

**DOSSIER SOBRE
LA OBESIDAD SEVERA**

- 1. ¿QUÉ ES LA OBESIDAD SEVERA?**
- 2. OBESIDAD SEVERA EN NIÑOS Y ADULTOS**
- 3. LAS CIFRAS DE LA OBESIDAD SEVERA EN ESPAÑA**
- 4. IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR**
- 5. ¿QUÉ ES LA CIRUGÍA DE LA OBESIDAD?**
- 6. CÓMO SE APLICA LA CIRUGÍA DE LA OBESIDAD**
- 7. DIFERENTES TÉCNICAS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA**
- 8. LA VIDA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA**

1. ¿QUÉ ES LA OBESIDAD SEVERA?

La obesidad severa se define cuando el IMC (Índice de Masa Corporal) es igual o superior a 35.

Esta relacionada con un gran número de enfermedades asociadas, que tienen impacto sobre la salud y la calidad de vida, al tiempo que acortan la esperanza de vida.

Como la obesidad es una **enfermedad crónica**, sus síntomas se desarrollan gradualmente a lo largo de los años. En sus etapas iniciales, la obesidad dificulta la marcha, produce dolor de rodillas, de espalda, cansancio y falta de aliento. Se **reduce la capacidad para la realización de las labores de la vida diaria**: caminar, subir escaleras, ponerse calcetines o medias, atarse los zapatos, problemas en el aseo personal, alcanzar objetos de estantes altos, dificultades en las relaciones sexuales...

Si la obesidad severa persiste pueden aparecer enfermedades potencialmente mortales, como la diabetes tipo 2, la hipertensión, artrosis, ciertos tipos de cáncer, colesterol elevado apneas del sueño y mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares (infarto de miocardio y/o trombosis cerebral).

En esta etapa de obesidad severa, los objetivos de pérdida de peso difícilmente se alcanzan con las medidas habituales para perder kilos (alimentación, ejercicio, empleo de fármacos para la obesidad) ya que son menos efectivas cuanto mayor es el peso de la persona.

Una vez que la enfermedad se ha establecido, la única manera de tratar los síntomas actuales y prevenir la aparición de síntomas nuevos es conseguir una pérdida de peso mantenida a largo plazo

2. OBESIDAD SEVERA EN NIÑOS Y ADULTOS

La obesidad es en la actualidad una de las principales preocupaciones de salud pública en el mundo. Por primera vez el número de personas con sobrepeso ha superado al de desnutridos.

En España, en la actualidad, **el 16% de los niños presentan obesidad**. Diversos estudios indican que entre el 50 al 77 % de esos niños pueden seguir teniendo un problema de obesidad en la edad adulta, incrementando este porcentaje por encima del 80% si existe el antecedente de que uno o dos de los padres son obesos.

Los jóvenes con obesidad ven disminuida su calidad de vida debido al incremento de patologías asociadas (comorbilidades) como la hipertensión arterial, la dislipidemia, diabetes mellitus 2, problemas articulares, apnea obstructiva del sueño, **además de sufrir mayor discriminación social, depresión y baja autoestima**.

El tratamiento médico incluye cambios en el estilo de vida, basado en la planificación de una alimentación saludable y un notable incremento de la actividad física, ya que no todos los fármacos tienen establecida su indicación en la adolescencia.

En los jóvenes con obesidad severa, y cuando de manera reiterada han fracasado las medidas médicas, puede ser razonable realizar una aproximación individual a la posibilidad de contemplar la cirugía bariátrica como una alternativa terapéutica eficaz y segura.

Resulta difícil pensar en establecer una técnica de malaabsorción en un niño que se encuentra en crecimiento, por lo que en general hay un consenso en que estos procedimientos quirúrgicos deberían realizarse en niños que hubiesen completado su desarrollo óseo, o al menos un 90% de éste.

Las indicaciones actuales de la cirugía bariátrica en el adolescente se establece cuando:

- $IMC \geq 40$ y presencia de cualquiera de las comorbilidades mayores (diabetes, hipertensión arterial, apneas obstructivas del sueño)
- $IMC \geq 50$, sin necesidad de comorbilidades concomitantes.
- Fracaso reiterado a tratatamientos médicos supervisados

- Conformación de madurez psicológica, constatado mediante informe psicológico-psiquiátrico favorable
- Consentimiento familiar

Contraindicaciones:

- Adolescentes que no hayan alcanzado al menos el 95 % del pronóstico de su talla final.
- Desarrollo puberal completo (estadío IV de Tanner)
- Adolescentes embarazadas, lactantes o que planeen quedarse embarazadas en los 2 años siguientes a la cirugía bariátrica.
- Trastornos del comportamiento alimentario
- Depresión mayor u otros trastornos psiquiátricos
- Abuso de alcohol o drogas
- Ambiente familiar y/o escolar desfavorable

Técnicas sólo restrictivas, como la banda gástrica, resultan muy atractivas para la edad pediátrica, por ser menos agresiva, ajustable y 100% reversible.

En cualquier caso, **cada paciente debe evaluarse de manera individual, en el contexto de un equipo multidisciplinar** que incluya pediatras, endocrinólogos, psicólogos-psiquiatras y cirujanos (entre otros profesionales) para delinear mejor la estrategia de tratamiento a seguir y sentar la indicación de la técnica quirúrgica idónea adaptada a cada caso en particular.

3. LAS CIFRAS DE LA OBESIDAD SEVERA EN ESPAÑA

La prevalencia de obesidad en la población española de 25 a 64 años, establecida en el consenso SEEDO (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad), es del 15,5% (un 17,5 % en mujeres y un 13,2 % en hombres).

Esta prevalencia está basada en la agrupación de datos del estudio DORICA que aglutina a estudios epidemiológicos realizados entre 1990-2000 en 9 Comunidades Autónomas (Andalucía, Baleares, Canarias, Cataluña, Galicia, Madrid, Murcia, País Vasco y Comunidad Valenciana) con protocolos homogéneos de recopilación de datos. Un análisis detallado de la distribución porcentual de los diferentes grados de obesidad, en función de estratos de edad y sexo, nivel socioeconómico y áreas geográficas pueden verse con detalle en las tablas 1 a 2.

La prevalencia estimada de obesidad mórbida (IMC \geq 40) es del 0,63 % (0,30 % en hombres y 0,92 % en mujeres), siendo estos porcentajes mayores en función de un bajo nivel educativo (1,5 % en hombres y 2,9 % en mujeres) y del área geográfica analizada: Este y Sur de la península y en Canarias (tabla 4). Si consideramos que la obesidad severa se establece a partir de un IMC \geq 35, la prevalencia global para todo el territorio nacional se sitúa en el 2,64 %.

Tabla 1.- Prevalencia de obesidad en España (población 25-60 años). Estudio DORICA

	Prevalencia (%)	Intervalo de confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
1.1.1.1 Total			
Obesidad (IMC \geq 30)	15,56	15,23	15,90
IMC 30-34	12,92	12,68	13,17
IMC 35-39	2,01	1,90	2,12
IMC \geq 40	0,63	0,59	0,67
1.1.1.2 Hombres			
Obesidad (IMC \geq 30)	13,27	12,83	13,72
IMC 30-34	12,18	11,84	12,52
IMC 35-39	0,79	0,66	0,95
IMC \geq 40	0,30	0,24	0,38
1.1.1.3 Mujeres			
Obesidad (IMC \geq 30)	17,56	17,08	18,05
IMC 30-34	13,57	13,23	13,93
IMC 35-39	3,07	2,90	3,24
IMC \geq 40	0,92	0,86	0,98

Tabla 2.- Prevalencia de obesidad mórbida (IMC \geq 40 kg/m²) por sexo según región geográfica

	Hombres	Mujeres
Norte	0,09	0,84
Noroeste	0,13	1,30
Centro	0,10	0,83
Noreste	0,18	0,45
Este	1,50	1,58
Canarias	0,26	2,58
Sur	2,44	3,40
Murcia	0,15	1,49

El porcentaje global de obesidad severa según este estudio es del 0,7% para el conjunto de la población española, con una mayor proporción en las mujeres de las regiones del Sur, Canarias, Murcia y Galicia, que suponen alrededor del 2% de prevalencia. Si incluimos a los sujetos con IMC superior a 35, tendríamos unas prevalencias entre el 3-5 % de la población.

Otras fuentes de información mucho más recientes revelan que España es uno de los países europeos con las tasas más elevadas de obesidad, con prevalencias comprendidas entre el 20-25 % de la población. En este contexto, una aproximación a cifras más reales sobre obesidad severa (IMC \geq 35) se elevan hasta un 7-8 % de la población, mientras que la obesidad mórbida (IMC \geq 40) se habría incrementado hasta el 2,0-2,5 %.

4. IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR

La obesidad severa es una enfermedad compleja que tiene que abordarse desde varios frentes. La mayor parte de los centros donde se realizan intervenciones de cirugía bariátrica adoptan un planteamiento multidisciplinar.

Un equipo de médicos especialmente formados, con experiencia en la obesidad y sensibilidad para las necesidades específicas de los pacientes con obesidad mórbida:

- Evalúa al paciente antes de la cirugía, valorando tanto las opciones quirúrgicas como las opciones de tratamiento alternativas,
- Proporciona educación y tratamiento después de la cirugía,
- Da consejo nutricional y psicológico,
- Establece un programa postoperatorio para estar en forma,
- Realiza un seguimiento y apoyo a largo plazo necesarios para mantener la pérdida de peso.

La cirugía de la obesidad tiene mayor éxito a largo plazo cuando se integra con el apoyo psicológico y dietético, no sólo en la fase del preoperatorio, sino también en el seguimiento postoperatorio.

Habitualmente el equipo multidisciplinar está compuesto por:

- Profesional médico: médico generalista o médico de familia, endocrinólogo, gastroenterólogo, neumólogo, o cardiólogo, entre otros.
- Nutricionista/dietista.
- Psicólogo.
- Cirujano bariátrico.
- Un profesional anestesiólogo.

La operación es sólo una herramienta, no una cura mágica: su éxito final dependerá de en qué medida siga estrictamente las directrices recomendadas sobre dieta, ejercicio y cambios en el estilo de vida.

5. ¿QUÉ ES LA CIRUGÍA DE LA OBESIDAD?

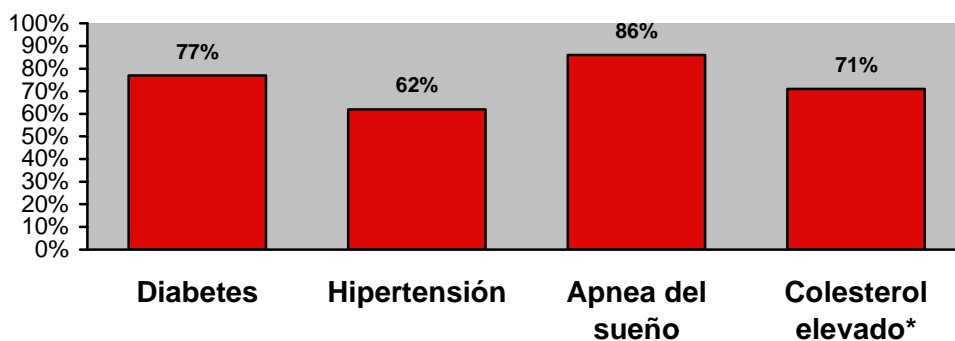
En las personas con obesidad severa, la cirugía de la obesidad es el único método demostrado para perder peso y no recuperarlo a largo plazo, cuando todos los demás tratamientos han fracasado.

Un estudio reciente con más de 22.000 pacientes demostró que pudieron perder un promedio de 61,2% de su exceso de peso después de la cirugía. Por el contrario, el tratamiento no quirúrgico sólo funciona en 1 de cada 20 personas con obesidad severa: menos del 5% de los participantes en programas de pérdida de peso no quirúrgicos muestran alguna pérdida de peso significativa y la mantienen a largo plazo.

Aunque, a menudo, se considera que la cirugía de la obesidad es arriesgada, para muchos pacientes el riesgo de seguir padeciendo obesidad severa es mucho mayor que el riesgo que conlleva la intervención.

La cirugía de la obesidad reduce significativamente las tasas de mortalidad y previene el desarrollo de nuevos problemas de salud relacionados con la obesidad en pacientes con obesidad severa. Un estudio reciente demostró que la cirugía de la obesidad reduce el riesgo relativo de muerte en un 89%.

Un estudio reciente llevado a cabo con más de 22.000 pacientes demostró que la cirugía de la obesidad mejoró o resolvió completamente los problemas de salud relacionados con la obesidad, como diabetes de tipo 2, colesterol elevado, hipertensión y apnea obstructiva del sueño.



**Se refiere al % de resolución y/o mejoría

La cirugía de la obesidad permite perder peso y no recuperarlo a largo plazo.

Después de la cirugía de la obesidad, como mínimo dos tercios de los pacientes pueden mantenerse sin al menos el 50% de su exceso de peso durante 10 años o más¹⁵. En un estudio en el que se comparó la eficacia a largo plazo de la cirugía de la obesidad frente al tratamiento no quirúrgico se observó que:

- Después de 2 años, el peso se había reducido en un 23% en el grupo de cirugía y había aumentado en un 0,1% en el grupo sometido a tratamientos no quirúrgicos.
- Después de 10 años, el peso se había reducido en un 16% en el grupo de cirugía y había aumentado en un 1,6% en el grupo tratado de forma convencional.

Requisitos para someterse a una cirugía de la obesidad

- Tener un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o superior a 40.
- Tener un IMC igual o superior a 35 con uno o más problemas de salud relacionados con la obesidad, como diabetes de tipo 2, problemas cardíacos, problemas en las articulaciones, apnea del sueño, etc.
- Haber intentado previamente perder peso bajo supervisión médica (p. ej., con dieta, ejercicio o medicación) pero no ha podido mantener la pérdida de peso;
- No padecer ninguna otra enfermedad responsable del exceso de peso (p. ej., trastornos hormonales).
- Estar dispuesto a comprometerse de por vida con los cuidados de seguimiento y las severas directrices médicas, dietéticas y relativas al ejercicio físico que implica la intervención.
- No tener con contraindicaciones médicas o psicológicas para la anestesia o la cirugía.
- No tener antecedentes de abuso de alcohol o dependencia de drogas.
- Suspender el consumo de tabaco al menos 6 semanas antes de la cirugía.

6. CÓMO REDUCE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EL EXCESO DE PESO

El exceso de energía en forma de grasa se almacena en el organismo y se mantiene en reserva hasta que se necesita quemarla para obtener energía. **Cuando la energía gastada durante la actividad física es mayor que la energía contenida en la comida que se ingiere, se usan las reservas de grasa y se quema el exceso de ésta para satisfacer las necesidades del organismo.**

Por tanto, una reducción de la ingesta de comida o un aumento de la actividad física producirán una pérdida de peso.

El balance de energía es la relación entre la cantidad de comida que se absorbe y la cantidad de energía que utiliza el organismo, es decir, la que gastamos.

$$\text{BALANCE DE ENERGÍA} = \frac{\text{Ingesta de alimentos}}{\text{Gasto de energía}}$$

La cirugía de la obesidad reduce el exceso de peso:

- Reduciendo la ingesta de alimentos (técnicas de cirugía restrictiva)
- Reduciendo la ingesta de alimentos y haciendo que se absorba menor cantidad de los alimentos ingeridos (técnicas de cirugía restrictiva y de malabsorción)
- Reduciendo moderadamente la ingesta de alimentos y haciendo que se absorba sólo la absorción a una pequeña parte de los alimentos ingeridos (técnicas de cirugía de malabsorción)

7. DIFERENTES TÉCNICAS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Existen **tres tipos** de intervenciones diferentes:

- **la cirugía restrictiva**
- **la cirugía malabsortiva**
- **la cirugía mixta**

La cirugía restrictiva, consiste en reducir el tamaño del estómago mediante una banda gástrica o una gastroplastia tubular, supone el 20% de las intervenciones que se realizan en la actualidad. Este tipo de intervenciones están indicadas en pacientes varones menores de 45 años que están dispuestos a cambiar su estilo de vida: hacer deporte, no picar entre otras, etc.

La cirugía malabsortiva hace que la comida llegue más rápido al intestino distal, consiguiendo que el paciente tenga un tránsito acelerado y, en consecuencia, una malabsorción de los alimentos. Éstas, suponen entre un 5 y un 10% de las intervenciones de cirugía bariátrica, están indicadas en pacientes con un IMC superior a 50 y con más de 50 años de edad o en aquellos en los que han fracasado las otras técnicas.

La cirugía mixta, *principal indicación*, supone otro 70% de las operaciones que se realizan, consiste en la combinación de las dos anteriores mediante un bypass gástrico.

Aunque todas ellas han obtenido grandes resultados a un año de la intervención, el éxito –que ha de verse a los 5 años- depende de la selección adecuada de la misma.

8. LA VIDA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Dieta:

Aunque el tipo de dieta postoperatoria será distinta en función de cada cirujano y cada tipo de procedimiento, la persona intervenida tendrá que comer de forma diferentes, mantener un estilo de vida más sano y seguir algunas directrices demostradas para el éxito a largo plazo.

En muchos casos, tras la cirugía, se recomienda seguir una dieta líquida al principio, pasando después a purés o alimentos semisólidos. Tras esta primera etapa, se volverá lentamente a una dieta más normal, formada por alimentos sanos, de bajo contenido en grasas y calorías.

Ejercicio:

Después de la cirugía de la obesidad, es importante que no sólo se modifiquen los hábitos alimentarios, sino también su nivel de actividad física. A los pacientes generalmente se les recomienda que comiencen a hacer ejercicio lentamente.

A medida que se consigue la pérdida de peso, las actividades se volverán gradualmente más fáciles.

Revisiones periódicas y seguimiento a largo plazo:

Es muy importante que se haga revisiones de salud periódicas después de la operación. Esto se realiza de forma ambulatoria. El cirujano y el equipo lo comentarán con la persona intervenida y dispondrán una pauta de citas individual.

Inicialmente, estas revisiones tendrán lugar aproximadamente cada cuatro semanas, pero a medida que pase el tiempo, los intervalos entre las revisiones se harán más largos.

Para más información: Gabinete de Prensa **GESTOS**

Pilar Berengena / Alberto Vigarío

Tlno: 91 787 03 00 / 687 72 02 87

e-mail: pberengena@plannermedia.com

avigario@plannermedia.com