

OBESIDAD

La obesidad es uno de los principales problemas de salud pública en los países desarrollados, tanto por sus repercusiones orgánicas como por el coste sanitario.

Diversas sociedades científicas insisten en la necesidad de establecer estrategias de prevención promoviendo un estilo de vida más sano, con reducción del sedentarismo y mejora de los hábitos alimentarios. También es necesario realizar esfuerzos conjuntos que permitan encontrar tratamientos eficaces en función del grado de obesidad, las patologías asociadas, la conducta alimentaria y el perfil psicosocial de cada persona.

Los pacientes con grados menores de obesidad son tributarios de medidas dietéticas, aumento de la actividad física y terapias conductuales asociadas o no a tratamientos farmacológicos.

La obesidad mórbida es refractaria al tratamiento convencional. La cirugía bariátrica es una alternativa eficaz para tratar la obesidad mórbida siempre bajo la selección adecuada y un estricto seguimiento.

1. DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA

Se trata del primer tratamiento que se debe recomendar. Con ello se suele conseguir una pérdida de peso poco espectacular ya que los pacientes abandonan la dieta y les resulta un gran esfuerzo hacer ejercicio físico por su peso elevado. Se les recomienda una actividad física de 45-60 minutos a lo largo del día caminando.

Las dietas que se les explica son de 1500kcal para las mujeres y de 1750kcal para los hombres aproximadamente.

2. CIRUGÍA BARIÁTRICA

La obesidad mórbida es refractaria al tratamiento convencional. La cirugía bariátrica es una alternativa eficaz para tratar la obesidad mórbida siempre bajo la selección adecuada y un estricto seguimiento.

3. LA OBESIDAD MÓRBIDA

Es una enfermedad crónica caracterizada por un exceso de grasa, como consecuencia de un balance energético positivo y mantenido que proporciona un aumento de peso. Es una enfermedad multifactorial, que resulta de la interacción de factores genéticos y medioambientales.

La Organización Mundial de la Salud clasifica el peso corporal en adultos en las categorías siguientes, basándose en el Índice de Masa Corporal (IMC):

IMC = peso (kg) / talla (metros)

IMC	CLASIFICACIÓN
<18'5	Peso insuficiente
18'5-24'9	Rango normal
25-29'9	Sobrepeso
30-34'9	Obesidad grado I
35-39'9	Obesidad grado II
>40	Obesidad grado III

Existen otros índices para saber la distribución de la grasa corporal:

Índice cintura-cadera (C/C): indica si la obesidad es central o androide (masculina). Si es superior a 0'8 en la mujer y a 1 en el hombre se relaciona con el aumento de peso.

- **Cormobilidad asociada**

Se trata de aquellas enfermedades que aparecen o se complican con la obesidad mórbida y que mejoran o se curan con la pérdida sustancial de peso. Son las siguientes:

- Comorbilidades mayores:

- La enfermedad coronaria: causa más frecuente de muerte en los obesos. El mayor riesgo se debe a las alteraciones lipídicas (aumento de colesterol total, disminución de HDL, aumento de triglicéridos) un aumento del fibrinógeno y viscosidad sanguínea.
- La HTA es frecuente. La reducción del peso es la mejor medida en el tratamiento.
- Diabetes Mellitus II
- Síndrome de apnea- hipoventilación: es más frecuente en los obesos la insuficiencia respiratoria.
- Osteartrosis grave en articulaciones de carga: clara relación con el IMC.

- Comorbilidades menores:

- Varices
- Colelitiasis
- Depresión y pérdida de autoestima
- Incontinencia urinaria de esfuerzo
- Alteraciones menstruales
- Hipertensión intracraneal idiopática
- Reflujo Gastroesofágico

Los datos sobre el cáncer no son claros pero probablemente la obesidad aumenta la incidencia de cáncer de mama, de endometrio, próstata y colon entre otros.

También se asocia con alteraciones socioeconómicas y psicosociales.

- **Enfoque terapéutico: razones para la cirugía**

Para los pacientes que precisan tratamiento por su obesidad, la cirugía bariátrica no es una opción terapéutica, aquellos con obesidad mórbida que han fracasado en múltiples tratamientos convencionales, la cirugía es una opción válida. La cirugía bariátrica persigue una pérdida efectiva de peso patológico y una mejoría de los problemas médicos relacionados con la salud del individuo junto con los cuidados adecuados en el perioperatorio y un seguimiento en las consultas, son las claves del éxito.

4. PROCESO DE SELECCIÓN

El paciente debe pasar por un circuito que recorre desde la primera consulta hasta la intervención, hay tres pasos a seguir:

- Consulta de Endocrinología y Nutrición

El especialista debe determinar si el paciente es candidato o no a cirugía. Debe descartar la obesidad secundaria y que el paciente tenga una edad y un estado general que se pueda beneficiar de éste tratamiento. Además debe cumplir unos requisitos previos necesarios para establecer a un paciente la indicación quirúrgica:

- IMC >40 kg/m² o >35 si se asocia a un riesgo elevado por comorbilidad acompañante
- Obesidad mórbida mantenida (3-5 años)
- Fracaso del tratamiento conservador supervisado, debidamente documentado.

Las contraindicaciones para la cirugía bariátrica están relacionadas con enfermedades graves con compromiso vital que no mejoren con la intervención y/o malas expectativas de vida a corto plazo (insuficiencia cardíaca descompensada, cirrosis hepática....)

En colaboración con otros especialistas, se recogerá en la historia clínica la comorbilidad asociada, el tratamiento actual y un perfil analítico de base que permita la evaluación de resultados y el seguimiento ulterior.

Posteriormente debe ser remitido el paciente a la consulta de Psiquiatría.

- Valoración psicológica y Psiquiátrica

El paciente idóneo es el siguiente:

- proyecto personal concreto de cambio vital
- convicción de que los problemas los resuelve él mismo
- alta motivación del paciente a adelgazar (no tanto de la familia)
- expectativas realistas y convicción de que la intervención "per se" no adelgaza
- capacidad de comprensión de los mecanismos fisiológicos que intervienen en el proceso
- mecanismos de afrontamiento del estrés que no pasen por la ingesta
- adecuada capacidad de resolución de problemas

Items a evaluar en cada paciente:

- nivel intelectual y de control de impulsos
- capacidad de adaptación al cambio
- actitud ante sus problemas, conflictos o dificultades vitales (activa/pasiva)
- expectativas respecto a la intervención
- pautas habituales de conducta alimenticia
- valor simbólico de la comida
- hábitos tóxicos
- tipo de dependencia del paciente respecto a su familia y actitud de ésta ante la intervención

Contraindicaciones:

ABSOLUTAS: - drogadicción (incluido alcoholismo)

- retraso mental
- psicosis
- bulimia nerviosa

RELATIVAS: - entorno familiar claramente desfavorable

- personalidad patológica: esquizotípico, límite y Paranoide
- vómitos psicógenos
- hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

® Consulta de Cirugía

El cirujano completa el estudio para objetivar las comorbilidades asociadas principalmente mayores. También facilita la información adecuada y le debe asegurarse que el paciente entienda los riesgos y limitaciones que impondrá la cirugía y se compromete a acudir a consultas de seguimiento de por vida.

Indicaciones para cirugía bariátrica:

- Edad entre 18 y 55 años
- IMC >40 kg/m²
- Comorbilidad mayor asociada
- Tiempo de obesidad y el fracaso del tratamiento conservador documentados

Establecida la indicación quirúrgica, el nivel de prioridad para la intervención se establecerá en función de la necesidad y beneficio esperado y la antigüedad o tiempo en lista de espera.

5. TECNICAS QUIRÚRGICAS

Existen en la actualidad varios procedimientos quirúrgicos que se clasifican según el mecanismo empleado para conseguir la pérdida de peso. Se encuentran:

- Las técnicas simples o restrictivas que actúan sobre el estómago. Impiden la ingesta excesiva, mediante la creación de un reservorio gástrico reducido. Hay diversas variantes de éstas técnicas, pero la más extendida es la GASTROPLASTIA VERTICAL ANILLADA (ver Anexo)
- Entre las técnicas complejas hay dos tipos:
 - BYPASS GASTRICO: es un mecanismo de pérdida de peso por la limitación de la ingesta y por el mayor o menor grado de malabsorción según el segmento de asa intestinal que se utilice en el bypass. (ver Anexo)
 - DERIVACIÓN BILIOPANCREATICA: el mecanismo principal de pérdida de peso es secundario a la malabsorción. Se realiza una resección gástrica y una derivación intestinal importante.

El abordaje laparoscópico permite realizar cualquiera de las intervenciones vigentes. Reduce las complicaciones de pared, el dolor postoperatorio y las complicaciones respiratorias, favoreciendo una rápida recuperación