

Tres candidatos para un insac

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88



La banda gástrica, la manga gástrica y el by pass son las cirugías más efectivas para controlar el problema de la obesidad.

POR PERLA GRACIANO
DOCTOR EN CASA

“**P**ensé que mi problema sólo me afectaba en la medida que hiciera caso del espejo y de los comentarios agresivos de la gente a mi alrededor. La verdad es que ser ‘gordito’ no es fácil, pero aprendí a ignorar, a evadir durante todo este tiempo y a aceptar que nunca podré bajar de peso aunque lo intente. Sin embargo, hace unos meses me di cuenta que mi salud ha empeorado... en un principio creí que se trataba de la edad, pero mis visitas con los doctores son cada vez más frecuentes. Me han dicho que debo bajar de peso, para que mi salud mejore, pero yo lo siento como algo imposible, ya lo he intentado... el doctor dice que si no lo hago corro el riesgo de morir. No puedo creer que de una situación que nunca he podido controlar ahora dependa mi vida...”

Este es el sentir de una persona que se enfrenta día a día con un trastorno tan severo como lo es la obesidad. Hay millones de casos como éste, pero aún siendo tan grave y tan común,

la perspectiva de las personas distantes a este problema, sigue siendo la misma, consideran la obesidad como un problema estético, un descuido de alimentación fácil de solucionar, ignorando que detrás de ella existen infinidad de problemas físicos y mentales, que únicamente pueden ser atendidos por especialistas.

La obesidad es una enfermedad que en los últimos años ha aumentado considerablemente, hasta el punto de ser considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la epidemia del siglo XXI. “La obesidad es una epidemia mundial. En México somos el segundo lugar a nivel mundial después de los Estados Unidos, y desgraciadamente en Coahuila nos estamos peleando el nada honroso primer lugar a nivel nacional”, comenta el doctor Daniel Campos Torres, especialista en Cirugía Laparoscópica y de Obesidad.

“Esta es la causa de que en México se esté dando un ‘boom’ de las cirugías para combatir la obesidad. Porque esta enfermedad afecta a países incluso del tercer mundo como el de nosotros, y al existir un incremento notable y no tener recursos médicos para combatirla, obviamente la cirugía es una opción. Es la necesidad, de tener una enfermedad enfrente y que los recursos que tenemos a la mano han probado no ser efectivos en la gran mayoría de los casos”.



El terreno que pisamos Sobrepeso, Obesidad y Obesidad Mórbida

De acuerdo a la OMS, la obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. En el momento de tomar medidas para proteger nuestra salud, es necesario conocer las diferencias entre el sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida para que la decisión sea acorde a nuestras necesidades.

Se habla de sobrepeso cuando el IMC oscila entre

iable

89 40 91 92 93 94 95 96 97

“El paciente únicamente se debe someter a este tipo de procedimientos cuando ha agotado otras formas no quirúrgicas de bajar de peso”

Doctor Daniel Campos
Especialista en Cirugía Laparoscópica y de Obesidad



25 y 30. No se relaciona a la existencia de enfermedades, sin embargo tampoco es el peso normal del paciente, por lo cual debe estar alerta, cuidando su alimentación para no llegar al grado de obesidad. Un nutriólogo puede realizar una asesoría adecuada para recuperar el rango IMC de peso normal, además es muy recomendable la práctica regular de ejercicio, evitando al máximo el sedentarismo.

Cuando el IMC se encuentra en un rango de 30 a 35, el diagnóstico es obesidad. En esta fase empiezan a aparecer diferentes trastornos ligados a esta enfermedad. El control puede ser a través de un nutriólogo, con un programa de ejercicios adecuado, con tratamiento farmacológico, y una vez que se agotaron estos recursos se puede recurrir a una cirugía bariátrica.

El término “mórbido” se refiere a enfermedad. La

obesidad mórbida está ligada a múltiples enfermedades como diabetes, hipertensión, lípidos, problemas articulares, y afecta al paciente física y mentalmente ocasionándole problemas en diferentes áreas de su vida: social, laboral, emocional, sexual. Un individuo con obesidad mórbida tiene un IMC mayor a 35.

“Desde el momento en que un paciente es diagnosticado como obeso, con un IMC superior a 30, ya es patológico y se vuelve candidato a algún procedimiento quirúrgico. Cuando se emplea el término de obeso mórbido es cuando el paciente sobrepasa determinados índices de masa, arriba de 35 ó 40, y francamente es candidato a una de las cirugías, por la patologías que ponen en riesgo su vida”.

Hay varios factores que provocan la obesidad, como la genética y los problemas derivados de la

glándula tiroidea, pero para el doctor Campos estos casos se pueden contar con los dedos de las manos “lo que más influye es el estilo de vida, la alimentación, una dieta saturada de grasas, con exceso de sal, de carbohidratos, el sedentarismo, en donde nadie quiere hacer ejercicio y se pasan horas frente a un televisor o computadora”.

Tomando la decisión

Como en un laberinto, las personas que padecen obesidad intentan por varios caminos sin encontrar la salida, buscan una solución para controlar su peso y su salud. La cirugía bariátrica es un camino que los llevará a conseguir sus objetivos, pero antes de tomar la decisión de seguirlo, hay muchos aspectos a considerar.

30 a 35

de IMC es considerado obesidad. Si es mayor es obesidad mórbida.

Antes de elegir someterse a un procedimiento quirúrgico para bajar de peso, deben agotarse todas las posibilidades. Es aquí cuando la frase "he hecho de todo y no consigo bajar de peso" debe estar sustentada por intentos múltiples y constantes. "Estamos hablando de que el paciente ya se acercó con un nutriólogo para que lo asesorara, trató de cambiar su estilo de vida en cuanto a alimentación, fue con un grupo de apoyo, cambió sus sedentarismo por una vida de más ejercicio. Si un paciente ya hizo todo esto y aún así fracasa, es cuando tienen lugar las operaciones como una opción definitiva".

Acerca del tratamiento farmacológico, el doctor Campos señala que es bueno, siempre y cuando los medicamentos sean recetados o prescritos por médicos especialistas (internistas, endocrinólogos), además deben ser medicamentos autorizados por las sociedades de medicina mundiales. "Nunca hay que aceptar un tratamiento sin receta, frascos sin etiqueta, de los cuales se desconoce su elaboración. Pueden ser anfetaminas, diuréticos, hormonas tiroideas, que pueden provocar disminución rápida de peso, pero a la larga en lugar de otorgarle salud al paciente lo va a enfermar, acompañados del rebote de peso".

Al tomar una decisión de este tipo, el paciente debe ser muy consciente y estar bien informado del procedimiento al que va a someterse, como lo comenta la licenciada en Nutrición María Matilde López. "Hay personas que tienen el pensamiento de la cirugía bariátrica como algo mágico. Aunque el cirujano les explique el procedimiento, la capacidad gástrica que van a tener, el hecho de que ya no van a poder ingerir tanto alimento, no lo piensan hasta que se ven en la situación y es difícil acostumbrarse a estos cambios, que en la mayoría de los casos son irreversibles. Por eso es importante una evaluación psicológica y una preparación antes de la cirugía".

Preparando al paciente

Una vez que el paciente está decidido, es necesario establecer su historia clínica, para definir si en verdad es candidato a una cirugía. Esta historia clínica la realiza un médico especialista, y determina además cual de las cirugías sería la más conveniente. Los factores que deben ser tomados en cuenta son: índice de masa corporal, enfermedades, peso, edad, antecedentes de obesidad, hábitos alimenticios, nivel de sedentarismo, etc.

Otro de los especialistas que intervienen en el apoyo al paciente antes y después de la operación son los Nutriólogos. "Los cirujanos canalizan al paciente con nosotros para hacerle una evaluación nutricional. Nosotros tenemos que estar en contacto con ellos al menos 8 ó 10 días antes de la operación para proporcionarles una dieta líquida baja en calorías", nos explica la licenciada María Matilde López.

Esta dieta tiene la finalidad de



NO ES MERA ESTÉTICA

La obesidad mórbida está ligada a enfermedades.

disminuir el volumen del hígado y la grasa periaabdominal, esto ayuda al cirujano para una mejor manipulación de los órganos en el momento de la intervención. La dieta tienen un valor de 600 a 800 calorías por día y se aplica en cualquiera de los tres casos de cirugía. "Cuando tenemos más tiempo para preparar al paciente, por ejemplo 15 días, le proporcionamos un régimen dietético también de bajo valor calórico, pero no líquido, sino con alimentos, una dieta de 1,200 calorías".

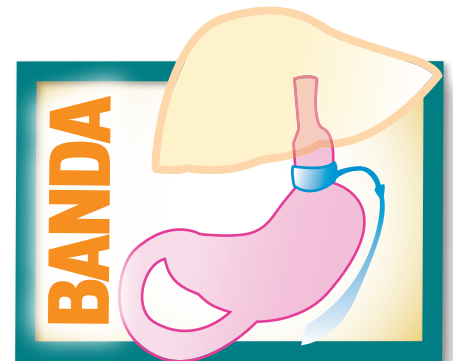
La licenciada López comenta que este mismo régimen puede ser aplicado a una persona sin necesidad de que se someta a una cirugía, "pero definitivamente hay personas que ya hicieron miles de intentos, no pudieron bajar de peso, y se están presentando complicaciones que ponen en riesgo su vida, entonces es aplicable y vale la pena la cirugía bariátrica".

Cirugías

Los tratamientos quirúrgicos para combatir la obesidad no son de reciente creación. En México es relativamente nueva la cirugía de obesidad, pero en Europa y Estados Unidos, tienen alrededor de 30 años practicándola.

Todas las cirugías tienen como objetivo la restricción gástrica por medio de la disminución del estómago, con el objetivo de que el paciente ingiera una menor cantidad de alimentos. Han existido muchas cirugías que se han desechado a medida que evolucionan los procedimientos. Actualmente las tres cirugías más efectuadas, que han demostrado buenos resultados y menos efectos secundarios son la banda gástrica, la manga gástrica y el by pass.

El doctor Campos nos explica cada uno de estos procedimientos, ventajas, desventajas y aspectos importantes a tomar en cuenta de cada una de ellas.



Anillo de compromiso BANDA GÁSTRICA

La banda gástrica está formada por un anillo de silicón, un tubo conector y un tambor de calibración. "Es un aditamento de silicón que se coloca en la parte alta del estómago y es como si colocáramos un cinturón, lo apretamos y en lugar de tener un estómago grande, se hace un estómago pequeño, el alimento pasa a cuenta gotas". El tubo conecta a un tambor que se coloca por debajo de la piel, a la altura del ombligo. Su función es calibrar la apertura del anillo en la medida en que el paciente va bajando de peso. "Una vez hecha la operación, inyectamos donde se encuentra el tambor y se cierra la banda. Se ajusta dependiendo de cómo está comiendo el paciente y de cuánto está bajando de peso. Si vemos que no está bajando y comiendo mucho, le hacemos un ajuste para cerrar un poco más la banda".

Este procedimiento tiene las siguientes características:

- Es muy usado en América Latina y en Europa.
- Se puede realizar por laparoscopia, una técnica no invasiva.
- Es una cirugía rápida que tarda aproximadamente 40 minutos.
- Tiene una mínima morbilidad (posibilidad de complicaciones) durante la cirugía.
- Le proporciona al paciente de un 50 a un 60% de la pérdida de exceso de peso.
- No es necesario cambiarla con el paso del tiempo.
- Se practica desde hace 15 años
- La banda no se retira, aún cuando el paciente llegue a su peso ideal.

El mayor inconveniente de la banda gástrica, es que se trata de una prótesis de silicón, para la cual el organismo puede tener rechazo. "Si el paciente presenta rechazo al silicón, le quitamos la banda y vuelve a subir de peso. Cualquier paciente que se ponga una banda debe saber que puede presentarse esta situación".

Otro de los inconvenientes es que la banda se tiene que estar calibrando y debe haber una constante revisión médica. "La banda también se puede mover, en ese caso hay que operar nuevamente al paciente para acomodarla".

Como Médicos, hay tres parámetros que se miden para evaluar una cirugía: efectividad, morbilidad y mortalidad. En el caso de la banda es: medianamente efectiva, tiene una morbilidad mínima durante la cirugía, pero después de 1 a 3 años, se eleva, por los ajustes que se tengan que realizar y la aceptación del silicón en el or-

ganismo. Finalmente su índice de mortalidad es de un 0%.

La banda está aceptada por la FDA en los Estados Unidos, y por las organizaciones mundiales. "Nosotros operamos alrededor de 220 pacientes de banda gástrica y tenemos muchos pacientes en control para estar ajustando y controlando su banda. Claro que es un procedimiento bueno. No hay más cuidados que deba tener el paciente en su vida diaria, sólo la constante revisión médica".

Al practicarse esta cirugía, los pacientes permanecen 24 horas en el hospital y la mayoría se interna una hora antes del procedimiento. Los cuidados post-operatorios son mínimos, más bien enfocados a cuestiones de alimentación. "Como se trata de una restricción gástrica, el recién operado debe tener cuidado, pues hay alimentos que no va a tolerar. Hacemos hincapié en que coma muy despacio".

"Al paciente debemos informarlo perfectamente bien, debemos decirle que nunca va a volver a comer como comía antes, que hay alimentos que no va a tolerar, que va a tener que comer muy despacio, lentamente, masticando muy bien. Si al paciente lo preparamos bien para su cirugía es más factible que el paciente tolere su banda y alcance su objetivo de bajar de peso".



Camisa de fuerza **MANGA GÁSTRICA**

Al igual que la banda gástrica, la manga tiene como objetivo hacer un estómago más pequeño, pero en este caso su disminución se realiza a través de la colocación de grapas. "Se llama manga porque el estómago queda en forma de tubo, grapamos el estómago y el paciente queda comiendo con un tubo gástrico". La parte excedente del estómago se retira. En esa parte se produce una hormona que se llama grelina, la cual interviene en la saciedad, en el apetito, y al retirarla, le proporciona al paciente un control hormonal extra. "Es el procedimiento que más hacemos porque ha demostrado ser altamente efectivo. Tenemos 250 pacientes que se han practicado una cirugía de este tipo de un total de 600 pacientes operados".

- Es la cirugía gástrica que con mayor frecuencia se practica en Estados Unidos.
- El paciente no tiene ningún objeto extraño en el interior de su cuerpo.
- El paciente es muy independien-

te del médico, pues no está sujeto a calibración, como en el caso de la banda gástrica.

- Es un procedimiento que se hace por laparoscopia.
- Le proporciona al paciente de un 70 a un 80% de pérdida de exceso de peso, que lo hace más efectivo que la banda gástrica.
- Es una cirugía que tarda alrededor de una hora y media.
- Los pacientes permanecen 48 horas en el hospital.
- Se practica desde hace 20 años.

"Nuestra experiencia en la manga gástrica: altamente efectiva, cero mortalidad y un índice de morbilidad o de problemas del 2%. Esto quiere decir que de la gran mayoría de nuestros pacientes, el 98% van a bajar de peso y no van a tener absolutamente ningún problema. Un 2% de los casos puede tener algún problema, pero afortunadamente en manos expertas, con experiencia, esto se vuelve una cosa rara y poco frecuente".

La recuperación post operatoria de la manga gástrica es muy rápida. Después de una semana, la persona puede regresar a sus actividades normales, sin embargo sí puede variar de acuerdo al trabajo al que se dedique y si implica esfuerzo físico. Los cuidados post operatorios se reducen a la alimentación.



Tomemos un atajo **BY PASS**

El by pass reduce el estómago a un 10% de su tamaño, eliminando el resto, pero a diferencia de las otras dos operaciones, también se retira parte del intestino para que el paciente tenga una menor absorción de grasa. "Por una parte, el paciente come menos y al "puentear" un metro y medio o dos de intestino, de lo poco que come, la absorción es menor".

Características:

- Al igual que la manga gástrica, se practica con bastante frecuencia en los Estados Unidos.
- La operación se realiza por laparoscopia.
- Es una cirugía que tarda alrededor de 3 horas.
- Se practica desde hace 30 años.
- Los pacientes permanecen 72 horas hospitalizados.
- Es una cirugía muy efectiva, le da al paciente un 90% de la pérdida de exceso de peso.

El by pass es una cirugía que se recomienda para los pacientes diabéticos, ya que se ha com-

CALCULANDO EL IMC:

El IMC (Índice de Masa Corporal) es el que establece el rango en el que una persona se encuentra de acuerdo a su peso, así se puede hablar de delgadez, peso normal, sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida. El cálculo es muy sencillo, y dependiendo de él podemos conocer el rango en el que nos encontramos para tomar las medidas adecuadas a nuestro caso.

IMC = Peso (kg) / Estatura x Estatura (metros)

Ejemplo: Una persona que pesa 60 kilos y mide 1.67 metros, la fórmula se aplicaría así $60 / 1.67^2 = 21.51$

Este resultado se busca en la siguiente tabla:

Delgadez: IMC entre 15 y 20

Peso Normal: IMC entre 20 y 25

Sobrepeso: IMC entre 25 y 30

Obesidad: IMC entre 30 y 35

Obesidad mórbida: IMC igual o mayor a 35

La persona del ejemplo se encontraría en el rango de peso normal.

probado una notable remisión de la enfermedad. "Tenemos casos completamente curados de la diabetes gracias al by pass, es una cirugía excelente para este tipo de pacientes".

Una de las desventajas de esta cirugía es que en los siguientes años, el paciente tendrá que estar tomando un complemento vitamínico, pues se elimina el área en donde se realiza la absorción del complejo B. "Nosotros le informamos al paciente que si no le proporcionamos complejo B y vitaminas, lo podemos arriesgar a una deficiencia que puede derivar en enfermedades como anemia, neuritis, etc. Sin embargo, no se puede hablar de un problema de desnutrición en estas operaciones".

El by pass es un procedimiento altamente efectivo, pero es una cirugía más sujeta a morbilidad pues se trabaja con el intestino. "¿Cómo se reduce la morbilidad? Únicamente con la experiencia médica. No hay mejor antídoto para bajar las complicaciones de un by pass que la experiencia del médico".

Otras indicaciones

Con estas cirugías, el paciente puede notar una disminución importante de peso, en algunos casos se ha comprobado la reducción de hasta 10 kilos en el primer mes. "El objetivo de estas operaciones es que el paciente baje de peso en forma efectiva

y al hacer esto, resuelva todas o parte de sus comorbilidades: diabetes, hipertensión, lípidos, insuficiencia, venosa, enfermedades articulares, y por ende sus problemas laborales, familiares, sociales, etc.”.

Estas operaciones no están indicadas en pacientes que tienen enfermedades graves, cardiopatías, neumopatías, enfermedades de la sangre, las cuales presentan muy alto riesgo quirúrgico. “En general las contraindicaciones son las mismas que para cualquier cirugía. Si el paciente tiene un alto riesgo anestésico, quirúrgico, con enfermedades del corazón, de los pulmones, no puede operarse. Por eso necesita una valoración médica antes de someterse a esta intervención; lo que sí debemos tener es el consentimiento del paciente, de que está convencido que es candidato a una cirugía, que ya agotó otras posibilidades y no puede tener control de su peso, que esté informado sobre qué le vamos a hacer y qué puede esperar de la operación”.

Otro aspecto que cabe aclarar es que existe la posibilidad de padecer nuevamente obesidad después de una cirugía. El mayor índice de pacientes que vuelven a ganar peso es con la banda gástrica y el menor es con el by pass, la manga tiene un estado intermedio. “A los pacientes siempre les decimos que una vez operados, tienen que llevar un control establecido por un nutriólogo. No se pueden ‘tirar’ a comer, ni es algo mágico”.

Finalmente se deben disipar las dudas acerca de las cirugías y su relación con el embarazo. “Cualquier mujer que se practique una de estas tres operaciones, puede tener un embarazo sin ninguna complicación. No se ha demostrado ningún problema ni para la madre ni para el bebé, siempre y cuando el médico cirujano y el ginecólogo estén controlando al paciente para proporcionarle los nutrientes adecuados”.

Viviendo con el reservorio gástrico Cuidados post-operatorios

Una vez que ya se realizó la cirugía, el paciente pasa el primer día, a veces 2 días en ayuno. “El médico tiene que evaluar si no hay fugas, un movimiento que contraindique comenzar a darle alimentos. Después del ayuno puede ser que se inicie con algo de líquidos como agua, té suave, gelatina o caldo ligero” indica la licenciada Matilde López.

Estos alimentos son durante los 3 primeros días. Posteriormente se indica una dieta líquida donde se añaden alimentos con un poco más de contenido calórico para valorar tolerancia, porque el reservorio aún puede estar inflamado. “Hay una coordinación del nutriólogo con el médico cirujano para que nos diga la capacidad del reservorio gástrico, y dependiendo de esto es la cantidad de líquidos que se le proporciona al paciente. La dieta tiene que seguir siendo de bajo valor calórico, no olvidemos que el principal objetivo es bajar de peso”.

A los 8 días se le proporciona al paciente alimentos en papillas y después de un tiempo ya puede ingerir alimentos con consistencia blanda. “Al mes se pueden introducir alimentos un poco más sólidos, pero no secos, porque por lo general hay alimentos que pueden provocar problemas, como

Aliados

En conjunto con el cirujano bariatra, hay otros especialistas que intervienen para que el paciente tenga una buena recuperación y logre sus objetivos en poco tiempo. Para tratar de forma integral al paciente, un centro de obesidad debe estar conformado por:

INTERNISTA: Realizan la valoración preoperatoria para que el riesgo del paciente durante la cirugía sea mínimo. Preparan al paciente para la operación, al controlar posibles enfermedades que pudiera padecer tales como: hipertensión, diabetes, colesterol y triglicéridos altos.

NUTRIÓLOGO: Su función es asesorar al paciente antes y después de la operación. Son los expertos en cuestión de alimentación, para mantener el control de peso, su participación es esencial en los cuidados post-operatorios.

PSICÓLOGO: Hay pacientes que tienen severos trastornos psicológicos que influyen para su obesidad. Su intervención es esencial antes y después de la operación.

por ejemplo la carne roja seca es difícil de digerir si no va en buena cantidad, también hay cierto tipo de verduras que no se pueden incluir en la dieta”.

El control con el nutriólogo debe ser cercano los días posteriores a la cirugía, e irse espaciando conforme pasa el tiempo. Cuando el paciente cumple un año de haberse practicado la cirugía, puede ir prolongando las visitas cada 3 meses, 6 meses, un año de acuerdo a su evolución. “Siempre se va a requerir una revisión del nutriólogo”.

Apuntes finales sobre la obesidad

La licenciada López finaliza señalando que la cirugía bariátrica no es una cura para la obesidad, pero es una herramienta muy efectiva en personas que tienen riesgos muy importante de salud ocasionados por ella. “El tratamiento dietético va inherente, no puedes aislar a los procedimientos quirúrgicos. Se necesita un régimen dietético y un monitoreo, una evaluación nutricional muy cercana siempre, antes y después de la cirugía”.

El doctor Campos destaca que la obesidad no es un asunto meramente estético, “se trata de una enfermedad grave, progresiva y mortal, de acuerdo a lo que ha mencionado la Organización Mundial de la Salud (OMS). Está matando miles de personas en el mundo y la educación de los padres de familia es muy importante para lograr su prevención. Yo estoy tratando un problema grave, pero la prevención es fundamental, es la mejor cura para esto y empieza desde la niñez. Todos podemos poner nuestro grano de arena para detenerla”. ▀



NIÑOS OBESOS

Lo ideal es que una persona sea operada hasta que cumpla la mayoría de edad, pero existen casos de obesidad mórbida en niños que no han encontrado solución en procedimientos no quirúrgicos. En Europa y Estados Unidos actualmente se practican cirugías a niños de 12 años. Los únicos procedimientos autorizados para ellos son la banda y la manga gástrica, pues se trata de aplicarles una técnica lo más benigna posible a su desarrollo, tener incidencia en su control de peso y no afectarlos.

“La obesidad infantil es un azote que no vamos a poder parar en los próximos 50 años. Puede ser la primer generación en que los padres entierren a sus hijos. Alrededor del 33% de los niños padece obesidad y hay niños diagnosticados con obesidad mórbida”, dijo el doctor Daniel Campos Torres.