

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white sans-serif font on a blue rectangular background.

Análisis de la bioética para las indicaciones de cirugía bariátrica en niños y adolescentes [Bioethical analysis of indicating bariatric surgery for children and adolescents]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	de Almeida Godoy, Cynthia Meira;de Magalhães Neto, Galeno Egydio José
Publisher	Conselho Federal de Medicina
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-07-16 04:30:11
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/238159

Análisis de la bioética para las indicaciones de cirugía bariátrica en niños y adolescentes

Cynthia Meira de Almeida Godoy¹, Galeno Egydio José de Magalhães Neto², Marcelo Falcão Santana³, Sérgio Flavny Brandão de Menezes Correia⁴, Josimário João da Silva⁵

Resumen

La cirugía de la obesidad es reconocida últimamente como un tratamiento eficiente para la pérdida de peso y la mejora de las comorbidades que se la asocian. En los adultos los riesgos y beneficios a corto y a largo plazo ya son bien conocidos en la literatura, pero en los niños y adolescentes no existen datos precisos. Por conllevar alteraciones significativas en los hábitos de vida y en la alimentación, la decisión del tratamiento quirúrgico para esta población aún es delicada y necesita la participación de todo el equipo médico y el involucramiento familiar. Para eso el médico responsable debe conocer los principales aspectos bioéticos implicados en la cuestión con el fin de ponderar los casos en los cuales la cirugía bariátrica es la opción más adecuada.

Palabras-clave: Cirugía bariátrica. Bioética. Niño. Adolescente.

Resumo

Análise bioética nas indicações de cirurgia bariátrica em crianças e adolescentes

A cirurgia da obesidade vem sendo reconhecida como tratamento eficiente para perda de peso e melhora das comorbidades a ela associadas. Em adultos, os riscos e benefícios de curto e longo prazo já são bem conhecidos na literatura; contudo, em crianças e adolescentes não existem dados precisos. Por envolver mudanças significativas nos hábitos de vida e na alimentação, a decisão pelo tratamento cirúrgico para essa população ainda é delicada e necessita da participação de toda a equipe médica, além do envolvimento familiar. Para isso, o médico responsável deve conhecer os principais aspectos bioéticos implicados na questão a fim de ponderar sobre os passos necessários para conduzir melhor os casos em que a cirurgia bariátrica é a opção mais adequada.

Palavras-chaves: Cirurgia bariátrica. Bioética. Criança. Adolescente.

Abstract

Bioethical analysis of indicating bariatric surgery for children and adolescents

Bariatric surgery is becoming more and more established as an effective form of weight loss and method of treating comorbidities related to this condition. The short and long-term risks and benefits for adults have been well documented in literature, but no accurate data exists for children and adolescents. Given the significant changes in lifestyle habits and diet involved, the decision to undergo surgical treatment is a delicate one, requiring the participation of the entire medical team and the patient's family. For this reason the doctor in charge must be aware of the major bioethical aspects involved, and the steps required to effectively manage cases where bariatric surgery is the preferred option.

Keywords: Bariatric surgery. Bioethics. Child. Adolescent.

1. **Mestranda** cynthia@equipeunicad.com 2. **Mestrando** galenomn@hotmail.com 3. **Mestrando** dr.marcelofalcao@gmail.com
4. **Mestrando** serciocorreia@gmail.com 5. **Doutor** josimario.bioetica@gmail.com – Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, Brasil.

Correspondência

Josimário João da Silva – Rua Walter Duarte Pereira, 1.715, Capim Macio CEP 59082-470. Natal/RN, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Hoy en día, la obesidad es una epidemia global, a punto de convertirse en un problema de salud pública. La obesidad infantil, en particular, tiene un impacto significativo en el corto y largo plazo, en términos de salud y bienestar del niño y el adolescente. Su incidencia ha aumentado en los países más industrializados y en muchos países en desarrollo ¹.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ², durante casi dos décadas, la obesidad en la infancia y la adolescencia ha estado creciendo en todo el mundo. Asociados con la obesidad, enfermedades tales como la diabetes tipo II, hipertensión y problemas respiratorios están presentes en muchos casos. Esta población de obesos son más propensos a desarrollar enfermedades cardíacas, pulmonares, psicológicas, endócrinas, muchos de los cuales persisten en la edad adulta ^{2,3}.

En Brasil, entre 1974 y 1997, la incidencia de sobrepeso y obesidad infantil se ha triplicado entre los niños y adolescentes (de 4,1% a 13,9%). Así, los niños se encuentran entre los principales grupos objetivo para la implementación de estrategias de prevención y control de sobrepeso y obesidad, no a causa de sus características como un grupo de riesgo, sino debido a las posibilidades de éxito ¹.

La incidencia del síndrome metabólico es alta entre los niños y adolescentes y aumenta con el empeoramiento de la obesidad. Biomarcadores de riesgo con eventos cardiovasculares ya están presentes en estos jóvenes ². De acuerdo con datos de la American Health Care Association (AHA), entre 2003 y 2006, el 36,8% de los hombres afroamericanos y el 52,9% de las mujeres afro-americanas tienen sobrepeso con un índice de masa corporal (IMC) de 30 kg/m² o más. Entre la población de origen europeo, el 32,3% de los hombres y el 32,7% de las mujeres son obesos. Entre la población hispana, el 26,8% de los hombres y el 41,9% de las mujeres son obesas, con un IMC también alrededor de 30 kg/m² o más. La Academia Americana de Pediatría (AAP) clasifica el IMC de los niños y adolescentes por percentiles considerando sobrepeso cuando los valores se encuentran entre el 85 y el 95 percentil. La AAP dice que en los últimos treinta años, la población de niños obesos en los Estados Unidos va en aumento, y se estima que alcanza el 20% de los niños ^{2,3}.

Otros estudios también muestran que la incidencia de la obesidad infantil se ha triplicado en los últimos 25 años, con diferencias significativas en el origen étnico y el nivel socioeconómico. En el período 2003-2006, el 16,3% de todos los niños estadounidenses de entre 2-19 años fueron clasificados como casos de obesidad y un 31,9% de exceso

de peso ⁴. La suma de estos dos porcentajes, que indican la existencia del problema en distintos grados, asciende al increíble 48,1%, casi la mitad de todos los niños y adolescentes en el país.

Los factores que causan la obesidad y el sobrepeso se han estudiado, y lo que se observa es la asociación de la situación socioeconómica con el aumento de peso. Por un lado, los niños con bajos ingresos son más propensos a ganar peso. El doble trabajo de los padres y los cambios de estilo de vida de la familia han conducido a un aumento del consumo de alimentos procesados industrialmente y comida rápida. Por otro lado, se observa que la escuela ha ofrecido alimentos altos en calorías, con bajo valor nutricional. Dado el aumento de la obesidad infantil, vamos a tener un impacto inevitable en la salud y la economía en el futuro, reforzando la mutua relación entre la educación, ingresos y salud ⁴.

La primera cuestión ética que se puede plantear tendrá que ver con el cambio en los hábitos alimenticios y al estímulo de comportamientos menos sedentarios. Estas cuestiones han tomado la pauta de médicos y gestores de políticas públicas de la salud, debido al rápido crecimiento del problema. En el contexto general, una herramienta eficaz para el tratamiento primario impediría hábitos poco saludables o hacer cambios de comportamiento relacionados con la obesidad. En los Estados Unidos se destacan los esfuerzos de las autoridades de salud para combatir la obesidad infantil a través de cambios en los hábitos alimenticios, con énfasis en el consumo de alimentos saludables, sobre todo en las escuelas y las cadenas de comida rápida.

Las edades oscilaron entre los 5 y 7 años que corresponden a una de las fases más vulnerables al desarrollo de la obesidad. Durante este período, el índice de masa corporal aumenta rápidamente después de un período de reducción de grasa durante la fase "preescolar", de modo que la reposición precoz, rápida y/o intensa puede indicar un aumento en el riesgo de obesidad en los períodos posteriores de la vida ¹.

Pero ¿cómo exigir que los padres ofrezcan a sus niños y adolescentes una alimentación más saludable si su tiempo para proveer tales necesidades es reducido por horarios muchas veces tígidos y cargas de trabajo extenuantes? ¿Cómo alentar a los niños y adolescentes a desarrollar el gusto por comer sano cuando el mercado ofrece, ininterrumpidamente, las "novedades" industrializadas, en general, con pocas fibras, altos tenores de sodio, azúcares y calorías, pero de preparación en gran me-

dida simplificada? ¿Cómo minimizar el estilo de vida sedentario en un mundo fascinado por los medios de comunicación y juegos interactivos que llevan a los participantes a pasar horas sentados, jugando en simulación mental de movimientos?

Durante la infancia, además de ejercer poco control sobre el ambiente en que vive (por ejemplo, sobre la disponibilidad domiciliar de alimentos), el niño aún puede sufrir una fuerte influencia de los hábitos alimenticios y de la actividad física de sus padres y familiares, así como estar sujeto a cambios en los patrones ambientales y de comportamiento por causa de su inserción en el ambiente escolar ¹.

Sin embargo, ya que no hay una única respuesta a cualquiera de estas preguntas - ya sea por sus propias características, sea por la forma diferente en actúan y buscan una respuesta las diferentes etnias y estratos socioeconómicos, o incluso debido a que cambios en los hábitos y en el comportamiento toman tiempo para producir resultados - se hace necesario recurrir a un tratamiento para eliminar los efectos del problema una vez instalado. Por lo tanto, con respecto al campo del tratamiento, la pregunta es: ¿la cirugía bariátrica es una opción terapéutica? ¿El cambio de hábitos - incluyendo la actividad física y la dieta - no resuelven la mayoría de los casos? ¿La obesidad en los niños y adolescentes no es el resultado de estos diversos factores relacionados con el comportamiento humano en la sociedad actual? Si esto es cierto ¿no estaríamos simplemente medicalizando comportamientos? ⁵

El tratamiento clínico tradicional para la obesidad en niños y adolescentes existe, y varios tipos de intervención se pueden llevar adelante: dietas bajas en calorías, hipoglicídicas e hiperproteicas, dietas con bajo índice glucémico y de bajo índice glucémico, dieta "semáforo", actividad física y cambio en el día a día de las familias. Sin embargo, en el caso de pacientes con obesidad severa y problemas metabólicos implicados, estos tratamientos tienden a fallar. En este escenario es el que las terapéuticas disponibles tienen resultados limitados y no perdurables, la cirugía bariátrica ha sido propuesta como tratamiento eficaz y resultados duraderos ⁶.

En los adultos, este tratamiento alternativo ya tiene sus riesgos bien definidos en la literatura; pero los trabajos publicados de cirugía bariátrica en los niños y adolescentes son de mala calidad, y todavía no conocemos los resultados a largo plazo ^{7,8}. El tratamiento quirúrgico se reserva para aquellos casos específicos, ya que la sugerencia de la cirugía a esta edad es algo controvertido ⁸.

En 2009, el Grupo Internacional de Endocrinología Pediátrica (IPEG) publicó una serie de directrices que proponen la cirugía bariátrica en adolescentes con IMC superior a 35 kg/m² asociados con la diabetes tipo II, enfermedad obstructiva del sueño moderada, pseudotumor cerebral; o IMC superior a 40 kg / m² aisladamente ⁸. Criterios adicionales para la cirugía bariátrica en adolescentes incluyen la escala de Tanner⁴ o más, madurez ósea de 95% o más, compromiso mostrado por el cambio en el estilo de vida y un ambiente psicosocial estable. Además, el paciente debe entender claramente las implicaciones asociadas, mediante un proceso de clarificación que culminó con la firma, por el representante legal, del consentimiento libre e informado, documento en el que la información, los riesgos, los beneficios y las responsabilidades deben estar claramente definidos ⁹.

A pesar de esta propuesta, la IPEG, la cirugía bariátrica en adolescentes sigue siendo algo controvertido, sea por los riesgos inmediatos de la cirugía, por las implicaciones éticas y las complicaciones a largo plazo asociadas con este procedimiento. Hay incertidumbre sobre la eficacia de esta operación en los adultos jóvenes y el momento en que los jóvenes pacientes estarán aptos para cumplir con la dieta después de la operación y hacer cambios de vida necesarios para mantener el éxito de la cirugía bariátrica ¹⁰. En comparación con la terapia convencional, la cirugía bariátrica parece ser una opción viable para el tratamiento de la obesidad, lo que resulta en la pérdida de peso a largo plazo, estilo de vida más saludable y, excepto para la hipercolesterolemia, la reducción de factores de riesgo ¹¹.

En la obesidad, es evidente el control de la diabetes de tipo II y la hipertensión proporcionado por el cambio de comportamiento; sin embargo, para la población considerada, son cuestiones claras que implican el peso y la autoestima: muchos adolescentes, por ejemplo, terminan por desarrollar problemas psicosociales que afectan a su socialización, la vida con la familia y la sociedad.

El objetivo con este trabajo es revisar y analizar reflexivamente la bioética en las indicaciones de cirugía bariátrica en niños y adolescentes.

Método

Esta es una revisión bibliográfica utilizando la Biblioteca Virtual en Salud en el período 2004-2014, cuyos descriptores empleados han sido: "cirugía bariátrica", "adolescente", "niño" y "bioética".

Los procedimientos quirúrgicos

Fueron adoptadas en Brasil cuatro tipos de cirugía bariátrica y metabólica (además del balón intragástrico, que no se considera procedimiento quirúrgico) ⁷

Bypass Gástrico (gastroplastia con bypass intestinal en Y de Roux)

Es la técnica más comúnmente realizada en Brasil (75% del total), debido a su seguridad y eficacia. El paciente puede perder 40% o más de exceso de peso. Básicamente consiste en la reducción de la desviación del estómago y el intestino, a fin de promover el aumento de hormonas que dan la sensación de saciedad y reducir el hambre. En consecuencia, la ingesta inferior y aumento de la saciedad hacen que el paciente pierda peso, y además de controlar la diabetes y otras enfermedades asociadas con la obesidad.

Banda gástrica ajustable

Representa sólo el 5% de los procedimientos realizados en el país. Promueve cambios hormonales, pero es bastante seguro y eficaz en la reducción de peso (de 20% a 30% de sobrepeso), y puede ayudar en el tratamiento de la diabetes tipo II. Es la instalación de una banda de silicona ajustable alrededor del estómago que, al apretar el órgano, hace que sea posible controlar el vaciado gástrico ¹¹.

Manga Gástrica

El estómago se reduce, dejándolo con una capacidad aproximada de 80 ml a 100 ml. La pérdida de peso es similar *bypass* gástrico y mayor que al de la banda elástica ajustable. El procedimiento es relativamente nuevo y se ha practicado en Brasil desde 2000. Ofrece buenos resultados en el control de la presión arterial, el colesterol, los triglicéridos y algunas enfermedades asociadas a la obesidad.

Cruce duodenal

Esta técnica representa sólo el 5% de las intervenciones bariátricas en Brasil, asociada a la gastrectomía vertical con derivación duodenal. Aquí, se elimina el 85% del estómago, pero la fisiología básica del estómago y su vaciamiento son mantenidas. La pérdida de peso es mucho mayor, y una de las razones es la absorción reducida de nutrientes. La pérdida de peso es 40% a 50% de sobrepeso.

Después de la revisión de la literatura y de la

investigación de los resultados de algunos estudios, la OMS concluyó que la banda gástrica es el procedimiento más común en Europa para el tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes, debido a que es menos invasiva ⁴. Sin embargo, de acuerdo con la revisión de estos estudios, la evidencia de la cirugía bariátrica en estos grupos de edad son todavía insuficientes, en especial con respecto a los resultados a largo plazo ⁷. El *bypass* gástrico en Y de Roux se considera eficaz para tratar los problemas de salud relacionados con la obesidad en los adolescentes. Para obtener los mejores resultados, es necesario un equipo multidisciplinario de especialistas en pediatría para la toma de decisiones en el preoperatorio y postoperatorio ¹².

Aspectos éticos

De acuerdo con el Anexo I de la Ordenanza 492/2007, de la Secretaría de Atención a la Salud, Ministerio de Salud, los candidatos para la cirugía bariátrica son:

- Portadores de la obesidad mórbida con un IMC (índice de masa corporal) igual o superior a 40 kg/m² sin comorbilidades y que no han respondido al tratamiento conservador (dieta, la psicoterapia, la actividad física, etc.), realizado por lo menos durante dos años y en orientación directa o indirecta de personal del hospital certificado/habilitado como Unidad de Asistencia de Alta Complejidad de Pacientes Portadores de Obesidad;
- Portadores de la obesidad mórbida con un IMC igual o superior a 40 kg / m² con comorbilidades que amenazan la vida;
- Los pacientes con un IMC entre 35 y 39,9 kg/m² portadores de enfermedades crónicas provocadas o agravadas por la obesidad.

Sin embargo, deben cumplirse los siguientes criterios:

- Eliminar los casos de obesidad debido a una enfermedad endocrina (por ejemplo, síndrome de Cushing debido a la hiperplasia suprarrenal);
- Respetar la franja de etaria de 18-65 años y el tratamiento quirúrgico no debe realizarse antes de que las epífisis de crecimiento estén consolidadas en los jóvenes;
- El paciente debe tener la capacidad intelectual para comprender todos los aspectos del tratamiento, así como disponer de apoyo familiar constante;

- d) El paciente y los familiares que apoyan toman el compromiso de seguimiento, que debe mantenerse indefinidamente;
- e) El paciente no presenta alcoholismo o adicción a otras drogas, trastorno psicótico grave o historia reciente de intento de suicidio ⁵.

Los pacientes ancianos y jóvenes de entre 16 y 18 años pueden operarse en situaciones especiales, después de un cuidadoso análisis de la relación beneficio-riesgo ⁷. Después de examinar el trabajo realizado en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica ⁹, se concluyó que, de acuerdo con los primeros resultados en los pacientes operados, los criterios de recomendación para el tratamiento quirúrgico de los niños y adolescentes deben tener en cuenta aspectos como:

- 1) Verificación de la etapa de desarrollo del individuo mucho más allá que su edad cronológica;
- 2) Valores de IMC de 40 kg/m² o 35 kg/m², así como la existencia de comorbilidades (diabetes, hipertensión, apnea del sueño y otras enfermedades que afectan la calidad de vida de las personas o aumentan el riesgo de muerte);
- 3) Previo acompañamiento clínico de al menos seis meses para cumplir con los cambios en el estilo de vida, la pérdida de peso y la participación de la familia;
- 4) Proceso de clarificación de la intervención quirúrgica, que culminó con la firma de un consentimiento libre e informado por parte del representante legal;
- 5) Conocimiento de los padres y otros miembros de la familia de que el paciente está motivado y bien informados acerca de la cirugía (especialmente en sus riesgos), consciente del apoyo familiar y emocionalmente estable;
- 6) Evaluación psicológica del paciente y su familia;
- 7) Capacidad y buena voluntad de la familia para ayudar al paciente a que se adhiera al tratamiento después de la cirugía.

Discusión

Así como los pacientes obesos en la franja etaria comprendida entre los 18 y los 65 años, la población infantil y adolescente puede tener contraindicaciones para la cirugía. Para los adultos, se pueden citar el embarazo o la lactancia, uso de alcohol o sustancia ilícita, síndrome de Prader-Willis u otras condiciones de hiperfagia ⁸.

Jorge Filho ¹³ consideró la importancia de reflexionar sobre las normas éticas en la indicación de los pacientes para cirugía bariátrica. El autor señala que la limitación de acceso al procedimiento y la consiguiente falta de correspondencia entre la demanda y la oferta de tratamiento, implicando la violación del principio de la justicia distributiva. Si el tratamiento aporta beneficios reales, todos los pacientes que lo necesitan deberían tener fácil acceso, lo que no ocurre en la práctica. Para el autor, el mayor problema bioético es la falta de asignación de recursos para el procedimiento.

El paciente debe ser consciente de los cambios que deben tener lugar en su estilo de vida, y hacer un compromiso para seguir las pautas dietéticas en el corto y largo plazo. Hacerle entender los cambios anatómicos y el funcionamiento de la cirugía también debe ser preocupación del cirujano. También es importante que la familia entienda los riesgos actuales y los beneficios de la cirugía, y para eso, tenemos que promover un amplio debate antes de la intervención con los pacientes y sus familias ¹⁴.

Ibele y Mattar ¹⁵ afirman que la autonomía del paciente debe ser preservada y que la información sobre la cirugía presentada a él y a su familia debe proporcionar una visión optimista de los resultados, sin dejar de mostrar, sin embargo, los problemas y riesgos que pueden ocurrir. La cirugía bariátrica es un procedimiento complejo e involucra a un equipo multidisciplinario, puede conducir a problemas más graves de nutrición en los últimos años. El papel del personal en relación con el paciente debe ser claro y objetivo, y el paciente, a su vez, debe estar al tanto de los cambios - tanto reales como virtuales - que se producirán después de la cirugía.

El Ministerio de Salud ofrece tratamiento por el Sistema Único de Salud (SUS), pero no está dando un apoyo adecuado a los pacientes. Todos los que han sido objeto de este tipo de cirugía deben tomar suplementos nutricionales de por vida, y muchos no pueden permitirse el lujo de comprarlos. El SUS, a su vez, no ofrece gratuitamente este tipo de suplemento, por la ausencia de un programa específico para el acompañamiento del paciente sometido a cirugía bariátrica.

Como cualquier procedimiento quirúrgico, la indicación de cirugía bariátrica depende de criterios bien definidos, pero muchos profesionales de la salud no tienen en cuenta el aspecto social vinculado a los criterios financieros en el postoperatorio como un factor de impedimento a la viabilidad de la cirugía, especialmente en los pacientes más jóvenes. Si ya hay tantas dificultades para los adultos ¿qué

podemos esperar en el caso de niños y adolescentes? Tratándose de la indicación de la cirugía como tratamiento para esta población, el profesional debe adoptar las siguientes reglas generales como condiciones indispensables para el procedimiento: la obtención del consentimiento del menor y de los padres que serán sometidos a la cirugía; disponibilidad de un equipo interdisciplinario especializado; comprobar la relación calidad-precio con y sin tratamiento quirúrgico ⁴.

Según Caniano¹⁴, los cuatro principios fundamentales de la ética biomédica - beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia - se deben considerar como guías del punto de vista bioético en el contexto de la cirugía bariátrica en pacientes pediátricos, además de la heteronomía y la dependencia de estos pacientes en comparación al adulto responsable. Por ser un tratamiento innovador e implicar obligaciones éticas en los resultados de la investigación clínica, la cirugía bariátrica debe tener un estricto protocolo que se ocupa de estos principios, definiendo el papel de cada parte en el procedimiento. Por lo tanto:

- 1) Le cabe al cirujano la indicación de la cirugía en casos específicos;
- 2) Es deber del paciente y su familia la decisión acerca de la cirugía;
- 3) Corresponde al hospital, que debería ser reconocido como un referente en este tipo de tratamiento, establecer el programa de cirugía pediátrica para la obesidad.

Las intervenciones quirúrgicas con la restricción dietética, programas de actividad física y la terapia de comportamiento son medidas eficaces que ayudan en la pérdida de peso y la mejora de los trastornos asociados con la obesidad, influyendo favorablemente la adopción de este enfoque. Sin embargo, frente a los pacientes con un IMC superior a 40 kg/m² que, sometidos a un tratamiento clínico, reducen el índice de masa corporal en sólo un 3% durante un año de seguimiento - el contenido no es suficiente para la reversión de comorbilidades -, hay que reflexionar sobre el tratamiento centrándose en el principio de beneficencia, destinado a mejorar el bienestar del paciente en su totalidad ¹⁴.

Dado el riesgo de la cirugía, un seguimiento prolongado es necesario, posibilitando evaluar con mayor precisión los cambios que puedan surgir con la pérdida de peso, parámetros metabólicos y psicológicos. El beneficio de la pérdida de peso antes de la cirugía, además de un programa médico y conductual, también ha ayudado a los pacientes y a sus

familias sobre temas relacionados con la educación alimentaria y el estilo de vida ¹⁴.

Tanto el paciente como su familia deben tener la oportunidad de aprender acerca de las opciones de cirugía, incluyendo los riesgos y beneficios asociados a ella. Además, deben ser advertidos de la restricción de la dieta y recibir otras instrucciones necesarias después de la cirugía, como el cumplimiento de las metas de pérdida de peso. Para los pacientes que pueden reducir el peso con el tratamiento no quirúrgico y presentar mejoría de las comorbilidades, la conducta sería un seguimiento médico. En el caso de los que no tienen éxito con este enfoque, la cirugía dependerá del principio de beneficencia, cuyo objetivo es mejorar no sólo las comorbilidades, sino también la salud y el bienestar del paciente. La violación de este principio se produce en las siguientes situaciones: evaluación preoperatoria realizada inadecuadamente, en pacientes con comorbilidades y/o pérdida de peso ineficaz con el tratamiento médico; personal médico y de hospital sin experiencia de alta calidad, con ausencia de acompañamiento seguro en el período perioperatorio y a largo plazo ¹⁴.

Sin embargo, uno debe preguntarse si sería beneficioso considerar apenas el tratamiento quirúrgico en pacientes con obesidad severa, aunque acompañado de comorbilidades graves. Aún se desconoce la respuesta, tanto a corto como a largo plazo, de pacientes jóvenes sometidos a procedimientos quirúrgicos encaminados a restablecer la salud y el bienestar. Dada la escasez de información, sería muy difícil construir un perfil de riesgo-beneficio en cuanto a cómo sería la respuesta terapéutica del niño a cualquiera de los procedimientos quirúrgicos restrictivos o disabsortivos en el corto o largo plazo ¹¹.

La beneficencia también apoya la inclusión de niños de bajo riesgo en los ensayos de investigación clínica con pruebas validadas, que permiten la pérdida de peso a través del uso de medicamentos. En el tratamiento quirúrgico de la obesidad, el riesgo de pérdidas antes y después de la cirugía, la probabilidad de lograr el resultado deseado y la posibilidad de complicaciones imprevistas son factores que llevan a insistir en la no maleficencia.

El perfil de riesgo de las dos cirugías realizadas con más frecuencia (*bypass* gástrico en la Y de Roux y la banda gástrica ajustable) ya han sido bien establecidos en pacientes adultos y en algunos casos de los adolescentes. En el *bypass* gástrico, procedimiento que puede ser hecho por laparoscopia o cirugía abierta, las complicaciones letales y tempranas después de la cirugía son el vaciamiento de la

anastomosis, hemorragia local y embolia pulmonar. Otras complicaciones incluyen infección de la herida, anastomosis estrecha, ulceración marginal, hernia incisional, coleditis sintomática y pérdida de peso insuficiente.

Los riesgos nutricionales implican la deficiencia de calcio, vitamina D, hierro, ácido fólico, vitamina B1, B6 y B12, y sus consecuencias negativas para la salud requieren la adherencia del paciente a la ingesta de suplementos de micronutrientes. Los síntomas inquietantes del dumping (postgastrectomía) y otros movimientos intestinales frecuentes, particularmente después de comer dulces, tales como náuseas, vómitos y diarrea, son recurrentes en algunos pacientes sometidos a *bypass* gástrico en Y de Roux.

El riesgo después de la cirugía con la banda gástrica está conectado a complicaciones mecánicas e infecciones. La banda puede estar fuera de lugar, con el deslizamiento de su lugar de origen de manera temprana o tardía.

Desde el punto de vista bioético, la autonomía tiene como prioridad la elección individual, especialmente con respecto al cuerpo. La autonomía del paciente pediátrico depende del supuesto de que los padres dan su consentimiento a la operación del menor. Es preciso que el tratamiento médico y la orientación nutricional estén disponibles para el paciente, debiendo ser presentados incluso a aquellos que tienen enfermedades asociadas con la obesidad, como la diabetes tipo II.

El paciente debe ser capaz de demostrar la pertenencia y la comprensión del programa de modificación del estilo de vida antes de la cirugía, así como entender los cambios nutricionales después de la cirugía. La falta de cumplimiento de las tareas propuestas puede llevar al fracaso. Siendo la adolescencia una etapa en la que las reglas son difíciles de mantener, es dudoso que una cirugía bariátrica para alguien que está en esta etapa de la vida sea aconsejable ¹⁶.

El deseo de tener un cuerpo aceptable de acuerdo a los dictados sociales y libre de comorbilidades pueden interferir con el profundo conocimiento de los riesgos y las consecuencias a largo plazo de la cirugía, tales como las resultantes del *bypass* gástrico en Y de Roux, que son de naturaleza irreversible. En este contexto, toda la información detallada para el conocimiento y consentimiento de la intervención es responsabilidad del cirujano y su equipo.

El proceso informativo con el fin de la posterior autorización - obtenida mediante la firma del formu-

lario de consentimiento libre y esclarecido - para el paciente pediátrico candidato a cirugía bariátrica, debe ser largo, pudiendo durar algunos meses. Durante este período, el paciente y su familia participan en programas de servicio enfocados al esclarecimiento y al cambio de comportamiento y alimentario, a través de reuniones frecuentes con el cirujano a cargo y todo su equipo. En estas reuniones, además de aclarar el procedimiento quirúrgico, los riesgos de corto y largo plazo y la incertidumbre con respecto a los resultados del tratamiento a lo largo de los años, el cirujano y su equipo deben considerar observar cuál es el principal objetivo del paciente así como su capacidad de cumplir promesas.

Le compete al equipo de cirugía bariátrica disponer de un psicólogo que puede ayudar no sólo para determinar la motivación que lleva al paciente a querer someterse a una cirugía para bajar de peso, sino que también ayudará a tomar decisiones difíciles y superar los miedos del procedimiento. Además, el equipo médico debe verificar que el paciente realmente quiere someterse al procedimiento y entiende los objetivos de la intervención, o si está bajo la influencia de terceros, como los padres y/o familiares.

Aunque la cirugía bariátrica no tiene como rutina el trabajo de la asistente social, el éxito de la operación depende de la evaluación de este profesional de las diferentes características del entorno familiar del paciente, como la existencia de un ambiente doméstico de apoyo del período de dieta después de la operación y la ingesta de suplementos vitamínicos. El asistente social también debe retener al paciente y asegurar el transporte para el regreso a las consultas médicas regulares, así como realizar una supervisión adecuada de los padres y/o adultos.

Además, el paciente puede beneficiarse con el relato de aquellos que ya pasaron por el procedimiento y de aquellos que no acordaron hacerlo. Los estudios han demostrado que los pacientes sometidos a cirugía bariátrica no recuerdan la información relacionada con las complicaciones post-quirúrgicas. A menudo, esta información se le da al paciente a través de la Internet, tomado de sitios electrónicos de los centros de profesionales de la salud médica. Esto afecta a la calidad de la información, tornando su contenido bastante variado y de difícil comprensión de la gravedad de los problemas que puedan surgir después de la cirugía ¹⁶.

La presencia de depresión, común en pacientes adolescentes con grado severo de obesidad, puede causar dificultad en la comprensión de los cambios y los riesgos de la cirugía bariátrica. La obe-

sidad está asociada con problemas psiquiátricos, que también pueden reducir la capacidad cognitiva y verbal del paciente en cuestión ¹⁵. El principio de justicia permite que cada persona reciba una parte justa de los recursos de salud e igualdad de trato. El tipo de atención prestada a los pacientes de los hospitales pediátricos y servicios pediátricos no debe infringir o violar la justa distribución de los recursos. En la misión y los valores de los hospitales y servicios de pediatría general está prevista la extensión de la asistencia sanitaria a todos los pacientes, independientemente de su condición socioeconómica.

La concientización del sistema hospitalario pediátrico, tanto en su contexto local y en cuanto a la comunidad en general, será la fuerza motriz capaz de promover una mejor distribución de la justicia entre los niños y adolescentes. Los esfuerzos para mantener los tratamientos de terapia multidisciplinarios y de comportamiento deben ser un objetivo constante, así como los programas de cirugía bariátrica que requieren liderazgo profesional, con el apoyo del gobierno estatal y federal. Recordando que cualquier programa pediátrico para la cirugía bariátrica que excluye a los pacientes por falta de seguro o recursos financieros estará violando el principio de justicia, además de herir un derecho lícito: garantizar su dignidad como ser humano.

Consideraciones finales

Los estudios que abordan el tema de la cirugía bariátrica para la obesidad en niños y adolescentes muestran que no existe un consenso acerca de la cirugía en esta población ¹⁵. En general, este procedimiento se debe considerar cuando todos los otros métodos han demostrado ser ineficaces. No se puede pasar por alto el hecho de que los niños y adolescentes se están desarrollando rápidamente y por lo tanto están sujetos a cambios en sus dimensiones humanas.

La cirugía no marca el final del tratamiento de la obesidad; por el contrario, significa el comienzo de un período de cambios nutricionales y de comportamiento, por lo que respecta a la educación alimentaria y el ejercicio, con un seguimiento regular por parte de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud ¹⁶. La importancia de los profesionales reflejada sobre aspectos éticos propios de la indicación del procedimiento es reforzada cuando se sabe que las discusiones al respecto

vienen siendo establecidas por las *sociedades de cirugía bariátrica y metabólica, de la endocrinología, de la diabetes y el Colegio Brasileño de Cirujanos* ¹⁷. La disponibilidad de algunas de estas informaciones en los medios de comunicación pueden inducir la intensificación del deseo de la cirugía, que despuntaría como una especie de solución casi “mágica” para superar un problema que se refiere a un cambio real en las actitudes cotidianas.

Actuar con prudencia, teniendo en cuenta todos los aspectos éticos de cada caso, es el marco que debe prevalecer en la indicación de conducta. El cirujano y todo su equipo deben evaluar cada caso muy bien, el control de la gravedad y los riesgos de la cirugía, sobre todo a largo plazo. Pensando en el acto quirúrgico, los riesgos físicos tienen una mayor dimensión, por los cambios anatómicos y fisiológicos que implican; Sin embargo, debido a que es un procedimiento que depende de la participación del paciente y su familia para una mejor adaptación, ya que se traduce en cambios en el comportamiento y en los hábitos alimentarios, la cirugía implica un riesgo de dimensión emocional, social y espiritual, los cuales, aunque estén presentes, nunca deben ser mayores que los beneficios.

La concientización de los pacientes y las familias acerca de todas las etapas del proceso y sus implicaciones a corto y largo plazo es de gran importancia para el éxito del procedimiento. Establecer relaciones de responsabilidad entre el personal, los pacientes y sus familias hace hincapié en el compromiso de cambiar las actitudes acerca de las opciones de alimentos y en los hábitos de vida, promoviendo los cambios necesarios para lograr los resultados deseados.

La dignidad de la persona es uno de los fundamentos mayores de la sociedad y consiste, sobre todo, en ver al ser humano en su especificidad para responder de manera adecuada a sus necesidades. Para lograr este objetivo, el respeto es el mayor beneficio y, en la práctica clínica, permite que el paciente se someta a las indicaciones, conociendo los riesgos y beneficios y la dirección de su elección para la opción que más le convenga, considerando conscientemente los principios científicamente comprobados y éticamente aceptables de la medicina.

Referências

1. Mondini L, Levy RB, Saldiva SRDM, Venâncio SI, Aguiar JA, Stefanini MLR. Prevalência de sobrepeso e fatores associados em crianças ingressantes no ensino fundamental em um município da região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* (Rio de Janeiro). ago 2007;23(8):1.825-34.
2. Ogden CL, Flegal KM. Changes in terminology for childhood overweight and obesity. *Natl Health Stat Report*. 2010;25:1-5.
3. Weiss R, Dziura J, Burgert TS, Tamborlane WV, Taksali SE, Yeckel CW *et al.* Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med*. 2004;350(23):2.362-74.
4. Palermo TM, Dowd JB. Childhood obesity and human capital accumulation. *Soc Sci Med*. 2012;75(11):1.989-98.
5. Secretaria de Atenção à Saúde (Ministério da Saúde, Brasil). Portaria nº 492, de 31 de agosto de 2007. [Internet]. 2007 [acesso 26 ago 2012]. Disponível: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/PT-492.htm>
6. Carvalho MA, Carmo I, Breda J, Rito AI. Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade infantil. *Rev Port Saúde Pública*. 2011;29(2):148-56.
7. Levine MD, Ringham RM, Kalarchian MA, Wisniewski L, Marcus MD. Is family-based behavioral weight control appropriate for severe pediatric obesity? *Int J Eat Disord*. 2001;30(3):318-28.
8. Aikenhead A, Knai C., Lobstein, T. Do surgical interventions to treat obesity in children and adolescents have long- versus short-term advantages and are they cost-effective? HEN synthesis report june 2012. [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europa; 2012 [acesso 25 jan 2014]. Disponível: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/165825/e96550.pdf
9. Pratt JS, Lenders CM, Dionne EA, Hoppin AG, Hsu GL, Inge TH *et al.* Best practice updates for pediatric/adolescent weight loss surgery. *Obesity* (Silver Spring). 2009;17(5):901-10.
10. Hsia DS, Fallon SC, Brandt ML. Adolescent bariatric surgery. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012;166(8):757-66.
11. Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B *et al.* Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med*. 2004;351(26):2.683-93.
12. Inge TH, Garcia V, Daniels S, Langford L, Kirk S, Roehrig H, *et al.* A multidisciplinary approach to the adolescent bariatric surgical patient. *J Pediatr Surg*. 2004;39(3):442-7.
13. Jorge Filho I. Aspectos éticos e legais da cirurgia bariátrica. Einstein. [Internet]. 2006 [acesso 25 jan 2014];4(Supl 1):S125-S9. Disponível: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/268-125-129.pdf>
14. Caniano DA. Ethical issues in pediatric bariatric surgery. *Semin Pediatr Surg*. 2009;18(3):186-92.
15. Ibele AR, Mattar SG. Adolescent bariatric surgery. *Surg Clin North Am*. 2011;91(6):1.339-51.
16. Hofmann B. Bariatric surgery for obese children and adolescents: A review of the moral challenges. *BMC Med Ethics*. [Internet.] 2013 [acesso 5 mar 2015];14:18. Disponível: <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/14/18>
17. Folha de S. Paulo. [Internet]. Médicos defendem ampliar indicações de redução de estômago. [acesso 7 mar 2015]; C7. Saúde + ciência. Sábado 7 de março 2015. Disponível: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2015/03/1599486-medicos-defendem-ampliar-indicacoes-de-reducao-de-estomago.shtml>

Participación de los autores

Cynthia Meira de Almeida Godoy, Galen Egydio José de Magalhães Neto, Marcelo Falcão Santana y Sérgio Flavny Brandão de Menezes Correia realizaron la revisión de la bibliografía de la investigación y la estructuración de la parte escrita del artículo. Josimário João da Silva participó en todas las etapas, como orientador del trabajo.

