El Área de Obesidad estrena espacio propio para ofrecer el tratamiento más personalizado

Con más de 20 años de experiencia, el servicio inaugura su nueva localización para seguir ofreciendo todo el plan de diagnóstico y seguimiento individualizado

Miembros del equipo del Área de Obesidad de la Clínica Universidad de Navarra.

CUN ■ El COVID-19 nos ha familiarizado con el término pandemia, sin embargo, en las últimas décadas no es la única que estamos viviendo, ya que la obesidad se ha convertido en una que sigue aumentando su incidencia. Un problema que, como indican los especialistas, va más allá de algo estético, sino que se trata de un problema de salud y deterioro de la calidad de vida con importantes consecuencias.

La Clínica ha abierto en su sede de Pamplona un nuevo espacio físico para albergar el Área de Obesidad, que cuenta con más de 20 años de experiencia en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso u obesidad. "Se trata de poder dar a los pacientes las herramientas que les hacen falta de una manera individualizada", explica el Dr. Víctor Valentí, codirector del Área de Obesidad.

"No nos vamos a quedar en la superficie, sino que vamos a estudiar y profundizar en cuál es el mejor tratamiento y abordaje para ese paciente teniendo en cuenta todos los aspectos relacionados: los clínicos pero también los psicosociales y el entorno del paciente", añade la Dra. Gema Frühbeck, codirectora del Área.

Disponer de un espacio propio permite que el equipo multidisciplinar reciba al paciente y que en 24-48 horas le realice un estudio diagnóstico

El Dr. Víctor Valentí durante una intervención de cirugía bariátrica mediante laparoscopia.

completo para valorar el tratamiento más adecuado para su caso. "Hay un primer punto de contacto con una enfermera especializada que va a calcular su grado de obesidad, va a escuchar la demanda del paciente y ver en qué situación se encuentra. Con este primer contacto, se le va a programar un trayecto en el que le verán varios especialistas el mismo día", detalla el Dr. Valentí.

Endocrinólogos y nutricionistas, especialistas de medicina interna, digestivo o cirugía junto a una enfermería especializada forman el equipo de esta Área, ya que la obesidad puede valorarse desde diferentes puntos de vista.

ACTUAR A TIEMPO. A nivel general, un 40% de la población tiene un exceso de peso, mientras que se estima que un 20% tiene obesidad. Unas cifras que, según la Dra. Frühbeck, son conservadoras. "Estos datos están basados en el IMC (Índice de Masa Corporal), pero aquí en la Clínica aplicamos técnicas más novedosas y precisas mediante estudios de composición corporal, con las que podemos medir la cantidad de grasa que tiene ese paciente".

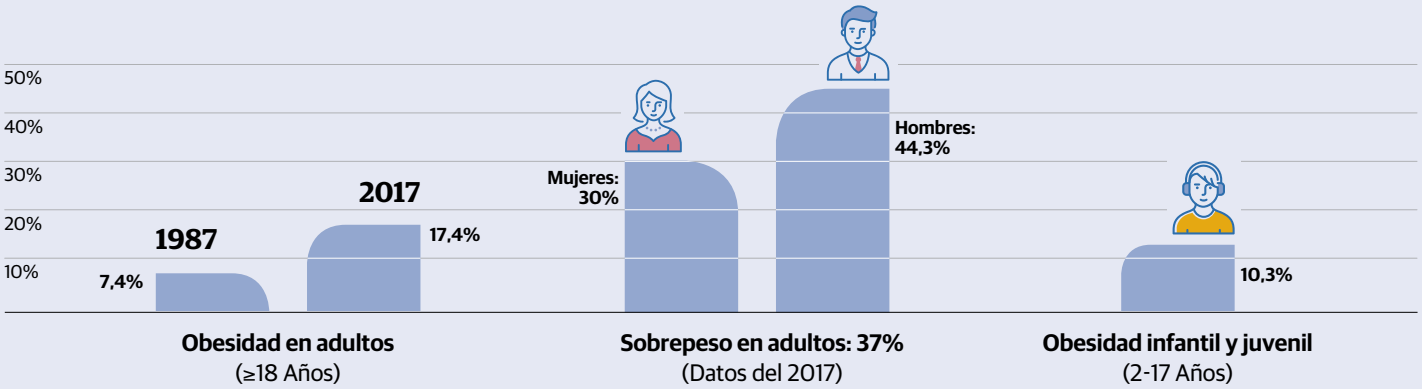
No obstante, estos datos llevan años despertando las alertas de la comunidad científica. "Ese aumento de grasa, de tejido adiposo, conlleva un riesgo metabólico para las personas, ya que genera complicaciones y alteraciones cardiovasculares, respiratorias, hepáticas o accidentes cardiovasculares", apunta la especialista.

Asimismo, está comprobado que la pérdida de peso tiene efectos positivos en la salud. Por lo que, un abordaje temprano de la situación es fundamental. "Lógicamente, cuanto antes instauremos un tratamiento, mejor. Muchas veces vemos que los pacientes prolongan esta decisión y vemos que han acumulado años de exposición a la obesidad, lo que conlleva que las complicaciones asociadas deterioren órganos como el páncreas, hígado o riñones, entre otros. Interviniendo a tiempo, se puede revertir ese deterioro gracias a la cirugía bariátrica, pero si dejamos pasar el tiempo, la cirugía va a ayudar a perder peso y obtener una mejoría metabólica, pero no completa", recalca el Dr. Valentí. "Normalmente vemos la pérdida de peso como un sprint, pero es una carrera de fondo y tenemos que ir muy preparados. Queremos dar esas herramientas al paciente para que pueda ir cambiando esos hábitos", concluye la Dra. Frühbeck.

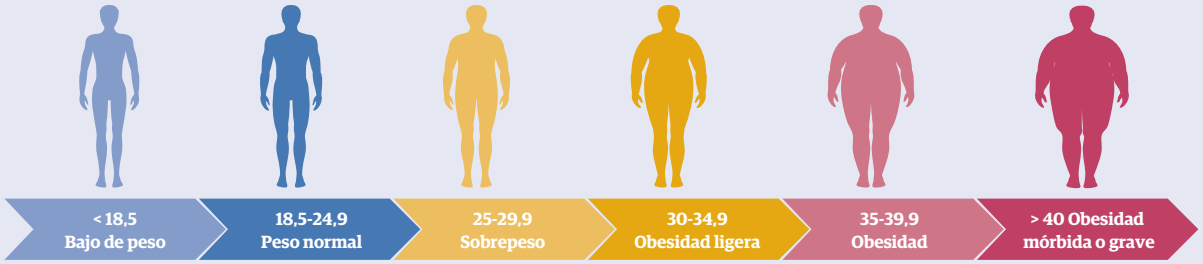
El Área está acreditada como Centro de Excelencia Internacional en Cirugía de la Obesidad por la Federación Internacional para la cirugía bariátrica.

La Clínica es el único centro español reconocido como Centro de Excelencia Europeo para el tratamiento de la obesidad por la EASO.

La obesidad en datos



Rango del IMC según la OMS



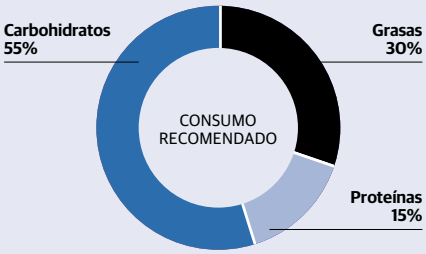
Seguimiento integral y personalizado

Se realiza un estudio completo del historial clínico, dietético y psicológico del paciente para diseñar el tratamiento personalizado más adecuado.

Historia clínica y dietética
Se estudian los factores que influyen en el exceso de peso de cada paciente, junto a una valoración de su riesgo vascular, función cardiaca y respiratoria y estado metabólico.

ViScan
Sirve para medir la grasa visceral, que supone el mayor riesgo cardio-metabólico.

Modificaciones dietéticas
Alimentación hipocalórica equilibrada y variada, personalizada y adaptada a las circunstancias psicosociales, con ingesta abundante de fibra y líquidos (no bebidas azucaradas).



Educación nutricional
La participación del paciente desempeña un papel esencial en el éxito terapéutico. La educación nutricional y la motivación son fundamentales.

Estudio de la composición corporal
Permite conocer la magnitud del exceso de grasa en cada paciente.

BOD-POD
Mide la grasa corporal contabilizando la cantidad de aire que desplaza el cuerpo en el interior del sistema. Permite conocer cuánto pesa el paciente y cuánto corresponde a grasa.

Actividad física
Potenciar la actividad física cotidiana (calcular y aumentar el número diario de pasos, prescindir de ascensor y coche, realizar ejercicio programado).

Frecuencia cardiaca máxima que no se debe sobrepasar:
220 - edad (años) x 0,7

Ejemplo para 45 años:
220 - 45 x 0,7 = 122,5 pulsaciones/min.

Ejemplo para 65 años:
220 - 65 x 0,7 = 108,5 pulsaciones/min.

Fármacos
Pueden ayudar a controlar la enfermedad en pacientes con indice de masa corporal superior a 30 o a 27,5 con complicaciones asociadas.

Tratamientos para la obesidad

Es la alternativa que ofrece mayores garantías de éxito. Gracias a este tratamiento, el paciente recupera la salud y su calidad de vida en un corto plazo de tiempo.

Cirugía mínimamente invasiva

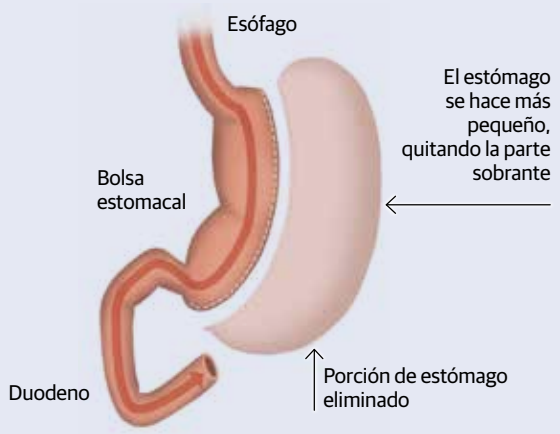
Candidatos: • Pacientes con IMC >40 • Pacientes con IMC >35 con patologías graves asociadas
Técnicas: • Se realiza por vía laparoscópica o mediante cirugía robótica
Condiciones: • Obesidad crónica • Resistencia a tratamientos convencionales • Ausencia de contraindicaciones

A. TÉCNICAS SIMPLES O RESTRICTIVAS
(solo se actúa en el estómago)

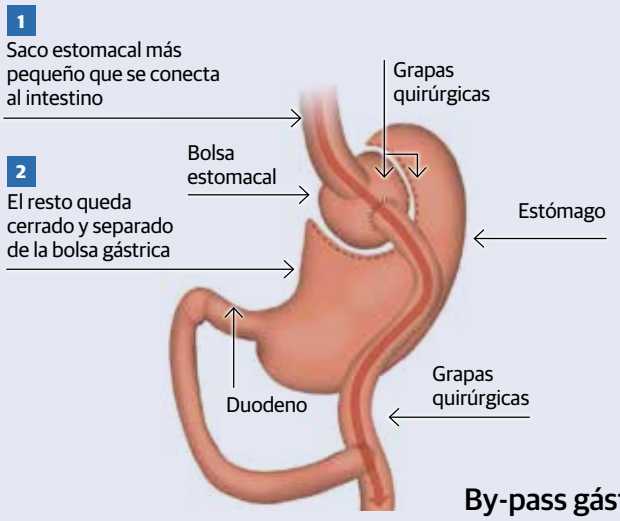
Objetivos:
- Reducir el volumen del estómago
- Favorecer la saciedad precoz y duradera
- Modificar el comportamiento alimentario

B. TÉCNICAS COMPLEJAS, DERIVATIVAS O MALABSORTIVAS

- Técnicas más complicadas donde se secciona el estómago y se comunica con el intestino.
- Restricción de la ingesta y la superficie intestinal donde se absorbe.
- Resultado: disminución de la entrada de calorías.



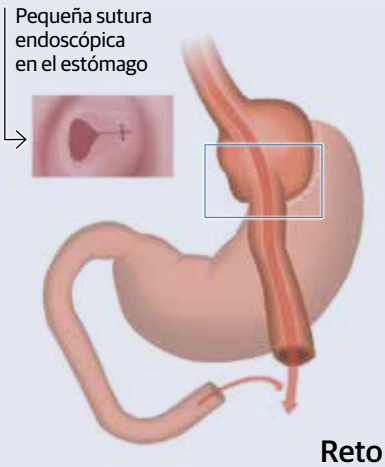
Gastrectomía tubular



By-pass gástrico

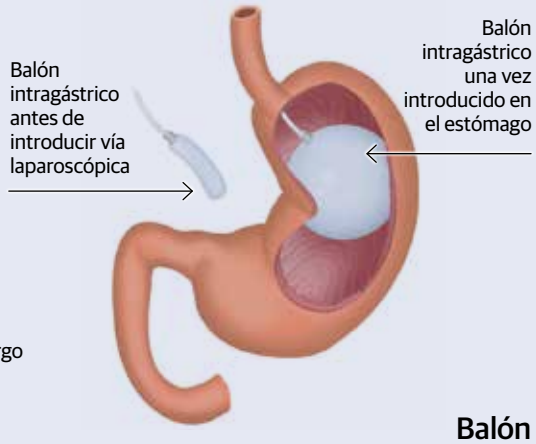
Técnicas endoscópicas

Candidatos: • Pacientes con IMC entre 30-35 kg/m sin patología metabólica
• Pacientes con obesidad mórbida en los que se rechace o contraindique la cirugía.
Condiciones: • Resultados muy eficaces para personas con obesidad menos grave.



Reto

Manga



Balón

La cirugía bariátrica consigue resolver numerosos efectos adversos de la obesidad.

Un plan de tratamiento para cada paciente

Los especialistas ofrecen todas las herramientas disponibles de manera individualizada para obtener los resultados deseados

CUN ■ El abordaje de la obesidad implica la intervención de un equipo multidisciplinar y una aproximación individualizada. Cada paciente presenta una situación única, tanto en su estado clínico como en sus hábitos diarios y entorno social. En muchas ocasiones, han pasado por varios procesos de pérdida de peso mediante distintas dietas o ejercicio. La Clínica ofrece todas las herramientas disponibles para establecer el plan terapéutico que mejor se ajuste a las necesidades del paciente, que se dividen en tres campos: seguimiento nutricional, técnicas endoscópicas y técnicas quirúrgicas.

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL. Tras una valoración inicial, el equipo de nutricionistas y dietistas llevan a cabo un estudio individualizado para conocer los hábitos de cada paciente, los ritmos de vida y cómo se comporta cada organismo. "Vamos a ver cuál es esa dieta que mejor se ajusta a sus circunstancias. Si a una persona que trabaja fuera de casa, que tiene que comer fuera, con un estrés asociado, le dices que pese las cantidades, es una dieta que no va a funcionar", apunta la Dra. Gema Frühbeck, codirectora del Área de Obesidad. "A veces no son solo los alimentos, sino también las técnicas culinarias. Son esos pequeños detalles en los que entramos para hacer una valoración integral efectiva".

Este programa, indicado para personas con sobrepeso u obesidad inicial, establece una alimentación sana, ejercicio físico, un adecuado descanso, hábitos de vida saludables, el control de estrés y el control de enfermedades asociadas.

TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS. Para pacientes con obesidad menos grave, las técnicas endoscópicas son el procedimiento de elección. Se trata de pacientes con un IMC entre 30-35 sin patología metabólica o aquellos en los que la cirugía esté contraindicada. Las técnicas endoscópicas actúan a través de orificios naturales, por lo que no realizan ninguna incisión y evitan las cicatrices. Por tanto, como principales ventajas, las complicaciones son muy poco frecuentes y el tiempo de recuperación es más corto.

Las dos técnicas más frecuentes, la gastroplastia vertical en manga y la reparación endoscópica transoral RETO, se dirigen a reducir el tamaño del estómago, por lo que el paciente tiene saciedad precoz consiguiendo una pérdida de peso importante.

En los últimos años, la cirugía se ha encaminado a técnicas mínimamente invasivas que permiten una mejor recuperación.

En 48 horas el paciente recibe el alta con un plan de trabajo que implica movimiento desde el principio.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS. "Muchas personas llegan a consulta con la petición de cirugía, pero nosotros somos los primeros en explicar que la intervención sin un seguimiento adecuado y el apoyo de un equipo, pierde su fortaleza", reconoce el Dr. Víctor Valentí, codirector del Área de Obesidad. En los últimos años, la cirugía se ha encaminado a técnicas mínimamente invasivas que permiten una mejor recuperación. En 48 horas el paciente recibe el alta con un plan de trabajo que implica movimiento desde el principio.

El bypass gástrico y gastrectomía tubular ocupan el 90% de las cirugías que se realizan. "La gastrectomía tubular o la reducción de estómago es una cirugía más restrictiva, hacemos que el estómago sea más pequeño. Su éxito no reside en que la persona pueda ingerir menos cantidad de alimento, sino que al extraer una parte del estómago se producen modificaciones en las señales que van al hipotálamo, que controla la saciedad, el apetito, etc.", explica.

Mientras que, con el bypass gástrico, además de dejar el estómago más pequeño, "buscamos que el alimento solo pase por el segmento de intestino que nos interesa. Estas cirugías las indicaríamos cuando el paciente está más deteriorado, cuando esa obesidad ha empezado a afectar a otros niveles como el azúcar, diabetes, hipertensión, etc. En estos casos, estas técnicas son mejores que las restrictivas". "El problema que tenemos actualmente es que solo un 1% de las personas que tenían indicación de cirugía o endoscopia están llegando a los sitios adecuados para tratarse. Se piensa que es un problema estético, no se entiende que es una enfermedad crónica", concluye.

Especialistas del Laboratorio de Investigación Metabólica.

LA HORMONA DEL HAMBRE

Durante la trayectoria investigadora del equipo, el laboratorio ha sido el primero en identificar qué ocurría con la grelina, también conocida como la hormona del hambre, ya que cuando suben sus niveles estimula el apetito. "No se sabía muy bien qué ocurría con esta hormona tras la cirugía bariátrica y nosotros identificamos que la zona del estómago donde más densidad de producción hay es en el cuerpo del estómago, por lo que dependiendo del tipo de cirugía que utilizaras (y por tanto la parte del estómago que reduzcas), su influencia cambia".

El tejido adiposo bajo el microscopio

El Área cuenta con el Laboratorio de Metabólica, para ofrecer un abordaje integral de la obesidad

CUN ■ El tejido adiposo es el foco principal del Laboratorio de Investigación Metabólica. Entender su comportamiento e implicaciones desde distintos prismas forman las diferentes líneas de investigación, tanto clínica como de laboratorio, de este equipo.

A nivel clínico, la Clínica es referente en estudios de composición corporal, siendo el único Área donde se aplica de forma sistemática en la asistencia, ya que aporta información mucho más precisa para el diagnóstico, el tratamiento y seguimiento del paciente. De hecho, desde el laboratorio surgió la fórmula CUNBAE dirigida a personas sedentarias y que es de libre acceso para otros grupos de investigación.

"Ponemos ese énfasis en los estudios de composición corporal para saber el porcentaje de grasa y dónde se localiza, si es grasa visceral o subcutánea. Estamos estudiando realmente cómo se relaciona esto con el desarrollo de comorbilidades, porque sabemos que, si esa grasa es de predominioo visceral, el paciente tiene mayor riesgo cardiometabólico (diabetes tipo II, enfermedad cardiovascular, etc.)", explica la Dra. Gema Frühbeck, directora del Laboratorio. "Asimismo, hacemos el seguimiento tras la cirugía, viendo cómo disminuye y mejora".

Mientras que, a nivel de laboratorio, la investigación baja al detalle, al perfil de expresión de genes. "Durante la cirugía, el Dr. Valentí toma una muestra de la grasa y del hígado para que podamos analizar ese tejido adiposo y ver qué genes están implicados y por qué. Sabemos que el tejido adiposo tiene una gran capacidad de secretar muchas moléculas, llamadas adipoquinas, con diferentes efectos como antiinflamatorios o de insulinorresistencia".

Por último, es conocida la relación de la obesidad y el cáncer, siendo un factor de riesgo para el desarrollo de prácticamente todos los tumores. "Lo que hacemos es estudiar la grasa que está alrededor del tumor. Por ejemplo, en una colaboración con un equipo portugués estudiamos la grasa periprostática, y vimos cómo esa grasa hace un microambiente en el que es más fácil que se produzca la diseminación del tumor, es decir, que se dé el crecimiento y metástasis del tumor. Lo que pone en relieve la importancia de controlar el peso, sobre todo, cuando pensamos en cómo prevenir el cáncer", concluye la Dra. Frühbeck.

LA FRASE

"Ponemos ese énfasis en los estudios de composición corporal para saber el porcentaje de grasa y dónde se localiza, si es grasa visceral o subcutánea".

Dra. Gema Frühbeck
CODIRECTORA DEL ÁREA DE OBESIDAD

Esta publicación cuenta con la colaboración de:

Montiel Joyero

Enekorri

Acunsa

Banco Santander

Bidea 2

Melia Avenida América