

Comunicación sobre obesidad

1. Introducción

El problema del sobrepeso y la obesidad mórbida van en aumento en todos los países industrializados, de tal modo que constituye, junto con las co-morbididades que habitualmente lleva asociadas (diabetes tipo II, HTA, dislipemia, enfermedad cardiovascular, síndrome de apnea – hipoventilación, depresión y pérdida de autoestima, etc.), uno de los grandes retos para todos los sanitarios que trabajamos con ella y para los sistemas de salud del siglo XXI.

Desde 1999, nuestra unidad quirúrgica, adscrita al Hospital Infanta Elena de Huelva, lleva realizada más de 60 intervenciones de cirugía bariátrica, siendo el único hospital onubense acreditado para ello.

Antes de llegar a dicha unidad, los pacientes han de pasar por una criba. Una vez que hayan solicitado a su médico de familia la intervención, son remitidos al área de Endocrinología de nuestro hospital para su valoración inicial. Tras ella, son estudiados por el psiquiatra del Servicio de Salud Mental. Después de este segundo examen, son derivados a la unidad quirúrgica que, los informa, les propone el plan quirúrgico, de seguimiento y dejan firmado el consentimiento informado (C.I.). Posteriormente pasarán al servicio de anestesia para su valoración anestésica y en un plazo breve (60-100 días) serán intervenidos.

Por último, concluir diciendo que los resultados se esperan a medio y largo plazo, siendo el porcentaje de pérdida de peso significativo entre el sexto mes y el primer año tras la intervención, ofreciendo a los pacientes un giro importante a sus vidas que, según sus experiencias, la soledad, la discriminación y el rechazo social y laboral llegan a su fin tras la intervención bariátrica.

2. Factores determinantes de la o.m.

Factores genéticos, psicológicos, ambientales y de comportamiento, contribuyen a su etiología, unos más que otros dependiendo de cada individuo.

Aunque estudios realizados y años de experiencia de numerosos profesionales, arrojan, que el factor medioambiental es más determinante que el genético y que es un producto de las sociedades más desarrolladas, las llamadas del bienestar

2.1 FACTORES GENÉTICOS:

Un análisis realizado en USA, sobre familiar con O.M. más propensas a complicaciones médicas han mostrado que los efectos genéticos, para la predisposición al sobrepeso, son ocho veces más frecuente en éstas familias, que en la población general (1).

El 48% de las familias estudiadas, tenían uno o varios parientes de primer grado, que también era obesos.

Los resultados de estudios realizados en Canadá (Universidad de Quebec), sugieren un grado más fuerte de semejanza familiar, para obesidad mórbida con un IMC > 40, que para niveles moderados de obesidad. IMC > 40. (2)

2.2 FACTORES PSICOLÓGICOS:

Los diagnósticos psiquiátricos (causantes y predisponentes) más prevalentes en este grupo de personas son:

- Trastornos por atracones
- Bulimia atípica
- Trastornos afectivos y adaptativos
- Trastornos de personalidad
- Trastorno por estrés postraumático

Los pacientes con O.M. tienen muchas alteraciones físicas y psicológicas, que limitan su calidad de vida. La alteración de la imagen corporal es uno de los malestares psicológicos más importante (rechazo a su cuerpo).

La presencia de cualquiera de los trastornos mencionados, condicionan las perspectivas de éxito del tratamiento y se constituyen como factores claros de recaídas y abandonos en los hábitos dietéticos (3).

2.3 FACTORES SOCIOAMBIENTALES:

• Familia de origen.

En una entrevista mantenida con el Dr. Eduardo Fernández Jurado, pediatra y endocrino del Servicio de Pediatría del hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, con más de 30 años de experiencia en su profesión, destaca dentro del ámbito infanto-juvenil los siguientes factores que predisponen a la obesidad.

- El niño que se desarrolla dentro de un ambiente familiar con desapego (falta de afecto)
- Cuando ambos progenitores trabajan fuera de casa, y los niños son criados por sus abuelos, que les permiten una falta de disciplina y control respecto a los hábitos alimentarios y de actitud.
- Las circunstancias actuales en que se desarrolla la vida. Se dedica poco tiempo de atención a los niños, se les ofrecen comidas rápidas (basura), mucha bollería industrial, se les consienten todo lo que les gusta y además una independencia respecto a sus comportamientos (sedentarismo).

Todo ello fomenta el peso en el niño, que en su juventud (18-20 años) cuenta ya con un sobrepeso y posiblemente en su edad madura (50-55 años), se convierta en un obeso moderado o mórbido. Podemos concluir este apartado diciendo, que la disfuncionalidad en la familia de origen, puede conducir a la obesidad por estilos alimentarios no adecuados y de comportamientos (4).

• Familia destino: Relaciones de pareja y O.M..

La relación de pareja es muy importante en el enfermo con O.M., candidato a cirugía pues, para un buen resultado quirúrgico, es necesario un entorno social, familiar y de pareja adecuado.

Para algunos autores, las familias de pacientes obesos están alteradas emocionalmente, describiéndose importantes tasas de inestabilidad matrimonial, que crearían dificultades para perder peso tras la cirugía (5)

2.4 FACTORES INDIVIDUALES:

Datos demográficos y socioeconómicos, sobre las predicciones de éxito de la cirugía bariátrica respecto a la pérdida de peso significativa y duradera, nos dice que dicha pérdida y la mejora metabólica varía enormemente entre individuos (6).

Las diferentes razas estudiadas, no tenían un efecto estadísticamente significativo, pero sí el estado civil de las personas, ya que los pacientes casados tenían el doble de riesgo de fracaso, comparado con los solteros, que obtenía mejores resultados. Todo ello debido a los hábitos familiares (7).

Los factores ambientales son tan determinantes en esta patología, que se erigen como una contraindicación relativa, para la cirugía bariátrica, cuando el entorno familiar es claramente desfavorable.

3. Objetivos de la medicina bariátrica.

- Curar o mejorar las comorbilidades derivadas de la obesidad.
- Evitar la muerte prematura del paciente.
- Detener los efectos devastadores psicológicos, que produce la O.M. a largo plazo sobre la salud.
- Reintegrar al paciente en la vida social y laboral (8)

Cuando en la mayoría de los pacientes con O.M., las medidas conservadoras no son suficientes, la cirugía bariátrica constituye la única opción.

Subrayar que esta cirugía no tiene una finalidad estética, sino claramente terapéutica y profiláctica de la multicomorbilidad médica y de mejora de la calidad de vida.

Un estudio sueco demostró que el riesgo de mortalidad es nueve veces superior en el grupo de pacientes no operados, también disminuyó la incidencia de DM tipo II en operados (0,2% frente a 6,3% del grupo control) (3).

4. Conflictos con pacientes y familiares q pueden surgir durante el programa de cirugía bariátrica.

En nuestra práctica cotidiana se producen frecuentes puntos de desencuentros entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios.

Entre los motivos se encuentran:

- 4.1 - Ausencia de conocimiento de la gravedad de la enfermedad y su tratamiento.
- Imposibilidad de conocer el resultado final (a priori).

- Inexistencia de soluciones ideales.
 - Optimismo quirúrgico desmedido.
- 4.2 Falsas expectativas del paciente (desmedidas)
- Pacientes desinformados.
 - Pacientes con hábitos desordenados
 - Pacientes a la defensiva
 - Pacientes manipuladores o saboteadores.
- 4.3 Dependientes de la relación con los pacientes:

En la comunicación con los pacientes, es preciso saber escucharles y decir la verdad. El tratamiento de la verdad exige una amplia comunicación con total disponibilidad, proporcionando seguridad, calidad y sinceridad en el tratamiento de los conocimientos.

El paciente debe entender que la obesidad es una enfermedad grave, crónica e incurable. Pero este planteamiento no solo afecta al médico y al paciente, también al grupo familiar.

En esta relación surgen problemas, a veces no resueltos:

- ¿ Hasta dónde extender el grado de información?
- ¿ Hasta dónde implicarse en la comprensión del grupo familiar?
- ¿ Hasta dónde estar presente en cada momento de la evolución de proceso?
- ¿ Hasta dónde la responsabilidad en el “contrato” suscrito con el paciente y su familia?.

En este tipo de cirugía, existe la posibilidad de complicaciones graves e incluso de muerte del paciente en el postoperatorio, y esto también puede ser una fuente de conflicto, ya que hay que plantear desde el punto de vista ético, la información respecto a la agresividad quirúrgica, resultados y morbilidad.

Como regla general: a mayor agresividad, mejores resultados previsibles, pero también, mayor morbilidad (8).

5. Expectativas del paciente, familiares y sociedad ante la cirugía bariátrica

Las expectativas del paciente y familias son a menudo poco realistas. Por diferentes motivos:

- El paciente lo espera todo de la cirugía, que cambie radicalmente su vida, a partir de un cambio en su aspecto corporal.
- La familia con frecuencia presenta estados de ánimos ambivalentes, donde coexisten sentimientos o emociones opuestas.
- Por otra parte, dentro del contexto social donde nos desenvolvemos, se responsabiliza y culpa a los pacientes obesos de su situación. Aun más, estas personas sufren una clara situación de marginación social y discriminación que se suma a las penalidades impuestas a la propia patología.

Hasta que se produzca un cambio en la sociedad, donde se considere que estas personas son víctimas y no autores de su enfermedad y la obesidad sea contemplada como cualquier patología, no desaparecerá el prejuicio social que se cierne sobre ellas (9).

6. Marco teórico

La O.M. debe ser considerada como una enfermedad familiar y analizada desde tres dimensiones:

- 1.El enfermo con O.M. en un porcentaje alto está inmerso en una familia de hábitos obesos por lo cual se considera una enfermedad ambiental (6).
- 2.El tratamiento quirúrgico de la O.M. conlleva implicar a la familia en el programa postoperatorio, para obtener los mejores resultados a medio y largo plazo.
- 3.Las posibles graves complicaciones de esta cirugía, condiciona una revisión específica de las relaciones familiares, hasta el punto de que una deficiente relación, puede ser criterio de exclusión y se considera necesario que el familiar esté plenamente informado por lo que se le obliga a firmar el consentimiento informado.

Este último aspecto se recoge en el plan sobre el tratamiento de la O.M de la Junta de Andalucía. No obstante quedan dudas desde el punto de vista legal, porque se viola el principio de confidencialidad.

El que la familia obligatoriamente tenga que recibir información y firmar el C.I., viola este principio recogido en la Ley 41/2002.

Es importante destacar, tres elementos asociados a la actitud familiar en relación a las posibles consecuencia postoperatorias:

1. Juicio de valor por parte de la familia de que son personas sanas.
2. Sensación de culpabilidad que se puede generar al familiar si el paciente fallece.
3. Se genera un conflicto entre el paciente que desea ser intervenido, porque tiene su vida muy condicionada y su familia que se niega a la intervención o la pone en duda.

7. Formulación de la hipótesis

Nos planteamos desde nuestra Unidad, la puesta en marcha de medidas terapéuticas con el siguiente objetivo:

- **OBJETIVO GENERAL.**

Los mejores resultados dependen de la implicación de la familia en el proceso asistencial de la O.M., siendo importante un análisis preoperatorio de las expectativas y una implicación postoperatoria de los hábitos dietéticos y conductuales.

8. Puesta en marcha de intervenciones específicas

- **PROGRAMA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.**

1. Educación sanitaria: desde la primera visita a la consulta externa de cirugía, comenzar a concienciar a la familia de que el problema es de todos, reafirmar esto durante el periodo de hospitalización y durante todo el postoperatorio. Implicarla en medidas concretas de cuidados al paciente (hábitos higiénicos, dieta, actividad física...)
2. Programar la asistencia familiar en las visitas postoperatorias de la consulta de cirugía para evaluar resultados y prevenir complicaciones.
3. Programar visitas al endocrino/nutricionista tras la cirugía, para implantar el nuevo patrón alimentario familiar y una actividad física familiar.
4. Programar visitas del paciente y familia al psiquiatra para:
 - Ayudar a afrontar los cambios vitales sufridos
 - Prevenir recaídas, identificando situaciones de alto riesgo.
 - Favorecer el aumento de la autoestima y las relaciones interpersonales.Indicar que no se puede establecer un calendario fijo de revisiones por parte del equipo multidisciplinar, ni la cadencia de las mismas, en todo caso debe individualizarse según las necesidades de cada paciente (10).
5. Programar un sistema de citas "rápidas" para atender la demanda de pacientes y familiares fuera del circuito de las consultas.
6. Adiestrar al entorno del paciente en vigilancia de desviación del plan asistencial propuesto y lo comunique (establecer canales, contenidos y frecuencia de la comunicación).

9. Plan de implantación

- 9.1 Diseñar el plan de Educación Sanitaria.
- 9.2 Formar a profesionales sanitarios en la implicación de la familia y/o entorno.
- 9.3 Mostrar cambios organizativos y estructurales en la consulta para:
 - Que la familia participe de la misma.
 - Establecer la consulta "rápida".
- 9.4 Diseñar el plan de adiestramiento para la vigilancia de las desviaciones del comportamiento del paciente operado y establecer el sistema de información.

10. Plan de auditoria y control de resultados

1. Una vez implantado y al menos intervenidos 50 pacientes.
2. Se utilizarán como indicadores:
 - Pérdida efectiva de peso controlada por IMC y % de sobrepeso perdido.
 - Cambios conductuales producidos en el paciente respecto a higiene, ingesta, dieta y ejercicio.
 - Satisfacción de los familiares con las medidas tomadas y su implicación en el proceso asistencial.
3. Establecer un cuadro de mandos con estos indicadores y hacer seguimientos periódicos.

11. Resultados y conclusión

El plan ya está en marcha desde enero de 2007, pero tiene como horizonte final, diciembre de 2010.

Los resultados preliminares (a espera del análisis estadístico de la muestra total) de los primeros 14 casos, son favorables respecto a indicadores del paciente, como a la medida de

satisfacción de los familiares, según datos recogidos mediante un cuestionario y una escala visual analógica.

Conclusión

Implicar al entorno del paciente en el plan asistencial puede ser imprescindible en algunos casos para obtener buenos resultados en el tratamiento quirúrgico de la O.M.

12. Bibliografía

1. Adans TD, Hunt SC, Mason LA, Ramirez ME, Fisher AG, Willams. Familial aggregation of morbid obesity. *Obes Res.* 1993 Jul; (4): 261-70 RR.
2. Pérusse L, Chagnon YC, Bouchard C. Etiology of massive obesity: role of genetic factors. PMID: 9717415 (PubMed-indexed for MEDLINE).
3. E. Elizagárate Zabala, J. Ezcurra Sánchez y P.M. Sánchez. Aspectos psiquiátricos del tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, *Salud Global- Salud Mental.* Álava 2001.
4. Maddi SR, Khoshaba DM, Persico M, Bleecker F, VanArsdall G. Psychosocial correlates of psychopathology in a national sample of the morbidly obese. *Obes Surg.* 1997 Oct;7(5):397-404.
5. Juan A. Guisado, Francisco J. Vaz. Características clínicas de los pacientes con obesidad mórbida. *Rev psiquiatría Fac Med Barma* 2002;29(2):85-94
6. Richards MM, Adams TD, Hunt SC. Functional status and emotional well-being, dietary intake, and physical activity of severely obese subjects. *J Am Diet Assoc.* 2002 Jan; 100(1): 67-75.
7. Iutfi R, Torquati A, Sekhar N, Richards W. Predictors of success after laparoscopic gastric bypass: a multivariate analysis of socioeconomic factors. *Surg Endosco.* 2006 Jun;20(6):864-7. Epub 2006 May 2.
8. Carbajo Caballero, M. A. Errores a evitar en la cirugía laparoscópica de la obesidad mórbida. *Sclaendosurgery.com.* 2006
9. Cowan GS Jr. What do patients, families and society expect from the bariatric surgeon? *Obes Surg.* 1998 Feb; 8 (1): 77-85.
10. Balongo, R. Espinosa, E. Jurado, R. Perona, E. Hidalgo, E. Naranjo, P. Proceso asistencial obesidad mórbida. Una aproximación. *Cirugía Andaluza.* 2005; 16:220-230.