

**COMPARECENCIA A PETICIÓN PROPIA
DEL EXCMO. CONSEJERO DE SANIDAD
ANTE LA COMISIÓN DE SANIDAD
DEL PARLAMENTO VASCO
sobre la cirugía bariátrica en Osakidetza**

Vitoria-Gasteiz, 26 de febrero de 2004

Sra. Presidenta, Señorías:

Les agradezco haberme dado la oportunidad de que aborde con ustedes el tema de la cirugía bariátrica en Osakidetza. Hace un mes, más o menos, que la obesidad mórbida ocupa un lugar importante en los medios de comunicación. Sinceramente, creo que si algunos medios siguen tratando este tema de la manera que lo están haciendo, pueden dar origen a una alarma a todas luces infundada o, por el contrario, hacer que en su tratamiento se vea una solución mágica que de tal tiene bien poco. De aquí que haya creído necesario informarles de nuestra situación para que, si continúa el debate, este sea con conocimiento de causa y pueda discurrir por derroteros de sensatez. Pretendo, en definitiva, desdramatizar esta cuestión.

Comparecí ante esta misma Comisión en la anterior legislatura; concretamente, el 16 de noviembre de 2000. Traté entonces de ubicar la obesidad mórbida en sus justas coordenadas, como un problema de salud más ante el que se empezaban a dar respuestas quirúrgicas que, si bien parecían esperanzadoras, resultaban

extraordinariamente complejas y agresivas en sí mismas, y con resultados a medio plazo no muy claros. Anuncié entonces que en el Departamento estábamos ultimando una revisión de la evidencia y una evaluación de los resultados de los procedimientos quirúrgicos, y que según las conclusiones que obtuviéramos adoptaríamos las correspondientes decisiones. No sólo se concluyó esta evaluación sino que, en paralelo, Osakidetza constituyó un grupo de trabajo al objeto de establecer las "Recomendaciones para la práctica clínica de la cirugía bariátrica". Dicho grupo estaba integrado por especialistas de las diferentes disciplinas implicadas en el tema (cirujanos, internistas, endocrinólogos, nutricionistas, psicólogos y psiquiatras, anestesistas, intensivistas y gestores), bajo la presidencia del Dr.D. Cándido Martínez Blázquez, quien hoy en día es –además de una reconocida autoridad en la materia- el Presidente de la Asociación Española de Cirugía de la Obesidad.

Hubo, poco después, una nueva solicitud de comparecencia y otra de información documentada que no pudieron materializarse por el cambio de legislatura.

Como anticipé en mi primera comparecencia, aunque algunas de las técnicas quirúrgicas –porque no se trata de un solo tipo de operación- datan de los años 60, lo cierto es que hace 3 años no disponíamos de evaluaciones rigurosas de los resultados a largo plazo. Las técnicas parecían prometedoras, pero su bondad no era concluyente, ni mucho menos. En esta situación, análoga a la que vivimos en cuanto a otros muchos avances, debíamos adoptar un

equilibrio entre el posibilismo y la prudencia: posibilismo, porque no podíamos cerrar las puertas a una alternativa terapéutica que parecía que podía ayudar a paliar un problema, y prudencia porque la complejidad de la intervención, por un lado, y la débil evidencia entonces disponible sobre los resultados a medio y largo plazo, obligaban a tener bien presente el *primum, non nocere* del juramento hipocrático. Todas estas consideraciones motivaban que las intervenciones en cuestión se realizaran extremando la cautela en la consideración de cuestiones de seguridad en la selección de candidatos de cara a la indicación quirúrgica. Y, en consecuencia, decía entonces, el concepto de demora o de lista de espera que utilizamos en otras intervenciones no resultaba aplicable en este caso.

Ante esta situación, en el Departamento hemos estado atentos desde entonces a las aportaciones que ha seguido haciendo la comunidad científica. Y, como resultado, hace menos de un año (10/4/03) se emitió un nuevo informe sobre el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida.

Como ven, aunque no fuimos de los primeros en realizar cirugía bariátrica dentro del sector público, sí que fuimos quienes iniciamos la evaluación rigurosa de sus resultados, hemos estado atentos a las novedades científicas que han ido apareciendo y nuestros materiales, tanto las recomendaciones de Osakidetza como los informes que he citado, son de referencia en todo el Estado. En definitiva, en cuanto a la cirugía bariátrica hemos hecho todo lo

posible, con el mayor rigor y con la prudencia necesaria, y nadie puede acusarnos de lo contrario.

Dicho esto, trataré de situar a la obesidad en sus justas coordenadas, les expondré de forma muy resumida el abordaje de la misma, mostraré datos de las intervenciones practicadas en Osakidetza y concluiré con algunas reflexiones sobre todo ello. Vaya por delante que, de lo mucho que podríamos hablar sobre cualquiera de estas cuestiones, me ceñiré a lo que considero más pertinente en este foro y en estas circunstancias, sin perjuicio de las aclaraciones que ustedes puedan pedirme en el debate posterior.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA OBESIDAD

Es evidente, para cualquiera, que la obesidad es una situación más propia de las sociedades desarrolladas. Podríamos decir, por tanto, que la obesidad tiene un fuerte componente sociopático en su génesis.

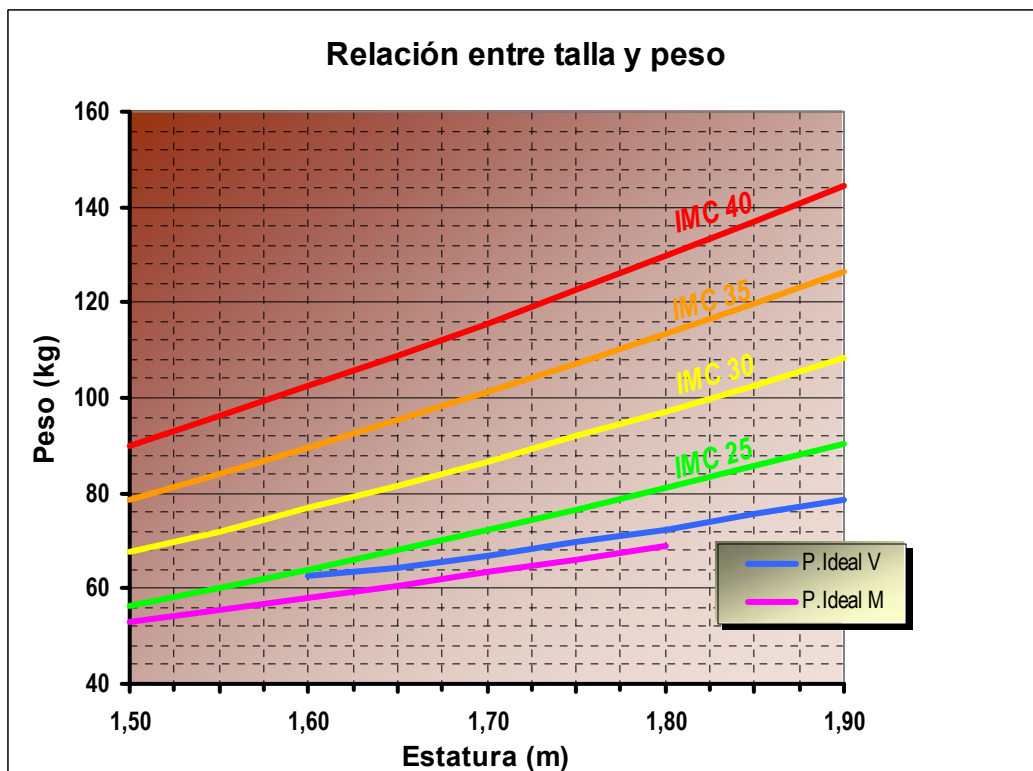
Antes de exponer la situación en Euskadi, permítanme que aclare qué es la obesidad y cómo la medimos, a fin de que podamos entendernos. Para empezar, no todos los sobrepesos se pueden calificar de obesidad. Los simples sobrepesos se pueden considerar como variantes de la normalidad (lo mismo que hay sujetos altos y bajos), mientras que la obesidad propiamente dicha es un factor de riesgo para varias enfermedades, más evidente para unas que para

otras, y se asocia con un aumento de la morbilidad y de la mortalidad. Cabe recordar aquí algo obvio: que riesgo significa probabilidad, no presencia de enfermedad.



Aunque hay una proporcionalidad directa entre el grado de obesidad y la magnitud de los riesgos para la salud, por simplificar y de cara a la cirugía bariátrica que nos trae aquí, me centraré en la obesidad con un IMC (que explico inmediatamente) igual o superior a 40. Es lo que la clasificación de la OMS (1997) califica como “obesidad grado III”, o lo que la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica (1997), seguida por la Federación Internacional de Cirugía de la Obesidad y la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad, califican de “obesidad mórbida”, y que es el nivel aceptado por Osakidetza a partir del cual se puede plantear la indicación quirúrgica.

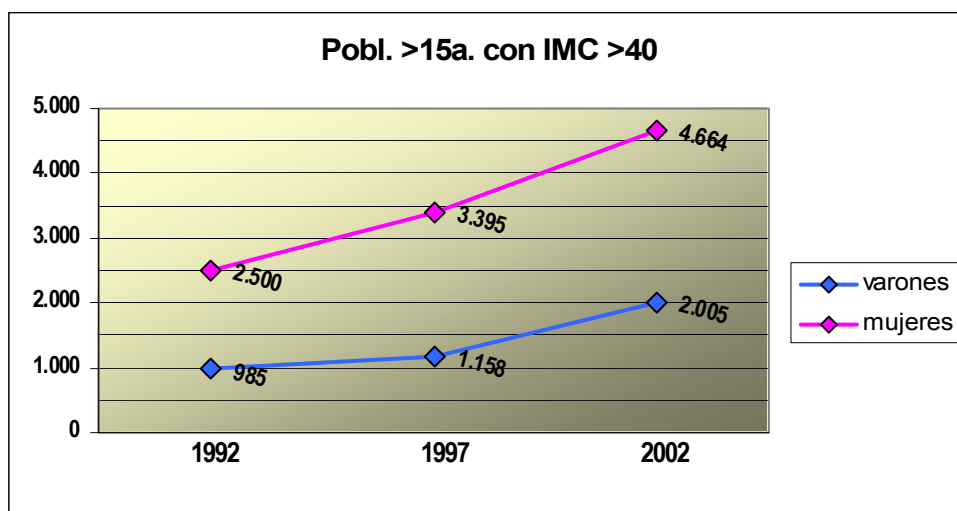
El Índice de masa corporal (IMC) se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre la talla en metros elevada al cuadrado. Para que se hagan una idea, ante un sujeto de 1'60m de altura podríamos hablar de obesidad mórbida ($IMC \geq 40$) a partir de los 100kg de peso. Y para tallas, por ejemplo, de 1'70 y 1'80m, el $IMC \geq 40$ se daría con pesos superiores a los 115 y 130kg, respectivamente. Evidentemente, la indicación quirúrgica, lejos de ser puramente matemática, debe valorar otros indicadores (circunferencia de la cintura, por ejemplo) y otras muchas cuestiones, fundamentalmente la presencia o ausencia de comorbilidad y/o de contraindicaciones, pero no les entretendré con esto, por ser más propio de una clase en la facultad que de esta Comisión.



¿Cómo estamos en Euskadi? Me interesa que, dejando otro tipo de análisis poco relevantes en este foro, nos centremos en la evolución de la obesidad mórbida en los últimos años.

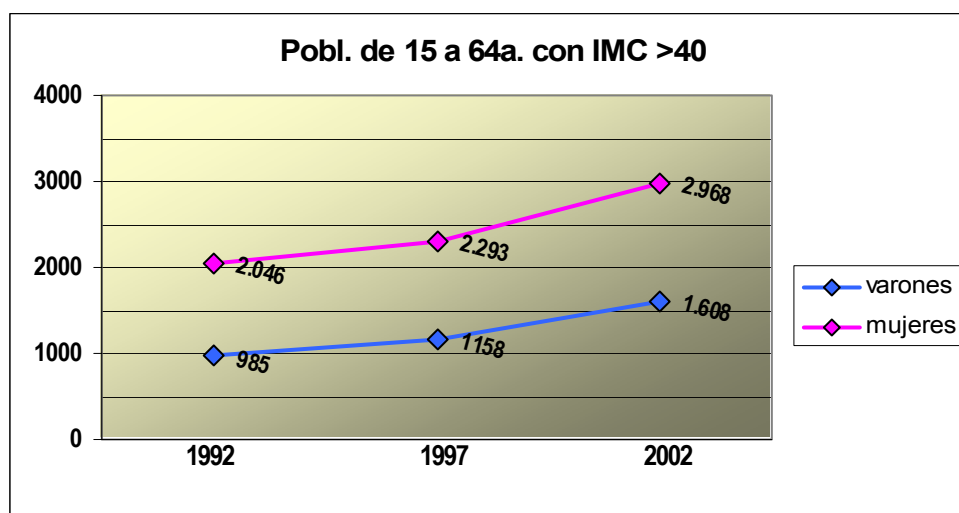
A este respecto, la explotación de la encuesta de salud de la CAPV nos informa de la situación existente en 1992, 1997 y 2002, un decenio suficientemente ilustrativo de lo que está ocurriendo. Y lo que sucede, tal como pueden apreciar en el siguiente gráfico, es que

- a) la prevalencia (el número de casos existentes en un momento dado) en los sujetos mayores de 15 años prácticamente se ha duplicado en los últimos 10 años, y
- b) que la prevalencia es casi 2'5 veces mayor en las mujeres que en los varones.



Lo segundo (la mayor prevalencia en las mujeres) es concordante con la información disponible de otros entornos y probablemente tenga que ver en gran medida con las diferencias biológicas de diversa índole ligadas al sexo y con las pautas diferenciales de comportamientos tradicionales en nuestro contexto cultural (práctica habitual de ejercicio físico, etc.). Pero lo primero (el aumento de la prevalencia), no por también observable en otros entornos parecidos al nuestro puede dejar de resultar preocupante. Esto sí que es motivo de alarma, porque de algún modo refleja el cambio de hábitos alimenticios y nutricionales que se está experimentando en nuestra sociedad, así como un aumento del sedentarismo, cambios, todos ellos, que a todas luces resultan nada saludables.

Dado, no obstante, que estamos analizando todo esto en su relación con la cirugía bariátrica, prefiero que se queden con la imagen de este otro gráfico, similar al anterior pero del que se han descontado los sujetos con 65 o más años, dado que una edad a partir de los 55, o excepcionalmente de los 60, es considerada como una contraindicación para la intervención quirúrgica.



Las conclusiones, en cuanto a la distribución de la obesidad mórbida son parecidas a las de antes, sólo que ahora los datos ilustran sobre el volumen de sujetos susceptibles de cirugía bariátrica, siempre que lo deseen y que cumplan con otros criterios que luego resumiré. A priori, entre las edades señaladas habríamos pasado en los últimos 5 años de unos 3400 a unos 4500 sujetos. *[De los 4500 sujetos de 15 a 64 años con obesidad mórbida estimados para 2002, habría que restar los mayores de 55 años de cara a su consideración como posibles candidatos a la cirugía]*. Esto es lo terrible, porque la inmensa mayoría de esta gente tiene una mortalidad prematura notablemente elevada por los riesgos asociados a la obesidad. Dicho de otra forma, para que se entienda, la obesidad acarrea indirectamente muchas más defunciones que las que se puedan asociar con el propio acto quirúrgico.

¿Y saben qué es lo más triste de todo esto? Pues, que en gran medida, todo ese cúmulo de morbilidad y mortalidad asociada, así como el de la incapacidad relativa y el sufrimiento acompañante, es evitable adoptando unas pautas de conducta responsables y respetuosas con el propio cuerpo. Sin echar las culpas a nadie, y asumiendo que estamos para ayudar a tratar de paliar los problemas de salud de quien los tenga, debe entenderse que el cuidado de la salud empieza por uno mismo. Nunca es tarde para retomar la senda de los hábitos saludables. Y esto es, en gran medida, una responsabilidad individual, que se puede ayudar desde fuera, pero en principio individual.

Anteriormente he aludido de forma reiterada a la comorbilidad asociada a la obesidad. Se trata de las enfermedades que aparecen o que se complican con la obesidad y que mejoran o se curan con la pérdida sustancial de peso. Por citar algunas, me limitaré a las llamadas “mayores”, como son la hipertensión arterial, la enfermedad cardiovascular, la dislipemia, la diabetes tipo II, el síndrome apnea-hipoventilación, la osteoartritis grave en articulaciones de carga, etc. La hipertensión es entre 1'5 y 3 veces más frecuente entre los obesos, la enfermedad cardiovascular es 4 veces más frecuente, la diabetes es 2 veces más frecuente en la obesidad grado I, 5 veces en el grado II y 10 veces en el grado III... y así con todo lo demás.

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

Además de la prevención que he mencionado, y que insisto en que empieza por uno mismo, ¿qué se puede hacer cuando ya se padece de obesidad mórbida? El tratamiento convencional y más importante incluye medidas dietéticas, ejercicio físico y ciertas terapias conductuales, añadiendo medicación en los casos en que sea necesaria para conseguir el objetivo de reducción de peso, especialmente si hay factores de riesgo asociados.

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

NO ES LA PRIMERA ELECCIÓN

NI ES CURATIVO

NI ES INÓCUO



Hay que dejar meridianamente claro que ante una obesidad mórbida la opción quirúrgica no es la primera elección, ni es curativa, ni resulta inocua. Y creo que es importante volver a recalcar todo esto, pues son muchas las personas obesas que, recién enteradas de que existe una opción quirúrgica, demandan de entrada la intervención, como si de una solución milagrosa y definitiva se tratara. Tampoco procede, ante los riesgos, interpretarla como una simple solución estética, porque ni es simple ni la cirugía estética no reparativa está cubierta por el sistema público.

Ante una persona obesa que viene a la consulta por primera vez, la intervención no es la primera elección, decía, pues antes hay que intentar por todos los medios y durante un periodo bastante prolongado la aplicación de los tratamientos convencionales que antes he mencionado.

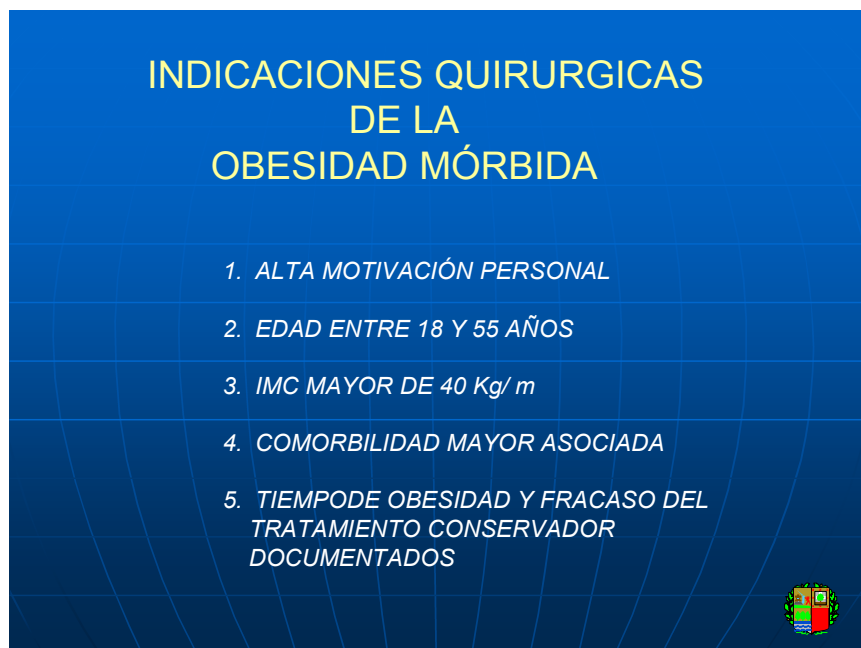
La intervención no es curativa; su objetivo es conseguir una mejora de la patología asociada a través de la consecución de una pérdida de peso significativa y mantenida a lo largo del tiempo. Por otro lado, el paciente queda “encadenado” de por vida a un seguimiento clínico estricto de la propia obesidad y de los trastornos de malabsorción y otras que se puedan presentar.

Por último, la operación no es inocua. Comporta, en sí misma, un riesgo importante, tanto por la habitual situación general de deterioro de los pacientes, como por la agresividad de algunas de las técnicas quirúrgicas al uso. Lo primero se refleja perfectamente en el hecho de que gran parte de los pacientes con obesidad mórbida se encajan en el grupo ASA-IV, que es el de mayor riesgo anestésico. Aparecen complicaciones posoperatorias con una elevada frecuencia (alrededor de un 10%, según la técnica), en ocasiones múltiples y/o graves hasta el punto de causar la muerte, como luego comentaré. Y, además, hay que recordar los habituales déficits inducidos por malabsorción (cuya frecuencia y gravedad dependen de la técnica utilizada), que pueden resultar de difícil compensación y otros trastornos.

En resumen, hay que rechazar completamente la idea de que la intervención es una panacea, como muchos y muchas creen. E, igualmente, hay que desechar la idea de que los malos resultados sean achacables de entrada a un cirujano o a un hospital. Por el contrario, los resultados en general se relacionan con los riesgos

que acarrean los propios pacientes y con su situación de notable deterioro general.

Por eso mismo es fundamental ser absolutamente riguroso en la selección de los casos objeto de indicación quirúrgica, tal como venimos haciendo en Osakidetza.



En general, se considera la operación cuando el paciente reúne todos los siguientes requisitos:

- Alta motivación para adelgazar y proyecto personal concreto de cambio vital;
- Edad entre 18 y 55 años;
- $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$;
- Comorbilidad mayor asociada (no operamos obesos sanos);
- Tiempo de obesidad y fracaso del tratamiento conservador documentados.

Hay, además, numerosos ítems a evaluar en cada paciente para valorar su idoneidad, así como una relación de las contraindicaciones absolutas y relativas, en cuyo detalle no entro.

LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN OSAKIDETZA

En el ámbito de Osakidetza, la cirugía bariátrica comenzó a aplicarse hace 8 años, en 1996, en los hospitales de Txagorritxu y Basurto, y en 1998 se incorporó el programa a los hospitales Donostia (aunque había realizado alguna intervención esporádica anteriormente) y Cruces.

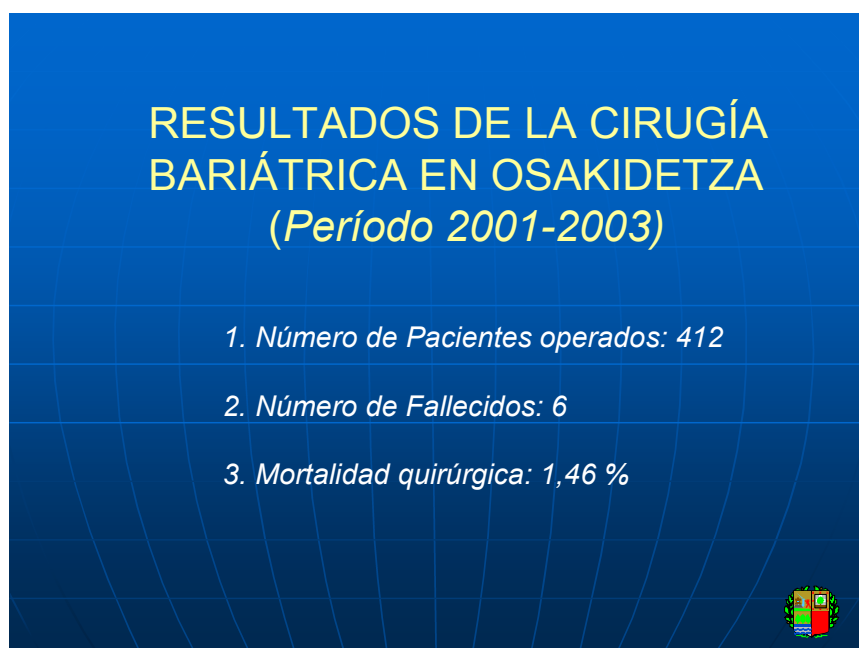
Desde entonces y hasta finales de 2003, se han realizado 782 intervenciones. La media de las intervenciones practicadas en los últimos 4 años (una vez que el programa está a pleno rendimiento tras haber superado la llamada “curva de aprendizaje”) está por encima de las 130 anuales.

Aunque no fuimos de los primeros en practicar estas intervenciones, el ritmo adquirido por el programa implica que en este momento seamos la Comunidad Autónoma con un mayor índice *per capita* de intervenciones anuales y totales realizadas en el sector público en todo el Estado.

Debo anunciarles que lejos de dejarnos llevar por unos resultados aparentemente buenos ante las expectativas iniciales, ahora que

disponemos de una casuística propia razonablemente suficiente, he ordenado la creación de una comisión para que, sobre la base de la información que Osakidetza recoge sistemáticamente en este tema, haga una evaluación exhaustiva de nuestros resultados a medio y largo plazo. Porque, aunque les resulte difícil de creer a estas alturas, la evidencia científica internacional sobre los resultados a medio y largo plazo sigue siendo muy débil, tal como muestra nuestro informe de abril de 2003 que antes he citado.

Lo que sí tenemos claro es la mortalidad asociada con la intervención en nuestro medio.



Tomando como referencia el conjunto de los tres últimos años (para evitar las oscilaciones propias del escaso número de sucesos), se han producido 6 defunciones entre un total de 412 intervenciones. Esto significa que la mortalidad en los hospitales de Osakidetza se cifra en un 1'46%, con un $\pm 1'16$ para un intervalo del 95% de

confianza. Si tomáramos como referencia los últimos 4 años, la mortalidad bajaría a un 1'34% \pm 0'98.

¿Esto es mucho o poco?, se preguntarán. Pues, consideren, en primer lugar, la relatividad de las cifras. En sucesos tan infrecuentes y aleatorios, el que haya un caso de más o de menos tiene un impacto notable en la cifra de mortalidad resultante. Piensen también en que el riesgo de muerte se asocia con la complejidad de cada caso (por asociación también con la técnica quirúrgica aplicable), y que es muy posible que en el sector público, como en otras muchas enfermedades, estemos abordando los casos más graves.

Teniendo presentes las anteriores consideraciones, se puede afirmar que nuestros resultados son buenos. Como elemento de comparación, mencionaré que en la bibliografía internacional (y, como ustedes saben, sólo se suele publicar cuando hay buenos resultados), la mortalidad a corto plazo sube hasta el 3'3% en algún caso. Sin llegar a esta situación, hay un consenso generalizado en que para el conjunto ponderado de las técnicas de la cirugía bariátrica, resulta aceptable una mortalidad de hasta el 2%. Como ven nosotros estamos bastante por debajo de esta cifra.

Otro elemento de comparación de la mortalidad podría ser la que se produce en otros procedimientos quirúrgicos de similar complejidad (medida por el "peso" de los GDR correspondientes). En estos otros casos, la mortalidad promedio es de un 1'64%, llegando en algunas

intervenciones como el by-pass coronario al 3'95%. La comparación, nuevamente, nos es favorable para la cirugía bariátrica en Osakidetza.

Considérese, adicionalmente, que los fallecidos en o tras la cirugía bariátrica tuvieron un nivel de complejidad 2'5 veces superior a los demás pacientes, lo cual habla por sí solo de la gran complejidad por comorbilidad de esos casos concretos.

Como medida de la complejidad de los casos que se atienden en los hospitales utilizamos el llamado "peso" de los GDR. Pues bien, en 2003, el peso medio de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica fue del 2'09, oscilando la mayor parte de los casos entre 1'79 y 2'80. Por su parte, los fallecidos mostraron un peso medio de 5 (de 4'5 a 6'0), Si tomáramos, como elemento de comparación con la bariátrica, otras cirugías programadas con pesos equivalentes, entre 1'79 y 2'80, veríamos que la mortalidad en estas es del 1'64% y que, en algunos problemas concretos como el by-pass coronario, llega a ser del 3'95%.

En cualquier caso, aunque en los resultados de Osakidetza son, como mínimo, muy aceptables en términos comparativos, es evidente que estamos ante una técnica de alta complejidad y muy agresiva, cuya aplicación en cada paciente, por razones elementales de seguridad, hay que valorar con todo el rigor del mundo. Insisto, una vez más, en que es un tema sobre el que no cabe ninguna alegría en la toma de decisiones.

CONCLUSIONES

Para concluir, se diga lo que se diga, la mortalidad de la cirugía bariátrica está en un nivel aceptable científicamente, habida cuenta de la complejidad de los casos y de la naturaleza agresiva de las técnicas que se aplican. Pero una cosa es que por todas las consideraciones que he hecho entendamos la mortalidad como una consecuencia no deseada pero natural, y otra muy distinta que ahora alguno cambie de vertiente y tome esto como un argumento para trivializar las repercusiones negativas. Por favor, seamos serios.

Segundo: el Departamento y Osakidetza han sido absolutamente rigurosos en la evaluación de la cirugía bariátrica y en la elaboración de recomendaciones tendentes a disminuir la variabilidad de la práctica clínica, a mejorar la efectividad de las intervenciones y a garantizar en lo posible la seguridad de los pacientes.

Tercero: Osakidetza se sitúa en estos momentos a la cabeza de todo el Estado en cuanto a las intervenciones anuales y totales *per capita* practicadas en el sector público, lo cual refleja un importante esfuerzo técnico y económico en esta materia y de cara a estos enfermos.

Cuarto y último: asistimos a un alarmante aumento de la obesidad. Es nuestro papel ayudar a prevenir y paliar el problema en lo posible, pero debe quedar claro que la responsabilidad por el

cuidado del propio cuerpo empieza por uno mismo, es decir, por todos y cada uno de nosotros. En este sentido, todos tenemos que recuperar y promover hábitos saludables, cuidando la alimentación y practicando más ejercicio físico.

Muchas gracias.