

## **Situación Actual de la Cirugía de Obesidad**

Actualmente, aunado al aumento global de la prevalencia de la obesidad tanto en países desarrollados como subdesarrollados, también hemos visto un incremento notable en el número de personas con obesidad extrema o mórbida según las clasificaciones formales. Dichos pacientes poseen un riesgo muy elevado de morbimortalidad y suelen presentar una historia de repetidos fracasos tras tratamientos médicos y dietéticos por lo que es improbable que logren disminuir significativamente su peso sólo con dieta y ejercicio.

Una dieta hipocalórica de 1000-1500 kcal/día proporciona una pérdida máxima de peso del 8% a los 4-6 meses. Por su parte, una dieta de  $\leq 800$  kcal/día resulta en una pérdida de peso del 15-20% a los 4 meses. Sin embargo, al año ambas dietas logran una pérdida de peso similar. El aumento en la actividad física (ejercicio) es más efectivo para el mantenimiento de la pérdida de peso que para lograr una pérdida de peso inicial debido a la mínima cantidad de energía que se consume con las actividades que la mayoría de los obesos mórbidos pueden realizar. La modificación de los hábitos de conducta resulta en un pérdida máxima de peso del 10% a los 6 meses, con un rebote de una tercera parte del peso perdido dentro del primer año. En lo que respecta al tratamiento médico, solo existen 2 fármacos formalmente aceptados, orlistat y sibutramina. Con ambos se logra una pérdida máxima de peso del 10%. En cuanto a la cirugía de obesidad, la pérdida máxima promedio de peso es del 50-60% a los 2 años. De todas las técnicas quirúrgicas existentes, la que logra una mayor pérdida máxima de peso es el bypass gástrico, alrededor del 80%.

Todas estas consideraciones, junto con el desarrollo de técnicas quirúrgicas menos agresivas y con menores complicaciones hacen que la cirugía de obesidad (bariátrica) sea una de las opciones terapéuticas más efectivas.

Teniendo en cuenta que la cirugía de obesidad es una intervención agresiva, que los pacientes en los que se realiza presentan numerosas enfermedades relacionadas y un riesgo anestésico elevado y, según las diferentes técnicas, posibilidad de déficit nutricionales permanentes, la selección y valoración de los candidatos debe ser minuciosamente realizada por un equipo multidisciplinario (cirujano, nutriólogo, psicólogo).

De forma esquemática podemos decir que la cirugía de obesidad puede considerarse en los sujetos que cumplan los siguientes criterios:

- Pacientes con un  $IMC \geq 40$ , en los que hayan fracasado los intentos previos de pérdida de peso mediante tratamiento convencional (dieta, ejercicios, fármacos).
- Pacientes con un  $IMC \geq 35$  que presentan enfermedades asociadas (diabetes, hipertensión arterial, colesterol y triglicéridos elevados, apnea del sueño, etc.) que se ha comprobado que se resuelven o mejoran con la pérdida de peso.
- Edad = 18-60 años.
- Capacidad de comprender las alteraciones producidas por el procedimiento y de adherirse a la estrategia propuesta.

A grandes rasgos, los mecanismos a través de los cuales la cirugía de obesidad produce pérdida de peso son:

- Restricción.- limitando la cantidad ingerida de alimento. Ejemplos: banda gástrica ajustable, gastrectomía en manga (manga gástrica), gastroplastía vertical en banda.
- Malabsorción.- limitando la cantidad absorbida de nutrientes. Ejemplos: bypass gástrico, derivación biliopancreática (switch duodenal).

El objetivo de la cirugía de obesidad es la pérdida y el mantenimiento de al menos el 50% del exceso de peso. Más importante que el número absoluto de kilogramos perdidos es la mejoría de las enfermedades asociadas al sobrepeso. El porcentaje de éxito depende en gran medida del buen seguimiento de los pacientes y de lograr unos hábitos de alimentación adecuados que no los transformen en consumidores de alimentos con alto contenido calórico y bajo valor nutricional.

Es bien sabido que la pérdida de peso conlleva a una mejoría dramática en las enfermedades asociadas a la obesidad. Los porcentajes de curación a los 2 años son: 85% en diabetes, 66% en hipertensión arterial, 85% en dislipidemias (colesterol y triglicéridos elevados), 40% en apnea del sueño, etc.

La labor del equipo responsable no termina tras la intervención quirúrgica y el alta hospitalaria. A partir de este momento empieza una nueva tarea de la que dependerá en gran medida el éxito o fracaso de lo realizado. Es difícil predecir que pacientes desarrollaran complicaciones después de la cirugía. Para evitarlas es fundamental procurar que el paciente comprenda la naturaleza del procedimiento, valorar su motivación personal y los factores de riesgo psicosocial. Recordemos que está totalmente comprobado que para la obesidad extrema o mórbida, no hay un mejor tratamiento que la cirugía.

Para mayor información sobre la **Cirugía de Obesidad** favor de comunicarse al Departamento de Cirugía Bariátrica del Hospital Sharp Mazatlán de Lunes a Sábado de 08:00 a 14:00 hrs y de 16:00 a 20:00 hrs.

## **Dr. César Antonio Gálvez Hernández**

Cirugía General, Laparoscopía Avanzada y Bariatría

### **Hospital Sharp de Mazatlán**

Av. Rafael Buelna y Dr. Jesús Kumate S/N

Fracc. Hacienda Las Cruces

Mazatlán, Sinaloa. CP 82110

Tel: 669 9865678 Ext. 135

[cgalvezhdez@gmail.com](mailto:cgalvezhdez@gmail.com)