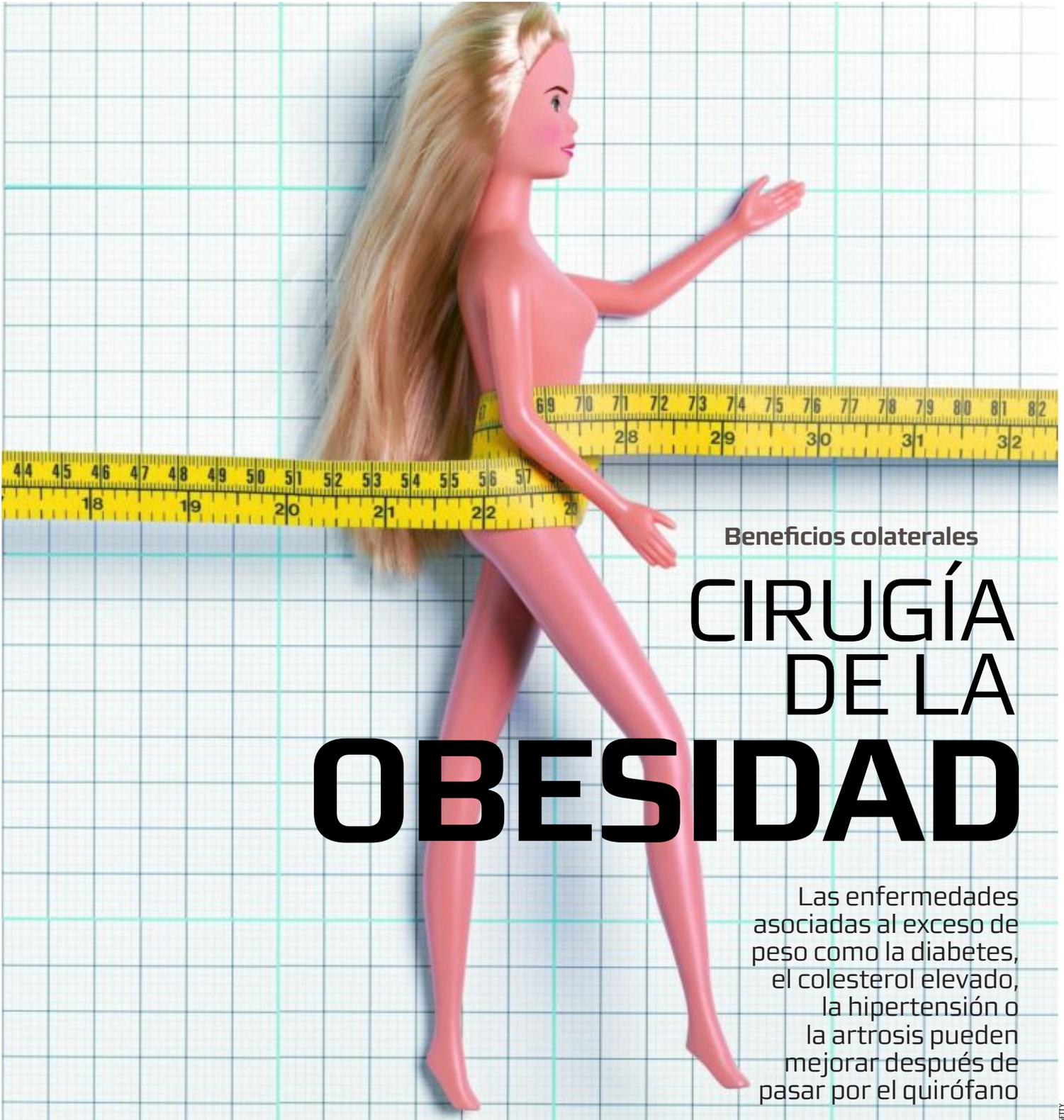




O.J.D.: 105470  
E.G.M.: 263000  
Tarifa: 50560 €  
Área: 2590 cm2 - 250%

**A TU SALUD**  
DEPARTAMENTO DE ALIMENTACIÓN, VIDA SANA Y MEDIO AMBIENTE DE LA RAZÓN

Fecha: 02/03/2014  
Sección: SALUD  
Páginas: 1,4-5



Beneficios colaterales

# CIRUGÍA DE LA OBESIDAD

Las enfermedades asociadas al exceso de peso como la diabetes, el colesterol elevado, la hipertensión o la artrosis pueden mejorar después de pasar por el quirófano

SALUD / ALIMENTACIÓN

# Cirugía de la obesidad

## Las consecuencias del exceso de peso se tratan en quirófano

Las técnicas para corregir la obesidad ya se están empezando a plantear en pacientes por debajo de los índices clásicos al mejorar las patologías asociadas, como diabetes, colesterol elevado e hipertensión

BEATRIZ MUÑOZ • MADRID

Para más de un millón de españoles que en la actualidad padecen obesidad mórbida, hacer dieta se queda insuficiente y la única salida que tienen para alcanzar un peso saludable reside en pasar por el quirófano. Según datos de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (Seedo), cada año se realizan en nuestro país cerca de seis mil intervenciones de este tipo. «El objetivo de la cirugía bariátrica es tratar la obesidad severa y las enfermedades asociadas. Por tanto, debemos conseguir no sólo una buena pérdida de peso, sino mantenerlo en el tiempo y que no haya necesidad de reintervenciones», explica el doctor Andrés Sánchez Pernaute, experto en Cirugía de la Obesidad del Hospital Universitario Quirón Madrid.

### POR PERFILES

Diabetes, dislipemias e hipertensión son patologías que, por norma general, suelen ir de la mano de la obesidad y la cirugía puede jugar un papel relevante en su tratamiento. Tal y como explica el doctor Juan González González, cirujano y responsable de la Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica del Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles en Madrid, «el concepto de cirugía metabólica está cambiando. En la actualidad, se están operando a pacientes con un índice de masa corporal de entre 35-40 que está dentro de los protocolos habituales, pero que además de obesidad presentan diabetes,

hipertensión, dislipemias, artrosis invalidantes, etc. De hecho, hay proyectos en marcha para incorporar a pacientes con un índice de masa corporal inferior a 30-35 para tratar las comorbilidades asociadas a la obesidad porque con la cirugía mejoran mucho e, incluso, se llegan a resolver».

Los factores que condicionan que una persona acabe en una mesa de operaciones son muchos, pero «el que más influye son los malos hábitos de alimentación», aclara González. De hecho, las causas genéticas que pueden desencadenar una obesidad severa representan menos del uno por ciento de la población. A este respecto, Sánchez sostiene que «aunque existen factores genéticos que influyen en el desarrollo de la obesidad, lo que está claro es que la persona ingiere más calorías de las que consume y, además, se mueve poco».

### INDIVIDUALIZAR

Procedimientos hay muchos y, aunque cada una de ellas se debe aplicar en función de las características del paciente, González aclara que «la técnica con la que se compara el resto es el bypass gástrico, ya que demuestra mejores resultados a medio y largo plazo y ofrece una mejor calidad de vida para el paciente». Esta misma opinión la comparte el doctor Alberto Muñoz-Calero, jefe del Servicio de Cirugía 1 del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid, quien considera que las dos técnicas «que están más en boga por su eficacia son la gastrectomía vertical, considerada como una técnica restrictiva, y el bypass gástrico en el que se combina la cirugía restrictiva y la malabsortiva».

El marcapasos gástrico, que en su día se postuló como el procedimiento ideal, no parece convencer a los especialistas. «No es una técnica que esté aceptada en los protocolos habituales. Hay cirujanos que han apostado por él, pero no se han obtenido los resultados esperados», advierte González. De hecho, «se ha realizado un estudio multicéntrico –continúa Sánchez– que engloba a distintos países europeos y varios centros de España, pero todavía no se han publicado los resultados. Lo que sí sabemos es que se obtienen unas pérdidas de peso moderadas, pero en pacientes con obesidad moderada».

En cuanto al balón intragástrico, Manuel Durán Poveda, jefe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hos-

## Tratamientos quirúrgicos, paso a paso



### 1 MARCAPASOS GÁSTRICO

Consiste en la colocación de un sensor de alimento que se implanta en el estómago y detecta cuando comemos o bebemos. Esta información que envía a un marcapasos que a su vez estimula, a través de un pequeño electrodo, la pared gástrica generando una sensación de saciedad.

### 2 BANDA GÁSTRICA

Se coloca una banda o anillo de silicona a la entrada del estómago. Este se llena antes y ayuda a comer menos y a tener mayor sensación de plenitud.

### Después de la intervención

Nutrición Educación Física Psicología

Fuente: Elaboración propia

## NIÑOS Y JÓVENES, LOS NUEVOS CANDIDATOS

El continuo aumento de las cifras de obesidad infantil y juvenil está propiciando que la cirugía bariátrica se empiece a aplicar en este colectivo. Tal y como explica el doctor Javier Calleja, jefe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Quirón Madrid, «por el contacto que tenemos con cirujanos infantiles, cada vez se está haciendo más cirugía en pacientes pediátricos. El desarrollo en estos pacientes es fundamental, pero también a nivel mental y social porque les puede influir muchísimo. No es raro empezar a ver candidatos de nueve o diez años». De hecho, continúa, «este

año hemos realizado dos intervenciones a niños de 14 años». Aunque todavía los casos se cuentan con los dedos de la mano y no se trata de procedimientos habituales en los centros españoles, el doctor Muñoz-Calero insiste en que «para llegar a la cirugía hay que haber intentado, previamente, todos los tratamientos disponibles. La cirugía en la edad juvenil no se está empleando salvo en un caso excepcional y con una obesidad super mórbida en la que sea imposible otro tipo de tratamientos». Ya sea en niños, jóvenes o adultos, lo que está claro, según Calleja, es que a este tipo de intervenciones se los puede considerar como «una cirugía mágica porque el paciente mejora en todos los aspectos: físico, metabólico, social e, incluso, de personalidad».



## ENCIFRAS

**6.000** intervenciones de la obesidad se realizan al año en España

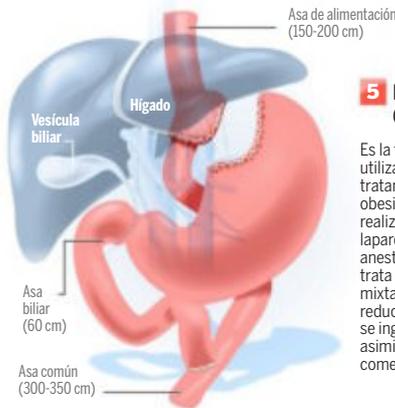
**2 millones** de personas podrían ser candidatas a pasar por el quirófano para perder peso

**60-70%** menos de peso corresponde a la pérdida de peso para considerar buena una técnica quirúrgica



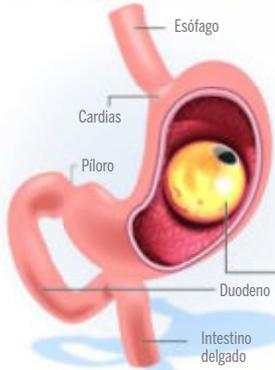
### 3 GASTRECTOMÍA TUBULAR

Hoy en día es la técnica restrictiva más indicada. Consiste en seccionar una parte del estómago convirtiéndolo en un tubo o manga estrecha. Se consigue reducir la capacidad del estómago y aumentar la sensación de plenitud.



### 5 BYPASS GÁSTRICO

Es la técnica más utilizada para el tratamiento de la obesidad mórbida. Se realiza por vía laparoscópica y bajo anestesia general. Se trata de una técnica mixta en la que se reduce la cantidad que se ingiere y no se asimila todo lo que se come.



### 4 BALÓN INTRAGÁSTRICO

A través de un gastroscopio y bajo anestesia, se coloca un balón que se hincha. Ocupa la luz del estómago, lo cual reduce su capacidad y produce saciedad.

Balón intragástrico

Mino / A. Cruz / LA RAZÓN

### Cómo calcular el exceso de peso

La fórmula para obtener el IMC, es dividir el peso por la altura al cuadrado

IMC\*: 18,5-24,9 25-29,9 30-34,9 35-39,9 +40



pital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles en Madrid, aclara que «no es una cirugía, sino una técnica restrictiva que dura seis meses. El paciente, acostumbrado a grandes ingestas alimenticias, consigue una saciedad importante, pero al retirarlo la cavidad gástrica sigue siendo la misma y, por consiguiente, la persona vuelve a ganar peso. Se suele hacer antes de una técnica quirúrgica para que la persona disminuya el peso de forma drástica». Respecto a la banda gástrica, continúa Durán, «es una técnica muy antigua, relativamente fácil de poner, pero al llevar un adaptador puede dar problemas y las pérdidas de peso no son tan llamativas».

**El bypass gástrico se sitúa como la técnica con mejores resultados y que ofrece una mayor calidad de vida al paciente**

#### SEGUIMIENTO

Detrás de un paciente que se tiene que someter a una cirugía de este tipo, se encuentran profesionales de diversas especialidades, «tanto antes como durante y después de la intervención. Previo a

la cirugía es necesario un informe psicológico en el que se demuestre que la persona está preparada», matiza Muñoz-Calero. A este respecto, Durán afirma que «es la intervención más protocolizada que hay dentro de la cirugía del aparato digestivo. El paciente, cuando llega a la consulta, viene cribado por multitud de especialistas previos durante el estudio preoperatorio. Incluso, cuando lo ve el cirujano puede requerir la posibilidad de otras nuevas pruebas porque son pacientes muy complejos». De hecho, las secuelas generadas por «la desnutrición programa que es la cirugía de la obesidad, deben ser controladas por especialistas en nutrición para que no se produzca un desequilibrio de nutrientes que afecte al paciente y le genere un nuevo problema», advierte Sánchez.

¿Puede un paciente volver a ganar el peso perdido después de haberse operado? «Si no modifica los hábitos dietéticos y el estilo de vida, puede aumentar el peso sin

haber fracasado la técnica quirúrgica previa. También puede darse por haber aplicado, inicialmente, técnicas quirúrgicas que ya están obsoletas como la gastropilosis vertical de Mason», responde Durán. Las personas que se vayan a someter a cualquiera de estas técnicas deben tener claro, según González, que «la cirugía es un paso para modificar los hábitos de alimentación del paciente». Cuando existe la necesidad de volver a intervenir a un paciente, se conoce como cirugía de revisión, que «es la que a veces se sale de los protocolos establecidos porque vas a tratar a un paciente que no ha tenido buenos resultados», aclara el experto.

Esto se puede producir en aquellos a los que «de entrada se les ha hecho una técnica restrictiva. Los protocolos habituales recomiendan no repetir una nueva técnica restrictiva, sino pasar a una mixta o malabosortiva, en función del grado de obesidad que tuviera antes de operarse la primera vez. En obesidades extremas, los protocolos recomiendan ir hacia técnicas malabosortivas que mixtas, aunque no son absolutamente estrictos. Cada equipo quirúrgico tiene sus preferencias», concluye González.



EL RINCÓN DE MARTA ROBLES

## «No hay estudios publicados que demuestren la eficacia de la hipnobanda»

-Se acaba de presentar en España la hipnobanda o banda gástrica virtual. ¿En qué consiste?

-En realizar una sesión de hipnosis en la que se ordena al cerebro creer que tiene un estómago más pequeño del que en realidad tiene. Se «implanta» la banda gástrica mediante hipnosis, el paciente sale «autoconvencido» de que la lleva y empieza a comer menos. En una sesión que puede ser grupal o individual, los pacientes incorporan tanto consciente como inconscientemente la filosofía y las consignas que se van a convertir en conductas automáticas frente a la comida. Además, se les entregan grabaciones que deberán escuchar al menos una vez al día.

-Al no haber cirugía, el paciente no sentirá dolor, ni efectos secundarios, ¿o sí?

-Al no requerir cirugía, no es invasivo. Así que no hay trauma, no hay dolor ni efectos secundarios y no necesita hospitalización. No puede haber nada de eso porque, en realidad, y es importante que lo recordemos, esa banda no existe.

-¿Podemos decir que funciona?

-Hasta el momento no hay evidencias ni publicaciones en medios científicos que lo demuestren. Tampoco existen datos estadísticos que certifiquen su resultado. Si me pregunta por mi opinión personal, le diré que soy muy escéptico.

-¿Cuánto tiempo se lleva utilizando esta banda gástrica virtual?

-Es un tratamiento registrado por el doctor Armando M. Scharovsky en Argentina, que lleva utilizándose, aproximadamente, desde el año 2007. Pero nosotros no tenemos ninguna experiencia directa. Nunca hemos utilizado este tratamiento.

-No hay ni publicaciones científicas, ni estadísticas, pero sí hay testimonios de pacientes...

-Sólo disponemos de testimonios, que entiendo como poco fiables. Desde mi punto de vista, el tratamiento del sobrepeso y la obesidad debe realizarse por un profesional titulado, con el apoyo de un equipo multidisciplinar, que dé cobertura a todas las necesidades del paciente.



**Dr. Adelardo Caballero**  
Cirujano y director del Instituto de la Obesidad