

La obesidad mórbida se define a partir de los criterios de la Sociedad Española para el estudio de esta patología, basados en el IMC (Índice de masa corporal), que se expresa en Kg/m<sup>2</sup>.

Definición	Valor de IMC (Kg/m <sup>2</sup> )
Peso insuficiente	< 18,5
Sobrepeso grado I	25 26,9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27 29,9
Obesidad tipo I	30 34,9
Obesidad tipo II (mórbida)	35 39,9
Obesidad tipo III	40 49,9
Obesidad tipo IV (extrema)	> 50

El IMC se calcula dividiendo el peso en Kg. entre el cuadrado de la altura en metros. Se considera obesidad patológica la obesidad de tipo III y IV (mórbida y extrema) y también la de tipo II en pacientes con enfermedades asociadas a la obesidad, secundarias a ella o que mejorarían si desapareciera la obesidad.

Comorbilidades mayores	Comorbilidades menores
Diabetes mellitus tipo II	Litiasis biliar
Hipertensión arterial	Esteatosis hepática
Enfermedad cardiovascular	Reflujo gastroesofágico
Dislipemias	Varices
Síndrome de la apnea del sueño (SAOS) / síndrome de hipoventilación-obesidad	Incontinencia urinaria de esfuerzo
Osteoartropatía grave en articulaciones de carga	Alteraciones menstruales, infertilidad

Tener el padre o la madre obesos multiplica por dos el riesgo de ser obeso en la edad adulta. Existen disfunciones de glándulas endocrinas que favorecen la obesidad. Finalmente, las personas grandes comedoras, con o sin ansiedad, y con un modo de vida sedentario, son excelentes candidatos a ser obesos.

La cirugía bariátrica, como tratamiento, se indica en personas con un IMC de 40 o más, es decir con obesidad mórbida o extrema, y en personas con un IMC > 35 con enfermedades asociadas. También es preciso saber si se trata de una obesidad reciente o de una obesidad de larga evolución, con diversos intentos de adelgazamiento, pero "reincidente". En estos casos probablemente la cirugía sea el tratamiento de elección, pues permitirá devolver la calidad de vida perdida y curar las enfermedades asociadas. La intervención se basa en hacer más pequeña la capacidad del estómago (restrictiva) o en disminuir la absorción de nutrientes en el tubo digestivo (malabsortiva).

En la actualidad, en la mayor parte de pacientes se utilizan técnicas mixtas, más o menos malabsortivas, en función de las necesidades de

cada uno. Las más conocidas son el bypass gástrico (mixta con predominio restrictivo), la derivación biliopancreática (mixta con predominio malabsortivo), la gastrectomía tubular (restrictiva, inicialmente), la banda gástrica ajustable (restrictiva). Siempre se utiliza anestesia general y, actualmente, en la mayoría de los casos se utiliza el abordaje laparoscópico, lo que mejora sustancialmente el confort postoperatorio de los pacientes, disminuyendo o anulando al mismo tiempo algunas de las complicaciones a medio-largo plazo, como las hernias de la incisión.

El resultado de la intervención debe hacer que el paciente pierda al menos el 50% de su sobrepeso, con una tasa de mortalidad inferior al 2%, además de mejorar o curar las enfermedades asociadas con el exceso de peso.

No obstante, lo más importante es que el paciente entienda que debe aprender a comer de forma fraccionada, poco volumen, masticando correctamente, con pautas destinadas a corregir los posibles déficits secundarios a la cirugía, y para siempre. Deberá hacer algún tipo de ejercicio físico y seguir controles médicos periódicos. Sin estas premisas no se puede asegurar el éxito de la cirugía.

Es muy importante la información exhaustiva y personalizada para cada paciente de lo que significa para él la obesidad y lo que comporta el tratamiento quirúrgico. Como hemos dicho al principio, actualmente es el tratamiento indicado para restablecer la calidad de vida de muchos pacientes y curar sus enfermedades asociadas, pero la cirugía es solo el primer paso. El objetivo final de todo el proceso es perder el 50% del sobrepeso. Por ejemplo, una persona que llega a la cirugía con 130 Kg. de peso y cuyo peso correcto fuera de 70 Kg., tendría un sobrepeso de 60 Kg. Por lo tanto, la pérdida mínima aceptable sería de 30 Kg., y obtener un peso de 100 Kg. En general, se considera que las técnicas quirúrgicas mixtas o restrictivas (no la banda gástrica ajustable) hacen perder entre el 60 y el 75% de sobrepeso, mientras que las malabsortivas pueden llegar, en los mejores casos, al 85%.

La cirugía pretende mejorar la calidad de vida del paciente, por lo que su nueva situación le permitirá hacer muchas cosas que antes no podía hacer debido al exceso de peso. Pero efectivamente, deberá cambiar en algunos aspectos: la manera de comer, la necesidad de hacer ejercicio regularmente, etcétera. Ocasionalmente puede ocurrir que no tolere algún tipo de alimento y no pueda tomarlo más. También deberá evitar las bebidas con gas, el alcohol y los alimentos que aporten muchas calorías. Por otra parte, se aconseja a las mujeres que no se queden embarazadas en un período de 18 a 24 meses después de la cirugía, cuando ya se consideren controlados definitivamente los posibles déficits vitamínicos y nutricionales.

Los controles médicos deben seguirse durante toda la vida, ya que además de certificar que no existen déficits importantes y que siguen controladas las enfermedades asociadas, son un estímulo positivo para el paciente. Al inicio, la pérdida de peso es más rápida que en los meses posteriores, lo que también hace que sea preciso el control continuado para incentivar al paciente y evitar que caiga en unos "vicios" nutricionales que, naturalmente, no vamos a desvelar.



Dr. Salvans, Dra. Rossell y Dr. García