



**Trabajo Fin de Máster**

**PROYECTO PARA LA GESTIÓN DE PACIENTES OBESOS SUSCEPTIBLES DE  
CIRUGÍA BARIÁTRICA EN CANARIAS**

**PROJECT FOR THE MANAGEMENT OF SUSCEPTIBLE OBESE PATIENTS OF  
BARIATRIC SURGERY IN THE CANARY ISLANDS**

Realizado por la alumna Doña Celesyín Yasibith Vargas Medina

Tutorizado por el Profesor Dr. Don José Ángel Rodríguez Gómez

Máster en Investigación, Gestión y Calidad en Cuidados para la Salud.

Especialidad en Gestión Sanitaria

Escuela de Doctorado y Estudios de Posgrado  
Sección Enfermería

Curso Académico 2019/2020

San Cristóbal de la Laguna, 03 de junio de 2020.

**La Laguna, a 29 de junio del 2020**

Dr. José Ángel Rodríguez Gómez, Profesor Titular de la Universidad de La Laguna. En calidad de tutor del Trabajo Fin de Máster:

**“Proyecto para la gestión de pacientes obesos susceptibles de cirugía bariátrica en Canarias”.**

Hago constar que una vez supervisado , asesorado , guiado y leído el presente trabajo realizado por Doña Celesyín Vargas Medina con DNI 79093020E.

Doy el visto bueno, considerando que reúne los requisitos para la presentación y defensa del mismo, ante el tribunal calificador del TFM que designen.

Sin otro particular

Atentamente

---

Fdo Prof , Dr. José Ángel Rodríguez Gómez

## Resumen

En la actualidad, a pesar de que el número de personas obesas está incrementándose en los últimos años en España, el acceso a la cirugía bariátrica se torna complicado, tanto por la inexistencia de protocolos de diagnóstico de obesidad severa y mórbida y selección de pacientes idóneos para esta cirugía, como por las esperas de hasta 5 años en pacientes obesos para ser operados, constituyendo esta demora un riesgo para su salud, e inclusive para su vida. El objetivo general del trabajo es conocer cuál es la situación actual de la cirugía bariátrica y de las listas de espera para su realización en España, con focalización en la Comunidad Autónoma de Canarias y, posteriormente, proponer acciones de mejora de la situación en un hospital de dicha Comunidad. Para ello, se propone una investigación mixta: revisión bibliográfica, basada en fuentes de información primarias (sobre todo, bases de datos electrónicas y legislación estatal y autonómica de Canarias) y secundarias; y el diseño de una propuesta de mejora. Los resultados indican que, en los últimos años, en las listas de espera en España el número de personas y tiempo de espera aumentan, siendo Canarias una Comunidad con resultados peores que la media estatal. No existen listas de espera para cirugía bariátrica, si bien, datos extraoficiales indican que en España hay 11.000 pacientes obesos esperando cirugía bariátrica y el 68% lleva más de 6 meses esperando (media: 397 días). En conclusión, para mejorar la situación se necesita una estandarización de protocolos de diagnóstico, selección y priorización de pacientes para cirugía bariátrica, organización de quirófanos, trabajo multidisciplinar, responsabilidad y compromiso de los profesionales y, sobre todo, la existencia de listas de espera específicas.

**Palabras claves:** cirugía bariátrica, reducción estómago, Canarias, lista de espera y España.

## Abstract

Currently, despite the fact that the number of obese people has been increasing in recent years in Spain, access to bariatric surgery is becoming difficult. It is due to the lack of diagnostic protocols for severe and morbid obesity and the selection of suitable patients for this surgery, as for the waiting of up to 5 years in obese patients to be operated; this delay constitutes a risk for their health and even for their life. The general objective of the work is to find out what the current situation is for bariatric surgery and the waiting lists for it to be carried out in Spain, with a focus on the Autonomous Community of the Canary Islands and, subsequently, to propose actions to improve the situation in a hospital of said Community. To do this, a mixed investigation is proposed: bibliographic review, based on primary information sources (especially electronic databases and state and regional legislation of the Canary Islands) and secondary ones; and the design of an improvement proposal. The results indicate that the number of people and waiting time on the waiting lists in Spain have increased on recent years; moreover, the Canary Islands is a Community with results worse than the Spain average. There are no waiting lists for bariatric surgery, although unofficial data indicates that in Spain there are 11,000 obese patients waiting for bariatric surgery and 68% have been waiting for more than 6 months (mean: 397 days). In conclusion, to improve the situation, standardization of diagnosis protocols, selection and prioritization of patients for bariatric surgery, organization of operating rooms, multidisciplinary work, professional responsibility and commitment, and, above all, the existence of specific waiting lists, are necessary. .

**Key words:** bariatric surgery, stomach reduction, Canary Islands, waiting list and Spain.

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	8
1.1. Definición del problema .....	8
1.2. Antecedentes.....	10
1.2.1. La obesidad.....	10
1.2.2. Manejo quirúrgico de la obesidad: cirugía bariátrica .....	14
1.2.3. Selección de pacientes y consentimiento informado.....	20
1.2.4. Listas de espera.....	23
2. JUSTIFICACIÓN .....	25
3. OBJETIVOS .....	26
3.1. Objetivo general.....	26
3.2. Objetivos específicos.....	26
4. METODOLOGÍA.....	26
4.1. Tipo de investigación .....	26
4.2. Metodología .....	27
5. RESULTADOS.....	28
5.1. Investigación teórica .....	28
5.1.1. Cirugía bariátrica en la Comunidad Autónoma de Canarias .....	28
5.1.2. Las listas de espera quirúrgicas. Breve recorrido histórico hasta la actualidad en España.....	31
5.1.3. Lista de espera quirúrgica en la Comunidad Autónoma de Canarias .....	37
5.1.4. Datos sobre la espera para cirugía bariátrica en España y en la Comunidad Autónoma de Canarias .....	39
5.2. Barreras identificadas y propuestas de mejora para un Hospital de la Comunidad Autónoma Canaria .....	40
6. DISCUSIÓN .....	42
7. CONCLUSIONES.....	44
8. BIBLIOGRAFÍA .....	46
ANEXOS.....	52
ANEXO 1 .....	52
ANEXO 2.....	53
ANEXO 3.....	55

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Categorización de personas atendiendo a su IMC según la OMS. Fuente: elaboración propia, basada en los datos publicados por la OMS (2019). .... 11

Tabla 2. Estrategias posibles frente a las listas de espera. Fuente: elaboración propia..... 33

Tabla 3. Datos de las personas que se encuentran en lista de espera quirúrgica a 31 de diciembre de 2019. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de SCS (2019). ..... 38

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquematización de los procedimientos bariátricos que se utilizan generalmente en la actualidad. Fuente: imagen extraída del trabajo de Frigolet et al. (2020). .....	18
Figura 2. Criterios de inclusión de pacientes para cirugía bariátrica y proceso de valoración positiva. Fuente: imagen extraída del manual Recomendaciones clínico-asistenciales. Criterios para inclusión en lista de espera quirúrgica (43).....	28
Figura 3. Criterios de priorización de pacientes para cirugía bariátrica Fuente: imagen extraída del manual Recomendaciones clínico-asistenciales. Criterios para inclusión en lista de espera quirúrgica (43).....	29
Figura 4. Número total de entras y tasa de entradas por 1.000 habitantes. Fuente: elaboración propia según datos del MSCBS (2019). .....	36

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Definición del problema

En la actualidad, existe una grave problemática entorno a la cirugía bariátrica para tratar la obesidad, comenzando por el hecho de que no existe un protocolo diagnóstico consensuado internacionalmente de la enfermedad que pueda ser utilizado por los profesionales sanitarios (1,2), pasando por la dificultad y no estandarización del proceso de selección de pacientes susceptibles de cirugía con objeto de reducir su peso (3), continuando por el largo y tedioso proceso informativo que debe recibir el paciente de manos de profesionales acerca de dicha práctica quirúrgica (técnicas, beneficios, posibles efectos adversos, etc.) (3), y finalizando por las grandes demoras que se producen en las listas de espera, llegándose a alcanzar los 5 años de espera cuando un paciente obeso es finalmente indicado para llevarse a cabo en él la cirugía de reducción de peso y ha accedido de manera libre a ser sometido a la misma y, por ende, ha formado parte de la lista de espera quirúrgica (4).

Si bien, esta problemática se hace cada vez más patente en los contextos de gestión sanitarios debido, más probablemente, a que en las últimas décadas el número de personas diagnosticadas con obesidad está viéndose incrementado de manera sobresaliente, alcanzando cifras que posicionan esta patología como una epidemia de índole mundial. Así, en el año 2016 la cifra de personas diagnosticadas de obesidad alcanzó los 650 millones de personas, configurándose esta cifra como el tripe de la publicada en el año 1975 (5).

Con focalización de esta realidad en la cirugía bariátrica, cabe indicar que en los países asociados a la Federación Internacional de Cirugía de Obesidad (IFSO, del inglés "*International Federation for the Surgery of Obesity*"), se llevaron a cabo un total de 40.000 cirugías bariátricas en el año 1998, aumentando la cifra a 146.301 en el año 2003, y ascendiendo a 344.221 en el 2008; así, se puede observar cómo en la década entre 1998 y 2008, el aumento de cirugías bariátricas fue de un 761% (6). España, en un trabajo de Lecube y Monereo publicado en el año 2011 se configuró como el sexto país donde más cirugías de este tipo se habían llevado a cabo, con unas 6.000 intervenciones (7) y, datos publicados más recientemente por

la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO) (2018), indican que la cifra es de unas 5.000 cirugías (8), mientras que el presidente de la Fundación de la Cirugía de la Obesidad (FUNSECO) afirma que la cifra asciende a unas 7.000 en el año 2019 (4).

En numerosas ocasiones, el excesivo paso de tiempo que transcurre previamente a la práctica quirúrgica para tratar el exceso de peso repercute en que pacientes con obesidad diagnosticada sufran complicaciones graves, tanto de índole física como psicológica, inclusive existiendo casos donde la gravedad de dichas complicaciones conduce hasta la muerte (4).

A pesar de todo ello, en la actualidad aún existen contextos, sobre todo, sociales, donde la obesidad parece no ser entendida como una “verdadera” patología, repercutiendo este hecho en que son numerosas las personas que médicamente son obesas por definición, pero que ellas mismas no se consideran como tal; por ello, estas personas demoran su visita médica para atender a su estado de salud, a pesar de inclusive tener asociadas otras patologías comórbidas a la obesidad y, por ende, poniendo en peligro su propia vida (3).

Además, en la actualidad, se concibe como una problemática la demora de tiempo que acontece entre que un paciente es diagnosticado con obesidad, y la selección del mismo como objeto de cirugía bariátrica, siendo publicado por la FUNSECO que en el año 2019 alcanza inclusive los 5 años (4), si bien, este tipo de cirugía no ha sido incluido como especialidad en las listas de espera. Por un lado, cabe referenciar el determinante papel que juega en este caso el profesional sanitario, ya que de él depende, en parte, que el paciente conozca su situación médica a la perfección, así como las posibles soluciones terapéuticas que existen para él de manera individualizada. En ocasiones, por falta de tiempo y/o de conocimiento, podría darse la situación de que el profesional sanitario no informara de forma idónea a la persona obesa, inclusive instaurando protocolos terapéuticos farmacológicos y/o de modificaciones de estilo de vida no del todo adecuados en determinados casos concretos, donde, desde un primer momento, se trataría de sujetos susceptibles e indicados para práctica quirúrgica; en tal caso, el tiempo de demora va en contra de la salud del paciente. Según indica FUNSECO, la cirugía bariátrica se considera la única opción en casos donde el índice de masa corporal

(IMC) del paciente es excesivamente elevado ( $\geq 35$  de IMC) y, por ende, se trataría de casos diagnosticados como obesidad grado II o severa (cuando el IMC se encuentra entre 35 – 39,9) u obesidad grado III o mórbida (cuando el IMC es igual o superior a 40) (5); si bien, en España se estima que sólo un 5% aproximadamente de los candidatos potenciales a esta práctica quirúrgica son finalmente sometidos a ella (4).

Por otro lado, existe la posibilidad de que, en otras ocasiones, sea la propia persona obesa quien, a pesar de haber recibido la información idónea y en su totalidad acerca de las diferentes opciones terapéuticas existentes, así como las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas en su caso concreto, bien por desconocimiento o miedo a la cirugía, decide probar múltiples tratamientos médicos antes de plantearse la posibilidad de ser operada para disminuir su peso corporal. Esta situación podría estar aconteciendo inclusive en casos de obesidad severa y mórbida en los que, de manera indiscutible, lo más idóneo médicamente fuera incluirlo en la lista de espera para práctica quirúrgica y, además, lo antes posible (5).

Por todo ello, se considera necesario plantear un trabajo en el que se aborde cuál es la situación actual de la cirugía bariátrica en Canarias, ya que se trata de una cirugía que cada vez es más demandada en la actualidad y, a pesar de ello, la gestión sanitaria que se hace en estos casos es poco conocida y, además, está envuelta en controversias y quejas de los ciudadanos, abogando que no existe una equidad ni homogeneidad en los procesos.

## **1.2. Antecedentes**

### **1.2.1. La obesidad**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad se trata de una enfermedad de tipo crónico y que se caracteriza por el aumento de la grasa corporal, estando asociada, además, con un alto riesgo de diversas y numerosas patologías para la salud (5). Así, por ejemplo, se estima que aproximadamente un 44% de los diagnósticos de diabetes mellitus, un 23% de las cardiopatías isquémicas y entre un

7 y un 41% de algunas tipologías de cánceres son consecuencia tanto del sobrepeso como de la obesidad (9).

La clasificación de obesidad que propone por la OMS en la actualidad está fundamentada en el IMC, que corresponde a la relación existente entre el peso (en Kg) y la altura (el cuadrado de la misma, en metros) de la persona. De esta forma, se pueden considerar pacientes adultos obesos a aquellos que posean un IMC igual o superior a 30 Kg/m<sup>2</sup> (5).

Si bien, dicha clasificación propuesta por la OMS no sólo determina cuándo una persona se considera obesa, sino que también determina diferentes niveles de obesidad atendiendo al valor del IMC, siendo dicho niveles los que se observan en la Tabla 1, junto con los niveles IMC considerados de peso normal, de exceso de peso y de sobrepeso (también denominado pre-obeso) (Tabla 1):

Tabla 1. Categorización de personas atendiendo a su IMC según la OMS.

Fuente: elaboración propia, basada en los datos publicados por la OMS (2019).

<b>Clasificación</b>	<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Riesgo asociado a la salud</b>
Normo peso	18,5 – 25,9	Promedio
Exceso de peso	≥ 25	Aumentado
Sobrepeso o pre-obeso	25 – 29,9	Aumentado
Obesidad grado I o moderada	30 – 34,9	Aumento moderado
Obesidad grado II o severa	35 – 39,9	Aumento severo
Obesidad grado III o mórbida	≥ 40	Aumento muy severo

Actualmente, según datos publicados por la OMS, la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas que afectan a todo el mundo (índole mundial), y la prevalencia de esta patología se ha triplicado prácticamente entre los años 1975 y 2016. En el año 2016 se alcanzó la cifra de 650 millones de personas diagnosticadas de obesidad a nivel mundial, siendo aproximadamente el 13% de las personas adultas de 18 años o más obesas, representando los hombres el 11% y las mujeres el 15%. Si bien, la obesidad no sólo afecta a adultos, y en el año 2016 se publicó que había aproximadamente 41 millones de niños menores de 5 años con sobrepeso u obesidad, mientras que la cifra fue aún mayor en niños de más de cinco años y con límite máximo de edad de 19 años, siendo de 340 millones los diagnosticados con alguna de las dos patologías relacionadas con el exceso de peso (sobrepeso u obesidad) (5).

Además, se estima que cada año mueren aproximadamente 2,8 millones de pacientes como consecuencia tanto de la obesidad como del sobrepeso, siendo considerado relevante indicar que, hace algunas décadas, la obesidad se consideraba una patología presente en los países más desarrollados social y económicamente de forma exclusiva; sin embargo, en la actualidad se constituye como una patología con un alto índice de prevalencia no sólo en dichos países más desarrollados, sino también en aquellos con menos recursos (OMS).

La obesidad, a su vez, se asocia con un elevado riesgo para la salud, ocasionando una alta prevalencia de enfermedades crónicas, trastornos del aparato locomotor (por ejemplo, osteoartritis), efectos metabólicos adversos relacionados con la presión arterial, los triglicéridos y la resistencia a la insulina (por ejemplo, la diabetes), enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares; si bien, estas patologías constituyen la causa principales de muertes a nivel mundial), y algunas tipologías de cánceres (por ejemplo, de mama, de ovarios, de próstata, de riñón, de endometrio, de colon, entre otros) (2,5,9,10).

El futuro, además, no es esperanzador en cuanto a previsión de incidencia y prevalencia de obesidad y, por ende, se estima que la obesidad continuará constituyendo un importante problema de salud pública en los próximos años. Trabajos actuales evidencian que los cambios relacionados con la edad en cuanto a

la distribución y el metabolismo de la grasa corporal podrían ser factores clave de un círculo vicioso que puede acelerar el proceso de envejecimiento y la aparición de enfermedades relacionadas con la edad. Si bien, existen similitudes subyacentes a los mecanismos relacionados con la obesidad y el envejecimiento (12).

Los numerosos y determinantes avances que están aconteciendo en el campo de la medicina y de la tecnología desde inicios del siglo XX, una mayor industrialización, una creciente urbanización y, sobre todo, una modificación de los estilos de vida, entre otros, están repercutiendo en un incremento de la esperanza de vida promedio de la población mundial. Si bien, especificando en España, según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud publicado en el año 2013 por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI), la esperanza de vida alcanza los 82,3 años (13), por lo que la posibilidad de que se vean cada vez más incrementadas las tasas de obesidad en adultos se instaure como un hecho, cuando menos, esperable.

En cuanto al proceso diagnóstico que de forma generalizada se realiza en la práctica clínica en casos de obesidad, cabe hacer una especial referencia a la llamada evaluación del estado nutricional (VEN), que se define por la OMS como la *“interpretación de la información obtenida de estudios bioquímicos antropométricos, bioquímicos y/o clínicos, y utilizada básicamente para determinar la situación nutricional de individuos o poblaciones en forma de encuestas, vigilancia o pesquisa”* (5). Si bien, existen diferentes métodos de VEN complementarios (no excluyentes entre sí), siendo los más utilizados los siguientes (1):

- Historia clínico-nutricional: antecedentes personales y familiares, encuesta dietética, conducta alimentaria, hábitos y patrones de actividad física, etc.).
- Historia dietética: valoración actual de la dieta, hábitos y comportamiento alimentario.
- Exploración física
- Valoración antropométrica:
  - Existen diferentes métodos:
    - Curvas de peso ideal para una talla concreta.
    - Peso relativo.

- Pliegues triceps y subescapular.
- IMC.
- Exploraciones complementarias.
- Determinaciones analíticas
- Análisis de composición corporal: mediante impedancia bioeléctrica (BIA), la conductividad eléctrica corporal total (TOBEC), la densitometría y la espectroscopía de reflectancia en el infrarrojo próximo (NIR).
- Radiografía del carpo.
- Exploraciones de enfermedades específicas.

Sin embargo, tal y como indicado en la exposición del problema que se pretende abordar en el presente trabajo, el diagnóstico y tratamiento de obesidad en la actualidad necesita de nuevos enfoques y un consenso internacional reconocido. Cabe indicar que, a día de hoy, se utilizan una variedad de términos para clasificación y caracterización dentro de esta patología; sin embargo, no existe un consenso claro en la terminología (1,2).

Los grupos más significativos de obesidad que existen en la actualidad con enfoque de diagnóstico con fines terapéuticos incluyen: obesidad metabólicamente sana, obesidad anormal, peso normal y obesidad sarcopénica. Estos fenotipos no definen genotipos particulares o regulación de genes epigenéticos, ni proteínas relacionadas con la inflamación. Hay muchos otros genes vinculados a la obesidad, aunque el valor de la detección de todos aquellos para el diagnóstico tiene bajos resultados predictivos, ya que no hay biomarcadores significativos. Por ello, se torna importante establecer un consenso en la terminología utilizada y las características atribuidas a los subtipos de obesidad, así como el llevar a cabo la identificación de biomarcadores moleculares específicos para un mejor diagnóstico en subtipos de obesidad y, por ende, contribuir a mejorar el enfoque terapéutico (1,2).

### **1.2.2. Manejo quirúrgico de la obesidad: cirugía bariátrica**

En la actualidad, la obesidad carece de tratamiento curativo y, además, se trata de un proceso crónico. De manera generalizada, se apuesta por un tratamiento dietético en unión con modificaciones del estilo de vida, ejercicio y terapia

conductual, así como se suele implementar una terapia coadyuvante basada en fármacos como la sibutramina y orlistat, consiguiéndose de esta forma una disminución de aproximadamente un 10% de peso a medio plazo (14). Este resultado alcanzado contribuye, de manera connatural, a mejorar algunas de las comorbilidades que se asocian a la obesidad (15-19). La intervención intensa en el estilo de vida puede producir promedios de aproximadamente el 10% en 1 año y mantener la pérdida de peso en el 5,3% durante 8 años. La pérdida de peso lograda es muy variable, pero es suficiente para lograr una mejora en el control médico y de comorbilidad (20).

Sin embargo, en un medio-largo plazo, dicho abordaje terapéutico frente a la obesidad no suele resultar satisfactorio en personas con obesidad mórbida, casos en los que se ha demostrado que, en menos de cinco años, el peso perdido se vuelve a recuperar. Así, el fracaso del tratamiento médico para lograr la pérdida de peso sostenida es común entre las personas con obesidad severa. Además, los factores biológicos involucrados en las limitaciones asociadas con el mantenimiento de la pérdida de peso son poderosos (21,22).

Debido a estos resultados, a nivel estatal y siguiendo las recomendaciones europeas e internacionales, tanto la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) como la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO) consideran que, en la actualidad, la cirugía bariátrica se constituye como el único tratamiento que puede hacer frente a la obesidad severa a largo plazo (23). En un trabajo de Lecube y Monereo publicado en el año 2011, España se configuró como el sexto país donde más cirugías de este tipo se habían llevado a cabo, con unas 6.000 intervenciones (7) y, datos publicados más recientemente por la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO)(2018), indican que la cifra es de unas 5.000 cirugías (8), mientras que el presidente de la Fundación de la Cirugía de la Obesidad (FUNSECO) afirma que la cifra asciende a unas 7.000 en el año 2019 (4).

La base fundamental de la cirugía bariátrica con el propósito de lograr la pérdida de peso es la determinación de que la obesidad severa es una enfermedad asociada con múltiples efectos adversos en la salud que puede revertirse o mejorarse con una pérdida de peso exitosa en pacientes que no han podido

mantener la pérdida de peso por medios no quirúrgicos, aunque en ocasiones, se debe realizar como primera opción terapéutica para actuar de manera eficiente en el menor tiempo posible y, de esta manera, disminuir la posibilidad de que acontezcan complicaciones derivadas de la situación de alto riesgo que tiene para la salud el convivir con un estado de obesidad severa o mórbida, pudiendo inclusive producir la muerte.

Los criterios específicos establecidos por el panel de consenso del Instituto Nacional de Salud (NIH, del inglés "*National Institute of Health*") en el año 1991 indicaron que la cirugía bariátrica es apropiada para todos los pacientes con IMC ( $\text{kg/m}^2$ )  $> 40$  y para pacientes con IMC 35-40 con afecciones comórbidas asociadas. La comorbilidad relacionada con la obesidad se define como afecciones causadas directamente por sobrepeso / obesidad o que se sabe que contribuyen a la presencia o gravedad de la afección, las cuales fueron expuestas previamente, y que se espera que sufran una mejoría o inclusive entren en remisión en presencia de pérdida de peso efectiva y sostenida. Estos criterios propuestos por el NIH se han mantenido durante los siguientes casi 30 años hasta la actualidad, aunque se han identificado indicaciones específicas para la intervención quirúrgica bariátrica / metabólica para personas con obesidad menos grave, como las personas con IMC 30-35 con diabetes tipo 2 (24,25). Si bien, cabe reseñar que las indicaciones para la cirugía bariátrica están evolucionando rápidamente con objeto de considerar la presencia o ausencia de afecciones comórbidas, así como la gravedad de la obesidad reflejada por el IMC; además, es necesario comprender la patogénesis de la obesidad y la necesidad de reducir sustancialmente la ingesta de energía para lograr una pérdida de peso importante (24,25).

Asimismo, los candidatos a cirugía bariátrica deben ser evaluados para determinar si el riesgo quirúrgico es apropiado, incluyendo la presencia de enfermedades cardiovasculares, pulmonares o de otros sistemas orgánicos, y el control de estas afecciones comórbidas. Si bien, cabe indicar que estos principios se aplican a los procedimientos quirúrgicos en general, no siendo específicos de la tipología de cirugía abordada. Es posible, por ejemplo, que los pacientes con un perfil de riesgo cardiovascular extremadamente alto hayan experimentado eventos adversos que indiquen que el riesgo perioperatorio es excesivo y, en tales casos, la

probabilidad de revertir la enfermedad cardiovascular al mejorar el perfil de riesgo es poco probable que tenga éxito. Sin embargo, los ejemplos de los pacientes con obesidad más severa cuyo riesgo perioperatorio puede mejorar con la pérdida de peso, incluyen pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, anasarca relacionada, insuficiencia respiratoria e incapacidad para deambular (26).

La evaluación psicológica preoperatoria también se realiza comúnmente para identificar a los pacientes que requieren intervención preoperatoria o descalificación por completo, ya que en la actualidad se piensa que la psicopatología actual y anterior en candidatos a cirugía bariátrica es común. La literatura sobre evaluación psicológica y su probabilidad de predecir el éxito está evolucionando (27). La evaluación psicológica previa a la cirugía bariátrica puede identificar a pacientes con psicopatología, como depresión, trastorno por atracón, abuso de sustancias, entre otros, que pueden afectar la decisión de proceder con la cirugía o indicar una derivación para una evaluación e intervención preoperatoria adicional. Se estima que aproximadamente 1 de cada 10 pacientes susceptibles de ser operados de cirugía bariátrica poseen trastornos alimenticios. Además, la evaluación psicológica puede contribuir a predecir la pérdida de peso postoperatoria de los pacientes (28).

Sin embargo, las estimaciones precisas de prevalencia de psicopatologías son difíciles de obtener, sobre todo, debido a que los candidatos a cirugía bariátrica a menudo desean parecer psiquiátricamente saludables cuando se someten a una evaluación psiquiátrica para la aprobación de la cirugía. Además, otra barrera que existe en la actualidad en el contexto abordado es el hecho de que las evaluaciones diagnósticas estructuradas se utilizan con poca frecuencia (28).

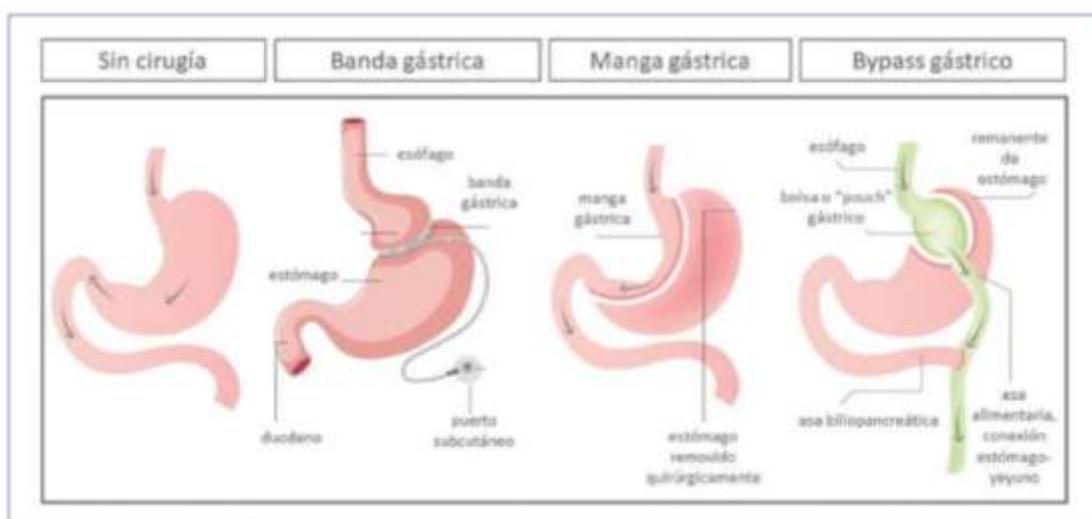
Por otro lado, el abuso de sustancias activas es una contraindicación estándar para la cirugía. Aunque es un requisito para la pérdida de peso preoperatoria obligatoria entre todos los pacientes, no está justificado por la literatura publicada, y aquellos pacientes que de forma individual se considera que poseen un riesgo extremadamente alto debido a la gravedad de la obesidad y sus condiciones comórbidas, pueden ser apropiados en casos seleccionados. Un interesante estudio en este sentido es el publicado por Ivezaj et al. (2017) (29), en el que se indica que un creciente cuerpo de evidencia empírica ha demostrado paralelismos entre obesidad, comer en exceso y abuso de sustancias, incluidos factores compartidos

de comportamiento psicológicos y neurofisiológicos implicados en la ingesta excesiva de alimentos y sustancias de abuso.

Así, cabe indicar que en los últimos años están surgiendo varias líneas de investigación diferentes que tienen el potencial de arrojar luz sobre la conexión entre la obesidad, la recompensa alimentaria y la adicción, con estudios que examinan los cambios en el uso / abuso del alcohol después de la cirugía para bajar de peso proporcionando una perspectiva particularmente interesante sobre estas interrelaciones. Sin embargo, estas líneas de investigación han procedido en un relativo aislamiento, y los hallazgos relevantes de la investigación aún no se han integrado de manera sintetizada e integral (29).

En la actualidad, son numerosas las técnicas quirúrgicas bariátricas que se pueden realizar, si bien, en un trabajo publicado por Frigolet et al. (26) en el presente año han presentado los procedimientos básicos, entre los que se integran la banda gástrica, la manga gástrica y la derivación gastroyeyunal en Y de Roux y el *bypass* gástrico, en consonancia con estudios previos (30). En la Figura 1 se observan imágenes esquemáticas de cada uno de los procesos quirúrgicos citados:

Figura 1. Esquematización de los procedimientos bariátricos que se utilizan generalmente en la actualidad. Fuente: imagen extraída del trabajo de Frigolet et al. (2020).



Por otro lado, no debe dejar de considerarse las posibles complicaciones derivadas de la cirugía, las cuales, deben ser conocidas por el profesional sanitario y, además, informadas de manera detallada a cada paciente. En el pasado, las complicaciones incluían la mortalidad peri operatoria, siendo hasta diez veces más frecuentes de lo que ocurren en la actualidad. Por ejemplo, un estudio basado en la población realizado por Flum y Dellinger en el año 2004 informó una mortalidad del 2% después del bypass gástrico, considerablemente mayor que el 0.5% comúnmente reportado por aquellos cirujanos que optaron por informar sus resultados (31). En respuesta, la comunidad quirúrgica bariátrica promulgó una serie de cambios para mejorar este historial de seguridad. Se incluyó la identificación de la importancia de la experiencia del cirujano y del centro, el establecimiento de vías, protocolos de atención e iniciativas de calidad y la incorporación de todos estos aspectos de la atención en un programa de acreditación de centros, administrado actualmente por la Sociedad Estadounidense de Profesionales Metabólicos y de Cirugía Bariátricos y el Colegio Americano de Cirujanos (32).

Las complicaciones a medio y largo plazo de la cirugía bariátrica se han descrito bien, aunque la determinación de su incidencia está limitada por un número progresivamente mayor de pacientes perdidos durante el seguimiento (33i). Las complicaciones más observadas incluyen obstrucción intestinal, úlcera marginal, hernia ventral y cálculos biliares. Las complicaciones metabólicas notificadas incluyen nefrolitiasis e hipoglucemia. Las deficiencias de minerales y vitaminas, así como la recuperación de peso se informan en un número variable de pacientes. Los estudios que informan de deficiencias de micronutrientes varían sustancialmente de la siguiente manera: hierro, 33-55%; calcio / vitamina D, 24-60%; vitamina B12, 24-70%; cobre, 10-15%; tiamina, <5% 24. Las pautas establecidas recomiendan la suplementación de nutrientes de rutina para incluir multivitaminas, hierro, minerales, calcio y vitamina D2 (34).

La cirugía de obesidad ha demostrado ser efectiva a corto plazo para la pérdida de peso y para la remisión o la mejora de las comorbilidades asociadas con el exceso de peso; sin embargo, a largo plazo, la recuperación de peso ocurre en un porcentaje que oscila entre un 20% y un 40% de los pacientes (35-39),

considerándose un factor importante en la recurrencia de comorbilidades. Se han estudiado muchos factores para predecir la recuperación de peso, pero se ha descubierto que pocos son relevantes, si bien, la monitorización cuidadosa de las trayectorias de peso postoperatorias tempranas podría ser una forma de lograr la identificación temprana de pacientes con recuperación de peso. Idealmente, el autocontrol del peso podría permitir a los pacientes alertar a los proveedores de atención médica lo suficientemente temprano como para que se puedan estudiar las soluciones (40).

Si bien, para concluir este epígrafe del trabajo, cabe indicar que, tras el proceso quirúrgico aún queda a los pacientes mucho camino por recorrer para que la terapia frente a la obesidad instaurada hasta el momento sea efectiva. No sólo se debe hacer un exhaustivo control del peso, sino analizar la posible repercusión a nivel de absorción de elementos que la cirugía ha podido ocasionar y, además, para el paciente se torna crucial el apoyo tanto a nivel de educación en nutrición como a nivel psicológico o psiquiátrico. Por todo ello, el seguimiento posoperatorio se considera una práctica de capital importancia en estos casos, al igual que sucede con el preoperatorio, y, además, debe realizarse desde una perspectiva multidisciplinar que implica la atención de diferentes profesionales que, en conjunto, brinden al paciente la atención que necesita para que el éxito de la cirugía bariátrica a largo plazo sea una realidad (34-36,39).

### **1.2.3. Selección de pacientes y consentimiento informado**

En la actualidad, tal y como indicado previamente, no existe un consenso bien definido a nivel internacional que indique atendiendo a qué criterios físicos y psicológicos se debe proponer la cirugía bariátrica en pacientes con obesidad, así como tampoco el tipo de cirugía más eficaz en cada uno de los casos. Además, cabe indicarse que la repercusión económica que tienen las cirugías bariátricas para el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) es alta, por lo que, actualmente, no todas las Comunidades Autónomas en España las financian. Por ejemplo, una reducción de estómago realizada con el método POSE, que se trata de un novedoso tratamiento de reducción de estómago por vía oral y que, por ende, es menos invasivo, más seguro y evita incisiones y cicatrices que otras tipologías de cirugías, se estima que supone entre unos 10.000 y 12.000 euros por paciente (41).

Todo ello repercute en que la gestión sanitaria de esta tipología de personas se torna, en numerosas ocasiones, complicada y, por ende, conlleva el paso de un gran período de tiempo entre cada una de las fases y decisiones que se deben tomar antes de la selección final de pacientes quirúrgicos si así fuera el caso. A continuación, se va a exponer el proceso que, de manera generalizada, tiene lugar en España en el caso de pacientes que acuden a atención primaria con problemas de sobrepeso u obesidad, tal y como aparece recogido en el informa denominado *Protocolo de Cirugía Bariátrica* de la Sociedad Castellano-Leonesa de Endocrinología, Diabetes y Nutrición (SCLEDYN) (3).

- El médico de Atención Primaria evalúa el caso de la persona en cuestión y, tras realizarle las pruebas y preguntas pertinentes, en caso de que así lo considere, se derivará al Servicio de Endocrinología. Generalmente, se realiza dicha derivación cuando el paciente es mayor de edad, posee un IMC por encima de 35, no presenta psicopatologías graves (adicción a drogas, retraso mental, trastornos de comportamiento alimentario, entre otras), y no posee patologías orgánicas importantes como cardiopatía severa, insuficiencia renal, cirrosis hepática y/o enfermedad inflamatoria intestinal.
- En el caso de selección por parte del médico de atención primaria y derivación al Servicio de Endocrinología, debe rellenarse una hoja de derivación, la cual debe estar rellena en el momento de envío, y cuyo modelo ejemplar en la que se observan los datos que generalmente deben ser recogidos en la misma se ha incluido en el Anexo 1. Si bien, dicha hoja de derivación es valorada por Endocrinología antes de confirmar la cita con el paciente en cuestión.
- Una vez concertada la cita con Endocrinología, se lleva a cabo la selección de pacientes. Los criterios de selección, tal y como indicado previamente, no están consensuados en su totalidad, aunque de manera generalizada se expusieron en epígrafes previos del presente trabajo. A modo de resumen, los principales criterios son: mayor de edad, IMC por encima de 40, IMC entre 35-40 con tratamiento médico previo ineficaz y patologías secundarias que disminuyen la calidad de vida del paciente y que, tras la

cirugía, podría mejorar, ausencia de psicopatología grave y no patología orgánica grave.

- Posteriormente, se procede a la selección de la tipología de cirugía más adecuada en cada caso. En hospitales donde existe un equipo de bariátrica específico, la decisión recae sobre él y, en caso de la inexistencia de dicho equipo especializado en esta tipología de cirugía, son los equipos de endocrinología quienes deben tomar la decisión de qué cirugía se presupone más idónea para cada paciente, en conjunto con los cirujanos que vayan a llevar a cabo la práctica quirúrgica.

- Información al paciente de su selección, tanto de forma oral como escrita. Una vez llevada a cabo la selección de las personas que, desde el enfoque médico, son idóneas para someterse a cirugía bariátrica para mejorar su estado de obesidad severa y, en numerosas ocasiones, las comorbilidades que de manera conjunta acontecen, los profesionales médicos están en obligación en informar al paciente acerca de los motivos de su decisión y, además, de realizar la propuesta idónea de planteamiento de la cirugía. En este caso, los sujetos susceptibles de práctica bariátrica deben ser instruidos en el proceso preoperatorio y postoperatorio que debe llevarse a cabo con objeto de que la eficacia de la práctica quirúrgica sea la mayor posible, así como se debe informar exhaustivamente de las complicaciones que podrían derivarse de la cirugía, tanto a corto como a medio y largo plazo. Tal y como indicado en el epígrafe previo del presente trabajo, en el contexto médico abordado, tales fases previas, así como las posteriores a la cirugía, se tornan fundamentales para que se alcance el éxito; y, además, el abordaje debe hacerse desde una perspectiva multidisciplinar.

A modo de ejemplo, en el Anexo 2 se incluye la información básica escrita que debe conocer el paciente seleccionado para cirugía bariátrica. Entre ella, se debe abogar por el conocimiento de los riesgos de la obesidad y los beneficios que la disminución de peso puede tener frente a dichos riesgos, cuál son los resultados que se esperan tener tras la cirugía, qué efectos adversos y posibles complicaciones pueden acontecer como consecuencia de la práctica quirúrgica y, en especial posición, informar de la

capital importancia que tiene el continuar con los controles periódicos de seguimiento tras la cirugía con objeto de que se alcance el mayor éxito posible tras la práctica y, por ende, un mayor beneficio para el paciente.

- Una vez se ha llevado a cabo el proceso de información que se requiere en casos de terapia quirúrgica frente a la obesidad, el consentimiento de la práctica en cuestión por parte del paciente debe realizarse mediante un documento escrito que cuenta con una regulación legislativa ampliamente desarrollada, se trata de un consentimiento informado. A modo de ejemplo, se puede observar una hoja de consentimiento en el Anexo 3.

Tal y como se puede observar, el proceso desde que un paciente con obesidad acude a Atención Primaria hasta que es considerado susceptible de cirugía bariátrica en largo, estando constituido por diferentes fases en las que, además, no existen protocolos estandarizados exhaustivamente que permitan tomar una decisión rápida. Si bien, una vez terminado el proceso de selección y aceptación por parte del paciente enfermo, comienza una nueva espera: la lista de espera, valga la redundancia terminológica.

#### **1.2.4. Listas de espera**

Una lista de espera se puede definir como la fila de pacientes que están pendientes de recibir un servicio sanitario específico y, de manera generalizada hay dos tipos diferentes: las listas de espera para atención de un especialista y las de espera para el correspondiente servicio diagnóstico o terapéutico (de cirugía, de quimioterapia, de radioterapia, de fisioterapia, etc.); si bien, son estas últimas las que de manera usual se consideran “listas de espera” (42).

Cada una de las listas de espera se asocia a un tiempo de espera, que se puede medir en días, semanas o meses y que va desde que la persona objeto de servicio sanitario se ubica en la lista hasta que ha recibido la atención sanitaria demandada; y el tiempo que transcurre parece estar determinado por un complejo entramado de factores tanto de los pacientes como de la oferta de servicio.

Si bien, cabe exponer una serie de conceptos fundamentales que permiten contextualizar la temática, y que son (42):

- La *gravedad* de los pacientes: referida al nivel de sufrimiento, impedimento de realización de actividades de la vida cotidiana, riesgo de secuelas e inclusive posibilidad de muerte prematura.
- La *urgencia*: entendida como la velocidad con la que el paciente requiere un tipo determinado de servicio sanitario. Si bien, cabe indicar que aunque la urgencia se relaciona de forma connatural con la gravedad, en el caso de las listas de espera no es equiparable en la totalidad de los casos, ya que la urgencia, además de con la gravedad, se encuentra relacionada con los beneficios que se esperan de la intervención y con la historia natural de la patología.
- La *prioridad*: este término se relaciona de forma directa con la urgencia, aunque generalmente dentro de él se integran, además de las circunstancias de tipo clínico, consideraciones y preferencias de tipo social (por ejemplo, los niños deben tener preferencia, personas que viven solas y no cuentan con ayudas familiares, etc.).
- Los *beneficios esperados*: este concepto puede definirse como la probabilidad que existe de que los resultados deseados serán superiores a los efectos adversos de la práctica sanitaria, pudiendo ser estos últimos muy variables en función de la gravedad y otras muchas situaciones (tipología de enfermedad, nivel de avance de la enfermedad, curso de la misma, etc.)

Las listas de espera han constituido, y aún lo hacen en la actualidad, una problemática importante y común desde hace décadas que afecta a la política y a la gestión sanitaria, ocupando muchas páginas de medios de comunicación, más probablemente por el secretismo que parece circundar a la temática. La información de la que se dispone sobre listas de espera es escasa, en ocasiones no es clara y, además, es cuestionada por gran parte de colectivos.

En el caso de las listas de espera de la cirugía bariátrica, esta problemática aún es mayor, teniendo en cuenta que no se integran en las listas de espera quirúrgicas

como una tipología de práctica sanitaria, quedando posicionadas en una situación de desamparo normativo que, indiscutiblemente, genera un halo de incertidumbre y, en última instancia, las largas esperas repercuten en la salud de los pacientes, inclusive pudiendo conllevar la muerte.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Se ha propuesto la realización del presente proyecto porque se considera necesario conocer cuál es la situación que existe en España, tanto a nivel legislativo como en la práctica sanitaria, acerca de las listas de espera de la cirugía bariátrica, ya que el número de personas obesas susceptibles de dicha práctica quirúrgica está viéndose notablemente incrementado en los últimos años (5).

En la actualidad, la cirugía bariátrica no ha sido categorizada como una tipología de cirugía independiente en las listas de espera quirúrgicas del SNS, y la controversia acerca de las cifras referentes al número de pacientes sometidos a ella y cuál es el tiempo que deben esperar para ser operados es máxima. Además, si a todo ello se añade el hecho de que la selección de los pacientes obesos susceptibles de ser operados para reducir su estómago es controvertida, ya que no existen criterios diagnósticos de selección consensuados en la actualidad, así como se debe llevar a cabo un protocolo que tampoco está bien establecido por las autoridades, la realidad es que en el proceso que transcurre desde que una persona con problema de obesidad acude a consulta de Atención Primaria, hasta que es operada de cirugía bariátrica, pueden pasar inclusive años (con trabajos que afirman esperas de hasta 5 años), repercutiendo tanta demora en la salud de las personas (4).

Además, debido a que la Universidad donde se enmarca el presente trabajo pertenece a la Comunidad Autónoma de Canarias, se considera focalizar la investigación acerca de la situación de la cirugía bariátrica y de las listas de espera para la misma en dicha Comunidad, ya que se trata de una de las Comunidades Autónomas donde el SNS permite la práctica de esta tipología de práctica quirúrgica. Por otro lado, una vez conocida la realidad de las listas de espera para cirugía bariátrica en Canarias, se considera idóneo diseñar un plan de mejora que pudiera contribuir a avanzar hacia la búsqueda de una mejor gestión sanitaria.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo general**

El objetivo general que se propone alcanzar con el presente trabajo es conocer cuál es la situación actual de la cirugía bariátrica y de las listas de espera para su realización en España, con focalización en la Comunidad Autónoma de Canarias y, posteriormente, proponer acciones de mejora de la situación en la Comunidad Autónoma de Canarias.

#### **3.2. Objetivos específicos**

Además, con objeto de proyectar el desarrollo del trabajo hacia el alcance del objetivo general, se proponen una serie de objetivos específicos, que son:

- Determinar cuál es el procedimiento que se sigue en la Comunidad Autónoma de Canarias cuando un paciente obeso acude a consulta de Atención Primaria.
- Investigar la temática referente a las listas de espera y su evolución hasta la actualidad en España.
- Analizar cuál es la situación actual de las listas de espera quirúrgicas en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Determinar el evolutivo de las listas de espera de cirugía bariátrica en España, con focalización en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Determinar puntos fuertes y débiles que existen en relación a las barreras en las listas de espera de los pacientes obesos.
- Identificar acciones de mejora para disminuir los tramos de espera.

### **4. METODOLOGÍA**

#### **4.1. Tipo de investigación**

Se ha decidido llevar a cabo una investigación de tipo mixta, por un lado, se ha realizado una revisión bibliográfica y, por otro lado, se ha diseñado una propuesta de mejora para implementación en un hospital de la Comunidad Autónoma de Canarias.

## 4.2. Metodología

Para desarrollar el diseño metodológico de revisión bibliográfica, se ha comenzado por la fase de la búsqueda de trabajos que permitieron ir proyectando y guiando el trabajo hacia los objetivos propuestos para el mismo y, en última instancia, poder alcanzarlos.

Para ello, las búsquedas de información se han llevado a cabo en fuentes de documentación primarias y secundarias, así como se ha consultado normativa nacional en el Boletín Oficial del Estado, páginas del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, páginas del Gobierno de Canarias, etc. En el contexto de las fuentes primarias, que han sido usadas en mayor medida como consecuencia de una mayor fiabilidad de datos recopilados, se ha considerado basar la búsqueda de estudios científicos en diversas bases de datos electrónicas Pubmed, Web of Science (WOS), Medline, Scielo y Google Scholar.

Además, con objeto de poder focalizar la búsqueda de trabajos de manera idónea atendiendo a los objetivos propuestos en el trabajo, se ha diseñado una estrategia de búsqueda basada en la elección de una serie de palabras clave, sobre todo, en lengua castellana debido a la temática abordada y a la contextualización de índole, sobre todo, nacional del trabajo. Las palabras han sido: “cirugía bariátrica”, “reducción de estómago”, “canarias”, “lista de espera”, y “España”. Si bien, también se han seleccionado algunas palabras en lengua inglesa, sobre todo, para recopilar información de tipo conceptual, tales como “*bariatric surgery*” y “*waiting list*”.

Posteriormente, a través del uso de una herramienta de conexión de las palabras clave tal y como son los **operados booleanos** “AND” y “OR”, se han construido una serie de ecuaciones de búsqueda para una recopilación de trabajos de la manera más focalizada en función de los objetivos propuestos. Algunas de las ecuaciones de búsqueda que se han diseñado y utilizado en las búsquedas bibliográficas han sido:

- “cirugía bariátrica” AND “España” AND “lista de espera”.
- “Canarias” AND “reducción de estómago”
- “*bariatric surgery*” AND “*waiting list*”.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Investigación teórica

#### 5.1.1. *Cirugía bariátrica en la Comunidad Autónoma de Canarias*

La Comunidad Autónoma de Canarias se configura como una de las Comunidades de España donde la cirugía bariátrica se puede realizar dentro del Sistema Nacional Sanitario. El Gobierno de Canarias financia la realización de la práctica quirúrgica en casos de obesidad mórbida, tal y como aparece recogido en el manual editado por el Gobierno de Canarias, la Consejería de Sanidad, el Servicio Canario de Salud y la Dirección General de Programas Asistenciales, denominado *Recomendaciones clínico-asistenciales. Criterios para inclusión en lista de espera quirúrgica* (43). La primera edición de dicho manual vio la luz en el año 2013, mientras que la última actualización data del 28 de noviembre de 2018 y, además, en dicha actualización han sido revisados los criterios de inclusión por obesidad mórbida dentro del marco de la especialidad de cirugía general y digestiva.

A continuación, en la Figura 2 se observan cuál son los **criterios de inclusión** especificados en el manual de la Comunidad Autónoma Canaria.

Figura 2. Criterios de inclusión de pacientes para cirugía bariátrica y proceso de valoración positiva. Fuente: imagen extraída del manual *Recomendaciones clínico-asistenciales. Criterios para inclusión en lista de espera quirúrgica* (43).

<b>CRITERIO DE INCLUSIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ IMC &gt;35</li> <li>▪ Ausencia de enfermedad endocrino-metabólica como causa de la obesidad.</li> <li>▪ Fracaso médico conservador controlado por el médico de Atención Primaria o de Atención Hospitalaria, al menos durante 6 meses, sin conseguir la pérdida de peso deseada o el mantenimiento de ésta.</li> <li>▪ Edad &gt; 18 años y &lt; 60 años. (Se podrán valorar casos seleccionados fuera de este rango de edad, en el seno de la Unidad de Cirugía Bariátrica o de un comité multidisciplinar de obesidad. En caso de menores, deberá de incluir la valoración del pediatra y cooperación y consentimiento de los padres).</li> </ul>

- Obesidad Mórbida mantenida por > 5 años.
- Capaz de comprender el procedimiento y sus riesgos asociados.

Valoración positiva por parte de la unidad de cirugía bariátrica del hospital de referencia del área de salud correspondiente o en su defecto por un comité multidisciplinar hospitalario, que debe constar de cirujano bariátrico , endocrinólogo , psiquiatra experto en trastornos alimentarios y anestesiólogo. Tanto en la valoración previa del paciente como en el seguimiento es necesaria la participación del médico de Atención Primaria y de una enfermera experta en nutrición.

Además, no sólo se indican los criterios de inclusión en dicho manual, sino también los **criterios de exclusión** de pacientes, que son: hepatopatía / cardiopatía / enfermedad pulmonar grave; enfermedad neoplásica activa; alcoholismo/drogadicción; trastornos psicótico grave no tratado o inestable; y bulimia no tratada.

Finalmente, una vez instaurados los criterios de inclusión y de exclusión y, por ende, haberse llevado a cabo la decisión de inclusión como paciente susceptible de cirugía bariátrica, se utilizan una serie **de criterios de priorización** (Figura 3):

Figura 3. Criterios de priorización de pacientes para cirugía bariátrica Fuente: imagen extraída del manual Recomendaciones clínico-asistenciales. Criterios para inclusión en lista de espera quirúrgica (43).

**CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN**  
**(Una vez establecida la inclusión )**

- Evento cardiovascular (infarto, accidente cerebro vascular, tromboembolismo pulmonar).
- Diabetes insulino dependiente.
- Hipertensión arterial refractaria al tratamiento.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico con esofagitis grave (C-D de la Clasificación de LA) o Esófago de Barret.
- Síndrome de la apnea obstructiva del sueño con CPAP.
- Artropatía severa.
- Colelitiasis sintomática.

Si bien, cabe indicar que en dicho Manual se hace énfasis en la necesidad imperiosa de hacer un abordaje integral de los pacientes con obesidad mórbida, debiendo ser realizada la atención, por tanto, por un equipo de profesionales multidisciplinar y, además, el protocolo de actuación de los diferentes entes que forman parte del proceso debe estar bien definido y, además, ser respetado en su totalidad con objeto de que el proceso de atención y selección de pacientes sea lo más eficaz posible.

A continuación, se va a exponer, desde un enfoque legislativo enmarcado en la Comunidad Autónoma de Canarias, cuál es la importancia y necesidad de la firma del consentimiento informado una vez que el paciente ha sido seleccionado para cirugía bariátrica, con objeto de ofrecer una visión del protocolo que se sigue en estos casos en la Comunidad analizada. Así, cabe comenzar exponiendo el artículo número 6 de la Ley 11/1994 de 26 de julio de Ordenación Sanitaria de Canarias, donde se recoge el derecho que poseen todas las personas “a que se le dé, en términos comprensibles a él y, en su caso, a sus familiares, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento” (44). Asimismo, también se establece que todo ciudadano tiene derecho a “la libre elección entre las opciones que le presente el médico, siendo preciso el consentimiento previo por escrito del usuario para la realización de cualquier intervención” (44).

La definición del concepto de “consentimiento informado” fue recogido posteriormente, de manera específica en el artículo 3 de la Ley 41/2002, como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud” (45). Además, con el mismo encuadre legislativo, si bien en este caso en el artículo 8, se recoge que dicho consentimiento debe ser, de manera generalizada, oral; sin embargo, en el caso de una intervención quirúrgica, tal y como es el caso de la cirugía bariátrica, debe ser también por escrito (45) Si bien, en el artículo 9 se regulan ciertos límites del consentimiento informado, estableciéndose, por ejemplo, que los profesionales sanitarios pueden realizar intervención clínicas que se consideren indispensables en favor del estado de salud de un paciente sin tener que contar con el consentimiento informado, siempre y

cuando sea en caso de riesgo para la salud pública o cuando el riesgo sea inmediato y grave para la integridad de la persona en cuestión (física y/o psíquica), y la obtención de la autorización sea imposible en tales circunstancias.

Por otro lado, según la Ley 41/2002, la información que debe aparecer en el consentimiento informado debe ser “la información básica conteniendo las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente, los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención y las contraindicaciones” (45). Si bien, cabe indicar que toda esta información debe ser no sólo entregada por escrito al paciente, sino que debe ser expuesta de manera oral, entendible y sujeta a la posibilidad de preguntas y dudas por parte de cada paciente y de cada situación concreta.

Finalmente, una vez todo este proceso ha culminado de manera satisfactoria, el paciente pasará a formar parte de la lista de espera para que se le realice la cirugía bariátrica.

### ***5.1.2. Las listas de espera quirúrgicas. Breve recorrido histórico hasta la actualidad en España***

Las listas de espera se configuran como una grave problemática común, sobre todo, en los sistemas sanitarios que se financian con fondos públicos, los que garantizan una equidad entre la totalidad de la ciudadanía en cuanto al acceso a servicios sanitarios se refiere, sin embargo, es patente que el principal inconveniente es la espera. Si bien, cabe indicarse que existe una amplia variabilidad en los períodos de espera entre diferentes países (46).

Si bien son numerosos los modelos teóricos que se aproximan e intentan dar una explicación a las listas de espera desde la teoría de la elección pública, la mayor parte de análisis económicos realizados focalizados en las listas de espera son llevados a cabo desde otras perspectivas (47). Así, no sólo el cálculo de las pérdidas de bienestar en las personas afectadas como consecuencia de la dicotomía precio-espera se ha considerado objeto de estudio, sino que la literatura se ha focalizado

en la modelización del comportamiento de la demanda (48-50) y, en menor grado, de la oferta (51,52).

A pesar de todos estos estudios y modelos analizados, la realidad es que ninguno ofrece una explicación válida que permita comprender determinadas observaciones empíricas llevadas a cabo en la temática de las listas de espera. Ello podría ser debido, más probablemente, a que las listas de espera poseen una dimensión política indiscutible, por lo que su entendimiento no necesita sólo ser abordado desde una demanda de atención, sino desde la perspectiva de asignación de recursos, intereses de agrupaciones corporativas (tanto de los profesionales sanitarios como de otros sectores privados y de los propios pacientes), y de la relación que acontece entre las personas demandantes de servicios sanitario, los proveedores de dichos servicios y las instituciones gubernamentales (42).

Además, las listas de espera se integran en un “mercado” con características propias y diferentes de los mercados convencionales, por lo que ello también se considera una importante barrera que condiciona la imposibilidad de ser un fenómeno explicado desde modelos teóricos. Las principales características de diversidad en este caso del “mercado sanitario” son: a) el ente que demanda el servicio (el paciente) es filtrado por medio de una cadena de profesionales sanitarios, siendo los médicos quienes traducen la demanda genérica de atención a un problema sanitario en prescripciones de consumo de servicios que son aparentemente necesario; b) esta relación que se establece acontece en un halo de incertidumbre sujeto a múltiple variabilidad; y c) a pesar de que numerosos de los servicios que se prescriben podrían ser catalogados como un “bien de lujo”, otros son necesarios para sobrevivir o evitar secuelas importantes (42,47).

Son numerosos los esfuerzos que se llevan haciendo desde hace décadas para comprender la temática de las listas de espera, y lo que parece abogarse de manera consensuada es que las políticas de reducción y gestión de las listas de espera han constituido y constituyen una esfera que debe seguir siendo desarrollada con objeto de mejorar la situación. Además de conocer “cuánto” se gasta en sanidad, se debe valorar “en qué se gasta” y “cómo se gasta”, ya que, seguramente, el criterio fundamental para valorar la eficiencia del sistema lo constituya el hecho de

que las personas que poseen mayores necesidades (gravedad, urgencia, prioridad) sean aquellas que se atienden antes (53-57).

Atendiendo a las estrategias que proponen algunos investigadores frente a las listas de espera, éstas pueden clasificarse en aquellas estrategias que tienen por objetivo el reducir la lista (o el tiempo de espera) y aquellas estrategias focalizadas en la gestión de las listas de espera (42,46). A continuación, en la Tabla 2 se exponen de manera esquemática las fundamentales:

Tabla 2. Estrategias posibles frente a las listas de espera. Fuente: elaboración propia.

Tipología de estrategias	Estrategias específicas
Estrategias de reducción de las listas de espera	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relacionadas con la demanda: copago.</li> <li>▪ Relacionadas con la imposición de barreras: guías, revisión prospectiva de uso, segunda opinión, <i>gatekeeping</i>.. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reducción de la incertidumbre.</li> <li>▪ Aumento estructural de los recursos o de su productividad. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumentos de recursos de índole temporal: aumento de los horarios en las cirugías, ampliación de las jornadas de trabajo, derivaciones al sector sanitario privado, etc.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>▪ Estímulos al sector privado (por ejemplo, mediante subsidios) y garantía de tiempo.</li> </ul>
Estrategias de gestión de las listas de espera	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Depuraciones administrativas.</li> <li>▪ Audits de listas de espera.</li> <li>▪ Priorización.</li> </ul>

Focalizando la temática de las listas de espera y su problemática en España, un resumen de la realidad lo realizó Peiró en el año 2000 en su trabajo *Listas de espera: mucho ruido, poca información, políticas oportunistas y mínima gestión* (58), indicando que el llevar a cabo una evaluación de las necesidades de índole clínica en las personas utilizando criterios transparentes se constituía como una meta fundamental para que puedan ser atendidos en orden de necesidad, es decir, priorizados y, además, poder tomar la decisión de qué recursos se les asigna. Asimismo, indicó que la alternativa configurada como “pedir turno detrás de la cola” se concibe como clínica y socialmente inaceptable y, además, repercutía en la generación de ineficiencia, preferencias personales y desestructuración. Es más, algunos estudios han demostrado a lo largo de los años que aquellas personas más desfavorecidas son quienes reciben menor número de intervenciones y, además, tienen que esperar más tiempo para recibirlas; en contraposición, familiares y amistades de los profesionales sanitarios, políticos y personas de la alta esfera social, “suben” en las listas de espera de manera inexplicable normativamente (58).

En aquellos años, la temática de las listas de espera estaba repercutiendo en la publicación de una gran cantidad de titulares de prensa de calidad, en una gran cantidad de iniciativas parlamentarias en el Congreso de los Diputados, en la necesidad de intervención del Defensor del Pueblo solicitando a cada una de las Comunidades Autónomas que otorgara de información acerca de la gestión que se llevaba a cabo en el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) y, lo que se configuró como el punto álgido de la cuestión, la respuesta negativa de numerosas Comunidades Autónomas de compartir la información referente a las listas de espera en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (59).

Toda la situación problemática que estaba aconteciendo en España respecto a las listas de espera, repercutió en que en el año 2003 el Ministerio de Sanidad integrara el denominado Sistema de Información sobre Listas de Espera (SISLE) con el objetivo de poder evaluar todas las situaciones que se estuvieran alejando de la normalidad y, además, poder establecer prioridades. Desde aquel punto de inflexión, en la práctica, los intentos por una mejora de la situación se han continuado por

parte tanto de las Instituciones como de los propios centros sanitarios y hospitales. A nivel legislativo nacional cabe destacar:

- Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Si bien, los avances son lentos, muestra de ello es que no ha sido hasta el año 2016 cuando el Ministerio de Salud ha publicado las listas de espera por Comunidades Autónomas, un dato que se considera fundamental, ya que la variabilidad entre ellas es patente. Así, la mayor demora media se observó en Canarias (182) días, mientras que la menor fue en La Rioja (49 días), siendo el mayor porcentaje, con más de 6 meses en lista de espera quirúrgica, alcanzado por Canarias (37,3%), siendo el menor en Madrid (1,5%) (60).

Además, en dicho informe del año 2016 se informó del incremento de personas en lista de espera quirúrgica: 614.101 personas, constituyéndose como la cifra más alta de las estadísticas existentes del Ministerio, y revelando un incremento de 45.004 más personas que en el año 2015. Asimismo, no sólo el número de personas aumenta en los últimos años, sino que también lo hace el tiempo de espera medio, aumentando en 32 días en sólo 6 meses (entre junio y diciembre), y en el porcentaje de más de 60 días de demora (suponiendo un aumento de un 18,9%). Asimismo, los datos referentes a las listas de espera para primeras consultas también mostraron un incremento en todas las variables (60).

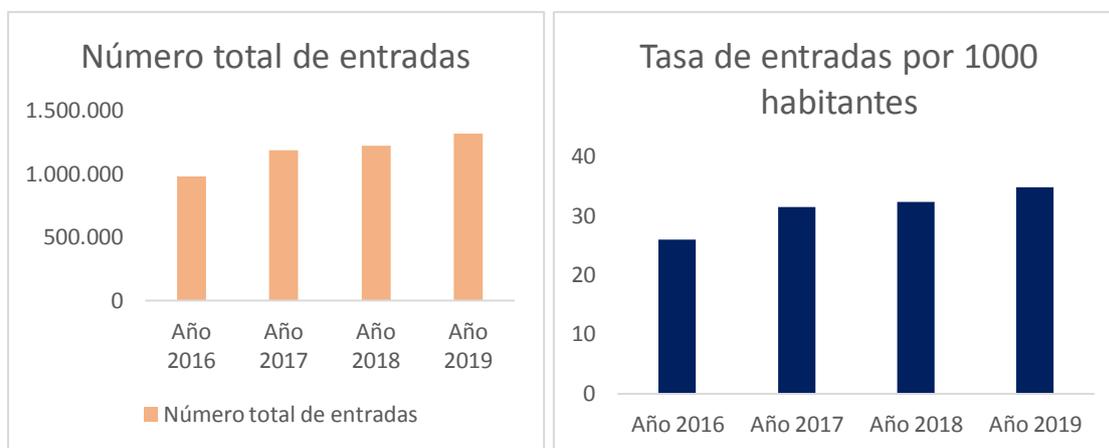
Además, en el estudio de Sánchez-Bayle (2018) (61), se observó una relación estadísticamente significativa entre los días de lista de espera quirúrgica y el porcentaje de pacientes que esperan más de 6 meses en dicha lista de espera, y los recortes llevados a cabo en los presupuestos *per cápita* entre los años 2009 y 2013. La crisis económica existente en España y que azota el país desde el año 2008, de la que aún no se ha podido recuperar, por tanto, incrementa la problemática de las listas de espera, constituyendo uno de los motivos máximos de preocupación social

y uno de los motores de la dialéctica en la esfera de las políticas de índole sanitaria (61).

Finalmente, los últimos datos publicados en el SISLE por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) del Gobierno de España respecto a la situación de las listas de espera quirúrgicas con fecha de 30 de junio de 2019, indican que el número de personas continúa en ascenso (62), tal y como se puede observar en la Figura 4.

Figura 4. Número total de entradas y tasa de entradas por 1.000 habitantes.

Fuente: elaboración propia según datos del MSCBS (2019).



Respecto al porcentaje de pacientes con más de 6 meses en las listas de espera quirúrgica, la media en España es de 15,8%, siendo el tiempo medio de espera de 115 días. Atendiendo a las diferencias entre las diferentes Comunidades Autónomas, cabe indicar que el mayor número total de pacientes pendientes se observa en Cataluña (168.108) seguida de Andalucía (137.72); mientras que en relación a la tasa por 1.000 habitantes, el mayor porcentaje corresponde a Cataluña (23,32%), seguida de Extremadura (21,91%). En cuanto al tiempo medio de espera, el mayor acontece en la Comunidad Autónoma de Andalucía (164 días), seguida de Castilla -La Mancha (149 días) y de cerca por Cataluña (146 días) (62).

### **5.1.3. Lista de espera quirúrgica en la Comunidad Autónoma de Canarias**

Según el último informe publicado por el Gobierno de España sobre la situación de la lista de espera quirúrgica del SNS, a 30 de junio de 2019, de manera generalizada sin especificar tipología de intervención, el total de pacientes pendientes en Canarias, son 24.862, siendo la tasa por cada 1.000 habitantes de 12,29%, estando esta tasa por debajo de la total en el país (14,85%). En el caso del porcentaje de pacientes con más de 6 meses, alcanza la cifra de 20,5%, 5 puntos por encima de la media del país: 15,8%; mientras que el tiempo medio de espera en días es de 127, ligeramente por encima de la media alcanzada a nivel nacional (115 días) (62).

Si bien, cabe indicar que en Canarias, dentro del Servicio Canario de la Salud (SCS) existe el denominado Servicio de la Gestión de la Demanda Asistencial, que tiene por objetivo “analizar la demanda asistencial y proponer actuaciones para la reducción de la demora existente, a partir de la información proporcionada por los distintos centros integrados en la red hospitalaria de utilización pública de Canarias y al mismo tiempo ofrecer información personalizada a pacientes”. Este servicio pretende configurarse como un ente centralizado que permita la contribución a disminuir las listas de espera en circunstancias de “transparencia, equidad y efectividad, como valores principales en sus planes de actuación”. Debido al buen trabajo desarrollado por este servicio, cabe destacar que en el año 2007 recibió el Premio Nacional a la Calidad en el SNS, gracias a un proyecto sobre gestión e información centralizada en listas de espera (63).

Como parte de este servicio autonómico, se publican los datos referentes a las listas de espera quirúrgicas, habiéndose publicado el último a 31 de diciembre de 2019, donde se desgranar los datos de las listas de espera por hospitales de la Comunidad, tal y como se observa en la Tabla 3. Cabe hacer hincapié en que es el Hospital Universitario de Canarias (HUC) donde hay mayor número de personas en la lista tanto en la categoría de menos de 6 meses como de más de 6 meses y, por ende, el total también es el mayor, con 8.627 personas, representando el 33,33% de los 25.888 individuos que están en lista de espera quirúrgica en los hospitales de toda la Comunidad Canaria (63).

Tabla 3. Datos de las personas que se encuentran en lista de espera quirúrgica a 31 de diciembre de 2019. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de SCS (2019).

HOSPITAL	Personas en lista de espera quirúrgica			
	Menos de 6 meses	Más de 6 meses	TOTAL	Demora media
Ntra. Sra. de los Reyes	39	0	39	38,03
General de La Palma	437	24	46 1	62,32
Ntra. Sra. de Guadalupe	109	0	10 9	55,20
Universitario Ntra. Sra. de Candelaria	4.224	987	5.2 11	116,01
Universitario de Canarias (HUC)	6.017	2.610	8.6 27	175,15
Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín	3.398	627	4.0 25	95,18
Universitario Materno-Infantil de Canarias	425	36	46 1	60,36
Universitario Insular de Gran Canaria	3.274	1.050	4.3 24	129,02
General de Fuerteventura	615	0	61 5	54,72
Dr. José Molina Orosa	1.444	572	2.0	144,62

			16	
TOTAL	19.98 2	5.906	25. 888	133,10

Además, la Comunidad Canaria también informa de los datos referentes a las listas de espera quirúrgica por especialidades en cada uno de los centros hospitalarios, si bien, en ninguno de ellos aparece la cirugía bariátrica como especialidad.

#### **5.1.4. Datos sobre la espera para cirugía bariátrica en España y en la Comunidad Autónoma de Canarias**

Tal y como indicado previamente, la cirugía bariátrica no es considerada una especialidad en la Comunidad Autónoma de Canarias, así como tampoco de manera generalizada en España, forzando esta realidad a los profesionales de la cirugía bariátrica a tener que llevar a cabo su propia recopilación de datos con objeto de poder valorar la gravedad real de la situación en la que se encuentran sus pacientes. Por ello, no existen datos oficiales del SNS referentes a la espera que tienen que hacer los pacientes cuando son seleccionados y entran en lista de espera quirúrgica. Si bien, sí son numerosas las informaciones “extraoficiales” que se publican en periódicos, revistas, y páginas *web* de sanidad y asociaciones y organizaciones referentes a la temática.

Comenzando por datos referidos de manera generalizada al SNS de España, aunque no se trata de datos oficiales del Gobierno española, sí han sido publicados en el año 2018 en la revista científica *Obesity Surgery*, los cuales informan de un panorama problemático. Según dicho estudio llevado a cabo por Arteaga-González et al. (64), aproximadamente 11.000 personas en España se encuentran a la espera de ser operados para reducir su estómago y, además, el 68% de ellas llevan en lista de espera más de 6 meses. El retraso medio por paciente fue de 397 días, y la espera más larga fue de 1661 días (casi 5 años). En este estudio, además, se determinó que el 67% de los pacientes en lista de espera por obesidad sufren problemas cardiovasculares, resultando en el 21% de los casos fatales

Por otro lado, según FUNSECO, la media de lista de espera ronda los 400 días (más de un año), aunque informa que la diversidad entre Comunidades Autónomas y Centros es notable (4), tal y como fue previamente expuesto cuando se mostraron las cifras de las listas de espera quirúrgicas sin especificar especialidades. Una cifra ligeramente superior es la que informa la SECO, con una media de unos 500 días.

Focalizando la situación en la Comunidad Autónoma de Canarias, cabe indicar que las demoras en cirugía bariátrica son de la tipología de demoras sanitarias más denunciadas, con casos de hasta 3 años y medio de espera en el Hospital Doctor Negrín de Las Palmas de Gran Canaria (65), si bien, no se han identificado más estudios donde se trate la temática específica de los tiempos de espera para cirugía bariátrica en la Comunidad Canaria.

## **5.2. Barreras identificadas y propuestas de mejora para un Hospital de la Comunidad Autónoma Canaria**

Las principales barreras que parecen estar contribuyendo a que los tiempos de espera para cirugía bariátrica sean elevados, son:

- Un incremento acusado en el número de personas diagnosticadas obesas severas o mórbidas (5) y, por ende, cada vez es mayor el número de pacientes susceptibles de operación bariátrica y que deciden operarse.
- La crisis económica en la que se encuentra inmersa España, ya que el aumento de tiempo en las listas de espera, independientemente de la especialidad, está relacionado con los recortes económicos (61).
- La cirugía bariátrica necesita importantes recursos materiales y humanos, algo que, en el SNS actual, se torna complicado de conseguir.
- Según el estudio de Arteaga-González et al. (64), en casi la mitad de centros sanitarios, las cirugías bariátricas se tienen que posponer en numerosos casos debido a que los quirófanos están ocupados por otras prácticas quirúrgicas consideradas más urgentes.

- La saturación de los centros sanitarios, indicándose que en cada uno de ellos, la lista de espera es de unas 100 personas, pero sólo pueden atender a una o dos por semana (61).

- En un 46% de hospitales españoles, los conocimientos de los enfermeros o anestesistas en relación a la cirugía bariátrica son insuficientes. Así, una barrera fundamental es que esta práctica necesita una formación específica de los profesionales sanitarios, incluidos los cirujanos (61).

- Aproximadamente en un 15% de los casos, la cirugía bariátrica no parece resultar rentable, ni para el cirujano ni para su equipo (61).

Ante esta realidad, no sólo derivada de los largos tiempos de espera que deben pasar desde que un paciente es seleccionado y confirma su decisión de ser intervenido, sino los previos desde que la persona acude a Atención Primaria y avanza el proceso hasta el día de la cirugía, las mejoras que se proponen con objeto de mejorar la situación en un Hospital de la Comunidad Autónoma de Canarias, donde las listas de espera quirúrgicas oficiales revelan datos negativos respecto a la media de España, son:

- Fomentar el trabajo multidisciplinar entre el equipo de profesionales que intervienen en los casos de pacientes con obesidad, ya que el proceso podría avanzar más rápido.

- Abogar por un establecimiento de un protocolo consensuado (al menos de alcance nacional), que permita tomar las decisiones de forma equitativa y, además, rápida, ante un caso de persona obesa. Esto implicaría una más veloz selección de pacientes y proceso de selección para cirugía bariátrica.

- Específicamente ante la problemática de los largos tiempos de espera una vez el paciente entra a formar parte de la lista de espera quirúrgica, tal vez la propuesta fundamental, es promover que la cirugía bariátrica se incluya dentro de las listas de espera quirúrgicas. Ello permitiría conocer la situación real de una forma oficial y, por ende, poder luchar por mejorarla. Asimismo, esta medida permitiría ofrecer este servicio sanitario de manera equitativa, eficiente y homogénea entre la totalidad de pacientes.

- Una propuesta de mejora también consiste en incrementar el compromiso y responsabilidad de la totalidad de profesionales que intervienen en la práctica de la cirugía bariátrica, abogando en conjunto por una mayor realización de este tipo de intervenciones con objeto de reducir las listas de espera actuales. Asimismo, para ello, se propone estimular procedimientos de optimización y acreditación.
- Se propone la necesidad de una mejor organización de quirófanos en los hospitales, con objeto de incrementar la disponibilidad de los monográficos semanales.
- También se considera necesario que los profesionales de la cirugía bariátrica informen y difundan la baja tasa de riesgos que supone esta práctica de manera más enfática, así como la consideración de que se trata la única opción en determinados casos, al igual que la seguridad que tiene.
- La priorización se configura como una medida fundamental que se debe tomar en caso de personas obesas severas y mórbidas que necesitan cirugía bariátrica y, además, que esta se lleve a cabo en el menor tiempo posible, ya que su vida corre peligro. Para que la priorización sea adecuada, se considera fundamental que se consensuen una serie de criterios de priorización en la totalidad de los centros sanitarios, con objeto de que el manejo en estos casos sea homogéneo y sin la existencia de brechas de ninguna tipología.

## 6. DISCUSIÓN

En este trabajo se ha llevado a cabo una exhaustiva revisión acerca de la cirugía bariátrica, de las listas de espera quirúrgicas y de los datos referentes a al tiempo que tienen que esperar los pacientes para prácticas quirúrgicas de reducción de estómago en España, con focalización en la Comunidad Autónoma de Canarias. Además, una vez conocidos los datos pertinentes, se ha llevado a cabo una exposición de las principales barreras que se presuponen en la práctica sanitaria referente al proceso desde que una persona obesa acude a Atención Primaria hasta que es operado de cirugía bariátrica y, posteriormente, se ha diseñado una propuesta de mejora de la situación para implementación en

un centro sanitario de la Comunidad Autónoma de Canarias, una de las que, a nivel nacional, peores datos refleja referentes a las esperas quirúrgicas.

La realización de este trabajo ha permitido conocer que las listas de espera han sido y continúan siendo uno de los principales problemas que se encuentran en el SNS en España, debido a la inexistencia de teorías que permitan otorgarles de una explicación y de una equidad y homogeneidad entre pacientes. Son numerosas las estrategias propuestas por diversos autores, tanto relacionadas con la reducción de las listas de espera como con la gestión de las mismas, si bien, en el caso de las estrategias de gestión, la priorización parece configurarse como la más eficaz. A pesar de ello, la realidad es que en España durante los últimos años está aumentando tanto el número de personas que están en listas de espera quirúrgica como el tiempo de espera y, además, la Comunidad Autónoma de Canarias está por encima de la media española en ambas variables.

En relación a la cirugía bariátrica, en la actualidad, se practican entre 6.000 y 7.000 prácticas de esta tipología en España, en contraposición con las 60.000 que se realizan en países vecinos como Francia, por lo que se torna evidente la existencia de problemáticas que circundan al respecto en el territorio español. Tal vez una de las principales causas que ha relegado a un segundo plano (no prioritario) a la cirugía bariátrica a pesar de los riesgos que conlleva para el paciente sea la inexistencia de listas de espera específicas, hecho que podría repercutir en la inexistencia de control de la situación.

Además, actualmente sólo algunas Comunidades Autónomas realizan esta tipología de servicio quirúrgico en el sistema sanitario público, siendo Canarias una de ellas. En esta Comunidad existe un manual editado por el Gobierno de Canarias, la Consejería de Sanidad, el Servicio Canario de Salud y la Dirección General de Programas Asistenciales, denominado *Recomendaciones clínico-asistenciales. Criterios para inclusión en lista de espera quirúrgica*, en el que aparece descrito el protocolo que se debe seguir en los centros sanitarios para llevar a cabo la selección de pacientes susceptibles de cirugía bariátrica. También cabe indicar que en Canarias el consentimiento informado se configura

como un documento fundamental que debe ser tenido muy en cuenta antes de la realización de la práctica quirúrgica.

Finalmente cabe indicar que, debido a la inexistencia de listas de espera específicas de cirugía bariátrica en el SNS, para el caso concreto de Canarias no se han encontrado datos publicados en las fuentes de información consultadas acerca del tiempo de espera que tienen las personas obesas seleccionadas y que han aceptado ser intervenidos quirúrgicamente para una reducción de estómago. Este hecho dificulta el conocimiento de la realidad en la Comunidad y, por ende, la propuesta de mejoras. A pesar de ello, partiendo de los datos recabados a nivel nacional acerca de los tiempos de espera para cirugía bariátrica, así como del conocimiento de la realidad de las listas de espera quirúrgica en Canarias, se ha desarrollado una propuesta para un centro sanitario de dicha Comunidad.

## 7. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones obtenidas tras la realización del presente trabajo son:

- En España, el incremento tanto de personas que se encuentran en lista de espera quirúrgica como de tiempos de espera es notable en los últimos años.
- En Canarias, el porcentaje de pacientes que llevan más de 6 meses en espera es superior a la media nacional (20,5% *versus* 15,8%), al igual que el número de días (127 días *versus* 115 días).
- No existen listas de espera específicas para cirugías bariátricas. En un trabajo realizado por cirujanos en 2018 se ha observado que son 11.000 personas esperando esta práctica; además, el 68% llevan esperando más de 6 meses. Son 397 los días que, de media, esperan para cirugía bariátrica los pacientes, con un máximo de 1661 días (casi 5 años).

- Las principales barreras que parecen impedir que los tiempos de espera para cirugía bariátrica disminuyan son: mayor demanda, recortes económicos, gran cantidad de recursos materiales, personales y de formación, saturación de quirófanos y no priorización de la práctica.
  
- Las propuestas de mejora que se hacen para un centro sanitario de Canarias con objeto de que el proceso que acontece desde que un paciente acude a Atención Primaria hasta la práctica quirúrgica integran: estandarización de protocolo, criterios de selección consensuados, trabajo multidisciplinar, responsabilidad y compromiso por parte de los profesionales, fomento de los beneficios y escasos riesgos de la cirugía bariátrica, inclusión de esta cirugía en las listas de espera como una especialidad, una mejor organización de quirófanos y priorización de los pacientes obesos (mediante una estandarización de criterios de priorización).

Como colofón final, indicar que la cirugía bariátrica constituye una herramienta muy válida en casos de obesidad severa y mórbida que no se está aprovechando como debiera en la actualidad. Debería ser considerada la única opción en casos de obesidad avanzada y, a pesar de ello, sólo entre un 2% y un 5% de las personas candidatas potenciales son sometidos a la cirugía en España. Por ello, la necesidad de un cambio de la situación se considera fundamental en una sociedad donde la obesidad está aumentando sus cifras año tras año.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Martínez Sopena MJ, Redondo del Rio MP, Franch MA. Mesa Redonda: el tejido adiposo como glándula endocrina. *Obesidad y síndrome metabólico. Bol Pediatr*, 2006;46:275-291.
- (2) Mayoral LP, Andrade GM, Mayoral EP, Huerta TH, Canseco SP, Rodal Canales FJ, et al. Obesity subtypes, related biomarkers & heterogeneity. *Indian J Med Res*, 2020; 151(1):11-21.
- (3) Sociedad Castellano-Leonesa de Endocrinología, Diabetes y Nutrición (SCLEDYN). (2013). *Protocolo de Cirugía Bariátrica*. Recuperado de <http://www.scledyn.org/ficheros/835>
- (4) Cristóbal, C. (2019). *La cirugía bariátrica en obesidad grave es una herramienta desaprovechada*. Recuperado de <https://www.redaccionmedica.com/secciones/tecnologia/-la-cirugia-bariatrica-en-obesidad-grave-es-una-herramienta-desaprovechada--2089>
- (5) Organización Mundial de la Salud (OMS). 10 datos sobre la obesidad. WHO. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>
- (6) Scopinaro N. The IFSO and obesity surgery throughout the world. *Obes Surg*. 1998; 8: 3-8
- (7) Lecube A, Monereo S. RICIBA, ¿qué sabemos sobre la cirugía bariátrica en España? *Endocrinol Nutr* 2011; 58: 323-4.
- (8) Villarreal A. La larguísima espera de los obesos españoles: hasta cuatro años y medio para ser operados. 2018. Recuperado de [https://www.elconfidencial.com/tecnologia/ciencia/2018-09-05/cirugia-bariatrica-listas-espera\\_1611382/](https://www.elconfidencial.com/tecnologia/ciencia/2018-09-05/cirugia-bariatrica-listas-espera_1611382/)
- (9) Manuel Moreno G. Definición y clasificación de la obesidad. *Rev Med Clin Conces*. 2012; 23(2):124-8.
- (10) Abellan van Kan G, Gambassi G, de Groot LC, et al. Nutrition and aging. The Carla Workshop. *J Nutr Health Aging*, 2008; 12:355-364.
- (11) Salahün H, Thariat J, Vignot M, Merrouche Y, Vignot S. Obesity and cancer. *Bull Cancer*, 2017;104(1):30-41.
- (12) Jura M. Kozak LP. Obesity and related consequences to ageing. *Age (Dordr)*, 2016;38(1):23.

- (13) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Esperanzas de vida en España, 2013. 2013. Recuperado de [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/EsperanzasDeVida\\_2013.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/EsperanzasDeVida_2013.pdf)
- (14) Yanovski SZ, Yanovski JA. Long-term drug treatment for obesity: a systematic and clinical review. *J Amer Med Assoc.* 2014;311–74-86
- (15) Miller WC, Koceja DM, Hamilton EJ. A meta-analysis of the past 25 years of weight loss research using diet, exercise or diet plus exercise intervention. *Int J Obes* 1997; 21: 941-7.
- (16) Padwal R, Li SK, Lau DCW. Long-term pharmacotherapy for overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Obes* 2003; 27: 1437-46.
- (17) O'Meara S, Riemsma R, Shirran L, Mather L, ter Riet G. A systematic review of the clinical effectiveness of orlistat used for the management of obesity. *Obes Rev* 2004; 5: 51-68.
- (18) Arterburn DE, Crane PK, Veenstra DL. The efficacy and safety of sibutramine for weight loss. A systematic review. *Arch Intern Med* 2004; 164: 994-1003.
- (19) Pi-Sunyer FX. A review of long-term studies evaluating the efficacy of weight loss in ameliorating disorders associated with obesity. *Clin Ther* 1996; 18: 1006-35
- (20) Rejeski WJ, Bray GA, Chen SH, Clark JM, Evans M, Hill JO, Look AHEAD Research Group. Aging and physical function in type 2 diabetes: 8 years of an intensive lifestyle intervention. *Bio Sci Med Sci.* 2015; 70:345–353.
- (21) Sutherland JP, McKinley B, Eckel RH. The metabolic syndrome and inflammation. *Metab Syn Relat Dis.* 2004; 2:82–104.
- (22) Ludwig DS, Ebbeling CB. Weight-Loss Maintenance—Mind over Matter?. *N Engl J Med.* 2010; 363:2159–2161.
- (23) Rubio MA, Martínez C, Vidal O, Larrad A, Salas-Salvado J, Pujol J, Díez I, Moreno B. Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Rev Esp Obes*, 2004; 4:223-249.

- (24) Kuczmarski RJ, Flegal KM. Criteria for definition of overweight in transition: background and recommendations for the United States. *Amer J Clin Nutr*. 2000; 72:1074–1081.
- (25) Frühbeck G. Bariatric and metabolic surgery: a shift in eligibility and success criteria. *Nature Reviews Endocrinol*. 2015; 11(8):465–77.
- (26) Frigolet ME, Dong-Hoon K, Canizales-Quinteros S, Gutiérrez-Aguilar R. Obesity, adipose tissue, and bariatric surgery. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 2020; 77(1):3-14.
- (27) Vetter ML, Cardillo S, Rickels MR, Ogbal N. Narrative review: effect of bariatric surgery on type 2 diabetes mellitus. *Ann Intern Med*, 2009; 150(29:94-103.
- (28) Mitchell JE, Selzer F, Kalarchian MA, Devlin MJ, Strain GW, Elder KA, et al. Psychopathology before surgery in the longitudinal assessment of bariatric surgery-3 (LABS-3) psychosocial study. *Surg Obes Dis*, 2012; 8(5):533-541.
- (29) Ivezaj V, Stoeckel LE, Avena NM, Benoit SC, Conason A, Davis JF, et al. Obesity and addiction: can a complication of surgery help us understand the connection? *Obes Rev*, 2017; 18(7):765-775.
- (30) Buchwald H. Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass. In: Buchwald's atlas of metabolic & bariatric surgical techniques and procedures. Minnesota: Elsevier; 2012. pp. 114-41.
- (31) Flum DR, Dellinger EP. Impact of gastric bypass operation on survival: a population-based analysis. *J Am Coll Surg*. 2004; 199:543–551. PMID: 15454136. [PubMed: 15454136]
- (32) Hatfield MD, Ashton CM, Bass BL, Shirkey BA. Surgeon-Specific Reports in General Surgery: Establishing Benchmarks for Peer Comparison Within a Single Hospital. *J Amer Coll Surg*. 2015; 222:113–121. PMID: 26725243.
- (33) Puzziferri N, Roshek TB, Mayo HG, Gallagher R, Belle SH, Livingston EH. Long-term follow-up after bariatric surgery: a systematic review. *J Amer Med Assoc*. 2014; 312:934–942.
- (34) Wolfe BM, Kvach E, Eckel RH. Treatment of obesity: weight loss and bariatric surgery. *Circ Res*, 2016; 118(11):1844-1855.

(35) Gosman GG, King WC, Schrope B, Steffen KJ, Strain GW, Courcoulas AP, Simhan HN. Reproductive health of women electing bariatric surgery. *Fert Ster.* 2010; 94:1426–1431. PMID: 19815190

(36) Karmali S, Brar B, Shi X, Sharma AM, de Gara C, Birch DW. Weight recidivism post-bariatric surgery: a systematic review. *Obes Surg* 2013 Nov;23(11):1922-1933.

(37) Arterburn DE, Olsen MK, Smith VA, Livingston EH, Van Scoyoc L, Yancy WS, et al. Association between bariatric surgery and long-term survival. *JAMA* 2015 Jan 06;313(1):62-70

(38) Arterburn DE, Olsen MK, Smith VA, Livingston EH, Van Scoyoc L, Yancy WS, et al. Association between bariatric surgery and long-term survival. *JAMA* 2015 Jan 06;313(1):62-70.

(39) Monaco-Ferreira DV, Leandro-Merhi VA. Weight regain 10 years after Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg* 2017 Dec;27(5):1137-1144.

(40) Dimeglio C, Beouarn G, Topart P, Bodin R, Buisson JC, Ritz P. Weight loss trajectories after bariatric surgery for obesity: mathematical model and proof-of-concept study. *JMIR Med Inform*, 2020; 8(3):e13672.

(41) Sanz V. POSE Reducción de estómago artículos. ¿En qué casos la Seguridad Social financia la reducción de estómago? 2019. Recuperado de <https://www.multiestetica.com/articulos/en-que-casos-la-seguridad-social-financia-la-reduccion-de-estomago>.

(42) Peiró, S (2000a). Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 2(4), 126-131.

(43) Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Servicio Canario de la Salud y Dirección General de Programas Asistenciales. *Recomendaciones clínico asistenciales. Criterios para inclusión en lista de espera quirúrgica.* 2018. Recuperado de [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/d791aa95-80e5-11e2-9a7d-e3ae9772d541/N2\\_Criterios\\_indicacion\\_Qx.pdf](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/d791aa95-80e5-11e2-9a7d-e3ae9772d541/N2_Criterios_indicacion_Qx.pdf)

(44) Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. España: Boletín Oficial del Estado; 2011

(45) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. España: Boletín Oficial del Estado; 2002.

(46) Martí J. La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros sanitarios y los profesionales. Gaceta Sanitaria, 2002; 16(5): 440-443.

(47) Cullis JG, Jones PR, Propper C. Waiting Lists and Medical Treatment: Analysis and Policies. In: Culyer A, Newhouse J, eds. Handbook of Health Economics. London: Elsevier, 2000.

(48) Goddard JA, Malek M, Tavakoli M. An economic model of the market for hospital treatment for non-urgent conditions. Health Econ 1995; 4: 41-55.

(49) Xavier A. Modelling the demand for and supply of elective surgery: a duopoly model (Discussion papers 38). York: Centre for Health Economics, 1999.

(50) Gravelle H, Smith P, Xavier A. Waiting times and waiting lists: a model of the market for elective surgery (Discussion papers 27). York: Centre for Health Economics, 2000.

(51) Iversen T. A theory of hospital waiting lists. J Health Econ 1993; 12: 55-71.

(52) Hamblin R, Harrison A, Boyle S. Acces to elective care: Why waiting lists grow? London: King's Fund, 1998.

(53) Naylor CD. A different view of queues in Ontario. Health Aff 1991; Fall: 110-128.

(54) Hadorn DC, Holmes AC. The New Zealand priority criteriaproject. Part 1: overview. BMJ 1997; 314: 131-4.

(55) Hadorn DC, Homes AC. The New Zealand priority criteria project, part 2: coronary artery bypass graft surgery. BMJ 1997; 314: 135-8.

(56) McDonaldP, Shortt S, Sanmartin C, Barer M, Lewis S, Sheps S. Waiting lists and waiting times for health care in Canada: More management!! More money?? Ottawa: Health Canada, 1998.

(57) Lewis S, Barer ML, Sanmartin C, Sheps S, Shortt SE, McDonald PW. Ending waiting-list mismanagement: principles and practice. CMAJ 2000; 162: 1297-300.

(58) Peiró S. Listas de espera: mucho ruido, poca información, políticas oportunistas y mínima gestión. *Gestión Clín San*, 2002b; 2: 115-116.

(59) Bernal E. ¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera? *Gaceta Sanitaria*, 2002; 16(5): 436-439.

(60) Ministerio de Sanidad. Informe sobre la situación de las listas de espera del Sistema Nacional de Salud. 2016. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/e...>

(61) Sánchez-Bayle M. Recortes en los presupuestos sanitarios y listas de espera. *Gaceta Sanitaria*, 2018; 32 (2). Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/ga/2018.v32n2/198-199/#>.

(62) Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS). SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE LISTAS DE ESPERA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SISLE-SNS Situación a 30 de junio de 2019 Indicadores resumen. 2019. Recuperado de [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LLEE\\_SNS\\_IndicadoresResumen\\_Junio2019.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LLEE_SNS_IndicadoresResumen_Junio2019.pdf).

(63) Servicio de Salud de Canarias (SCS). Listas de espera. 2019. Recuperado de <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=33d1bcff-6c6a-11de-b75e-bbb3e7dd3aa4&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>.

(64) Arteaga-González IJ, Martín-Malagón AI, Ruiz de Adana JC, de la Cruz Vigo F, Torres-García AJ, Carrillo-Pallares AC. Bariatric Surgery Waiting Lists in Spain. *Obes Surg*. 2018;28(12):3992-3996.

(65) Lavanguardia. El Defensor recibió 622 quejas en 2015 desde Canarias, un 16,6 % menos. (2016). Recuperado de <https://www.lavanguardia.com/vida/20160225/40703888/el-defensor-recibio-622-quejas-en-2015-desde-canarias-un-16-6-menos.html>.

**ANEXOS****ANEXO 1.** Hoja de derivación desde atención primaria a endocrinología.

Fuente: protocolo de cirugía bariátrica de la Sociedad Castellano-Leonesa de Endocrinología, Diabetes y Nutrición (SCLEDYN, 2013).

**ANEXO I**


---

**HOJA DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A  
ENDOCRINOLOGÍA PARA VALORACIÓN DE POSIBLES CANDIDATOS A  
CIRUGÍA BARIÁTRICA**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ N° de S.S. \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Talla/Peso: \_\_\_\_\_ m / \_\_\_\_\_ Kg Índice de Masa Corporal (IMC): \_\_\_\_\_

**Rodear con un círculo:**

Drogadicción	Si	No	Cirrosis hepática	Si	No
Psicosis	Si	No	Insuficiencia Renal grave	Si	No
Elitismo activo	Si	No	E. inflamatoria intestinal	Si	No
Retraso mental	Si	No	Enfermedad cardíaca severa	Si	No
T.C.A.	Si	No			

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ANEXO 2.** Información básica escrita que debe recibir el paciente susceptible de cirugía bariátrica. Fuente: protocolo de cirugía bariátrica de la Sociedad Castellano-Leonesa de Endocrinología, Diabetes y Nutrición (SCLEDYN, 2013).

---

## INFORMACIÓN AL PACIENTE CANDIDATO A CIRUGÍA BARIÁTRICA

### **ESTIMADO PACIENTE:**

Su médico le ha informado que padece una obesidad mórbida y ha considerado que el tratamiento más adecuado para su enfermedad es la intervención quirúrgica, lo que se conoce como cirugía bariátrica o cirugía de la obesidad. Su obesidad es una enfermedad crónica que no se cura mediante la cirugía, pero sí se controla puesto que la intervención es un medio de facilitar que usted pueda variar sus hábitos alimentarios y seguir un tipo de alimentación adecuado a sus necesidades y que permite ya pérdida de peso necesaria para mejorar su salud. Debe usted saber que no se trata de una cirugía estética, sino de un procedimiento encaminado a prevenir o mejorar las complicaciones médicas que pueda ocasionar su obesidad a través de una pérdida de peso suficiente.

La cirugía de la obesidad no está indicada en todos los pacientes obesos. En principio, para ser candidato a esta cirugía el paciente debe de cumplir algunos requisitos como:

- Pacientes obesos de alto riesgo: Obesidad mórbida u obesidad severa asociada a complicaciones.
- Pacientes bien informados y motivados y con riesgo quirúrgico/anestésico aceptable.
- Ausencia de contraindicaciones médicas o psiquiátricas que contraindiquen la intervención.
- Comprometerse a seguir un control postoperatorio en las consultas de los Servicios de Endocrinología y Nutrición y Cirugía.

La cirugía de la obesidad está considerada como cirugía mayor. Esto quiere decir que, dependiendo de la situación clínica del paciente y de las técnicas empleadas, pueden aparecer complicaciones graves hasta en un 10% de los casos y el riesgo de muerte es 1-2%.

Si es usted mujer, se desaconseja el embarazo durante los dos primeros años tras la cirugía, puesto que la malabsorción producida durante este periodo puede representar un riesgo para el feto.

Para asegurar las posibilidades de éxito y disminuir las posibles complicaciones, debe usted acudir a las consultas de su cirujano y endocrinólogo tal y como se le indique, y seguir adecuadamente el tratamiento que se le prescriba. Aunque usted se encuentre bien tras la intervención, necesitará tomar suplementos de vitaminas y minerales para prevenir complicaciones.

---

A continuación, trataremos de responder a algunas preguntas que usted puede estarse planteando, pero no dude en preguntar a su endocrinólogo/cirujano si necesita alguna otra aclaración.

**1. ¿QUÉ PODRÉ COMER DESPUÉS DE LA CIRUGÍA?**

Los primeros 3-4 días no podrá tomar nada por boca. Posteriormente el endocrinólogo le explicará coma ye a ser su dieta habitual. Como ya se ha explicado, la cirugía es un medio que le permite hacer una dieta equilibrada y adecuada a sus necesidades, no una manera de comer lo que quiera sin engordar. Hay que recordar siempre que no solamente se debe de comer *POCO*, sino que se debe comer *LENTAMENTE Y MASTICANDO* muy bien todo lo que se ingiere.

**2. ¿NECESITARÉ COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS?**

Por lo menos necesitará un suplemento de vitaminas, que le será prescrito al alta y posteriormente cualquier déficit nutricional será detectado y corregido por su endocrinólogo.

**3. ¿CUANDO PODRÉ VOLVER A TRABAJAR Y REALIZAR MIS ACTIVIDADES NORMALES?**

En general si su trabajo es sedentario, podrá volver a trabajar *en* un mes tras la intervención. No deberá conducir hasta por lo menos dos semanas después del alta hospitalario. Durante las primeras dos o tres semanas, podrá hacer pequeñas labores domésticas sin esfuerzos. La actividad sexual se podrá reanudar aproximadamente a las cuatro semanas tras la operación.

**4. ¿QUE TIPO DE EJERCICIO FÍSICO PODRÉ HACER?**

Inicialmente pasear es el mejor ejercicio y podrá hacerlo desde los primeros días. Después podrá progresivamente hacer otro tipo de ejercicios, manteniendo el plazo de dos meses antes de pasar a levantamiento de pesos y ejercicios fuertes. Más adelante, el límite lo darán sus propias posibilidades y la respuesta cardiopulmonar. En cualquier caso, un plan de ejercicios de rehabilitación no solo es posible, sino que es muy efectivo en la recuperación de un peso más cercano al ideal.

**5.¿DEBERÉ SEGUIR CONTROLES TRAS LA INTERVENCIÓN?**

Se realizarán controles periódicos dependiendo de su evolución clínica. En muchas de estas visitas será necesario hacer controles mediante análisis. La evolución será controlada por el endocrinólogo y el cirujano.

**ANEXO 3.** Consentimiento informado que debe firmar el paciente susceptible de cirugía bariátrica. Fuente: protocolo de cirugía bariátrica de la Sociedad Castellano-Leonesa de Endocrinología, Diabetes y Nutrición (SCLEDYN, 2013).

---

## ANEXO III

---

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA OBESIDAD

**Nº Historia:** \_\_\_\_\_ **(Servicio de Cirugía General)**

D./Dña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
con domicilio en \_\_\_\_\_ y D.N.I. nº \_\_\_\_\_

D./Dña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
con domicilio en \_\_\_\_\_ y D.N.I. nº \_\_\_\_\_

#### DECLARO:

Que el/la Doctor/a D. /Dña.: me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de la OBESIDAD.

- 1.- Mediante este procedimiento se pretende conseguir la pérdida del exceso de peso que no se ha podido tratar por métodos convencionales y que me producen las complicaciones hemodinámicas, vasculares, pulmonares, endocrinas u osteoarticulares.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

- 2.- El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de Anestesia y de Hematología.

- 3.- Mediante este procedimiento se va a reducir la capacidad de mi estómago, o desviar el alimento en el intestino de forma que no va a pasar por todas sus partes, o ambas cosas. Con esto se intenta disminuir el volumen de alimento que preciso para encontrarme satisfecho, una disminución en la absorción de nutrientes, o ambas cosas.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

- 
- 4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento, que son poco graves y frecuentes (infección o sangrado de herida quirúrgica, flebitis, alteraciones digestivas transitorias, retención aguda de orina, derrame pleural, dolor prolongado en la zona de la operación), o poco frecuentes y graves (infección o sangrado intraabdominal, fistulas intestinales por fallo en la cicatrización de las suturas, alteraciones digestivas definitivas como diarreas o vómitos, déficit nutricional, pérdida excesiva de peso, estrechez de las anastomosis, fallo del procedimiento con no reducción del peso). El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una re-intervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.
- 5.- El médico me ha indicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como ¿...?, aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, etc) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como \_\_\_\_\_

- 6.- El médico me ha explicado que en mi caso no existe una alternativa eficaz de tratamiento, ya que han fallado los métodos convencionales.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones,

---

### CONSIENTO:

Que se me realice un tratamiento quirúrgico de la OBESIDAD.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal,  
Familiar o allegado

### REVOCACIÓN

D./Dña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en \_\_\_\_\_ y D.N.I. nº \_\_\_\_\_

D./Dña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad  
(Nombre y dos apellidos )

con domicilio en \_\_\_\_\_ y D.N.I. nº \_\_\_\_\_

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO** el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y no deseo  
proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal,  
Familiar o allegado