



## Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica y metabólica (Declaración de Vitoria-Gasteiz, 2015)

Díez I, Martínez C, Sánchez-Santos R, Ruiz JC, Frutos MD, De la Cruz F., Torres AJ, en nombre de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad y de las enfermedades metabólicas (SECO)

### Introducción

La obesidad mórbida es una enfermedad crónica y de tendencia epidémica en los países industrializados, con una prevalencia del 1,2% de los adultos en España (Estudio ENRICA, 2012) y que tiende a duplicarse cada 5 a 10 años. Supone la segunda causa de mortalidad prevenible tras el hábito tabáquico.

El riesgo cardiovascular depende de dos factores independientes, aunque interrelacionados:

- El índice de masa corporal (la mortalidad se duplica a partir de un IMC de 35 kg/m<sup>2</sup>, especialmente entre varones de 25 a 34 años), y
- El síndrome metabólico, que se define como un aumento de la grasa visceral (circunferencia de la cintura) más al menos 2 de los 4 siguientes componentes: niveles elevados de triglicéridos circulantes, colesterol HDL < 40 mg/dl, hipertensión arterial y alteración de la glucemia en ayunas.

Además de las comorbilidades asociadas a la obesidad, existe una importante repercusión psicosocial y laboral, que reduce la calidad de vida. 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.

La Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad y de las enfermedades metabólicas (SECO), en el transcurso de su 17<sup>a</sup> Asamblea General celebrada en Vitoria-Gasteiz el día 28 de mayo de 2015, propone el presente marco de referencia para la buena práctica de la cirugía bariátrica y metabólica en nuestro entorno.

### Indicaciones de la cirugía

Desde inicios de la década de los 90, se admite que 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/m<sup>2</sup>, o a 35 si se asocian comorbilidades susceptibles de mejoría con el tratamiento quirúrgico.

En la actualidad, numerosas guías clínicas admiten que la cirugía puede estar indicada en pacientes con obesidad grado I (IMC: 30-35 kg/m<sup>2</sup>) con diabetes tipo 2 mal controlada y riesgo cardiovascular aumentado, tras una valoración individualizada en el seno de un comité multidisciplinar.

Debe considerarse de forma individual la pertinencia de realizar cirugía bariátrica en pacientes obesos con enfermedad por reflujo gastroesofágico o patología significativa de pared abdominal, particularmente en casos muy sintomáticos, recidivas o riesgo de complicaciones.

### Objetivos del tratamiento quirúrgico

La cirugía tiene como objetivo prevenir la morbimortalidad ligada a la obesidad o al síndrome metabólico, 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. En cualquier caso, no es necesario que el paciente alcance su peso ideal para cumplir estos objetivos.

### Técnicas quirúrgicas

La IFSO (Federación Internacional de Cirugía de la Obesidad) reconoce como “procedimientos cualificados” la banda gástrica ajustable, la gastrectomía vertical (sleeve gastrectomy), el bypass gástrico en Y de Roux y la derivación biliopancreática con/sin cruce duodenal, siendo el abordaje laparoscópico de primera elección.

Otras técnicas, variaciones de las anteriores aún no consolidadas, pueden llevarse a cabo, pero solamente en contextos muy determinados: pacientes bien seleccionados, protocolo aprobado por el comité hospitalario correspondiente, volumen de actividad adecuado y evaluación cuidadosa de la seguridad del paciente y los resultados. En ningún caso deben realizarse de forma esporádica o anecdótica.



De forma general, se admite que a medida que aumenta la complejidad de las técnicas quirúrgicas se incrementa su efectividad, así como sus complicaciones potenciales. Gracias a los avances tecnológicos y a la experiencia de los equipos multidisciplinares, se ha mejorado globalmente la seguridad de la cirugía bariátrica, asumiéndose como estándar una mortalidad < 0,5% y morbilidad < 7%, con un rango tolerable de fístulas del 0-4%. Se considera “ideal” la técnica que beneficia a más del 75% de los pacientes a largo plazo, además de ser reproducible, proporcionar una buena calidad de vida y conllevar pocos efectos secundarios.

La elección concreta de la técnica depende de:

- el objetivo del tratamiento (pérdida de peso y/o control de comorbilidades),
- la valoración individualizada del riesgo cardiovascular,
- la patología digestiva o esofagogástrica asociada,
- el perfil del paciente y sus preferencias y
- la experiencia del equipo quirúrgico.

En pacientes de alto riesgo quirúrgico, además de la optimización preoperatoria, debe considerarse la cirugía en dos tiempos, que consiste habitualmente en la realización de una gastrectomía vertical inicial, completada mediante una técnica mixta en función de los objetivos señalados.

La cirugía de revisión debe considerarse en casos de obesidad persistente o recurrente, comorbilidad asociada o complicaciones, tras una cuidadosa selección y por cirujanos expertos, teniendo en cuenta que habitualmente los resultados son peores que en la cirugía primaria y acarrea una mayor morbilidad.

### **Consideraciones perioperatorias**

Cada centro debe definir el circuito perioperatorio, desde atención primaria hasta el especialista en endocrinología y nutrición, psiquiatría y cirugía, así como las interconsultas necesarias para mejorar o compensar la comorbilidad asociada con vistas a la intervención.

Deben planificarse sesiones periódicas del equipo multidisciplinar de cirugía bariátrica y metabólica para actualizar protocolos, documentos de información al paciente y consensuar los casos de dudosa indicación.

El consentimiento informado es necesario en todos los casos, y debe incluir un compromiso de seguimiento a largo plazo y modificación de hábitos de vida por parte del paciente.

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, triglicéridos...), pruebas de función respiratoria, ecografía hepatobiliar y gastroscopia con determinación y erradicación de *Helicobacter pylori* si la técnica incluye la exclusión gástrica.

La preparación de la función respiratoria del paciente es fundamental. Dada la alta prevalencia de SAOS y los efectos adversos derivados, debe considerarse la polisomnografía y el tratamiento preoperatorio con CPAP si precisa. Es aconsejable dejar de fumar 6 semanas antes de la cirugía, e idealmente de forma permanente tras la misma, por la repercusión del tabaco sobre la cicatrización de las heridas, las complicaciones respiratorias, la úlcera marginal y la salud general.

La pérdida de peso preoperatoria contribuye a mejorar la función cardiorrespiratoria y el control de la glucemia y reduce el volumen hepático, facilitando técnicamente la cirugía y reduciendo el riesgo quirúrgico. En casos seleccionados, los pacientes pueden beneficiarse de un ingreso hospitalario previo a la intervención.

Se aplicarán medidas de profilaxis antibiótica y antitrombótica.

### **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, es necesario establecer criterios de priorización basados en el grado de obesidad, factores de riesgo cardiovascular, comorbilidad asociada y repercusión sobre la calidad de vida.

Los profesionales deben garantizar un adecuado acompañamiento de los pacientes durante este período, para evitar una ganancia de peso incontrolada y descompensaciones en la patología asociada.



La SECO invita y puede ayudar a las autoridades sanitarias competentes a contribuir a la definición, implantación y 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 y evaluación de resultados

A fin de mejorar la calidad de la atención y comparar con los estándares existentes, es preciso evaluar los resultados de seguridad (complicaciones) y efectividad (evolución del peso, comorbilidad y calidad de vida a largo plazo) de la cirugía, lo cual exige una recogida de datos sistematizada y prospectiva por parte de los equipos de cirugía bariátrica. Para tener una visión global y real de la situación, la SECO realiza anualmente entre sus socios una encuesta de actividad.

Entre los indicadores utilizados para presentar la pérdida de peso, el porcentaje de sobrepeso perdido es el más variable, salvo que se utilice como peso ideal el que corresponde a un IMC de 25. Por ello, se recomienda emplear el porcentaje del exceso de IMC perdido, que debe ser mayor del 50% al año de la intervención, así como el porcentaje de peso total perdido, tanto a 2 como a 5 años. En casos de obesidad extrema, el exceso de IMC perdido esperado (que sustituye el IMC ideal por la fórmula “ $0,33 \times \text{IMC inicial} + 14$ ”) puede ser más realista. Es preciso conocer también cuántos pacientes alcanzan un IMC inferior a  $35 \text{ kg/m}^2$ .

Existen criterios de consenso bien definidos de remisión de las comorbilidades. En el caso de la diabetes, se considera dicha situación si la HbA1c es inferior a 6% y se normaliza la glucemia en ayunas sin medicación durante un año como mínimo.

### Acreditación de centros y del cirujano bariátrico

La SAGES (Sociedad americana de cirugía endoscópica) y la IFSO consideran como premisas para el cirujano bariátrico el conocimiento teórico, el criterio clínico, el dominio técnico para completar con seguridad la cirugía (abierta o laparoscópica) y el compromiso en el manejo perioperatorio y en el seguimiento.

Es recomendable que los centros que realizan cirugía bariátrica y metabólica dispongan de:

- Equipamiento, material e instrumental, adaptado a las necesidades del paciente obeso mórbido.
- Un equipo multidisciplinar que se reúne periódicamente, capaz de precisar la indicación quirúrgica, la preparación preoperatoria y el seguimiento a medio-largo plazo.
- Un protocolo de tratamiento y un circuito perioperatorio definidos por escrito.
- Un equipo de cirujanos especializados, con volumen suficiente de actividad y formación laparoscópica avanzada.
- Una unidad de cuidados intensivos o reanimación.
- Radiología intervencionista y endoscopia terapéutica.
- Capacidad de respuesta a urgencias específicas de pacientes intervenidos, incluyendo la posibilidad de disponer de forma inmediata de un especialista en cirugía bariátrica en caso de necesidad.
- Resultados adecuados en cuanto a seguridad y efectividad.

Existen diferentes posibilidades de acreditación a nivel internacional. La SECO, en colaboración con la Asociación Española de Cirujanos, recomienda realizar una formación adecuada y certificada, por lo que ha consolidado un programa que combina los fundamentos teóricos, en continua actualización, con la cirugía experimental y en directo, las estancias formativas y la actividad quirúrgica tutelada. Los cirujanos que completan el programa y adquieren la experiencia exigida pueden solicitar a la sociedad el Diploma de Competencia en Cirugía bariátrica y metabólica, existiendo también el Diploma de Experto.

### Perspectivas de futuro

La cirugía bariátrica se ha desarrollado de forma notoria en los últimos años, su uso se ha extendido, las complicaciones son comparables a procedimientos menos complejos y ha alcanzado un importante nivel de madurez. Sin embargo, sigue existiendo una enorme variabilidad en la práctica clínica entre centros y cirujanos, así como una escasez relativa de estudios de elevado nivel de evidencia, por lo que la SECO anima a



sus miembros a profundizar en las posibles respuestas a las controversias actuales, en varios aspectos:

- Investigación: estudio de mediadores de la respuesta metabólica a la cirugía, que permitan avanzar en el tratamiento médico de la obesidad mórbida y en el procedimiento quirúrgico mejor adaptado a cada paciente.
- Indicaciones de tratamiento: ¿pueden beneficiarse de la cirugía los pacientes con obesidad grado I y riesgo cardiometabólico sin comorbilidad actual?
- Formación: continuada y accesible, tanto para el cirujano bariátrico como en el programa MIR, y especialmente de cara a los servicios de urgencias.
- Consenso: establecimiento de estándares de morbimortalidad, parámetros de respuesta y seguimiento comparables.
- Innovación, que permita la introducción de nuevos recursos y técnicas de forma racional, en condiciones de seguridad.
- Registro centralizado y análisis de resultados, que permitan identificar oportunidades de mejora.

## Bibliografía

1. Brethauer SA, Kothari S, Sudan R, Williams B, English WJ, Brengman M et al. Systematic review on reoperative bariatric surgery. ASMBS Revision Task Force. SOARD 2014; 10: 952-972.
2. Busetto L, Dixon J, De Luca M, Shikora S, Pories W, Angrisani L. Bariatric Surgery in Class I Obesity. A Position Statement from the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). Obes Surg 2014; 24: 487-519.
3. McCulloch P, Altman DG, Campbell WB, Flum DR, Glasziou P, Marshall JC et al, for the Balliol Collaboration. No surgical innovation without evaluation: the IDEAL recommendations. Lancet 2009; 374: 1105-12.
4. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahon MM et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic and nonsurgical support of the bariatric surgery patient—2013 update (AACE/TOS/ASMBS Guidelines). SOARD 2013; 9: 159-191.
5. Sociedad española de cirugía de la obesidad. Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica (Declaración de Salamanca). Cir Esp 2004; 75: 312-314.
6. Brethauer SA, Kim J, el Chaar M, Pappas P, Eisenberg D, Rogers et al, for the ASMBS Clinical Issues Committee. Standardized outcomes reporting in metabolic and bariatric surgery. Obes Surg 2015; 25: 587-606.
7. Grupo de trabajo SECO-AEC. Indicadores de calidad en cirugía bariátrica. 201