

Cirujano General

Volumen 25
Volume 25

Número 3
Number 3

Julio-Septiembre 2003
July-September 2003

Artículo:

La cirugía de la obesidad y la ética

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

La cirugía de la obesidad y la ética

Obesity surgery and ethics

Dr. Rafael Álvarez Cordero

Historia

La obesidad es un padecimiento que por muchos años estuvo fuera del ámbito de los cirujanos; los textos de cirugía señalaban a la obesidad como una contraindicación para una intervención quirúrgica,¹ y no era infrecuente que se pospusiera una operación (histerectomía, colecistectomía) “hasta que baje de peso” el o la paciente.

Sin embargo, el entusiasmo de algunos cirujanos a mediados del siglo pasado dio lugar al inicio de intervenciones quirúrgicas para aliviar el sobrepeso de un individuo y para eliminar los riesgos para la salud y las enfermedades asociadas a la obesidad. Las primeras intervenciones, que afectaban el intestino delgado, (derivación intestinal o “bypass” intestinal), tuvieron buenos resultados, aunque poco después se encontró que podían asociarse a desnutrición, esteatosis hepática y litiasis renal.²

En 1966 se realizó la primera operación que buscaba no afectar la absorción intestinal, sino la capacidad gástrica,³ y así nacieron las operaciones restrictivas, de las cuales la derivación gástrica o “bypass” gástrico ha sido la más popular y considerada el “estándar de oro” de la cirugía de obesidad o cirugía bariátrica. A ésta siguieron otras técnicas, que emplean las grapadoras quirúrgicas, y hace casi 10 años apareció el bandaje gástrico, con la colocación de un cinturón ajustable en la parte alta del estómago, y que se coloca por laparoscopia, con lo que la popularidad de la cirugía de la obesidad creció exponencialmente; prueba de ello es que en Francia, en 1993, había cinco cirujanos que realizaban operaciones de obesidad y, en 1998, había más de 500.⁴

Pero el asunto no es tan sencillo como parece, la cirugía de la obesidad tiene ciertas características que la hacen diferente a otro tipo de intervenciones, y esto lleva no sólo aspectos técnicos importantes sino también aspectos éticos que merecen tomarse en cuenta y son motivo de este ensayo.

¿Es la obesidad severa una enfermedad?

La respuesta obvia es afirmativa, ya que se sabe que el sobrepeso y la obesidad constituyen una alteración metabólica de graves consecuencias, sin embargo, el concepto de enfermedad como causa de dolor, incapacidad o invalidez, no está en la mente de la población general, de los obesos y sus familiares, y de no pocos médicos.

Aún hoy, muchos obesos se sienten “robustos”, muchas obesas se califican como “llenitas”, y algunos médicos consideran que no hay que preocuparse mucho por la obesidad, porque “ser delgado es una moda”.

Curiosa y lamentablemente, las compañías de seguros de gastos médicos tampoco consideran que la obesidad es una enfermedad, a pesar de que está tabulada en el Registro Internacional de Enfermedades,⁵ de modo que un individuo obeso protegido por un seguro médico, será cubierto si sufre un infarto, será cubierto si padece neumonía o embolia pulmonar, o si requiere cirugía de la columna, las rodillas o los tobillos debido a su sobrepeso, pero no será protegido si se solicita autorización para una operación que lo liberará del exceso de peso que amenaza su salud y su vida.

¿Qué tan confiable es la cirugía de la obesidad?

La cirugía de la obesidad se ha colocado como una de las más seguras, reproducibles y confiables en todo el mundo por varias razones:

- la valoración preoperatoria es integral y abarca todos los aspectos de la fisiología y fisiopatología del obeso, lo que hace que el peligro real de esta cirugía que es de alto riesgo, sea cada vez menor.
- hoy se cuenta con métodos anestésicos seguros y confiables, que inducen la anestesia rápidamente y rápidamente ayudan a la emersión postoperatoria.
- las técnicas quirúrgicas en sí son también cada vez más confiables, sencillas y reproducibles.



Clinica de Control de Peso y Tratamiento Quirúrgico de la Obesidad. Hospital Ángeles del Pedregal. México, D.F.

Recibido para publicación: 19 de diciembre de 2002.

Aceptado para publicación: 19 de enero de 2003.

Correspondencia: Dr. Rafael Álvarez Cordero. Periférico Sur 3697 Torre Ángeles, Consultorio 630, Héroes de Padierna, 10700, México, D.F. Teléfono: 56 52 23 95.

- d) la evolución postoperatoria es sencilla, si se compara con la de hace 20 o más años, cuando era necesario llevar al paciente a la sala de terapia intensiva por varios días, y hospitalizarlo por más de una semana.

¿Cuáles son los puntos que hacen que la cirugía de la obesidad sea diferente a otro tipo de intervenciones quirúrgicas?

El paciente debe estar consciente del riesgo para su salud que representa el sobrepeso que tiene, y al estar consciente, debe tener el deseo de cambiar su condición física. Cuando un individuo tiene un mal, úlcera péptica, por ejemplo, sufre dolor, molestias, etcétera, y se siente enfermo, en tanto que el obeso no se siente enfermo y sólo será operado después de tomar conciencia del riesgo que significa su sobrepeso, para lo cual la información por parte de su médico es de vital importancia.

El cirujano debe estar consciente de su participación en el cambio que experimentará el enfermo obeso; tiene que conocer perfectamente las técnicas quirúrgicas, pero sobre todo, tiene que estar dispuesto a atender a sus enfermos de por vida. Cuando un cirujano realiza una intervención quirúrgica, colecistectomía, por ejemplo, después de la recuperación no tendrá que preocuparse más, el paciente está curado, en tanto que después de una cirugía de la obesidad, el paciente tiene el mismo peso y las comorbilidades no han cambiado, por lo que el cirujano deberá seguir al paciente periódicamente para observar los cambios en su estilo de vida y la mejoría de sus padecimientos.

Los familiares y amigos del enfermo obeso tienen que estar conscientes de que lo que se busca es un cambio en el estilo de vida, y deberán alentarlo para que lo logre, sin hacer críticas inoportunas ni observaciones pesimistas sobre lo que ocurre y va a ocurrir.

¿Qué ha hecho la comunidad quirúrgica para regular la cirugía de la obesidad?

Este punto es muy importante, porque al igual que en otras disciplinas, los cirujanos legítimamente interesados en el bienestar de sus pacientes han trabajado sin descanso; en 1995, las sociedades de cirugía de obesidad de Estados Unidos/Canadá, Australia/Nueva Zelanda, República Checa, Italia y México fundaron en Estocolmo la Federación Internacional para la Cirugía de la Obesidad, (IFSO por sus siglas en inglés) cuyo objetivo es impulsar el desarrollo científico y técnico de la cirugía de la obesidad, cumpliendo los más altos estándares de calidad y humanismo.

Esta Federación ha publicado diversos lineamientos que tienen validez universal: el documento sobre qué es obesidad severa y su tratamiento,⁶ el documento sobre la selección de pacientes para cirugía,⁷ la llamada Declaración de Cancún sobre los requerimientos para que un cirujano sea considerado cirujano de obesidad,⁸ el documento sobre innovación en cirugía de obesidad⁹ y el de requerimientos para realizar cursos y talleres de cirugía de obesidad.¹⁰

En México, la Sociedad Mexicana de Cirugía de la Obesidad A.C., fundada en 1993, expidió un documento sobre la selección de pacientes para la cirugía, y en el Congreso Mundial de la IFSO realizado en la ciudad de Cancún, Quintana Roo en 1997, participó en la elaboración de la llamada Declaración de Cancún arriba citada; asimismo, la comunidad médica participó en la elaboración de la Norma Oficial Mexicana sobre el Manejo Integral de la Obesidad, NOM-174-SSA1-1998,¹¹ que incluye un apartado sobre cirugía de la obesidad, sus indicaciones, contraindicaciones y características del cirujano de la obesidad.

La ética en la cirugía de la obesidad

Para hacer un análisis justo de la ética en la cirugía de la obesidad, es preciso tomar en cuenta a los dos elementos del acto médico: el paciente y el cirujano; de la actuación de ambos depende que una intervención quirúrgica mayor, como es la cirugía de la obesidad, tenga el éxito deseado. Tanto el médico como el paciente tienen derechos y obligaciones que deben respetar y cumplir, por lo que es conveniente revisarlos someramente.

Derechos del paciente

Desde hace varios años se ha insistido en los derechos del paciente, que deben ser respetados en todo acto médico; los derechos del paciente son:

1. Recibir un trato digno y respetuoso
2. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz
3. Participar libremente en la toma de decisiones
4. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado
5. Tener un expediente clínico
6. Ser tratado con confidencialidad
7. Recibir atención médica adecuada
8. Ser atendido en instalaciones seguras
9. Recibir atención en caso de urgencia en cualquier establecimiento médico
10. Presentar inconformidad por una posible atención médica deficiente.

Derechos del médico

Por su parte, la comunidad médica ha hecho saber que, en forma colectiva e individual, tiene también derechos; entre los derechos del médico están los siguientes:

1. Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza
2. Solicitar la información más completa del paciente, sus familiares o representantes legales para tener elementos que le permitan establecer un diagnóstico, pronóstico y tratamiento
3. Proponer al paciente el mejor tratamiento, de manera libre y sin ningún tipo de presión
4. Rehusarse a realizar actividades o procedimientos relacionados con el uso de productos peligrosos, por los que corra el riesgo de poner en peligro su integridad o su salud

5. Trabajar en un ambiente digno
6. Consultar a otro médico en caso necesario
7. Recibir remuneración por los servicios prestados
8. Formar grupos de trabajo para actividades científicas, académicas o laborales
9. Ejercer su profesión sin discriminación alguna
10. Rehusarse a dar consulta por teléfono o por medios electrónicos en detrimento de su tiempo y pago de honorarios
11. Solicitar la firma del consentimiento informado al paciente, con firma de testigos
12. Salvaguardar su prestigio profesional

De esta manera, tanto el médico como el paciente pueden mantener una relación sana, favorable a ambos y generadora de buena atención médica.

Además, como es lógico, los derechos del paciente suponen responsabilidades del médico y viceversa, de modo que si el paciente tiene derecho a tener información de su padecimiento, el médico tiene la obligación de informar de manera clara, sencilla y precisa tanto el diagnóstico como el posible tratamiento del paciente, y a su vez, si el médico tiene el derecho de obtener información respecto al padecimiento de su enfermo, éste tiene la obligación de informar veraz y completamente su caso.

Problemas en cirugía de la obesidad

En la cirugía de la obesidad se pueden presentar problemas éticos que merecen atención especial.

1. Pacientes obesos no convencidos.

Algunos pacientes obesos acuden al consultorio presionados por sus familiares o amigos, sin estar plenamente convencidos de su problema y de los riesgos que la obesidad tiene para su salud.

Estos pacientes no son buenos candidatos para la cirugía de obesidad, porque no van a cooperar en el postoperatorio.

2. Pacientes con pensamiento mágico.

Otros pacientes obesos piensan que la intervención quirúrgica, cualquiera que ésta sea, va a corregir su peso y su figura espontáneamente, y que podrán seguir su estilo de vida con alimentación desordenada, sedentarismo, etcétera, y bajar de peso fácilmente; en ellos, el resultado final de la operación no será favorable.

3. Pacientes con obesidad defensiva.

Hay pacientes con experiencias traumáticas en su infancia: violencia física, abuso físico o sexual, etcétera, o con inseguridad o timidez extremas, y para ellos la obesidad representa un método de protección o aislamiento del mundo exterior que sienten agresivo; en el argot psiquiátrico se menciona la "fat shell", concha de grasa, en la cual se esconden para protegerse.

Estos pacientes, a pesar de tener un deseo legítimo de bajar de peso, pueden sabotear su operación mientras no solucionen el problema de fondo.

4. Pacientes con expectativas desmesuradas.

Hay pacientes obesos que pretenden recuperar el

peso y la figura que tenían 20 o más años antes, o que esperan que al bajar de peso se solucionen algunos problemas personales, familiares, laborales, etcétera, y que, al no conseguirlo, se sienten frustrados o decepcionados.

5. Pacientes manipuladores o mentirosos.

Finalmente hay pacientes obesos que ocultan información al cirujano ("yo nunca he fumado"), o que mienten respecto a su estilo de vida ("no he tomado alimentos irritantes o picantes", "hago ejercicio y no bajo nada"), y dificultan la labor del cirujano.

Por parte de los médicos y los cirujanos, también puede haber algunos problemas:

1. Médicos que no están de acuerdo con la cirugía.

Hay médicos, y aun cirujanos, que no sólo se oponen a la cirugía de la obesidad, sino que la critican abierta y públicamente, pasando por alto los avances que se han tenido al respecto; en un estudio realizado en 238 médicos, 137 internistas y 101 cirujanos en 1992, ningún internista aconsejaría la cirugía, y sólo el 20 por ciento de los cirujanos la recomendarían.¹² Ciertamente el panorama ha cambiado favorablemente en los últimos años, pero estos médicos y cirujanos pueden orientar mal a sus pacientes respecto a la realidad de la cirugía para el tratamiento de la obesidad.

2. Cirujanos hiperentusiastas.

Hay cirujanos que consideran que la cirugía es la solución para todos los casos de obesidad, y pueden generar falsas expectativas en sus pacientes obesos. Por otra parte, el cirujano exageradamente optimista puede pasar por alto problemas o complicaciones de su enfermo operado, en particular en el área de nutrición postoperatoria.

3. Operadores de cirugía de obesidad.

Algunos cirujanos tienen una gran destreza quirúrgica, pero ignoran lo arriba señalado respecto a la necesidad de hacer un seguimiento constante y permanente de sus pacientes operados; entre ellos existen algunos cirujanos itinerantes, que viajan por diversas ciudades, operan pacientes que no conocen, los dejan en manos de personal no calificado y nunca más los vuelven a ver, exponiéndolos a complicaciones severas y tal vez mortales.

Por todo lo anterior es evidente que la cirugía de la obesidad presenta ángulos específicos que competen tanto al cirujano como al enfermo obeso, y de eso dependerá el resultado de estas intervenciones quirúrgicas.

Gregorio Marañón decía "la ética surge, espontánea, de la preparación" y se podría añadir ahora: "la ética surge de la preparación, la información y una excelente relación médico-paciente".

Hoy como ayer, el objetivo final de la actividad de un cirujano es la excelencia, excelencia científica, académica y técnica, excelencia en el trato con sus pacientes,

excelencia en su vida toda. Cabe recordar las llamadas 13 “pes” de la excelencia en cirugía.¹³

Preparación

El cirujano debe prepararse todos los días, desde la escuela de medicina hasta su retiro; hoy más que nunca es indispensable que esté al tanto de lo que está ocurriendo en cirugía de la obesidad, para ofrecer las mejores opciones a sus pacientes obesos.

Práctica

La práctica del cirujano debe ser constante, la destreza que se adquiere en el trabajo diario puede perderse si el cirujano se dedica a otra cosa y abandona la sala de operaciones. Cabe señalar que los problemas en cirugía de la obesidad son cinco veces más frecuentes en quienes operan menos de 10 enfermos al año, que en quienes tienen una práctica quirúrgica más abundante.

Perseverancia

Los triunfos del cirujano no deben marearlo, y los fracasos no deben desalentarlo; siempre que haya innovaciones habrá triunfos y fracasos; el cirujano debe perseverar; esto es particularmente importante en la cirugía de la obesidad, la historia así lo ha comprobado.

Precisión diagnóstica

Hoy más que nunca es indispensable tener un diagnóstico preciso de cada caso. Sólo conociendo perfectamente el mal sabremos cómo extirarlo.

Precisión técnica

El adiestramiento del cirujano requiere que el cerebro envíe a los músculos, a través de los nervios, el mensaje preciso en el momento preciso; es indispensable el conocimiento anatómico y la ejecución limpia y segura de cada paso.

Previsión de las posibles complicaciones

Es necesario prever las complicaciones y conocer las alternativas que se tienen al operar; no debe haber “sorpresa quirúrgicas”. En cirugía de la obesidad, el diagnóstico oportuno de las complicaciones puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte.

Participación en equipo

El cirujano no podrá trabajar solo, nunca podrá ser “*factotum*” de la cirugía; el trabajo en equipo es indispensable y, en la cirugía de la obesidad, ésta es una condición fundamental para obtener buenos resultados.

Percepción de las necesidades del enfermo

En cirugía de la obesidad, éste es el punto central, porque el éxito de la operación depende de la capacidad del cirujano para entender en su verdadera dimensión el problema personal del paciente, las causas que originaron su sobrepeso y las razones que tiene para operarse.

Prudencia

El cirujano debe ser intrépido, valiente, fuerte y decidido, pero una cualidad fundamental será la prudencia para no hacer ni menos ni más que lo que debe hacer; en cirugía de la obesidad, más no es siempre mejor.

Paciencia

El cirujano deberá tener paciencia con sus pacientes obesos, muchos de los cuales lo van a importunar, lo llamarán a deshora para preguntar algo banal, o tratarán de manipular sus sentimientos. Por supuesto la paciencia tiene límites, y el cirujano no debe convertirse en esclavo del enfermo.

Puntualidad

Ignorada a veces, ridiculizada otras, la puntualidad es signo de distinción en el cirujano de excelencia.

Pulcritud

Amiga de la puntualidad es la pulcritud, el aseo personal, en el vestido, en el consultorio, en la sala de operaciones.

Pasión

Ésta es la última y más importante característica del cirujano de excelencia, ya que no hay sino una forma de hacer cirugía, y es bien, con dedicación íntegra en cada momento, con pasión. Pasión que le hace estar inconforme con lo logrado, pasión que le lleva a diseñar nuevas técnicas quirúrgicas, pasión que le hace despertarse de madrugada para ver a su enfermo, pasión que le hace estudiar a altas horas de la noche, conversar con sus colegas en sesiones interminables, diseñar una técnica en una servilleta de papel mientras toma un café.

Ésta es la cualidad fundamental del cirujano, pasión, pasión que no se limita a la cirugía, sino que, como nace de un verdadero amor por la vida, abarca todos los ámbitos de su existencia.

Si el cirujano de obesidad cumple con estas trece “pes” de la excelencia, sus intervenciones quirúrgicas en esos individuos tan especiales que son los enfermos obesos, tendrán el mejor de los resultados.

Colofón

La cirugía de la obesidad, cuyos avances y problemas aquí se han mencionado someramente, se verá beneficiada si los pacientes obesos conocen mejor su enfermedad y entienden perfectamente lo que pueden esperar de la cirugía, y si los cirujanos confirman que aún se ignora mucho acerca de la obesidad, los mecanismos de hambre y saciedad y los efectos de las intervenciones quirúrgicas, y sobre todo si aceptan que, aunque sus operaciones hayan controlado el peso y mejorado la salud de miles de enfermos obesos, nunca han curado una obesidad.

Referencias

1. Ramírez C. Obesidad y Cirugía. En: *Principios Fundamentales de la Cirugía*. UNAM, México, 1981: 456-8.
2. Alvarez CR, Jurado MJ. *Steatosis of the liver following intestinal bypass for morbid obesity*. Congreso del American College of Surgeons, San Francisco, CA, USA, octubre 1972.
3. Mason EE. Gastric bypass in obesity. *Surg Clin North Am* 1967; 47: 1345-51.
4. Alvarez CR. National and International Liaison and Training in Bariatric Surgery. In: *Update, Surgery for the Morbidly Obese Patient FD-Communications*. Inc., Canadá, 2000: 521-9.
5. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Décima Revisión, 1993: 281.
6. IFSO Statement on morbid obesity. *Obes Surg* 1997; 7: 40-1.
7. IFSO Statement on patient selection for surgery. *Obes Surg* 1997; 7: 41.
8. The Cancún IFSO Statement on bariatric surgeon qualifications. *Obes Surg* 1998; 8: 86.
9. The Bruges IFSO Statement of innovation. *Obes Surg* 1999; 9: 289.
10. IFSO Statement on bariatric surgery, course and workshop requirements. *Obes Surg* 1999; 9: 291.
11. Norma Oficial Mexicana sobre Manejo Integral de la Obesidad. NOM-174-SSA1-1998. *Diario Oficial de la Federación* 12 abril 2000: 27-34.
12. Alvarez CR. Medical and lay information about obesity surgery. *Obes Surg* 1992; 2: 79-81.
13. Álvarez CR. *Excelencia en Cirugía*. Editorial Paré. México, 1994: 98-104.

