervenidos completen un preoperatorio adaptado a la cirugía mayor, incluidos los parámetros susceptibles de modificación postoperatoria (glucemia, colesterol, lipoproteínas de alta densidad [HDL], triglicéridos, etc.), pruebas de función respiratoria, ecografía hepato-biliar y gastroscopia con determinación de *Helicobacter pylori* si la técnica incluye la exclusión gástrica. Se aconseja aplicar medidas de profilaxis antibiótica y antitromboembólica.

Cada centro debe definir igualmente sus criterios de estancia en cuidados intensivos o reanimación, pautas de alimentación y medicación postoperatoria, así como un calendario de visitas y pruebas complementarias.

Priorización de pacientes en lista de espera

Dada la demanda creciente por parte de los pacientes y la tendencia epidémica de la enfermedad, con el consiguiente alargamiento en los tiempos de espera de los pacientes candidatos a cirugía, es necesario establecer criterios de priorización basados en el grado de obesidad, comorbilidad mayor asociada, repercusión social y otros factores de riesgo.

La SECO anima a las autoridades sanitarias competentes a contribuir a la definición, la implantación y la aplicación de estos criterios dentro de las políticas sanitarias desde una óptica de utilización racional de los recursos y no discriminación de los pacientes obesos.

Registro de datos

A fin de mejorar la calidad de la atención prestada, evaluar de forma continua los resultados de la cirugía y sugerir modificaciones pertinentes, es preciso sistematizar, al

tiempo que simplificar, la recogida de datos. Además de la obligada base de datos de pacientes individuales que cada equipo debe mantener, se propone la creación de un registro mínimo de datos de carácter nacional con datos globales enviados anualmente a la SECO, que incluya:

- Número de pacientes operados, con edad, sexo, IMC medios y comorbilidad mayor asociada.
- Técnica(s) utilizada(s), incluidos tamaño del reservorio gástrico, gastrectomía o no, calibre del estoma, longitudes de asas (alimentaria, biliopancreática y común), colecistectomía sistemática o selectiva.
- Complicaciones perioperatorias: dehiscencias, hemorragias que precisan transfusión o reintervención, mortalidad, infección de la herida quirúrgica (IHQ), tromboembolia pulmonar (TEP) y complicaciones cardiopulmonares.
- Cirugía diferida: por complicaciones (eventración, colecistectomía, estenosis, úlcera anastomótica...) o pérdida de peso insuficiente.
- Evolución en la pérdida de peso, comorbilidad asociada y calidad de vida a los 2 y 5 años. Se recomienda utilizar como indicadores el porcentaje de sobrepeso perdido y el IMC medios, así como el porcentaje de pacientes que se sitúa por debajo del 50% de sobrepeso perdido y de 35 kg/m². (Nota: con los datos citados puede calcularse el % del exceso de IMC perdido.) Debe incluirse el porcentaje de pacientes seguidos a los 2 y 5 años (porcentaje de seguimiento, que debe superar el 75%).

Acreditación de centros y del cirujano bariátrico

Aunque la SECO no pretende erigirse en agencia de acreditación, se aconseja que los centros que realizan este tipo de cirugía dispongan de:

- Un equipo multidisciplinario de atención, incluido una unidad de cuidados intensivos o reanimación de al menos 24 h.
- Un circuito perioperatorio definido por escrito.
- Equipamiento, material e instrumental, adaptado a las necesidades del paciente obeso mórbido.
- Volumen suficiente de actividad.
- Producción académica (comunicaciones, publicaciones, cursos) y capacidad docente.
- Resultados adecuados en cuanto a seguridad y efectividad ("técnica ideal").

Por su parte, los cirujanos deben trabajar en equipo, ser miembros de sociedades nacionales o internacionales acreditadas y participar en reuniones nacionales o internacionales, tener un volumen mínimo de actividad al año y seguir un proceso tutorizado en sus fases iniciales.

Líneas de investigación para el futuro

Dada la variabilidad de técnicas actualmente disponibles y la escasez de estudios controlados y aleatorizados en cirugía de la obesidad, la SECO anima a sus miembros a profundizar mediante ensayos bien diseñados en las posibles respuestas a las controversias actuales, entre otras:

- ¿Qué pacientes pueden beneficiarse de la cirugía restrictiva?
- ¿Cuáles son las longitudes “ideales” (es decir, las que consiguen el mejor equilibrio entre seguridad y efectividad) de las asas de la “Y” de Roux, tanto en el *bypass* gástrico como en las derivaciones biliopancreáticas?
- ¿Cuál es la técnica de elección en el paciente superobeso?
- Estudios de seguridad (efectividad frente a complicaciones metabólicas potenciales) de la derivación biliopancreática en pacientes con IMC más bajos.

Bibliografía recomendada

- ASBS, SAGES. Guidelines for laparoscopic and open surgical treatment of morbid obesity. *Obes Surg* 2000;10:378-9.
- ASBS. Bariatric centers of excellence. *Obes Surg* 2003;13:240.
- ASBS. Guidelines for granting privileges in bariatric surgery. *Obes Surg* 2003;13:238-9.
- NIH Conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity. NIH Consensus development conference statement. *Am J Clin Nutr* 1992;55: S615-9.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)* 2000;115:587-97.