

Cirugía de la OBESIDAD

INFORMACIÓN PARA LOS PACIENTES

INFORMACIÓN ELABORADA POR INTRAOBES

www.intraobes.com

902 884 886

AUTOR: DR MIGUEL ÁNGEL ESCARTÍ. CIRUJANO BARIÁTRICO.

La Obesidad y sus consecuencias

¿Qué es la obesidad?

La obesidad es un exceso de grasa corporal y afecta a más del 15% de la población española.

¿Cómo se mide la obesidad?

Se mide calculando el índice de masa corporal (IMC): peso en kilos dividido entre la talla en metros al cuadrado. El valor normal es de 18-23 kg/m² en mujeres, y 20-25 kg/m² en varones.

La obesidad tiene diferentes grados:

- IMC 30-35 obesidad grado I
- IMC 35-40 obesidad grado II
- IMC 40-50 obesidad grado III (antes mórbida)
- IMC >50 obesidad grado IV o superobesidad

¿Qué complicaciones produce la obesidad?

La obesidad produce una serie de complicaciones graves para la salud tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), síndrome de apnea obstructiva del sueño, enfermedades coronarias, etc. A mayor grado de obesidad y mayor tiempo de evolución de ésta, mayor frecuencia y gravedad de las enfermedades que provoca.

¿Por qué tratarme si estoy bien?

Si usted padece obesidad puede que no tenga ninguna enfermedad ni síntomas, sólo una disminución de su calidad de vida y tal vez de su autoestima. También conlleva en ocasiones marginación social, laboral y/o disminución de la fertilidad.

Sin embargo, está demostrado que la obesidad asocia un riesgo de mortalidad por cualquier causa respecto de las personas con normopeso que se multiplica por 1,2-1,5 veces en la obesidad grado I (IMC 30-35) y por 1,5-2,5 veces en la obesidad grado II (IMC 35-40). En la obesidad grado III o mórbida el riesgo de mortalidad aumenta de forma geométrica (Fuente: American Cancer Society, 1992, Lew EA, Garfinkel L).

¿Por qué utilizar técnicas intervencionistas?

Las dietas con o sin ayuda de fármacos y/o psicólogos fracasan en la inmensa mayoría de casos cuando el IMC del paciente es superior a 30 kg/m². El paciente pierde peso pero lo recupera con facilidad. El paciente recae a menudo por hambre y porque no conseguimos modificar sus hábitos alimentarios.

El único tratamiento que ha demostrado ser efectivo a largo plazo para el tratamiento de la obesidad grado III o mórbida y sus enfermedades asociadas es la cirugía de la obesidad (Fuente: Buchwald H. 2004 ASBS Consensus conference. Bariatric surgery for morbid obesity. J Am Coll Surg 2005; 200:593-604).

¿Qué son las técnicas intervencionistas para la obesidad?

Son aquellas técnicas que van más allá de las dietas y los fármacos. Consisten básicamente en dos principios: disminuir la capacidad del estómago (restrictivas) para que el paciente pueda comer menos y tenga saciedad antes, y disminuir la absorción del alimento ingerido (malabsortivas).

Son técnicas **restrictivas** el balón intragástrico, la banda gástrica ajustable y la gastrectomía vertical. Son técnicas **mixtas**(restrictiva+malabsortiva) el bypass gástrico en Y de Roux y **malabsortivas**el cruce duodenal y la derivación biliopancreática.

¿Cuál es la mejor técnica para cada paciente?

La mejor técnica es aquella que se adapta al sobrepeso del paciente, a su perfil alimentario, psicológico y a su estilo de vida.

En general, nuestro equipo recomienda:

IMC 30-35 -> Balón intragástrico

IMC 35-45 -> Banda gástrica ajustable o gastrectomía vertical según la edad, perfil alimentario, psicológico y enfermedades asociadas del paciente.

IMC 40-55 -> Gastrectomía vertical o bypass gástrico según la edad, perfil alimentario, psicológico y enfermedades asociadas del paciente.

IMC >55 -> Bypass gástrico en Y de Roux o gastrectomía vertical según la edad, perfil alimentario, psicológico y enfermedades asociadas del paciente.

¿Qué requisitos deben cumplir los pacientes?

Los pacientes deben ser evaluados por nuestro cirujano de obesidad, psicólogo clínico y médico nutricionista. Posteriormente se acepta al paciente para su tratamiento –o se rechaza- si consideramos que el tratamiento no será beneficioso para él.

Antes de la técnica

El paciente debe acudir en ayunas de 8 horas, habiendo tomado la premedicación y la preparación recomendada en cada paciente y técnica.

En todos los casos se realiza un preoperatorio completo. En los casos de cirugía hay que realizar un estudio radiológico del tracto digestivo superior y en algunos casos según las enfermedades asociadas del paciente: endoscopia digestiva alta, ecografía abdominal u otras pruebas.

La técnica

Todas las técnicas se realizan en quirófano, bajo control anestésico y por especialistas en cirugía bariátrica.

Después de la técnica

El paciente es controlado en el hospital por especialista y dado de alta de acuerdo a los protocolos técnicos en vigencia en cada caso.

Dietas, estilo de vida y pérdida de peso

Una vez los pacientes se alimentan con dieta sólida nuestro equipo de nutricionistas diseña dietas personalizadas adaptadas a las necesidades de cada paciente en función de la evolución de su peso y del cumplimiento del programa. Le proponemos y estimulamos al paciente para que modifique su estilo de vida en el sentido de hacer algo de ejercicio y corregir sus hábitos sedentarios.

Programa de revisiones

El primer mes el paciente es revisado cada 15 días. Posteriormente y de manera orientativa nuestro programa incluye una revisión cada mes. Estas revisiones son realizadas por cirujanos, psicólogos clínicos y médicos nutricionistas para tratar todos los aspectos de la obesidad.

¿Se pueden realizar otras cirugías asociadas ala cirugía de obesidad?

Efectivamente, la gran ventaja de operar sin abrir el abdomen (abordaje laparoscópico) es que podemos asociar cirugías que a veces es necesario realizar en el mismo acto quirúrgico y con una agresión quirúrgica mínima. Entre estos procedimientos se encuentran la colecistectomía, es decir la extirpación de la vesícula biliar por cálculos u otra patología asociada como reparaciones herniarias, otro problema común en la obesidad. Otras técnicas a considerar son cirugías de tipo ginecológico, adhesiolisis o liberación de adherencias, reparación de hernias hiatales, etc.

Objetivo final: modificar hábitos alimentarios

Recuerde que el objetivo fundamental es modificar sus hábitos alimentarios. Sólo así conseguiremos hacerle perder mucho peso y que mantenga esta pérdida a lo largo de su vida.

Por lo tanto, tenga claro que estas técnicas requieren de un esfuerzo por su parte. Nosotros le enseñaremos que comer lo necesario no equivale a pasar hambre y que esfuerzo no es lo mismo que sacrificio.

BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE POR LAPAROSCOPIA



¿Qué es?

Es una anilla de silicona con una cámara hinchable en su parte interna que se coloca alrededor de la parte superior del estómago disminuyendo su capacidad.

Evaluación del paciente

Antes de la intervención el paciente es evaluado meticulosamente por el equipo de INTRAOBES (cirujano, médico nutricionista y psicólogo clínico), que tras estudiar al paciente de forma individualizada lo aceptan o rechazan para el programa de banda gástrica.

INTRAOBES analiza el perfil alimentario y psicológico de cada candidato con el fin de optimizar los resultados.

El estudio de los candidatos a banda gástrica incluye analítica completa, radiografía de tórax, electrocardiograma, estudio radiológico del tracto digestivo superior y en algunos casos, pruebas funcionales respiratorias y ecografía hepatobiliar.

¿En quién está indicado?

La banda gástrica ajustable está indicada en pacientes con índice de masa corporal superior a 35 con complicaciones derivadas de la obesidad o índice de masa corporal superior a 40.

También en adolescentes mayores de 14 años cuyo perfil psicológico y desarrollo corporal estén próximos a los de la edad adulta.

Intervención

La intervención de banda gástrica ajustable por laparoscopia es una sencilla intervención de 45 minutos de duración que se realiza por vía laparoscópica, es decir, sin abrir el abdomen. A las 6 horas de la intervención el paciente deambula y tolera líquidos y habitualmente puede marcharse a casa al día siguiente.

Postoperatorio

El paciente puede reincorporarse a su actividad habitual a los 7-10 días. A los 7 días se retiran los puntos, y durante 2-3 semanas se mantiene una dieta líquida-pastosa para que se acostumbre al nuevo calibre de paso del estómago.

Seguimiento

Durante 1 año el Equipo de profesionales de INTRA OBES sigue al paciente de manera individualizada y estrecha, adaptándonos a sus necesidades y su estilo de vida. Se incide en tres aspectos: médico, nutricional y psicológico.

El ajuste de banda

La cámara hinchable de la banda va unida a un depósito de suero que se coloca en profundidad bajo la piel del abdomen. En sólo 10 minutos mediante una técnica indolora que no requiere ingreso, podemos acceder a este depósito y cerrar o abrir la cámara. La consecuencia es que disminuimos o aumentamos la luz de la banda, lo que produce una disminución del apetito.

La banda gástrica se coloca con la cámara deshinchada por ser más cómoda para el paciente. El primer ajuste se realiza a las 6 semanas de la intervención y posteriormente 2-3 veces más durante el primer año. Después, sólo si la banda requiere su apertura por pérdida de peso o algún ajuste por no saciedad.

Ventajas

- Sencilla.
- Agresión mínima: sin abrir abdomen (laparoscopia), no se corta ni se grapa el tubo digestivo. Es por ello la técnica de cirugía bariátrica que menor tasa de complicaciones tiene.
- Rápida recuperación.
- Ajustable.
- Reversible.
- Igual eficacia medida en % de sobrepeso perdido y mantenido a 5 años que el by-pass gástrico en pacientes con IMC entre 35 y 45 kg/m².

Inconvenientes

- Es una técnica en la que es relativamente fácil tomar alimentos hipercalóricos no recomendados sin sentir saciedad (ejemplos: chocolate, queso, alcohol, etc). A esta situación la llamamos "sabotear".
- Por ello es una técnica menos efectiva en picoteadores, tomadores de dulces o de alcohol o pacientes con hábitos alimentarios muy desordenados.

Contraindicaciones

- Cirugía gástrica previa (excepto en cirugía de revisión del bypass).
- Patología gástrica (úlceras activas, varices esofágicas, etc).
- Contraindicaciones psicológicas.

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE BANDA GÁSTRICA

¿Me sentiré mal con frecuencia después de la operación?

La Banda Gástrica Ajustable limita la ingestión de alimentos. Si siente náuseas o se siente mal regularmente, eso puede indicar que no está masticando sus alimentos lo suficientemente bien o que no está siguiendo las reglas dietéticas en forma adecuada. Sin embargo, también puede indicar que hay un problema con el calibre de ajuste de la banda, de modo que, si el problema persiste, póngase en contacto con nosotros. Los vómitos deben evitarse en la medida de lo posible, ya que pueden causar la dilatación del pequeño estómago que hay encima de la banda y estrechamiento del paso a través de la banda. También pueden causar el deslizamiento de parte del estómago a través de la banda y reducir el éxito de la operación.

¿Cuánto tiempo necesitaré para recuperarme después de la cirugía?

Los pacientes normalmente pasan 24 horas hospitalizados. La mayoría de los pacientes necesitan aproximadamente una semana para volver al trabajo, y un mes para reanudar el ejercicio físico.

¿Cuánto peso perderé?

Los resultados de la pérdida de peso varían de un paciente a otro y la cantidad de peso que usted pierda depende de varias cosas. La banda debe estar en la posición correcta y usted necesita haberse comprometido a su nuevo estilo de vida y hábitos de comidas. La cirugía para la obesidad no es una panacea, y los kilos no desaparecerán por sí solos. Es muy importante establecer metas razonables de pérdida de peso desde el comienzo. Es posible una pérdida de 0.5 a 1 kilo a la semana en el primer año de la operación, pero la pérdida más probable es de 0.5 kilos a la semana. Las pérdidas semanales de peso generalmente son menores doce a dieciocho meses después de la operación. Recuerde que debe perder peso gradualmente. La pérdida demasiado rápida crea un peligro para la salud y puede causar numerosos problemas. La meta principal es una pérdida de peso gradual que mejore o resuelva los problemas médicos asociados con la obesidad severa, así como el cambio en los hábitos de vida para mantener esta disminución de peso para toda la vida.

La mayoría de los pacientes pueden experimentar una pérdida entre el 50-60% del exceso de peso a los 5 años de seguimiento.

¿Cómo se comparan los resultados de pérdida de peso con Banda Gástrica Ajustable con los del Bypass Gástrico?

Los cirujanos han informado que los pacientes sometidos a bypass gástrico pierden peso más rápidamente durante el primer año. Sin embargo, a los cinco años, muchos pacientes con Banda Gástrica Ajustable han logrado una pérdida de peso similar o algo menor a la de los pacientes con bypass gástrico. Concéntrese en la pérdida de peso a largo plazo y recuerde que es importante perder peso gradualmente mientras reduce los riesgos relacionados con la obesidad y mejora su salud.

¿Se necesitan visitas frecuentes al equipo de seguimiento después de la cirugía con Banda Gástrica Ajustable?

La evaluación periódica con su equipo de seguimiento es una parte normal y muy importante en los pacientes con Banda Gástrica Ajustable. Durante el primer año, el equipo médico visita a sus pacientes cada dos semanas durante el primer mes, y con regularidad mensual aproximada posteriormente. Los ajustes se realizan durante alguna de estas visitas. Es típico que las visitas de seguimiento se programen cada tres a seis meses durante el segundo y tercer año, dependiendo del caso individual.

¿Limita alguna actividad física el Sistema de la Banda Gástrica Ajustable?

El Sistema de la Banda Gástrica Ajustable no afecta la actividad física, por ejemplo, ejercicios aeróbicos, de estiramiento y vigorosos.

¿Cómo se ajusta la banda?

Los ajustes se realizan de manera ambulatoria. Este procedimiento puede realizarse en el departamento de radiología del hospital, donde el puerto de acceso puede visualizarse claramente o en el consultorio médico bajo control ecográfico o incluso con palpación manual. Se pasa una aguja fina a través de la piel dentro del puerto de acceso, para añadir o quitar solución fisiológica. Este proceso ocupa unos pocos

minutos y la mayoría de los pacientes declara que es prácticamente indoloro.

¿Tengo que tener cuidado con el puerto de acceso situado inmediatamente debajo de la piel?

No hay restricciones basadas en el puerto de acceso. Éste está colocado debajo de la piel, en la pared abdominal y sujeto a la aponeurosis, una vez que las incisiones han cicatrizado no debe limitar el ejercicio físico. Algunos pacientes refieren pinchazos ocasionales en la zona del puerto al estornudar, toser o reírse mucho pero la molestia pasa en unos días. La única sensación que puede experimentar relacionada con el puerto de acceso, ocurre cuando acude para hacer ajustes. Si siente molestias persistentes en el área del puerto, hable con su cirujano.

¿Se puede extraer la banda?

Aunque el Sistema de Banda Gástrica Ajustable no se diseñó para ser retirada, puede hacerse en algunos casos por vía laparoscópica. Los estudios informan que el estómago generalmente vuelve a su forma original, una vez que se retira la banda. Sin embargo, después de la retirada, es posible que usted vuelva a su peso original. Por ello en la retirada de banda puede recolocarse otra banda o convertir la técnica en otra como la gastrectomía vertical o el bypass gástrico.

¿Es verdad que la Banda Gástrica Ajustable parece estar “más ajustada” en diferentes momentos del día?

Esta es una sensación bastante común, especialmente para personas con bandas ajustadas o inmediatamente después de un ajuste. Durante el día, el contenido de agua en el cuerpo cambia y esto puede causar que la banda se sienta “más ajustada” parte del tiempo. Algunas mujeres también notan que la Banda Gástrica Ajustable se siente más ajustada durante la menstruación.

¿Sentiré hambre con la Banda Gástrica Ajustable?

La Banda Gástrica Ajustable hace que coma menos y se sienta satisfecho de dos maneras: primero reduciendo la capacidad de su estómago y segundo aumentando el tiempo que el alimento necesita para pasar a través del aparato digestivo. Después de una comida pequeña, cuya cantidad varía de una persona a otra, usted

deberá sentirse satisfecho. Si obedece las normas de nutrición cuando elige su comida, y luego la mastica bien, no debe sentirse con hambre. Recuerde que el Sistema de Banda Gástrica Ajustable es un dispositivo para ayudarle a cambiar sus hábitos de comidas.

¿Qué pasará si me pongo enfermo?

Una de las ventajas principales del Sistema de la Banda Gástrica es que puede ajustarse. Si su enfermedad requiere que coma más, la banda puede aflojarse quitándole solución fisiológica. Cuando se haya recuperado de su enfermedad y quiera volver a perder peso, la banda puede volver a ajustarse aumentando la cantidad de solución fisiológica.

¿Qué ocurre en el embarazo?

A medida que pierda peso puede ser más fácil quedar embarazada. Su ciclo menstrual puede volverse más regular. Si necesita comer más mientras está embarazada, la banda puede aflojarse.

INTRAOBES controlará su nutrición durante su embarazo. Algunas de nuestras embarazadas pueden llegar a perder peso durante el embarazo, por supuesto sin que el feto sufra ninguna carencia nutricional. Después del embarazo, se le puede volver a ajustar y usted puede reanudar su pérdida de peso.

¿Necesitaré tomar complementos vitamínicos?

El 75% de los pacientes con banda gástrica los necesita mientras está perdiendo peso. Esta necesidad viene determinada por síntomas como cansancio, caída capilar o fragilidad de uñas o cuando la pérdida de peso supera el kilo/semana de media. Nosotros le pautaremos el suplemento vitamínico que necesite.

¿Qué pasa con otros medicamentos?

Debe poder tomar los medicamentos que se le prescriben, aunque tal vez necesite al principio abrir las cápsulas, partir las tabletas grandes por la mitad o disolverlas en agua para que no se atasquen al pasar por el estrechamiento que produce la banda (lo llamamos estoma) y le causen trastornos. Siempre pregunte al médico que le prescribe los medicamentos acerca de esto. Tal vez su médico le diga que

restrinja tomar aspirinas y otros analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, porque pueden irritarle el estómago.

¿Qué pasa si salgo a comer?

Nosotros le enseñaremos a pedir en el restaurante.

Pida solamente una pequeña cantidad de alimentos y coma lentamente. Termine al mismo tiempo que sus compañeros de mesa (o más lento). Tal vez quiera informar por adelantado a su anfitrión que no puede comer mucho.

¿Qué pasa con el alcohol?

El alcohol tiene muchas calorías que no alimentan (vacías) y descompone a las vitaminas. Sin embargo, una copita de vino u otra bebida alcohólica de vez en cuando no se considera lesivo para la pérdida de peso.

¿Puedo comer cualquier cosa con moderación?

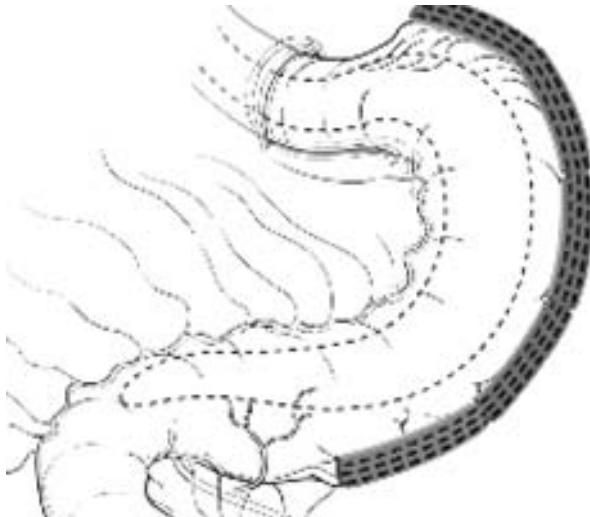
A los 20 días de la operación, puede comer la mayoría de los alimentos que no le causen molestias. Sin embargo, como puede comer muy poco, es importante que incluya alimentos ricos en vitaminas y nutrientes importantes y como le aconsejen su cirujano y/o dietista. Si come alimentos que contienen mucho azúcar y grasa, o bebe líquidos llenos de calorías "vacías", el efecto de la banda puede reducirse enormemente o hasta estar cancelado.

¿Sufriré de estreñimiento?

Puede haber alguna reducción en el volumen de las heces, lo que es normal después de reducir el consumo de alimentos, ya que estará comiendo menos fibra. Esto no debe causarle problemas severos. Si se enfrenta con dificultades, consulte con su médico. Él puede sugerirle que tome un laxante suave y beba abundante agua por un tiempo. Sus necesidades variarán, pero debe beber al menos 6 a 8 vasos de agua al día.

GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

(sinónimos: gastrectomía tubular, manga gástrica, sleevegastrectomy)



La gastrectomía vertical es una técnica restrictiva que consiste en reducir la capacidad del estómago mediante la extirpación en forma vertical de la porción izquierda del estómago (el 80%). A diferencia del bypass gástrico, el 80% del estómago no se excluye sino que se quita o extirpa.

La clave de esta técnica radica en que por un lado disminuimos la capacidad del estómago de forma permanente en un 80% (restricción de volumen) y además en ese 80% se incluye el fondo gástrico, es aquí donde se produce una hormona que estimula el apetito (ghrelina). El paciente queda por tanto con un estómago más pequeño, en forma de tubo o de "manga", lo que permite que se sienta satisfecho con menos cantidad de comida pero además con una reducción notoria del apetito.

Con la cirugía de Manga Gástrica, la mayoría de los pacientes pueden experimentar una pérdida del exceso de peso de un 60-70% en un período de 6 a 12 meses, además presenta un menor índice de complicaciones quirúrgicas que el Bypass Gástrico, teniendo una pérdida inicial de peso similar. Este procedimiento mantiene la continuidad del estómago con el resto del intestino, sin necesidad de derivaciones o anastomosis –uniones- intestinales y evita el síndrome de vaciamiento rápido (dumping), porque preserva la integridad del esfínter del píloro.

Entre otras ventajas, presenta un menor índice de complicaciones médicas debido a deficiencias nutricionales y requiere un control médico menos estricto que el Bypass Gástrico. Esto se debe a que el alimento discurre por el camino natural y no “salta” –como en el bypass- determinadas zonas de intestino. La recuperación es muy rápida, requiere un promedio de 2-3 días de hospitalización y el reinicio laboral se puede llevar a cabo a partir del 10º día.

En nuestra experiencia, la gastrectomía en manga comparada con otros procedimientos bariátricos brinda al paciente una buena calidad de vida, con mucha menor necesidad de controles que la banda gástrica, sin dejar una prótesis de por vida y con una pérdida de peso a largo plazo bastante similar a la del Bypass Gástrico. Nosotros realizamos este procedimiento por vía laparoscópica o mínimamente invasiva.

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE GASTRECTOMÍA VERTICAL

¿Cómo será mi dieta después de la cirugía de la Manga Gástrica?

Durante el primer mes después de la operación se aconseja una dieta basada fundamentalmente en purés, sopas, caldos y cualquier tipo de líquidos. Después del primer mes, se comienza una alimentación sólida de forma progresiva, incorporando legumbres, frutas, pescados y posteriormente carne. Es recomendable ingerir tres comidas pequeñas al día y dos tentempiés, masticando bien los alimentos sólidos y parando tan pronto como se sienta satisfecho. No beba mientras esté comiendo. Hágalo una hora antes y después de la comida. Evite comer entre las comidas y coma solamente alimentos de buena calidad, esencialmente ricos en proteínas y vitaminas. Las verduras y frutas, la carne, los huevos, el pan y los cereales son buenos alimentos para escoger. Los alimentos ricos en grasas y azúcares deben ser evitados. Es recomendable beber suficientes líquidos durante el día, pero evite las bebidas con muchas calorías.

¿Qué complicaciones tiene la cirugía?

Las complicaciones de este procedimiento son similares a cualquier otra cirugía

abdominal e incluyen entre otras: sangrado, infección y obstrucción. También dependerá de las comorbilidades (enfermedades asociadas a la obesidad) y de la experiencia del cirujano. Sin embargo, esta cirugía no es menos segura que otras técnicas, y sus riesgos en general son menores que el dejar la obesidad mórbida sin tratar.

En la gastrectomía en manga se insiste mucho que el paciente tome pequeños volúmenes de alimento líquido y con gran frecuencia para prevenir la sobrepresión en la parte alta del tubo gástrico y secundaria a ésta la fuga y posible peritonitis-reintervención que puede ocurrir hasta 15-20 días tras la cirugía.

¿Cuánto tiempo permaneceré en la clínica?

Generalmente los pacientes ingresan el día de la cirugía y la mayoría de los pacientes permanece en la clínica un promedio de 2-3 días de hospitalización.

¿Mejorarán mis problemas médicos después de la cirugía?

Luego de la cirugía se ha visto que algunas enfermedades asociadas a la obesidad (comorbilidades) mejoran o incluso se curan. La hipertensión arterial se cura en un 60-65% de los casos y mejora en el 90%. La diabetes mellitus se cura en el 75% y mejora casi en el 100%. Las alteraciones del colesterol y triglicéridos se curan en el 65% y mejoran en el 90%. También hay otras mejorías significativas en asma, osteoartritis, apnea durante el sueño y otras comorbilidades (1).

¿Cuál es el porcentaje de éxito de la cirugía?

La mayoría de los pacientes pueden esperar una pérdida de peso del 50 al 70% del exceso de peso en un periodo de 6 a 12 meses, solo con la cirugía de Manga Gástrica. En el caso de los pacientes superobesos (IMC >55), la realización de un segundo procedimiento variará según el grado de pérdida de peso, típicamente entre los 12 a 18 meses, sin embargo la mayoría de los pacientes con obesidad mórbida, no necesitan de un segundo procedimiento que los ayude a lograr el peso ideal y pueden experimentar una pérdida del exceso de peso del 60-70% a los 5 años de seguimiento.

¿Puedo quedar embarazada después de la cirugía de Manga Gástrica?

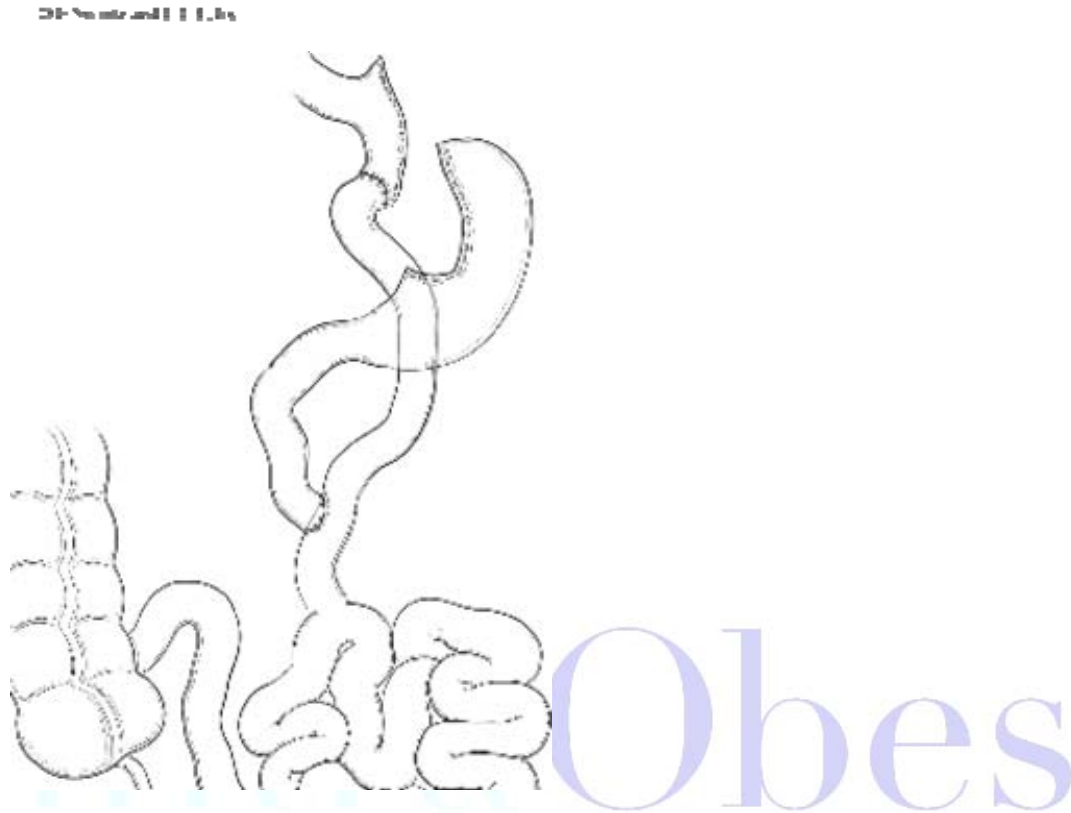
La obesidad mórbida produce infertilidad y muchas mujeres no pueden quedar embarazadas y si lo hacen, corren un grave riesgo para la salud del bebe y de la madre. Una vez operadas, la posibilidad de quedar embarazadas es mucho más alta que cuando están obesas y es necesario tener un control durante los primeros meses ya que no se aconseja el embarazo inmediato. La recomendación es evitar el mismo durante el primer año del postoperatorio. Pasado este tiempo, se considera que la situación corporal es óptima para tener un embarazo como el de cualquier mujer sana en periodo fértil.

¿Necesitaré cirugía plástica para el exceso de piel cuando haya perdido una proporción grande de peso?

Eso no siempre ocurre. Por regla general, la cirugía plástica no será considerada al menos por unos dos años después de la operación ya que, la piel se moldeará alrededor del nuevo tejido corporal. Dé a la piel el tiempo que necesita para ajustarse antes de decidir someterse a otra cirugía. La dermolipectomía abdominal o reparación del colgajo cutáneo graso abdominal, la consideramos solo en aquellos casos que se considere necesario y el paciente lo demande.

Investigación y tratamiento de la Obesidad

BYPASS GASTRICO EN Y DE ROUX LAPAROSCÓPICO CON ASA LARGA



El Bypass Gástrico, es considerado por la American Society for Bariatric Surgery (ASBS) y por los National Institutes of Health (NIH) de los USA como el estándar oro de las cirugías para la pérdida de peso frente al que hay que comparar el resto de técnicas. Se considera el mejor procedimiento para la pérdida del exceso de peso y para el control del mismo a largo plazo. Su gran inconveniente es la mortalidad del 1% asociada a la técnica que no consiguen rebajar ni siquiera los mejores centros del mundo.

(Fuentes:

1. Wolfe BM, Morton JM. Weighing in on bariatric surgery: procedure use, readmission rates, and mortality. *JAMA* 2005; 19; 294(15): 1960–1963.
2. Fernandez AZ Jr, DeMaria EJ, Tichansky DS, et al. Multivariate analysis of risk factors for death following gastric bypass for treatment of morbid obesity. *Ann Surg* 2004; 239(5): 698–702.

3. *Fernandez AZ Jr, DeMaria EJ, Tichansky DS, et al. Experience with over 3,000 open and laparoscopic bariatric procedures: multivariate analysis of factors related to leak and resultant mortality. Surg Endosc 2004; 18(2): 193–197.*

Esta es la cirugía bariátrica más realizada en España, y la segunda más realizada en todo el mundo tras la banda gástrica. Por otro lado, en los últimos 3-4 años, la gastrectomía vertical está ocupando una parte cada vez más significativa de la actividad quirúrgica de los centros de cirugía bariátrica de todo el mundo.

El Bypass Gástrico es una técnica quirúrgica mixta, que se beneficia de la restricción gástrica por medio de una sección del estómago a lo largo de la curvatura menor del mismo, lo que permite que el paciente se sienta satisfecho con menos cantidad de comida y, al mismo tiempo, se beneficia de la malabsorción intestinal asociando una derivación de los alimentos para que éstos no pasen por las primeras asas intestinales y se produzca una menor absorción de nutrientes y calorías. De esta forma los mecanismos del adelgazamiento son más eficaces y se perpetúan en el tiempo, manteniendo a los pacientes en la situación más próxima posible a su peso normal.

Investigación y tratamiento de la Obesidad
Entre sus principales ventajas, produce una pérdida de peso inicial rápida, es posible realizarla como un procedimiento mínimamente invasivo y presenta un promedio de pérdida de peso total algo mayor que con banda gástrica. Puede causar algunas complicaciones médicas debido a deficiencias nutricionales si no se tiene un seguimiento adecuado y presenta un mayor índice de complicaciones quirúrgicas y mortalidad que la gastrectomía vertical o la banda gástrica ajustable.

Este procedimiento puede ser realizado por vía abierta o laparoscópica, sin embargo la vía laparoscópica ofrece todos los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, es decir menos dolor y rápida recuperación. Además, la gran ventaja de la laparoscopia para la obesidad es la de una drástica disminución de las tasas de hernia incisional (hasta 20% en cirugía abierta) y bajo índice de infecciones de la herida operatoria (hasta un 17% en cirugía abierta). Nosotros ofrecemos este procedimiento por vía laparoscópica.

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE BY-PASS GÁSTRICO

¿Cómo será mi dieta después de la cirugía del Bypass Gástrico?

Durante el primer mes después de la operación se aconseja una dieta basada fundamentalmente en purés, compotas, sopas, caldos y cualquier tipo de líquidos. En general puede comerse "de todo", pero triturado o transformado en puré. Esta medida evita problemas con la anastomosis gastro-yeyunal recientemente construida y con el edema o inflamación inicial que pueda existir. También evita posibles vómitos iniciales o intolerancia a algún tipo de alimento.

Entre el mes o mes y medio del postoperatorio puede realizarse un control radiológico que nos asegura del paso correcto entre el reservorio gástrico y el intestino. A partir de este momento, se comienza la alimentación sólida de forma progresiva, incorporando legumbres, frutas, pescados y posteriormente carne.

Habitualmente tres meses después de la operación, se está comiendo casi de todo, siendo muy raros el vómito o las náuseas. Aunque generalmente se admite cualquier tipo de comida, las cantidades suelen ser pequeñas ya que la sensación de saciedad es rápida y con poca cantidad de alimento.

¿Necesitaré tomar complementos vitamínicos?

Después del Bypass Gástrico, es posible que ocurran algunas deficiencias nutricionales debido a una reducción en la absorción de vitaminas como A, D y K, ácido fólico y vitamina B 12, así como de calcio y hierro. Por lo general, esto se puede prevenir si se toman las vitaminas y los suplementos nutricionales necesarios después de la cirugía. Estos se deben de tomar de por vida.

¿Qué es el Síndrome de Vaciamiento Rápido o "Dumping"?

Es una reacción fisiológica observada en algunos pacientes sometidos a Bypass Gástrico. Este síndrome se caracteriza por una reacción corporal muy desagradable que consiste en sensación de mareos, palpitaciones, sudoración profusa, náuseas y a veces dolor abdominal o diarrea después de ingerir bebidas y alimentos con un

alto contenido de azúcar. Si se evitan los alimentos que contienen mucho azúcar, se pueden prevenir dichos síntomas.

¿Qué complicaciones tiene la cirugía?

Aunque la operación del Bypass Gástrico se considera segura, las complicaciones de este procedimiento son similares a cualquier otra cirugía abdominal. Dada la similitud a la cirugía abierta, el procedimiento del Bypass Gástrico laparoscópico muestra un espectro casi idéntico de complicaciones que la cirugía abierta como fístulas, obstrucción intestinal así como riesgo de embolia pulmonar y trombosis venosa profunda. No obstante, hay varias complicaciones postoperatorias que parecen ser más frecuentes con los procedimientos laparoscópicos como las estenosis gastro-yeyunales y las hernias internas. Existen otras complicaciones que son más usuales con la cirugía abierta como la infección y la hernia incisional. La tasa de complicaciones mayores ocurre en hasta el 10% de los casos.

¿Cuánto tiempo pasaré en la clínica?

Generalmente, los pacientes ingresan el día anterior de la cirugía y la mayoría permanece en la clínica un promedio de 3 a 4 días de hospitalización.

¿Mejorarán mis problemas médicos después de la cirugía?

Luego de la cirugía se ha visto que algunas enfermedades asociadas a la obesidad (comorbilidades) mejoran o incluso se curan. La hipertensión arterial se cura en un 60-65% de los casos y mejora en el 90%. La diabetes mellitus se cura en el 90% y mejora en el 100%. Las alteraciones del colesterol y triglicéridos se curan en el 65% y mejoran en el 90%. También hay otras mejorías significativas en asma, osteoartritis, apnea durante el sueño y otras comorbilidades.

¿Cuál es el porcentaje de éxito de la cirugía?

El Bypass Gástrico es el procedimiento más efectivo de todos, muestra una pérdida del exceso de peso del 65-75% a los 5 años de seguimiento. La bajada de peso es más significativa en el primer año después de la cirugía. Las otras técnicas tienen resultados un poco inferiores si comparamos a pacientes de cualquier IMC.

¿Se pueden realizar otras cirugías asociadas al Bypass Gástrico también

por vía laparoscópica?

Efectivamente, la gran ventaja del abordaje laparoscópico es el poder asociar cirugías que a veces es necesario realizar en el mismo acto quirúrgico y aprovechar las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva. Entre estos procedimientos se encuentran la colecistectomía, es decir la extirpación de la vesícula biliar por cálculos u otra patología asociada, reparaciones de hernia de hiato, etc.

¿Necesitaré cirugía plástica para el exceso de piel cuando haya perdido una proporción grande de peso?

Eso no siempre ocurre. Por regla general, la cirugía plástica no será considerada al menos por unos dos años después de la operación ya que, la piel se moldeará alrededor del nuevo tejido corporal. Dé a la piel el tiempo que necesita para ajustarse antes de decidir someterse a otra cirugía. La dermolipectomía abdominal o reparación del colgajo cutáneo graso abdominal, la consideramos solo en aquellos casos que se considere necesario y el paciente lo demande.

¿Puedo quedar embarazada después de un Bypass Gástrico?

La Obesidad Mórbida produce infertilidad y muchas mujeres no pueden quedar embarazadas y si lo hacen, corren un grave riesgo para la salud del bebe y de la madre. Una vez operadas, la posibilidad de quedar embarazadas es mucho más alta que cuando están obesas y es necesario tener un control durante los primeros meses ya que no se aconseja el embarazo inmediato. La recomendación es de evitar el mismo durante el primer año del postoperatorio. Pasado este tiempo, se considera que la situación corporal es óptima para tener un embarazo como el de cualquier mujer sana en periodo fértil.

CIRUGÍA DE OBESIDAD Y DIABETES

Evidencias y antecedentes

A mediados de los años 90 del siglo XX empezó a evidenciarse que la cirugía de la obesidad implicaba una mejoría significativa de la diabetes de los pacientes. Un

cirujano bariátrico, Buchwald (JAMA 2004), concluyó en su revisión sobre 22.000 pacientes operados que el 76% curan la diabetes, y un 85% mejoran significativamente.

En función de la técnica el porcentaje de mejorías significativas/curaciones fue:

cruce duodenal	98% casos
bypass gástrico	83% casos
banda gástrica ajustable	50-73% casos

Ventajas e inconvenientes de la cirugía bariátrica en el paciente diabético

Hay dos ventajas claras

1. El tratamiento se cumple sin errores (es como si el paciente hiciera una dieta perfecta y todos los días del año). El tratamiento médico de la diabetes es seguido fielmente en no más del 50% de los pacientes.
2. El tratamiento mantiene la efectividad con el tiempo.

Indicaciones de la cirugía de la obesidad en diabéticos

- Índice de masa corporal mayor de 35
- Diabetes mellitus tipo II de < 10 años de evolución y función pancreática preservada (péptido C mayor a 1) (en caso contrario la diabetes mejorará o curará con menor probabilidad, incluso se han vistos casos en los que no ha mejorado).
- Necesidades de antidiabéticos orales y/o insulina en progresión por mal control de la diabetes
- Edad 20-60 años

Resultados

En pacientes no obesos se estima que curan su diabetes un 74% de casos y mejoran significativamente más del 95%.

Bibliografía

1. *Sánchez-Pernaute A, Torres AJ. Cirugía Metabólica. CirEsp 2008; 84: 1-2.*
2. *Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, et al. Bariatricsurgery. A systematicreviewand meta-analysis. JAMA. 2004;292:1724-37.*
3. *Dixon JB, O'Brien PE, Playfair J, Chapman L, Schachter LM, Skinner S, et al. Adjustablegastricbandingandconventionaltherapyfortype 2 diabetes. JAMA. 2008;299:316-23.*
4. *Martínez M, Elía M. Cirugía de revisión bariátrica. En Martín-Duce A, Díez del Val I, eds. Cirugía de la Obesidad Mórbida. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Pp 369-372 Editorial Arán. Madrid.*
5. *Web de la Sociedad Española de Cirugía de Obesidad. www.seco.org*
6. *Buchwald H. 2004 ASBS Consensusconference. Bariatricsurgeryformorbidobesity. J Am Coll Surg 2005;200:593-604.*
7. *Wolfe BM, Morton JM. Weighing in onbariatricsurgery: procedure use, readmission rates, andmortality. JAMA 2005; 19;294(15):1960–1963.*
8. *American SocietyforBariatricSurgery. Guidelinesforgrantingprivileges in bariatricsurgery. ObesSurg 2003;13:238–240.*
9. *Fernandez AZ Jr, DeMaria EJ, Tichansky DS, et al. Multivariateanalysisofrisk factors fordeathfollowinggastric bypass fortreatmentofmorbidobesity. Ann Surg 2004;239(5):698–702.*
10. *Fernandez AZ Jr, DeMaria EJ, Tichansky DS, et al. Experiencewithover 3,000 open andlaparoscopicbariatricprocedures: multivariateanalysisof factors related to leakandresultantmortality. SurgEndosc 2004;18(2):193–197.*

11. Ponce J, Dixon JB. 2004 ASBS Consensus Conference. *Laparoscopic adjustable gastric banding*. *Obes Surg* 2005; 310-316.
12. Ponce J et cols. *Laparoscopic adjustable gastric banding: 1014 consecutive cases*. *J Am Coll Surg* 2005; 201: 529-535.
13. Talieh J et cols. *Gastric bypass for morbid obesity: a standard surgical technique by consensus*. *Obes Surg* 1997; 7: 198-201.
14. Nguyen NT, Ho HS, Palmer LS, et al. *A comparison study of laparoscopic versus open gastric bypass for morbid obesity*. *J Am Coll Surg* 2000; 191(2): 149-155.
15. Oliak D, Ballantyne GH, Weber P, et al. *Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: defining the learning curve*. *Surg Endosc* 2003; 17(3): 405-408.
16. Schauer P, Ikramuddin S, Gourash W, et al. *Outcomes after Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass*. *Ann Surg* 2000; 232: 515-529.
17. Wittgrove AC, Clark GW. *Laparoscopic gastric bypass, Roux-en-Y- 500 patients: technique and results, with 3-60 month follow-up*. *Obes Surg* 2000; 10(3): 233-239.
18. Flum DR, Dellinger EP. *Impact of gastric bypass operation on survival: a population-based analysis*. *J Am Coll Surg* 2004; 199(4): 543-551.