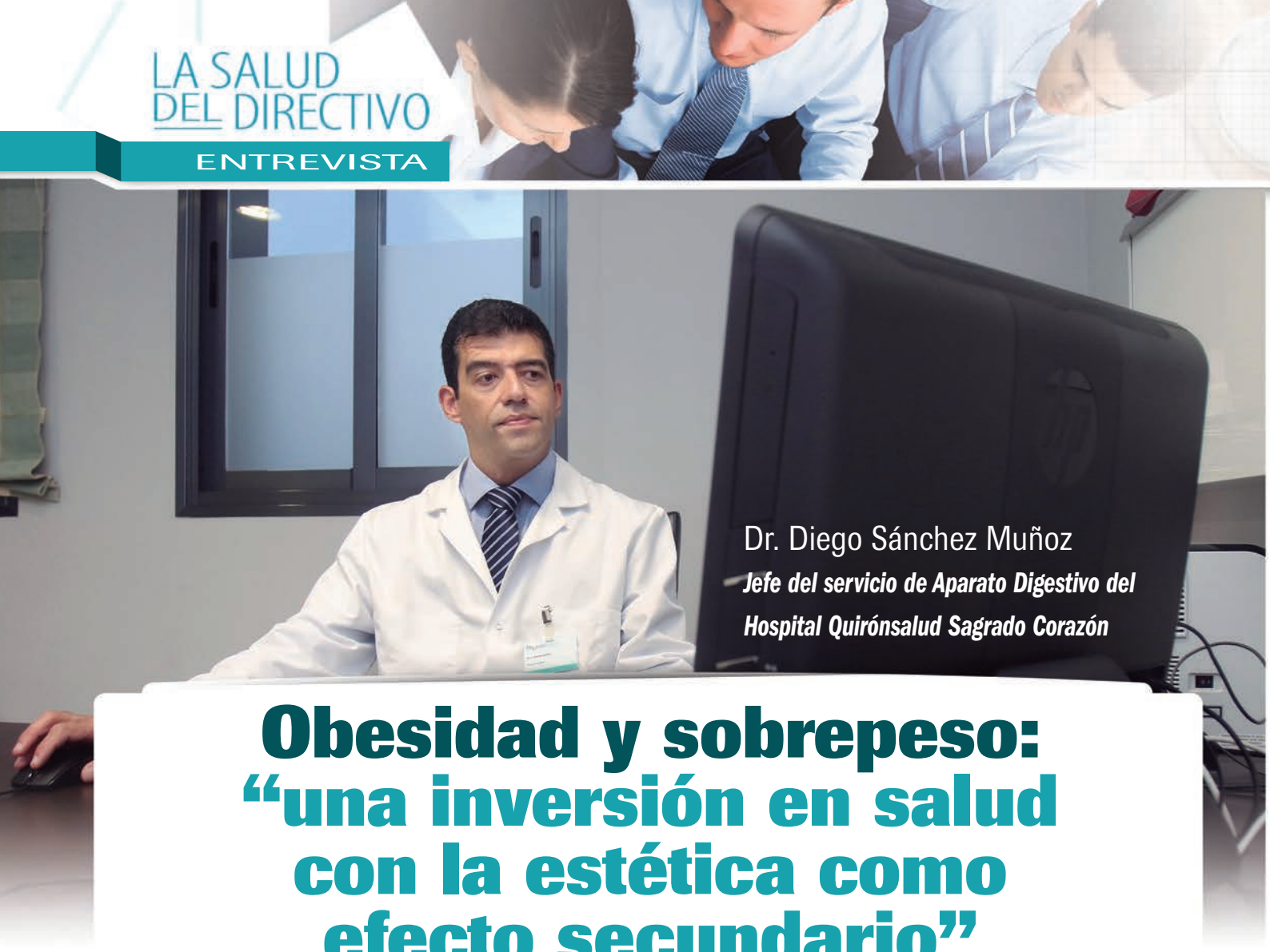




Dr. Diego Sánchez Muñoz  
*Jefe del servicio de Aparato Digestivo del  
Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón*

## Obesidad y sobrepeso: “una inversión en salud con la estética como efecto secundario”

Gracias a las nuevas técnicas endoscópicas, los pacientes con sobrepeso u obesidad moderada tienen una solución no invasiva que puede aportarles grandes resultados. Eso sí, estas intervenciones no quirúrgicas “no servirán de nada si el paciente no hace un seguimiento de sus hábitos a nivel dietético ni psicológico”, afirma el Dr. Diego Sánchez Muñoz, Jefe del servicio de Aparato Digestivo del Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón.

Redacción Directivos y Empresas

**S**

u especialidad cada día comprende a un espectro más amplio de personas, pues el número de ellas con sobrepeso u obesas va en aumento cada año... ¿Se está combatiendo eficazmente este problema desde las instituciones?

Desgraciadamente todavía hay mucho por hacer. Igual que se ha concienciado a la sociedad sobre los

daños del tabaco, o incluso con el alcohol, parece que la obesidad no sea un problema mayor de salud, cuando realmente lo es. Provoca más patologías que las anteriores. Por eso creo que queda mucho recorrido en esa línea desde el punto de vista institucional. Nosotros, individualmente, trabajamos día a día con esta problemática e intentamos hacer campañas, pero lo cierto es que necesitamos apoyo desde arriba.

**Antes de hablar de medicina, ¿valora positivamente posibles medi-**

**das como elevar los impuestos a los refrescos azucarados?**

Es una opción válida como cualquier otra. Pero estamos focalizando el problema en una cosa. Los refrescos azucarados por sí mismos no son malos, lo malo es consumirlos en exceso. Pero tan malo como llevar una vida sedentaria, no hacer ejercicio, llevar una mala alimentación y otros malos hábitos. Así que una acción puntual a lo mejor se queda corta. Si fuera una medida más dentro de programas de educación, publicidad, campañas etc. po-

Realmente somos un complemento de la cirugía, no somos competidores, sino que actuamos cuando el cirujano no tiene indicación de intervenir”

dría atacar más contundentemente la situación.

**Los avances en técnicas para tratar estos problemas han avanzado enormemente en los últimos años. ¿Esto hace que aumente el número de pacientes y que no haya tanto miedo actualmente a este tipo de tratamientos?**

Los especialistas en aparato digestivo que nos dedicamos a la endoscopia, gracias a las nuevas técnicas, accedemos a un mayor número de pacientes que antes no tenían solu-

ción para su problema. Estos pacientes antes se movían en un terreno en el que no eran candidatos para ser pacientes quirúrgicos y tampoco la dieta y el ejercicio les solucionaban sus problemas a medio largo plazo. Ese gap ahora lo estamos llenando: estos pacientes ahora sí que tienen una puerta abierta para poder tratarse.

**Su equipo se dedica a las técnicas para el tratamiento de la obesidad no quirúrgicas. ¿Cuál es el perfil de sus pacientes?**

Efectivamente nuestros servicios se basan en técnicas no quirúrgicas. La obesidad se cataloga en función de varios parámetros, siendo el más objetivo y generalizado el índice de masa corporal (IMC). Cuando un paciente tenga un IMC mayor de 40 es candidato a cirugía bariátrica. Nosotros, los endoscopistas, aplicamos técnicas en pacientes que tienen un IMC entre 30 y 40, es

decir, sobrepesos moderados-graves y obesidades menos severas. Realmente somos un complemento de la cirugía, no somos competidores, sino que actuamos cuando el cirujano no tiene indicación de intervenir.

**El balón intragástrico, la técnica POSE, el Método Apollo... ¿Cada uno tiene un perfil distinto según el tipo de paciente?**

Todas estas técnicas abarcan a los pacientes con IMC entre 30 y 40, si bien a raíz de ensayos clínicos e investigaciones relativas estamos viendo que cada paciente, en función de su perfil psicológico, sus hábitos dietéticos e incluso su vida social, pueden ser mejores candidatos hacia una u otra técnica.

Por otro lado, hay que añadir que no servirán de nada esta técnicas si el paciente no hace un seguimiento de sus hábitos a nivel dietético ni psicológico. De este modo, tendemos a sentarnos con el paciente y discutir todas las opciones para ver cuál se adapta mejor, pero siempre dentro de un subgrupo de personas que no son candidatos a cirugía porque su IMC no es tan elevado.

**¿Nos podría decir qué es lo más novedoso en campo?**

La técnica más antigua, si podemos decirlo así, es el balón, pero éste ha ido evolucionando mucho. Ahora tenemos balones más duraderos (hasta 12 meses), se han desarrollado balones que son ingeribles (no necesitan una endoscopia para su colocación) y están surgiendo además otro tipo de balones que son inge-  
bibles y digeribles (no es necesaria una endoscopia ni para su colocación ni para su retirada). Por tanto, el balón, aunque sea una técnica más antigua no deja de estar evolucionando.

Después tenemos el Método POSE, que consiste en modifi-





La técnica más novedosa es Aspire, que consiste en colocar una sonda dentro del estómago de tal forma que el paciente controla su vaciamiento del contenido gástrico. Esto conlleva una reeducación nutricional”

car la anatomía del estómago creando unos pliegues y disminuyendo la capacidad del mismo. El paciente tendrá sensación de saciedad y fisiológicamente es muy correcto.

La tercera técnica que ha surgido es el Método Endosleeve (el mal llamado Apollo), que se aproxima a lo que hacen los cirujanos con la manga gástrica, es decir, hacer una verdadera tubulización del estómago y reducirlo para aumentar la sensación de saciedad y disminuir el vaciamiento gástrico.

La técnica más novedosa, aprobada por la FDA, es Aspire, que consiste en colocar una sonda dentro del estómago de tal forma que el paciente después de cada comida controla su vaciamiento del contenido gástrico. Es un sistema que está dando buenos resultados en los ensayos clínicos. Esto conlleva además una reeducación del paciente evidentemente. Como ésta, hay otras técnicas que están en fases preliminares y, como siempre en medicina, unas acabarán llegando y otras se quedarán por el camino.

**Lo que está claro es que a nivel mundial hay dinamismo en este campo...**

Sí, de hecho se están celebrando congresos internacionales muy punteros. Concretamente, en septiembre fui invitado a uno en Madrid con más de 200 participantes de más de 20 países.

**Además de tratar al paciente, otra de las labores de su equipo consiste**



**en la educación nutricional...  
¿Cuál es el tiempo medio de seguimiento para estos pacientes?**

Cuando hablamos de estas técnicas endoscópicas, siempre hablamos de un tratamiento multidisciplinar. Además de la endoscopia, el paciente está acompañado de endocrinólogos, nutricionistas, psicólogos y especialistas en deporte. De esta forma, el paciente debe estar en seguimiento no menos de un año. Todo lo que sea menos de ese tiempo está condenado al fracaso.

**¿El mayor índice de fracasos en estos casos radica precisamente en el seguimiento y conducta del paciente posterior a su intervención?**

Sin duda, el paciente es el actor principal de esta película. Nosotros ponemos los medios, mostramos el camino y le llevamos de la mano durante un tiempo, pero es el paciente el que tiene que cambiar de mentalidad para que en el futuro no vuelva a tener el mismo problema. Es una inversión en salud, la estética solo acompaña al proceso. Digamos que la estética es un efecto secundario.

**Asociadas a la obesidad hay muchas otras enfermedades. ¿Una intervención de obesidad puede ayudar a eliminar otras como la diabetes?**

Sin duda, hay enfermedades que están clarísimamente relacionadas con la obesidad, como las cardiovasculares, la diabetes o los síndromes metabólicos. Todas ellas son patologías que provocan una mortalidad elevada y un consumo de recursos sanitarios muy alto. Incluso hay estudios que relacionan la obesidad con ciertos tipos de cáncer, con lo que estamos hablando de un problema serio de salud pública. Así que una intervención como las que hablamos anteriormente puede minimizar el riesgo de sufrir estas enfermedades en el futuro, con lo cual es una intervención preventiva de gran valor.

**¿Nos puede dar algún balance de este departamento en el hospital desde su implantación?**

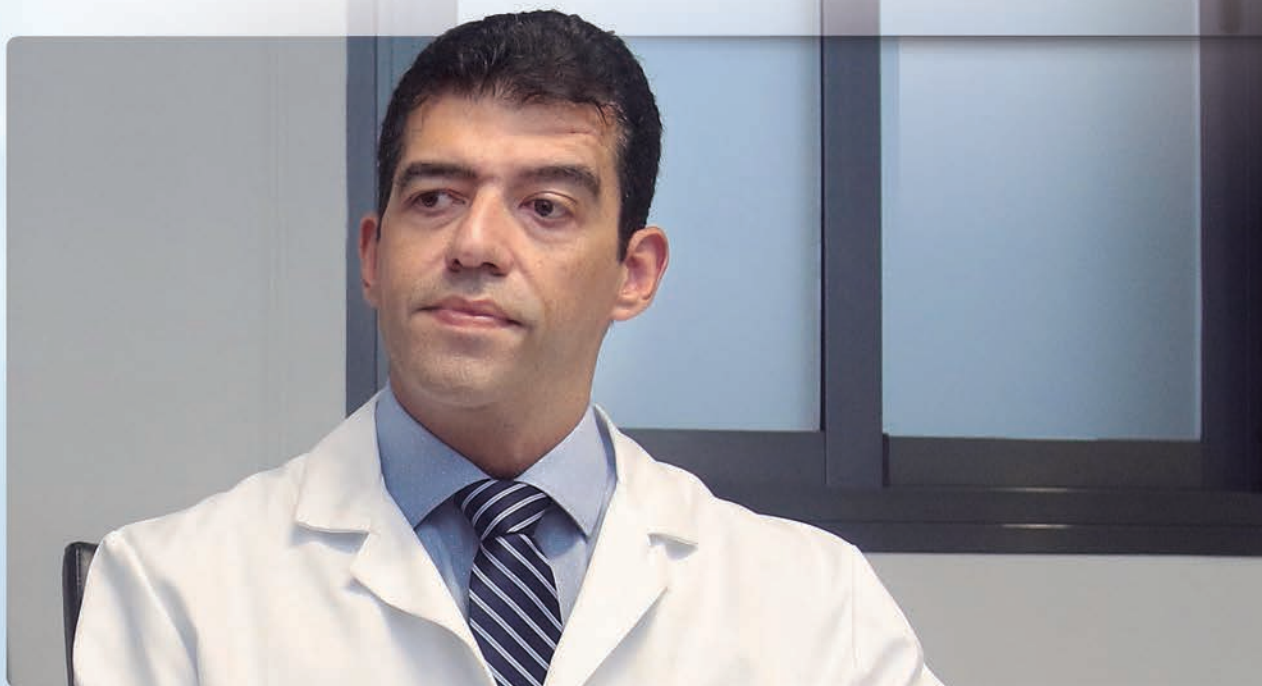
Trabajamos codo con codo con nutricionistas, endocrinólogos, psicólogos, licenciados en Ciencias del Deporte y también contamos con el apoyo fundamental del cirujano bariátrico. Entre todos seleccionamos la mejor técnica posible para cada paciente. No obstante, el hospital se vuelca con otras especialidades como enfermería, anestesia o también traumatología, quienes ven a pacientes con problemas en las articulaciones derivados de la obesidad.

Como unidad establecida en el hospital llevamos más de dos años

**El paciente es el actor principal de esta película. Nosotros ponemos los medios, mostramos el camino y le llevamos de la mano durante un tiempo”**

con unos 40-50 pacientes entre técnicas quirúrgicas y endoscópicas. Si a eso le sumamos pacientes que no se hacen intervenciones, sino que se les hace seguimiento nutricional, podemos sumar otro centenar al año. 





## Dr. Diego Sánchez Muñoz

- **Licenciatura:** Licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad de Sevilla
- **Especialidad:** Médico Especialista en Aparato Digestivo

### Sociedades

- Sociedad Andaluza de Patología Digestiva (SAPD)
- Asociación Española de Gastroenterología (AEG)
- Grupo Español para el Estudio de la Motilidad Digestiva (GEMD)
- European Group for Endoscopic Ultrasonography (EGEUS)
- European Society of Digestive Oncology (ESDO)
- Grupo Español de Trabajo para el Tratamiento Endoscópico del Metabolismo y la Obesidad (GETTEMO)

### Experiencia

- Abordaje clínico de las patologías del aparato digestivo, con especial dedicación a la enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa), así como actitud de prevención activa de neoplasias del aparato digestivo (fundamentalmente cribado de cáncer colorrectal)
- Formación y experiencia en técnicas ecográficas diagnósticas e intervencionistas
- Formación y experiencia en pruebas funcionales digestivas (test de aliento, manometría esofágica, phmetría 24 h, manometría anorrectal, biofeedback)

- Amplia experiencia en técnicas endoscópicas, incluyendo cápsula endoscópica. Amplia experiencia en técnicas de endoscopia terapéutica, con formación específica en técnicas endoscópicas bajo control radiológico (cpre, colocación de stent, dilataciones, etc)
- Experiencia en manejo y tratamiento del sobrepeso y la obesidad, tanto clínico como endoscópico (colocación de balón intragástrico, método POSE, método Endosleeve)

### Publicaciones:

- Más de 100 comunicaciones a congresos regionales, nacionales e internacionales de la especialidad, con algunos premios a la mejor comunicación entre ellos
- 35 publicaciones en revistas nacionales e internacionales de la especialidad, con un factor de impacto calculado > 100 puntos
- 15 capítulos de libros de temas relacionados con la especialidad

### Premios

- Premio a la formación de médicos especialistas del Hospital Universitario de Valme durante el periodo 2001-2005
- Experiencia como investigador principal y colaborador en ensayos clínicos de la especialidad