

Cirugía para la **Obesidad mórbida**

GUÍA PARA EL PACIENTE

Índice

Pág. 3	• Objetivo.
Pág. 4	• Complicaciones de la obesidad. • Indicaciones para la intervención.
Pág. 5	• Contraindicaciones para la cirugía. • La intervención.
Pág. 6	• Tipos de cirugía de la obesidad
Pág. 8	• Peligros y complicaciones de la cirugía. • ¿Qué resultados se esperan de la cirugía?
Pág. 10	• Hospitalización. • Periodo preoperatorio. • Fase postoperatoria.
Pág. 11	• Dieta en su domicilio de vuelta a casa. Primer control en consultas • Recomendaciones generales de nutrición • Resumen de la fase de progresión en la dieta • Periodo de recuperación.

Objetivo

Este libreto tiene como objetivo ofrecer una orientación a los pacientes sobre los pasos que siguen tras la toma de decisión de indicar una cirugía para la obesidad. Es importante señalar que someterse a una intervenciónLa posibilidad de someterse a una intervención de cirugía de la obesidad requiere la máxima información posible. Por esta razón, este ebook se plantea como un instrumento de ayuda y orientación a los pacientes.

Las enfermedades que se asocian con la obesidad que prvocan un cambio en su denominación pasando a definirse como "obesidad mórbida", las indicaciones y tipos fundamentales del tratamiento quirúrgico de la obesidad, con sus ventajas e inconvenientes. Este folleto puede ayudar a un mejor conocimiento de algunos aspectos, que podrán ser aclarados de forma específica en una consulta con el especialistaq.

La obesidad se define como un acúmulo anormal o excesivo de grasa que puede ser perjudicial para la salud, que con frecuencia causa limitación física y puede condicionar incluso la muerte. La forma más práctica para conocer el grado de obesidad de un individuo es conociendo el Índice de Masa Corporal (IMC). El Índice de Masa Corporal se calcula dividiendo el peso del paciente en kg por el cuadrado de su altura en metros (multiplicando por dos el resultado de la altura).

Quando el grado de la obesidad es moderado puede ser valorado un tratamiento conservador con dieta o mediante un balón gástrico. Ambos tratamientos asociados a modificaciones del comportamiento y a practicar actividad física, Cuando existe un fracaso en los tratamientos conservadores o la obesidad se presenta en etapas avanzadas se ha propuesto la cirugía como único tratamiento que es capaz de mantener resultados de pérdida de peso a largo plazo y mejorar las enfermedades asociadas.

COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD

- **La obesidad** afecta seriamente al sistema circulatorio donde sus efectos perjudiciales se manifiestan a través de una hipertensión o fallos de corazón.
- La presencia de grasa en el tórax y el abdomen, hace necesario un mayor esfuerzo para que los pulmones se expandan de forma normal y en esta situación la capacidad de la respiración esta disminuida.
- Aumentan también las alteraciones gastro-intestinales tales como el reflujo gastro-esofágico y, en particular la existencia de piedras en la vesícula.
- Las células grasas interfieren con la síntesis de hormonas estrogénicas en las mujeres, lo que ocasiona que tengan períodos menstruales irregulares, dificultad para concebir y presenten cáncer de útero con mayor frecuencia.
- Casi la mitad de los pacientes extremadamente obesos desarrollan diabetes tipo 2.
- Finalmente las personas obesas tienen mayor dificultad para movilizarse por sus molestias en las articulaciones que sustentan el peso (rodillas o tobillos).

INDICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN

- Los pacientes obesos ($IMC > 40 \text{ kg/m}^2$) se consideran candidatos para tratamiento quirúrgico (tabla I).
- En los demás casos ($IM > 35 \text{ kg/m}^2$), los riesgos de la cirugía podrían superar sus beneficios. En los pacientes que existen SAOS, diabetes tipo 2, hipertensión, colesterol alto, problemas en las articulaciones, dolor de espalda, piernas varicosas, la pérdida de peso inducida con la intervención mejora estas enfermedades.

TABLA I. Indicación de la cirugía de la obesidad

- Obesidad mórbida: $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$.
- Obesidad mórbida: $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$ y comorbilidades (enfermedades cardiovasculares, pulmonares, metabólicas o articulares).
- Pacientes adultos entre 18 y 70 años.
- Conocer que la cirugía requiere mantener hábitos saludables.
- Disposición para visitas médicas frecuentes.
- Expectativas realistas sobre los resultados.

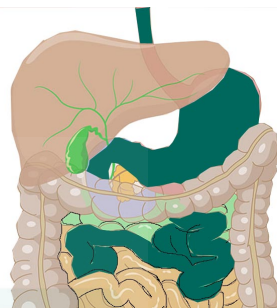
CONTRAINDICACIONES PARA LA CIRUGÍA

- La presencia de **enfermedad de las válvulas del corazón o angina de pecho activa** puede descartar a algunos enfermos para la cirugía.
- Los pacientes con **úlceras gástricas o duodenales** no podrán operarse hasta que se resuelvan
- Los enfermos con un **comportamiento alimentario de tipo bulímico**.
- El **embarazo y el período de lactancia** también serán motivo de exclusión.
- Pacientes con **trastornos psiquiátricos graves**
- Pacientes con **dependencia a alcohol u otras drogas**.

LA INTERVENCIÓN

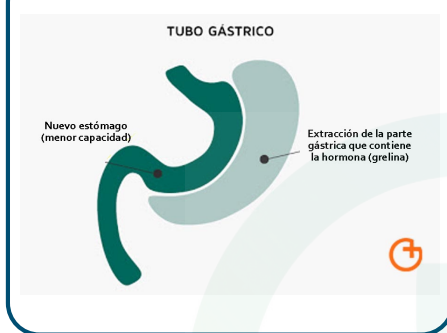
- Existen muchos tipos de cirugías. En la actualidad hay dos tipos fundamentales de operaciones. Las de **tipo restrictivo** (limitación a la ingesta) y las de **tipo mixto o malabsortivo** (limitación de la absorción de los alimentos).
- Conociendo la anatomía (Fig. 1). Las intervenciones restrictivas afectan sólo al estómago. Las mixtas afectan también al intestino.

Fig. 1 Anatomía del aparato digestivo



- Actualmente todas las intervenciones para la obesidad se realizan mediante **abordaje laparoscópico**.
- La cirugía mínimamente invasiva permite un mejor control del dolor postoperatorio, una recuperación más rápida que permite moverse con facilidad y un rápido restablecimiento de la tolerancia digestiva.
- El **alta del hospital es rápida**. Habitualmente la estancia es menor a dos días y en el domicilio se recomienda estar activos con paseos y siguiendo las indicaciones dietéticas del equipo médico.
- La progresión hacia una dieta normal es lenta y siempre es recomendable el asesoramiento de un equipo multidisciplinar.

GASTRECTOMÍA VERTICAL



1. Gastrectomía vertical o tubo gástrico. Consiste en la creación de un nuevo estómago con forma de tubo eliminando la capacidad de distensión del estómago que se extirpa, convirtiendo el nuevo estómago en un recipiente reducido que admite pocos alimentos. Al retirar el estómago se elimina también la hormona que induce a la inestabilidad, se denomina la grelina.

BY-PASS GÁSTRICO



2. Bypass gástrico, consiste en la realización de un reservorio gástrico de pequeño tamaño que vacía al intestino delgado, a través de un orificio que se fabrica de una manera específica. El objetivo de esta intervención es doble, por una parte reducir la capacidad del estómago, al igual que en la gastroplastia, y crear un cierto componente de Dumping (para disminuir la absorción de los alimentos).

DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA



3. Derivación biliopancreática, es una cirugía de malabsorción que consiste en la creación de un nuevo estómago con capacidad suficiente para una ingesta adecuada excluyendo la parte distal gástrica. El estómago proximal se conecta a la porción inferior del intestino delgado (en Y de Roux), derivando los alimentos ingeridos para que se limite la cantidad de nutrientes absorbidos

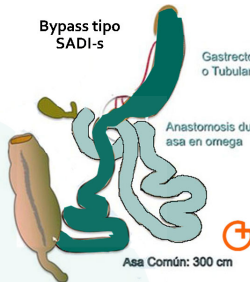
BY-PASS TIPO SADI

Bypass tipo
SADI-s

Gastrectomía Vertical
o Tubular

Anastomosis duodeno-ileal con
asa en omega

Asa Común: 300 cm



4. SADI-s, es un tipo de cruce duodenal modificado, en el que sólo hay que hacer una anastomosis. El SADI-S nace como una simplificación del cruce duodenal introducido en 1988 por Douglas Hess, y que a su vez, se basaba en la gastrectomía vertical y la derivación duodeno-intestinal en Y de Roux.

PELIGROS Y COMPLICACIONES DE LA INTERVENCIÓN

- Toda la cirugía de la obesidad está considerada como cirugía mayor y esto significa que **no está ausente de potenciales complicaciones**. Gracias a la laparoscopia este tipo de riesgo se han reducido de modo significativo.

- El riesgo está en función de las características del paciente y sus enfermedades y el tipo de técnica que se va a realizar.

- En el **Bypass Gástrico** tiene un riesgo inferior entre el 0,3 y el 0,4%. De igual modo, el registro español de la gastrectomía vertical cifra el riesgo en el 0,36% en grupos de gran experiencia.

- Pueden ocurrir con mayor frecuencia **complicaciones menores** tales como infección de la herida y dificultad para expulsar las secreciones pulmonares, estreñimiento.

- Entre las **complicaciones tardías más** frecuentes está la reganancia de peso, la úlcera de la unión gastrointestinal o los mareos en el bypass después de ingerir líquidos azucarados. Todas éstas ocurren de manera ocasional, y lo más frecuente es el vómito a causa de la ingesta inadecuada de comida.

- En las operaciones de By-pass gástrico es posible que los pacientes presenten, con el paso del tiempo, déficit de calcio hierro y vitamina B12, así como, de calcio y vitaminas liposolubles.

¿QUÉ RESULTADOS PUEDEN ESPERARSE DE LA CIRUGÍA?

- **Después de una cirugía se consideran buenos resultados, una pérdida del 70-80% del sobrepeso anterior a la cirugía.**

- Esta pérdida es generalmente rápida al principio (de 4 a 5 kg por mes durante el primer trimestre) y un poco más lenta posteriormente (de 2 a 3 kg por mes). Aunque, en general, todos los pacientes pierden peso, hay una gran variación en el porcentaje de peso, según el grado de cooperación del paciente para seguir la dieta después de la cirugía.

- Cuatro de cada cinco pacientes logran una pérdida de esta magnitud.

A continuación les explicaremos las etapas por las que tendrá que pasar en una cirugía de la obesidad:

HOSPITALIZACIÓN

Período preoperatorio

- Ingresará en una habitación, se colocará un suero en la vena y se rasurará el abdomen.
- La cirugía dura aproximadamente 1:30 horas. Ingresará en la UCI tras la operación para control tras la cirugía
- Es importante la presencia de sus familiares para informarles de los detalles de la cirugía.

Fase postoperatoria

- Al día siguiente de la intervención, será devuelto a la habitación
- Podrá estar acompañado de su familia.
- Iniciará la toma de líquidos en pequeñas cantidades. Idealmente los líquidos serán fríos o templados.
- Es recomendable que pueda moverse con ayuda por la habitación.
- En el caso que lleve una CPAP es recomendable mantener su uso.

- Se le facilitará un dispositivo para realizar ejercicios respiratorios. En general se recomiendan como mínimo diez respiraciones profundas y un par de golpes de tos cada hora.
- Se realizará la prevención de la trombosis venosa con la administración de heparina de modo subcutáneo.
- Sólo tendrá ligeras molestias en la herida del lado derecho (herida por la que se extrae el estómago).

Actualmente **no utilizamos drenajes ni ninguna sonda:**

- Sueroterapia. Se mantendrán los sueros durante su estancia en la clínica para facilitar que esté bien hidratado.
- Sonda urinaria. En el caso de tener antecedentes de hiperplasia de próstata o tomar tratamiento para ella puede ser necesaria su colocación.
- Drenaje abdominal. Se indica de modo personalizado a criterio del equipo quirúrgico.
- Es muy importante que usted **camine lo antes posible**; permanezca la mayor parte del tiempo fuera de la cama y cuando beba procure estar sentado.

Las heridas estarán cubiertas con apósitos. El tiempo promedio de estancia en el hospital después de **la intervención quirúrgica es de 2 a 3 días.**

SU DIETA DE VUELTA A CASA

La dieta después de la cirugía de obesidad será la misma que la indicada durante la preparación previa a la intervención. Es importante.

Dieta líquida

- El recomendable beber un **cantidad adecuada de líquidos** durante los primeros días. Mínimo 1 litro/día.
- **No debe utilizarse "paja"** para prevenir tragar aire durante la aspiración del líquido.
 - Los líquidos deben ser **fríos o templados** en la primera semana.

Tratamiento médico

- Durante los primeros días es recomendable tomar un **analgésico** para reducir las molestias y favorecer la movilización adecuada.
- Dependiendo de la técnica se pauta un **protector gástrico** para prevenir inflamaciones o estímulos en las uniones intestinales
 - La prevención de la trombosis con **heparina.** Es fundamental en el postoperatorio.

PRIMER CONTROL EN CONSULTA

- En el control se valorará su estado clínico.
- Se le darán pautas nuevas de medicación.
- Se revisarán las heridas y se retirarán los puntos de piel
- Es recomendable no realizar esfuerzos que comprometan el abdomen
- Se le visitará por la nutricionista para iniciar las pautas de progresión alimenticia.

RECOMENDACIONES GENERALES DE NUTRICIÓN

- Comer despacio y masticar bien hasta que la consistencia sea pastosa
- Debe tardar entre 20 y 30 minutos para efectuar cada comida,
- Cuente el número de veces que mastica cada mordedura. Apunte hacia 30.
- Explique por qué Ud debe comer despacio a miembros de la familia
- Tome mordiscos pequeños de comida.
- Aprenda a saborear cada mordisco, fijándose en su sabor y textura.
 - Escuche su estómago. Cuando tenga sensación de plenitud debe pararse de comer
- Comidas con alimentos de baja consistencia y textura son necesarias si tiene
- Cuide su dentadura para poder masticar correctamente.
 - La progresión en los alimentos será acompañada por un nutricionista experto.

RESUMEN DE LA FASE DE PROGRESIÓN EN LA DIETA

Dieta líquida primera semana

- Dieta líquida con líquidos claros como agua, infusiones tipo manzanilla o poleo menta, zumos diluidos o caldos claros. Recuerde incorporar las proteínas en polvo.
- A partir del 3er día y con una duración aproximada hasta los 10 días.
- Leche desnatada
- Yogurt líquido desnatado
- Bebidas de soja
- Sopas claras
- Zumos de fruta y de verdura (diluidos con agua)

Fase de progresión alimenticia

- Estas fases pueden iniciarse al cabo de unas semanas tras la cirugía, según la tolerancia individual, siempre que se toleren sin problemas los alimentos de la fase anterior y su duración será personalizada.
- Las recomendaciones nutricionales serán pautadas por la nutricionista

Cambio de estilo de vida

- **Modificar sus hábitos dietéticos.** Evitar "picoteos" y el hambre emocional.

- **Controlar el aporte calórico** para perder una cantidad adecuada de peso.

- **Evitar comer grandes cantidades para evitar el vómito.**

FASE DE RECUPERACIÓN

- La mayor parte de pacientes se recuperan en 10-15 días tras la cirugía
- La vuelta al trabajo dependerá de la carga física del mismo. Si su trabajo es sedentario podrá incorporarse en una semana
- Es recomendable no conducir durante los primeros 10 días tras la cirugía para prevenir maniobras bruscas imprevisibles
- Debe proponerse realizar actividad física de aeróbica, inmediatamente tras la intervención (caminar, bailar). La actividad 'anaeróbica', a partir del mes de la cirugía, es recomendable para mejorar el contorno corporal