



## Editorial

## ¿La cirugía bariátrica es el único tratamiento alternativo de la obesidad mórbida o extrema, o estamos frente a un círculo vicioso que obliga a una reflexión crítica?

Is bariatric surgery the only alternative treatment for morbid or extreme obesity? Or are we in a vicious circle that needs critical reflection?

Nahyr Schinca

Directora de la revista ACTIVIDAD DIETÉTICA

La terapéutica de la obesidad se compone básicamente de la dieta y el ejercicio físico, sea cual sea su grado, incluso para la obesidad mórbida o extrema. Pero este binomio debe completarse con un eficaz apoyo psicológico y un frecuente seguimiento por parte del equipo asistencial. La gravedad de la obesidad consiste en su asociación a complicaciones metabólicas que afectan a varios órganos y sistemas con distintos tipos de consecuencias, más o menos graves<sup>1</sup>. Entre ellas, las alteraciones psicológicas, como la depresión o la baja autoestima, son muy frecuentes<sup>2</sup>.

Un objetivo primordial, pensado como posible solución, es la reeducación integral de los hábitos de vida del individuo, pero es un objetivo difícil de lograr. Existen diversos metaanálisis y revisiones sistemáticas que han demostrado que la eficacia a largo plazo de intervenciones educacionales basadas en el cambio de los hábitos de vida para la reducción de peso son, en muchas ocasiones, poco eficaces y se desvanecen con el tiempo<sup>3,4</sup>.

En muchos casos, la adherencia del obeso a una dieta es escasa. Ser consecuente con una forma de alimentación que signifique limitar o modificar la ingesta alimentaria durante largos períodos parece que tenga que conllevar el subtítulo de fracaso previsible y esperado, hecho que afecta tanto al paciente como a los profesionales inmersos en el tema.

¿Debemos deducir que estas situaciones han conducido y potenciado el desarrollo de la cirugía de la obesidad como la única alternativa capaz de conseguir una importante pérdida de peso? Personalmente, creo que es un pensamiento inaceptable, y seguramente los profesionales de la nutrición humana y la dietética tampoco puedan aceptarlo. La cirugía de la obesidad no está exenta de riesgo quirúrgico en sí misma y la disfunción posquirúrgica del sistema digestivo puede conducir y conducir a estados de desnutrición por insuficiente soporte nutricional y/o dificultad del cumplimiento dietético prescrito<sup>5</sup>.

Todos los profesionales son conocedores y conscientes de que la obesidad y el obeso han sido mal atendidos y que la administración sanitaria no los ha escuchado. Quizá este argumento nos tranquiliza-

ce; de lo contrario, deberíamos reflexionar sobre las posibles alternativas. La industria farmacéutica no las ha encontrado, y se hace muy difícil aceptar que la cirugía sea el único tratamiento efectivo para "tantos casos de obesidad". Mientras esperamos respuestas (a corto plazo) de los estudios genéticos, o incluso cuando dichas respuestas lleguen, la terapia dietética-nutricional es, y será, una herramienta de uso antes, durante y después de cualquier terapia médica. ¿Y por qué no pensar que llegaremos a dar con la metodología para poder evitar la cirugía bariátrica mediante la educación alimentaria?

En este número de ACTIVIDAD DIETÉTICA, distinguidos profesionales conocedores del tema de la cirugía bariátrica muestran sus investigaciones, revisiones y opiniones sobre el tratamiento de la obesidad desde distintos ángulos. Todos reivindican la urgente necesidad de equipos multidisciplinarios para una atención integral completa y amplia del paciente de obesidad mórbida.

Andreu et al presentan un interesante estudio, cuyo objetivo es la búsqueda de la ingesta proteica diaria adecuada y de fácil aceptación y cumplimiento para los pacientes de cirugía bariátrica. Se barajan dos objetivos proteicos: 60 g de proteína/día (objetivo 1) y 1,2 g de proteína/kg de peso ideal/día (objetivo 2), con y sin suplemento proteico. Las conclusiones son claras: "Hay una marcada dificultad para llegar a los objetivos proteicos propuestos en la literatura actual", pero "la consecución del objetivo proteico 1 de 60 g de proteína/día tras la cirugía de la obesidad es más fácilmente alcanzable que el objetivo proteico 2". En cuanto a las ventajas de la suplementación proteica, principalmente permite equilibrar de forma más segura los objetivos proteicos.

Gil de Bernabé describe un interesantísimo caso clínico en el que se manifiesta que es imprescindible la asistencia de un equipo multidisciplinario para ofrecer al paciente una intervención dietética-nutricional en todas sus facetas terapéuticas y, en este caso, en una complicación renal relacionada con la propia obesidad<sup>6</sup>. Dichas afecciones asociadas a la obesidad abren una línea de investigación en el tratamiento terapéutico y nutricional de la obesidad mórbida al margen de las comorbilidades ya conocidas. Asimismo es una llamada de atención para la administración sanitaria, ya que esta situación requeriría tener en cuenta mayores presupuestos económicos.

Correo electrónico: schinca.n@gmail.com (N. Schinca)

Castelló et al realizan una revisión de la producción científica sobre el tratamiento dietético-nutricional tras la cirugía de la obesidad publicada en la base de datos del Índice Médico Español (IME) entre 1975 y 2008. El trabajo ofrece una visión diacrónica de cómo han evolucionado en España las publicaciones científicas sobre este tema, y sorprende al lector la escasa cantidad de artículos publicados en la base de datos del IME.

Finalmente, Cassinello et al recuerdan a los lectores y a todos los profesionales de la salud que, cuando inspeccionamos el conocimiento con la lupa de la evidencia científica, muchas veces nos damos cuenta de que no existen muchos estudios al respecto, o que los estudios existentes son de baja calidad. Ese es el caso de las diferentes técnicas para la pérdida de peso "aguda" preoperatoria, que, pese a que la entienden muy necesaria para: *a*) tener un acceso abdominal más fácil; *b*) una disminución del volumen hepático y del riesgo de fragilidad concomitante, y *c*) una reducción del tiempo de anestesia, parece que no existen muchos estudios que indiquen la mejor forma de llevarla a cabo: ¿dieta baja en calorías o balón intragástrico? La discusión está servida.

A todos ellos y a la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO) les agradecemos mucho su colaboración.

## Bibliografía

1. Salas-Salvadó J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B; Grupo Colaborativo de la SEEDO. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)*. 2007;128: 184-96.
2. Almeida OP, Calver J, Jamrozik K, Hankey GJ, Flicker L. Obesity and metabolic syndrome increase the risk of incident depression in older men: the health in men study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17:889-98.
3. Avenell A, Brown YJ, McGee MA, et al. ¿What are the long-term benefits of weight reducing diets in adults? A systematic review of randomized controlled trials. *J Hum Nutr Diet*. 2004;17:317-35.
4. Anderson JW, Konz EC, Frederic RC, Wood CL. Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *Am J Clin Nutr*. 2001;74:579-84.
5. Johnston S, Rodríguez-Arisa E. La nutrición y dietética en la cirugía bariátrica. *Act Diet*. 2003;18:18-28.
6. Shen WW, Chen HM, Chen H, Xu F, Li LS, Liu ZH. Obesity-related glomerulopathy: body mass index and proteinuria. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010 May 24.