

SALUD

23 de Abril de 2005, número 614

DIRECTORIO

- Portada
- Números Anteriores

OTROS SUPLEMENTOS

- Magazine
- Crónica
- El Cultural
- Su Vivienda
- Nueva Economía
- Motor
- Viajes
- Salud
- Ariadna
- Aula
- Campus

elmundo.es

- Portada
- España
- Internacional
- Economía
- Sociedad
- Comunicación
- Solidaridad
- Cultura
- Ciencia/Ecología
- Tecnología
- Madrid24horas
- Obituarios
- DEPORTES
- SALUD
- MOTOR
- Metrópoli
- Especiales
- Encuentros

publicidad



**OFERTAS
DE
ULTIMA HORA**



www.marsans.es

ENDOSCOPIA

El globo que adelgaza

ALEJANDRA RODRÍGUEZ

El balón intragástrico (BIG) ha llegado a nuestro país hace relativamente poco. Se trata de un procedimiento efectivo, no requiere cirugía y es menos arriesgado que las intervenciones bariátricas. No obstante, tampoco es un recurso para deshacerse de los kilos sobrantes de cara al verano, aunque en algunos centros se anuncie como una especie de panacea contra el sobrepeso. SALUD ha consultado con especialistas en el tema y todos coinciden en señalar la importancia de buscar un equipo profesional experimentado, en realizarlo en unas instalaciones hospitalarias y en complementar la terapia con un programa de reeducación para que el paciente cambie radicalmente sus hábitos de vida y no tire por la borda los resultados conseguidos. Adelgazar y mantenerse sigue siendo una cuestión de fuerza de voluntad. Desconfíe de los embaucadores que le digan que perder peso es cuestión de comer y cantar.

«Ésta es una técnica para gente enferma por culpa de su obesidad; no para gente sana que lo único que busca es mejorar estéticamente». Así de tajante se muestra el doctor Fernando Blanco, director del área de Medicina Estética de Corporación Dermoestética, refiriéndose a lo que en algunos foros se está dando a conocer como el último grito contra el exceso de peso: el balón intragástrico (BIG).

Gontrand López-Nava, especialista en aparato digestivo y director de la Unidad de Tratamiento Endoscópico de la Obesidad del Grupo Hospital Madrid, sostiene la misma tesis y añade que «aunque se trata de un procedimiento no quirúrgico, hay que hacerlo en un medio hospitalario y con un equipo médico muy experimentado porque, si bien es cierto que los riesgos son menores que con la cirugía bariátrica, también lo es el hecho de que pueden presentarse complicaciones», resume este experto que, además, es el especialista que más casos ha tratado en nuestro país con esta técnica.

¿QUÉ ES?

El BIG es un dispositivo esférico de silicona que, mediante endoscopia, se introduce en el estómago a través de la boca y el tubo digestivo (ver gráfico). Una vez alojado en esta cavidad, se rellena con entre 400 y 700 centilitros de suero fisiológico teñido con azul de metileno, un colorante totalmente inocuo.

El motivo de que el relleno vaya tintado obedece a que el paciente pueda detectar con facilidad si ocurren fugas o el vaciado del globo ya que, en ese caso, la orina sale de un color verdoso que sirve de alerta para acudir al especialista y retirar el artilugio.

Una vez se ha alcanzado el volumen deseado, se sella la válvula de cierre, se retira el catéter endoscópico y el balón queda en el interior del estómago moviéndose libremente durante seis meses (a partir de ese momento, los materiales comienzan a degradarse y se corre más riesgo de vaciado); eso sí, ocupando una buena parte del estómago.

¿CÓMO ACTÚA?

Básicamente, el objetivo que se persigue es que el paciente obeso se sacie pronto, coma menos y, así, adelgace. Además, varios trabajos previos han apuntado que el roce del balón estimula una serie de barorreceptores de la pared gástrica que están conectados con el centro de saciedad hipotalámico, el regulador de la sensación de hambre en el cerebro.

Dichos datos coinciden con una investigación publicada esta misma semana en el American Journal of Gastroenterology. Según han observado sus autores en un pequeño grupo de voluntarios, la estimulación del duodeno mediante pequeños impulsos eléctricos repercute en la inhibición del apetito y en el tiempo de absorción de los alimentos. Éstos permanecen más tiempo en el estómago y la reaparición del hambre se retrasa.

En este punto coincide también el doctor López-Nava. Uno de los efectos que ha observado en los más de 300 pacientes que ha intervenido es que este artilugio ralentiza significativamente el vaciado gástrico, lo que a su vez retrasa la necesidad de volver a comer. Este factor hace del balón un instrumento especialmente útil para los comedores compulsivos (picoteadores).

Finalmente, y aunque el mecanismo exacto aún no se conoce con exactitud, la implantación del BIG reduce los niveles plasmáticos de grelina, adiponectina y leptina. Según ha quedado demostrado en investigaciones previas, estas tres hormonas juegan un papel fundamental en la aparición y en el desarrollo de la obesidad.

¿PARA QUIÉN?

Para empezar, el Índice de Masa Corporal (IMC) del paciente -cifra que indica el grado de obesidad y que se obtiene dividiendo el peso expresado en kilogramos entre la altura expresada en metros y



Ilustración: Fabricio VandenBroeck

elevada al cuadrado- debe oscilar entre 30 y 40. Es decir, debe ser un obeso (no un gordito) que ha probado todo y ha fracasado.

Otros candidatos son lo que los expertos califican de «superobesos y supersuperobesos» (con un IMC superior a 50 o 60). Estos pacientes no pueden pasar por el quirófano para realizarse un bypass gástrico convencional, ya que tienen un riesgo prácticamente absoluto de morir en la mesa de operaciones. A dichos individuos se les puede implantar un balón y, una vez que han perdido parte del peso que les sobra y el peligro ha disminuido, se plantea la cirugía bariátrica o, si procede, la colocación de otro balón.

Por otro lado, hay personas obesas que, aunque necesiten adelgazar por cuestiones de salud, jamás podrán pasar por la mesa de operaciones debido a que, simplemente, no quieren porque les produce temor, o bien porque presentan problemas cardiorrespiratorios muy severos que hacen totalmente inviable el procedimiento de anestesia, intubación y resucitación inherentes a cualquier cirugía.

MOTIVACIÓN.

No obstante, los especialistas consultados por SALUD hacen hincapié en que el pilar básico del tratamiento con balón intragástrico es la motivación del paciente. «Si la técnica no se acompaña de un programa de apoyo psicológico, de un control estricto, de la implantación de una dieta hipocalórica y de un régimen de vida activo, no servirá absolutamente de nada y el peso perdido se volverá a recuperar. No se trata de un milagro y hay que poner fuerza de voluntad», afirman tanto Fernando Blanco como Gontrand López-Nava. De esta forma, el individuo que esté barajando la posibilidad de someterse a esta técnica debe hacerse a la idea de que, una vez superados los efectos secundarios de la intervención (náuseas y vómitos principalmente, que suelen desaparecer en las primeras 48 horas y que se combaten con fármacos antieméticos), deberá hacer una dieta hipocalórica y, que si se la salta, corre el riesgo de sentirse mal y devolver.

También debe concienciarse de que tendrá que convivir con la acidez de estómago y con las regurgitaciones de una manera más o menos frecuente, por lo que le será necesario echar mano de la medicación gastroprotectora.

Durante los seis meses en los que lleve el BIG, el paciente debe acudir a controles periódicos - aproximadamente dos veces al mes- en los que, mediante radiografías y ecografías, los especialistas evalúan la posición del balón y su posible desgaste, así como la evolución del estado de salud general del sujeto.

Éste debe haber cambiado el chip a lo largo de este tiempo para que, una vez que se le extrae el balón, sea capaz de llevar una vida radicalmente diferente (en cuanto a alimentación y actividad física) que le impida recuperar el peso perdido.

RIESGOS.

Son muy pocos, pero existen y deben ser tenidos muy en cuenta. Por un lado, la endoscopia (técnica para introducir el BIG en el estómago) requiere sedación. Incluso, en algunos pacientes con alteraciones anatómicas o problemas respiratorios, se necesita anestesia total. La reacción a ambos procesos debe ser vigilado de cerca para evitar complicaciones. Por otra parte, siempre existe una probabilidad, aunque sea pequeña, de perforar la pared intestinal, lo que requiere una intervención urgente para reparar el daño. Finalmente, aunque los casos son extremadamente raros, pueden darse situaciones en los que el BIG se deshinche. Si eso ocurre se debe actuar con rapidez para vigilar su evolución (el individuo debe prestar atención a la coloración de su orina).

El globo puede pasar a través del intestino y ser eliminado sin problemas (al evacuar), o bien provocar una obstrucción intestinal que puede llegar a ser mortal. Por este motivo, los expertos son partidarios de extraer el balón deshinchado cuanto antes e insisten en que la vida útil del BIG es de seis meses.

«A partir de ese momento, el material se deteriora y no se puede garantizar su función y su seguridad que, por otra parte, es muy alta», apunta López-Nava. De hecho, si un paciente no acude a la consulta para retirarse el balón, el equipo médico le localiza - «incluso con requerimiento judicial», apostilla Blanco- para proceder a la extracción.

CONSEJOS.

La técnica es cara (ronda los 5.000 euros) y, por ahora, no la financia la Seguridad Social. «Es novedosa y no se puede pedir a las autoridades que asuman sin más el coste de todos los procesos médicos que van apareciendo. No obstante, cuando se afiance y se noten sus beneficios en grupos poblacionales cada vez más amplios, es posible que se incluya en la financiación pública, ya que es más barata y menos arriesgada que la cirugía bariátrica», apostilla el doctor Pablo González, director médico del Grupo Hospital Madrid Montepríncipe.

Por este motivo, los especialistas recomiendan que no sea el criterio económico el que guíe a los pacientes que se estén planteando someterse a esta intervención. Todos coinciden en la necesidad de buscar un equipo profesional experimentado en endoscopia en general y en esta técnica en particular.

¿Qué consejos básicos dan los expertos? En primer lugar, hay que comprobar, mediante los números de colegiado, el equipo de facultativos. En él, además del endoscopista debe figurar un anestesiista cualificado. Se tiene que llevar a cabo en un medio hospitalario (no en consultas, ni en centros de estética) dotado de los medios para hacer frente a cualquier eventualidad.

Hay que desconfiar de las promesas de que no hay que esforzarse para perder peso o tomar precauciones, porque eso no es cierto. También es obligatorio conocer la historia clínica del paciente, así como llevar a cabo una serie de pruebas iguales a las que se hacen antes de cualquier operación (test de coagulación, análisis sanguíneos, pruebas de alergias a medicación, anomalías cardiorrespiratorias...).

Finalmente, el BIG debe ofrecerse como complemento de un plan de cambio en los estilos de vida, no como una forma de adelgazar rápidamente y sin sacrificio. Además, se debe facilitar un teléfono de atención las 24 horas de día para resolver las dudas del paciente (qué cosas puede comer, si puede hacer deporte...) y las complicaciones que, raras veces, pueden presentarse.

Gráfico: Operaciones de reducción de estómago

Mientras tanto, la pandemia sigue avanzando

Si las predicciones de los especialistas se confirman y el incremento del sobrepeso sigue su progresión actual, todos los esfuerzos que se hagan para intentar que la población mundial se lleve mejor con la báscula serán pocos. Y es que la obesidad ha dejado de ser un problema de las sociedades occidentales ricas para comenzar a hacer mella en los países en vías de desarrollo. Los trabajos manuales y las labores que requieren esfuerzo físico cada vez suponen un menor gasto calórico gracias a las nuevas herramientas y vehículos.

Por otro lado, el transporte motorizado está desplazando a las caminatas a pie y a las bicicletas, por no hablar de las actividades lúdicas, cada vez más sedentarias.

Buena prueba de la inmovilidad que azota a estos países es, tal y como publicaba The Lancet la semana pasada, que países como China, cuya población ha sido tradicionalmente delgada, registran actualmente una tasa de obesidad y síndrome metabólico (una combinación de sobrepeso, resistencia a la insulina e hipercolesterolemia) sin precedentes. «Estos datos ponen de manifiesto la necesidad urgente de desarrollar estrategias nacionales de prevención, detección y tratamiento de estos problemas para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares», sentenciaban los expertos.

Por su parte, y ante las desmesuradas proporciones que están alcanzando la obesidad y el sobrepeso dentro de sus fronteras, las autoridades sanitarias estadounidenses han modificado la famosa pirámide alimenticia para adaptarla a las características de cada persona (edad y sexo) y la actividad física que lleve a cabo habitualmente.

El propósito es ofrecer una información nutricional más ajustada a cada individuo y que éste pueda confeccionar un plan realista y adecuado a sus necesidades. Sin embargo, la mayoría de los especialistas ha elogiado la iniciativa, pero desconfía de la eficacia de la misma ya que, por ahora, no se han obtenido grandes resultados.

En cualquier caso, y mientras los organismos sanitarios de todo el planeta se devanan los sesos tratando de diseñar estrategias antiobesidad, las investigaciones siguen escupiendo datos acerca de los peligros de no tener el peso bajo control. Por un lado, un trabajo recogido en The Journal of the American Medical Association (JAMA) concluye, en su último número, que tan malo es pesar demasiado como estar excesivamente delgado. Al parecer, ambos parámetros están igualmente relacionados con una mayor probabilidad de morir prematuramente. La edición anterior de JAMA se hizo eco de otro estudio que resaltaba el papel de la grasa abdominal a la hora de valorar el riesgo cardiovascular. En opinión de sus autores, lo importante es evitar la tripa, más que la gordura en sí.

Otras ayudas adelgazantes

El pasado sábado, The Lancet recogió un trabajo con el penúltimo remedio farmacológico contra la obesidad. Esta vez se trata de un inhibidor selectivo de un receptor cannabinoide, responsable de modular el mecanismo de recompensa en el cerebro, llamado rimonabant. El producto ayuda a los obesos a perder casi siete kilos en un año, siempre y cuando hagan dieta y algo de ejercicio. El adelgazamiento no es espectacular desde el punto de vista estético (a los sujetos les sobra más peso), pero sí contribuye a disminuir el riesgo cardiovascular asociado al exceso de peso.

Por su parte, la fitoterapia también ofrece productos que ayudan a perder peso o que complementan las dietas hipocalóricas. De esta forma, el glucomanano o el plantago inducen la sensación de saciedad por su capacidad para multiplicar su volumen en el estómago. El té verde, el mate o la Garcinia cambogia (un arbusto de origen asiático) tienen un efecto diurético y aceleran la termogénesis (gasto calórico), por lo que son de gran utilidad en este sentido. No obstante, Concha Navarro, catedrática de Farmacología de la [Universidad de Granada](#) y presidenta de INFITO, un centro de investigación sobre fitoterapia, recalca que «no existen milagros para adelgazar, sólo ayudas al tratamiento».