

¿Cómo afecta la Pandemia COVID-19 a la cirugía bariátrica y metabólica?

How does the COVID-19 pandemic affect Bariatric and Metabolic Surgery?

Ocaña Wilhelmi LT, Soler Humanes R, Fernández Serrano JL

Unidad de Cirugía Bariátrica. UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

INTRODUCCIÓN

La pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2, enfermedad por coronavirus (COVID-19), ya plenamente instalada entre nosotros, con sus dramáticas consecuencias para la salud de la población, nos exige actuar con diligencia para adecuar nuestros protocolos a cada patología determinada. La seguridad del paciente, preocupación en la que nos afanamos de forma decidida en los últimos años, ahora es sencillamente una cuestión vital, cuya no observación puede tener consecuencias fatales¹. Igualmente, la seguridad del profesional, sobre todo en nuestro país donde uno de cada siete infectados es sanitario, es esencial para seguir atendiendo a nuestros pacientes y a la hora de volver a realizar cirugía electiva.

Para ello se han venido elaborando y publicando numerosos documentos de posicionamiento desde las sociedades científicas

que intentan, desde la evidencia actual disponible, pero sobre todo desde la prudencia (asistimos a una enfermedad que apenas estamos empezando a conocer), dotarnos de herramientas para seguir tratando con seguridad a nuestros pacientes, a la vez que cuidamos nuestra protección. Entre ellos las recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos² y el Posicionamiento de la Asociación Andaluza de Cirujanos³.

La cirugía bariátrica y metabólica, como no puede ser de otra manera, se ha visto afectada en su rutina habitual, hasta la suspensión hace ya semanas de los quirófanos electivos y de las consultas presenciales, exceptuando los casos emergentes y urgentes. Sin duda nos hacemos muchas preguntas, pero tal vez la más perentoria es ¿cómo afecta la obesidad al paciente infectado COVID-19?, o mejor aún, ¿es el obeso mórbido un paciente de mayor riesgo cuando es infectado por el coronavirus?. Hace apenas tres meses que todo comenzó, pero las publicaciones ya proliferan y sobre todo, y desgraciadamente, el volumen de pacientes es creciente y los tratamientos propuestos variados⁴.

Las demás cuestiones atañen a las intervenciones que se pueden o deben realizar durante el estado de alarma sanitaria, cómo seguir

CORRESPONDENCIA

Luis Tomás Ocaña Wilhelmi
Hospital Universitario Virgen de la Victoria
29010 Málaga
luisowilhelmi@hotmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Ocaña Wilhelmi LT, Soler Humanes R, Fernández Serrano JL. ¿Cómo afecta la pandemia por COVID-19 a la cirugía bariátrica y metabólica? Cir Andal. 2020;31(2):142-45.

a los pacientes recién operados (¿es suficiente la consulta virtual?), cómo modificar la preparación de los que estaban en espera de una intervención inminente y recomendaciones en general a obesos mórbidos en confinamiento, y finalmente, cómo va a influir esta pandemia a la hora de volver paulatinamente a reabrir los quirófanos electivos y si esto modificará nuestros protocolos y priorizaciones.

EL OBESO MÓRBIDO ANTE LA INFECCIÓN COVID-19

Estamos asistiendo al peor pronóstico en pacientes con más edad y más patologías asociadas, siendo el obeso mórbido paradigmático en este segundo aspecto, por sus comorbilidades asociadas. De todas formas también se están viendo afectados pacientes jóvenes sin patología previa. Los trabajos ya publicados provienen principalmente de China, donde el problema de la obesidad no es tan acuciante como en Estados Unidos⁵ y Europa⁶. Tal vez la mayor tasa de letalidad apreciada en estos países respecto a China y otros países asiáticos, tenga que ver, entre otros aspectos, con la obesidad.

Son dos aspectos a tener en cuenta cuando un obeso enferme por COVID-19 en esta nueva pandemia: cómo se comportará y qué necesidades especiales tendrá. En cuanto al primer punto, ya sabemos que en situaciones similares anteriores (obviamente no de este calado) como la gripe A de 2009, la morbilidad y mortalidad fue mayor, apareciendo la obesidad como un factor independiente para ambas⁷. Igualmente, las vacunas (para cuando podamos disponer de ella) en los obesos mórbidos son la mitad de efectivas que en el resto de la población⁸. Por último, la pesada mochila que soportan estos pacientes, con más diabetes, hipertensión, etc, hace que sean más frágiles ante las infecciones. Ya sabemos que los pacientes obesos que sufran la infección por coronavirus van a precisar en mayor medida ventilación mecánica que los no obesos⁹. Podemos decir que asistimos a la eclosión de dos pandemias, obesidad y COVID-19⁵.

Y por otro las necesidades específicas que el obeso mórbido va a precisar si enferma de este virus. Ya son pacientes con una función respiratoria en general deteriorada, cuando no claramente dependientes de tratamiento respiratorio. Como quiera que el pronóstico viene principalmente determinado por la evolución pulmonar, nos hallamos ante un desafío aún mayor como es la vía aérea en el obeso mórbido, con su dificultad para la intubación y la ventilación. Y la complejidad para la movilización de estos pacientes, así como la necesidad de personal auxiliar para posicionar en prono a los que lo precisen. Habrá que dotar a los hospitales y a las Unidades de Críticos de material mobiliario adaptado a pacientes obesos (camas, sillones, aseos, etc.). Y, sin duda, el tratamiento en el obeso mórbido ha de ser más agresivo desde el inicio para minimizar las complicaciones⁶.

¿QUÉ INTERVENCIONES DEBEN REALIZARSE?

Conforme los pacientes afectos por COVID-19 iban creciendo en número, los hospitales se iban adaptando y modificando su actividad electiva, hasta que debieron suspenderla por dos motivos principales, la necesidad de recursos de los pacientes infectados y la imposibilidad de garantizar la seguridad a los pacientes quirúrgicos, incluso los oncológicos. Así, el Colegio Americano de Cirujanos¹⁰ aconseja seleccionar intervenciones según cada situación y paciente:

Casos emergentes (necesitan un tratamiento inmediato, hay riesgo para la vida o suponen daño permanente en un órgano):

- **Pacientes en shock** hemorrágico, pacientes en shock séptico, infecciones necrotizantes de tejidos blandos, perforación de víscera hueca, emergencias de la vía aérea, riesgo de isquemia intestinal.
- **Situaciones bariátricas específicas:** perforación de úlcera marginal, sangrado, fuga anastomótica o de la línea de grapas, obstrucción (particularmente hernia interna), perforación o prolapso de banda gástrica.
- **Casos urgentes** (necesitan cirugía, aunque puede ser demorada unos pocos días/semanas).
- **Bariátricos:** revisión por disfagia, reflujo severo, dolor, deshidratación/malnutrición, deslizamiento de banda gástrica, estenosis anastomótica con riesgo de aspiración.
- **Casos primarios para pacientes pendientes de cirugía** que requieren pérdida de peso preoperatoria (por ejemplo para trasplante, etc.) aunque los trasplantes en estos momentos han sido suspendidos.

Casos Electivos (deben ser demorados algunos meses si no hay riesgo para la vida o supongan un daño permanente para un órgano):

- **Bariátricas primarias:** by-pass gástrico, gastrectomía vertical, cruce duodenal, banda gástrica.
- **Revisiones** por reganancia de peso.

¿Seguimiento de los pacientes? teletrabajo y presencial.

Cómo garantizar el seguimiento de nuestros pacientes, sobre todo los recién operados, igualmente debe ser una prioridad. El teletrabajo y la consulta virtual, se han rebelado como unas potentes herramientas, que nos permiten a veces incluso demorarnos más con nuestros pacientes y poder transmitirles toda la información precisa, sin el corsé de un nutrido grupo de pacientes esperando a ser atendidos. Sin duda, si bien ya era empleada por algunos grupos y unidades, este recurso ha llegado para quedarse, aunque nos hayamos visto obligados a utilizarla de forma forzosa. Sin detrimento de su utilidad, hemos de seguir atendiendo de forma presencial a pacientes (infecciones de herida profundas, complicaciones postoperatorias que precisen exploraciones complementarias, etc). Por último, hemos de tener una actitud proactiva ante los pacientes que pueden necesitar un seguimiento más estrecho, ya que hay otra pandemia que es el miedo a acudir al hospital, y que sin duda se cobrará su efecto colateral.

¿QUÉ OCURRE CON LOS PACIENTES EN PREPARACIÓN? HERRAMIENTAS DE CONFINAMIENTO

El paciente bariátrico embarcado en una unidad multidisciplinar, no es meramente otro enfermo en lista de espera quirúrgica estático, que se activa ante la intervención. Es un paciente dinámico que ha aprendido unas rutinas esenciales para que todo el proceso sea un

éxito. Hemos de intentar, dentro de lo posible, que no se desactiven esos nuevos hábitos, atendiendo, como siempre, al triple aspecto en la preparación (y cómo no tras la cirugía) como son la dieta, el ejercicio físico y el aspecto psicológico. Ya hay publicaciones que se preocupan de la repercusión que sobre el peso va a tener el confinamiento, sobre todo en niños¹¹. La actividad física se ve severamente dificultada cuando no puedes salir de casa. Y lógicamente el estado de ánimo, ya mermado en estos pacientes por su estigma social, no hace sino ponerse más a prueba ante la soledad (muchos no viven acompañados) y el confinamiento.

Pero también tenemos que aportar herramientas, que por supuesto existen, para minimizar estas situaciones. En cuanto a la dieta, ahora es más importante que nunca el respeto a los alimentos más beneficiosos para nuestra salud. Veamos el lado positivo del confinamiento: el tiempo. Siempre nos hemos quejado que no podemos elaborar una correcta dieta mediterránea por nuestro estilo de vida, tan apresurada. Ahora es el momento de revertir esa tendencia. Por otro lado en las unidades de cirugía bariátrica valoramos mucho el compromiso de nuestros pacientes; llegar con un peso ajustado a la próxima revisión prequirúrgica es también un objetivo que nos debe estimular.

La actividad física que solíamos recomendar en la preparación y seguimiento tras la cirugía, pivotaba en torno a las actividades "outdoor", sobre todo caminar. Como quiera que, de momento, no lo permiten las normas más básicas de confinamiento, hemos de encontrar en el hogar la forma de mantener un adecuado nivel de actividad física. Volvemos a jugar con ventaja con la obesidad, ya que teníamos herramientas adaptadas a pacientes que no podían deambular de forma rutinaria. En ellos inculcamos rutinas basadas por un lado en evitar la sarcopenia y en minimizar el sedentarismo. Ejercicios con pesas livianas, rutinas empleando elementos domésticos como una silla o la incorporación decidida a las tareas domésticas (tender la ropa, recoger y/o poner la mesa, etc.) son algunos ejemplos.

Seguramente el aspecto psicológico puede ser el que necesite más atención, y que su deterioro pueda retroalimentar de forma negativa a los dos anteriores. Aquí la consulta virtual debe ser imprescindible, retomando las herramientas y refuerzos que adquieren nuestros pacientes al acudir a los psicólogos de la unidad. Especial atención a los pacientes que además participan de seguimiento por parte de las Unidades de Salud Mental, que son muchos, y que deben ser atendidos por los profesionales de dichas unidades, especialmente enfermeros y trabajadores sociales. Entre todos hay que conseguir retomar objetivos y expectativas que nos mantengan enchufados a las unidades multidisciplinares.

¿CUÁNDO RETOMAR LA ACTIVIDAD? ¿MODIFICACIONES EN NUESTRA FORMA DE TRABAJAR?

Todos conocemos los hitos en los que se ha basado la cirugía bariátrica y metabólica, de ser anecdótica hace treinta años, a ocupar hoy día una o dos sesiones quirúrgicas semanales en la mayoría de los hospitales españoles. El incremento en los años de vida y la calidad de esta que la cirugía supone, el reconocimiento de la obesidad como enfermedad en sí misma, incluso ante la ausencia de comorbilidades, y su relación con el cáncer, y todos los beneficios, hoy esenciales, que estas operaciones aportan (cirugía metabólica y de la diabetes, mejora

de la esteatohepatitis, preparación a trasplante, etc.). Todos estos postulados no pueden decaer ante una situación de excepcionalidad como la que estamos viviendo y es que el marco teórico sobre el que sustentar estas intervenciones no ha variado, y puede incluso que empeore. La incertidumbre creada por la pandemia y la mayor o menor certidumbre de que pueda volver a suceder, no hace sino sacudir el ánimo de pacientes cuyo compromiso es fundamental para afrontar un reto difícil como es la cirugía bariátrica.

Cuando podamos volver a realizar intervenciones electivas, bien porque hayamos superado esta situación, o bien porque hayamos conseguido minimizar su efecto y nos adaptemos a trabajar con una pandemia de baja intensidad, por supuesto que habrá que adaptar los quirófanos y la organización de los servicios quirúrgicos a las intervenciones más perentorias, como sin duda serán las oncológicas, cuyos resultados seguro se verán condicionados por esta demora. Pero sin duda habrá que seguir realizando intervenciones bariátricas, primarias y de revisión, si bien a lo mejor no al mismo ritmo al principio que antes del parón forzoso, para recuperarlo cuanto antes. Tal vez ello nos obligue, analizando cada caso de forma individualizada, a modificar alguna priorización, sin que ello deba suponer cambio en la indicación, en la técnica quirúrgica o en los protocolos establecidos en las diferentes unidades multidisciplinares de cirugía bariátrica.

En el primer Seminario Especial de la Federación Internacional de Cirugía de la Obesidad (IFSO) "Worldwide impact of coronavirus in Bariatric Surgery", celebrado el 9 de abril, 2020¹², destacados expertos mundiales vaticinan una vuelta difícil y exigente a la rutina de la cirugía bariátrica. Habrá que clasificar inicialmente al paciente en "Confirmado no infectado", "Paciente en cuarentena" y "Paciente sospechoso o confirmado COVID-19". Llegaremos a esa catalogación tras seguir un protocolo donde la historia, los síntomas y las exploraciones complementarias (analítica de Sangre y pruebas de imagen torácicas) nos situarán ante pacientes de sospecha a los que realizar el test PCR COVID-19. Cuando no realizarlo a todos los pacientes que van a someterse a cirugía electiva, antes y después de la cirugía (antes del alta), como otros preconizan.

Los circuitos tendrán modificaciones (ingreso el día de la cirugía, protocolo ERAS, elegir las técnicas más sencillas, realizadas por los cirujanos más expertos, etc.). Y el quirófano tendrá que adaptarse (presión negativa, contenedores desechables, protección EPIs convenientes), así como el instrumental (aspiración continua de humo en la laparoscopia, uso menor de los generadores de energía, menor tiempo operatorio). Otros recomiendan elegir para los primeros quirófanos los pacientes con menos comorbilidades y más jóvenes, que puedan superar una eventual infección por coronavirus en el perioperatorio.

Desde luego ya nada va a ser igual después de esta pandemia, seguramente nos suma en un estado desconocido de alerta y desconfianza, tan diferente a cómo hemos abordado nuestro trabajo en las últimas décadas. Y es que garantizar la seguridad del paciente que va a ser intervenido y de los equipos quirúrgico y anestésico que van a realizar la cirugía, ya no será algo más que cumplimentar en el "checklist" de forma distraída y que nos hará quedar bien ante nuestros gestores, sino que será el aspecto más importante para llevarla a cabo. Quirófanos, pacientes y personal "COVID-free" como línea roja para recuperar nuestra rutina, mientras estamos muy atentos a lo que nuevas pandemias puedan deparar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shaoqing Lei et al. "Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID- 19 infection". ARTICLE IN PRESS.
2. Manejo quirúrgico de pacientes con infección por COVID-19. Recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos.
3. Posicionamiento de la Asociación Andaluza de Cirujanos (ASAC) ante la crisis provocada por la Pandemia por Coronavirus.
4. Gupta R, Misra A. "Contentious issues and evolving concepts in the clinical presentation and management of patients with COVID-19 infection with reference to use of therapeutic and other drugs used in Co-morbid diseases (Hypertension, diabetes etc)". *Diabetes Metab Syndr*. 2020 Mar 25;14(3):251-254. doi: 10.1016/j.dsx.2020.03.012. [Epub ahead of print].
5. Donna H. Ryan Eric Ravussin Steven Heymsfield. "COVID 19 and the Patient with Obesity – The Editors Speak Out". First published:01 April 2020 <https://doi.org/10.1002/oby.22808>.
6. Dietz W, Santos-Burgoa C. "Obesity and its Implications for COVID-19 Mortality". *Obesity (Silver Spring)*. 2020 Apr 1. doi: 10.1002/oby.22818. [Epub ahead of print].
7. Louie JK, Acosta M, Winter K, et al. "Factors associated with death or hospitalization due to pandemic 2009 influenza A(H1N1) infection in California". *JAMA* 2009; 302: 1896-1902.
8. Neidich SD, Green WD, Rebeles J, et al. Increased risk of influenza among vaccinated adults who are obese. *Int J Obes (Lond)* 2017; 41: 1324-1330.
9. Simonnet A et al. "High prevalence of obesity in severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) requiring invasive mechanical ventilation". *Obesity (Silver Spring)*. 2020 Apr 9. doi: 10.1002/oby.22831. [Epub ahead of print].
10. COVID- 19: Guidance for Triage of Non-Emergent Surgical Procedures. Metabolic and Bariatric. 1.4 Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) (v3.23.20). American College of Surgeons.
11. Rundle AG, Park Y, Herbstman JB, Kinsey EW, Wang YC. "COVID-19 Related School Closings and Risk of Weight Gain Among Children". *Obesity (Silver Spring)*. 2020 Mar 30. doi: 10.1002/oby.22813. [Epub ahead of print].
12. Ist IFSO Webinar Special Edition: "Worldwide impact of coronavirus in Bariatric Surgery". 09/04/2020.