

Quitarse un peso de encima

La obesidad es la epidemia del siglo XXI, favorecida por la comida rápida, rica en grasa, y la vida cada vez más sedentaria. Los especialistas señalan que se trata de una enfermedad crónica que acorta la vida. El cambio en las pautas de alimentación y el ejercicio físico son los factores más efectivos para combatirla. No obstante, en ocasiones se hace necesario recurrir a los fármacos o incluso a la cirugía

Ser obeso, aseguran los expertos, es una elección. Solo en el 2 por ciento de los casos, la obesidad se debe a trastornos hormonales. En el 98 por ciento restante, aunque puede haber una cierta predisposición genética, los responsables principales son el sedentarismo y unos hábitos alimentarios inadecuados, dos factores cada vez más arraigados en nuestra sociedad. La falta de tiempo nos lleva a elegir comidas ricas en grasas y alto contenido energético, y las comodidades que nos rodean nos invitan a movernos cada vez menos. El resultado, un exceso de calorías que se almacenan en forma de tejido graso. La OMS considera la obesidad como la epidemia del siglo XXI. No es sólo una cuestión estética, es un problema de salud. Nuestro organismo soporta mejor la carencia que el exceso de alimentos. Hipertensión, colesterol, diabetes, trastornos respiratorios y digestivos (hernia de hiato, acidez, reflujo, piedras en la vesícula, estreñimiento), artrosis, alteraciones cardiovasculares (infartos e ictus cerebral) o ciertos tipos de cáncer (mama, próstata), son las secuelas del exceso de kilos, que, además de acortar la vida, suponen un importante gasto público.

Según la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), una de cada dos personas entre 25 y 60 años tiene problemas con la báscula: el 14,5 por ciento son obesas y el 2 por ciento sufren obesidad mórbida o supermórbida. Estar en una u otra categoría depende del índice de masa corporal (IMC), que se obtiene al dividir el peso en kilos por la estatura en metros al cuadrado (ejemplo: 80 kg/1,60 x 1,60 = 31 kg/m²). Según los valores, se habla de sobrepeso (IMC entre 25-30), obesidad (de 30-40), obesidad mórbida (de 40-50) y supermórbida (mayor de 50). Los kilos se van acumulando poco a poco y hacen que vayamos pasando de una a otra categoría. En el sobrepeso, una dieta equilibrada unida a la práctica regular de ejercicio (caminar 30 minu-

tos diarios consume 150 calorías. A la semana supone 1.000 calorías menos) serán suficientes para deshacernos de esos kilos de más.

No siempre es fácil. Los factores psicológicos, como ciertos estados de ansiedad, conducen a una ingesta excesiva, desequilibrio en los tipos de alimentos consumidos y la ruptura del ritmo de comidas. Por eso, si la obesidad se instaaura, hay que recurrir a métodos que «refuercen» la acción de la dieta y el ejercicio, como los fármacos o incluso la cirugía, en los casos más graves. Así debe entenderse cualquier tratamiento de la obesidad, como un refuerzo temporal. «Si el paciente no utiliza las herramientas terapéuticas como ayuda para cambiar los hábitos, no le servirán, porque en el momento en que se suspenda el tratamiento el peso se recupera. Igual ocurre con la cirugía. La obesidad es una enfermedad crónica», advierte Susana Monereo, secretaria de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición y jefa clínica del Hospital de Getafe, de Madrid.

Nuevo fármaco. «Los fármacos están indicados siempre que el IMC sea mayor de 27,5 y haya factores de riesgo, como diabetes o hipertensión», señala Pilar Riobó, jefa asociada de Endocrinología y Nutrición de la Fundación Jiménez Díaz, de Madrid. En el mercado existen dos tipos: los que disminuyen la absorción de grasas y los que inhiben el apetito. La doctora Riobó recuerda que los fármacos no son la panacea y deben ir asociados a dieta y ejercicio para que sean eficaces.

Está en fase experimental un tercero, desarrollado por el equipo del doctor Ramón Gomis, jefe de Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico de Barcelona. A diferencia de los anteriores, actúa en el nivel mitocondrial, aumentando el consumo energético. Se ha probado con éxito en ratas con obesidad por sobrealimentación, la más habitual. A bajas dosis, impide el aumento de peso cuando se les administra una

«dieta de cafetería», rica en grasas. «Al actuar sobre dianas distintas a las de los otros dos fármacos, cabe la posibilidad de combinarlos», señala el doctor Gomis. En cinco años estará en el mercado.

Balón intragástrico. Hace cuatro años comenzó a probarse en Holanda un balón intragástrico para reducir la capacidad del estómago. La técnica no es nueva, se empezó a hacer en los años ochenta, aunque entonces no tuvo mucho éxito. Ahora vuelve renovada con buenos resultados en Europa, asegura la doctora Mazure Lehnhoff, de la clínica Incosol, que añade que en Estados Unidos aún no está aprobada por la FDA. Mediante endoscopia se coloca un balón de 500 centímetros cúbicos en el estómago del paciente, para reducir la cantidad de alimentos que ingiere. En los seis meses que puede llevarse, el paciente tiene la oportunidad de acostumbrarse a comer menos y de otra manera. En este tiempo se hace hincapié en el cambio de hábitos y el ejercicio físico. Los candidatos a esta intervención deben pasar un examen psicológico que asegure que están motivados para hacer frente a este cambio y superar la fase de vómitos de los primeros días. El equipo multidisciplinar cuenta también con nutricionistas y preparadores físicos. El globo intragástrico puede ser un buen sistema que permita perder peso a los grandes obesos, antes de someterse a la cirugía laparoscópica de la obesidad, y un test previo a la cirugía restrictiva.

Cirugía laparoscópica. El abordaje multidisciplinar es indispensable cuando hay que pasar por el quirófano. El equipo, coordinado por un endocrino, debe contar también con psicólogos, psiquiatras, dietistas y fisioterapeutas, explica Antonio Lacy, cirujano de la Unidad Funcional de Obesidad del Hospital Clínico de Barcelona que dirige el doctor Gomis. Para el doctor Lacy, «el único tratamiento efectivo en la obesidad mórbida es el quirúrgico, porque las dietas producen un efecto yo-yo». Hay tres tipos de intervenciones: restrictivas (reducen el estómago); malabsorptivas (evitan que se absorban parte los alimentos ingeridos), y mixtas (combinan las anteriores). Estas operaciones comienzan ya a abordarse por laparoscopia. De las más utilizadas entre las restrictivas es la colocación de una banda gástrica, aunque con indicaciones muy concretas: mujeres jóvenes menores de 25 años que no superen un IMC de 45, y que probablemente en el futuro necesitarán una técnica más agresiva. Tiene resultados muy irregulares, indica el doctor Lacy. Al menos un 50 de las bandas deben retirarse porque se mueven, se infectan o el paciente vomita o engorda. No obstante, en Europa es lo que más se utiliza. La técnica preferida por este equipo catalán es el «by-pass» gástrico, intervención mixta que combina una reducción de volumen de estómago y una pequeña malabsorción. Asegura una buena calidad de vida: los pacientes pueden comer casi con normalidad, aunque en menor cantidad. En tres años han tratado ya a un centenar de pacientes, lo que les convierte en uno de los centros con mayor experiencia a nivel europeo. La estancia en el hospital tras la intervención está en torno a los tres días. En pacientes superobesos, con IMC mayor de 60, utilizan el «swicht duodenal», una variante de la derivación biliopancreática, una técnica exclusivamente malabsorptiva.

Las ventajas de la intervención laparoscópica son importantes, explica Manuel Miras, cirujano de la clínica La Luz, de Madrid: «La cirugía abierta requiere una incisión desde el esternón al pubis, mientras que por vía laparoscópica, se hace con tres pequeñas incisiones de unos milímetros y el posoperatorio tiene muchas menos complicaciones gracias a la rápida movilización». Y es que, recuerda este especialista, la cirugía tradicional de la obesidad conlleva frecuentemente complicaciones respiratorias, embolias y trombosis derivadas de una larga estancia en cama, que se pueden obviar con la cirugía laparoscópica. Los especialistas consultados coinciden en afirmar que incluso la cirugía será nula si no va acompañada de un cambio de hábitos. El doctor Miras es tajante: «Si el enfermo no está convencido de que después de la intervención tiene que adaptarse a una serie de normas es mejor que no se opere».

