

C S B Consorci Sanitari de Barcelona



IMAS

Hospital del Mar

Cirugía por **Obesidad mórbida**

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Hospital del Mar
Passeig Marítim, 25-29
Tel. 93 248 30 00
08003 Barcelona

www.imasbcn.org



Cirugía por **Obesidad mórbida**

PARA EL PACIENTE

INFORMACIÓN

Si usted está valorando la posibilidad de someterse a una intervención de este tipo, es importante que lea detenidamente este folleto.

Índice

- pág. **4** • Objetivo.
- pág. **5** • Complicaciones de la obesidad.
• Indicaciones para la intervención.
- pág. **6** • Contraindicaciones para la cirugía.
• La intervención.
- pág. **8** • Peligros y complicaciones de la cirugía.
• ¿Qué resultados se esperan de la cirugía?
- pág. **9** • Hospitalización.
• Periodo preoperatorio.
• Fase postoperatoria.
- pág. **10** • Dieta durante el postoperatorio.
• Dieta durante la hospitalización.
• Dieta durante las primeras seis semanas.
• Dieta de por vida.
- pág. **11** • Objetivos de la cirugía.
• Periodo de recuperación.
- pág. **12** • Problemas frecuentes después de la cirugía y forma de solucionarlos.
- pág. **13** • Resumen.
- pág. **14** • B.A.R.O.S
(Sistema de evaluación y análisis de resultados de la cirugía de la obesidad)

Objetivo

Este folleto tiene como objetivo ofrecer una orientación acerca de los peligros que conlleva el aumento excesivo de peso, las características del tratamiento quirúrgico de la obesidad, sus ventajas e inconvenientes. Este folleto no pretende sustituir la discusión de estos temas entre el médico y el paciente, pero pensamos que puede ayudar a un mejor conocimiento de algunos aspectos, que podrán ser aclarados de forma específica en una etapa posterior.

La obesidad constituye una alteración del estado de nutrición, 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.

Cuando la obesidad es moderada, se puede controlar con medidas conservadoras que incluyen modificaciones del comportamiento y/o dieta, pero para sus etapas avanzadas se han propuesto diversas soluciones quirúrgicas (intervenciones) para su tratamiento.

COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD

- **La obesidad mórbida** (IMC >40 ó IMC >35 + comorbilidades). Afecta seriamente al sistema circulatorio donde sus efectos perjudiciales se manifiestan a través de una **presión alta o fallos de corazón**, por un aumento exagerado en su trabajo para compensar las necesidades de sangre de los tejidos. La presencia de grasa en el tórax y del abdomen, hace necesario un mayor esfuerzo para que los pulmones se expandan y de esta forma la capacidad de respiración también disminuye.
- Aumentan también las alteraciones gastrointestinales tales como el **reflujo gastroesofágico** 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**, y finalmente las personas obesas tienen mayor dificultad para obtener trabajo y divertirse.

INDICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN

- Sólo los pacientes muy obesos se consideran candidatos para tratamiento quirúrgico (tabla I). En los demás casos, los riesgos de la cirugía podrían superar sus beneficios. Los pacientes que se favorecen más con la cirugía son aquellos que tienen diabetes, presión alta, problemas en las articulaciones, dolor de espalda, piernas varicosas y otras alteraciones producidas por el sobrepeso.

TABLA I. Situaciones en que puede estar indicada la cirugía

- Obesidad mórbida: IMC >40 kg/m².
- Obesidad mórbida: IMC >35 kg/m² + comorbilidades (alteraciones cardiovasculares, pulmonares, metabólicas u osteomusculares de importancia).
- Pacientes adultos entre 18 y 60 años.
- Claro conocimiento de los efectos de la intervención.
- 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**, puede descartar a algunos enfermos para la cirugía. Los pacientes con **úlceras gástricas o duodenales** no podrán operarse hasta que se resuelvan y tampoco podrán ser incluidos los enfermos que piensen que con la cirugía lograrán llegar al peso normal de una manera fácil, así como, los enfermos con **un comportamiento alimentario de tipo bulímico**. **El embarazo y el período de lactancia** también serán motivo de exclusión, al igual que los pacientes con trastornos psiquiátricos graves o los pacientes con **dependencia al alcohol u otras drogas**.

LA INTERVENCIÓN

- Existen dos tipos fundamentales de intervención. En ambas, se crea un pequeño reservorio (cavidad) en el estómago, capaz de contener aproximadamente 30 ml, (el volumen equivalente a un vaso pequeño) con un orificio pequeño de salida.

1. La gastroplastia con banda (lap-band) consiste en poner una anilla o banda hincha-

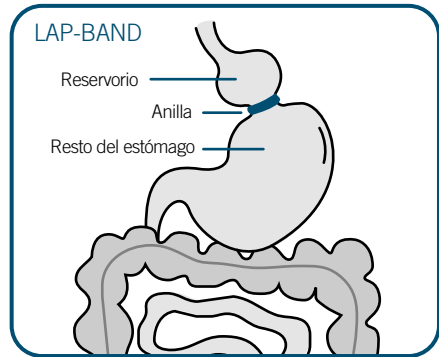


figura 1

ble de silicona en la entrada del estómago para evitar la ingesta masiva de alimentos. Esta bolsa se comunica con la parte inferior del estómago a través de un orificio de aproximadamente 1 cm de diámetro (figura 1).

2. La derivación gastro-yeyunal (by-pass gástrico proximal), 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 (figura 2). 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 componen-

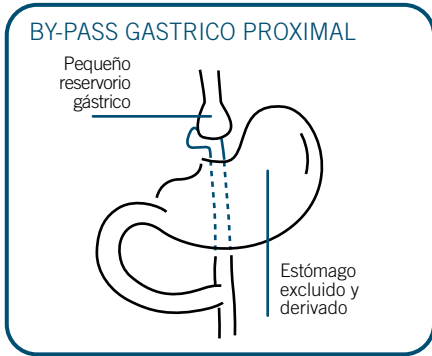


figura 2

te de Dumping (para disminuir la absorción de los alimentos).

3. Una variación del By-pass gástrico es la llamada **derivación gastro-yeyunal distal** (figura 3). La diferencia con la anterior consiste en que la unión del intestino que contiene los jugos pancreático y biliar se hace a dos metros de la desembocadura del intestino, —que contiene el alimento— en el colon, con la finalidad de que el proceso de digestión sólo se lleve a cabo en un segmento corto del intestino añadiéndose un componente de mala absorción para conseguir una mayor pérdida de peso.

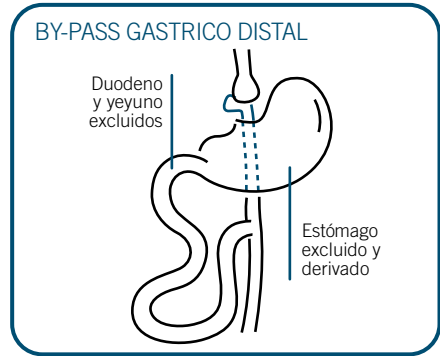


figura 3

Estos procedimientos se pueden realizar mediante **cirugía abierta** (convencional) o **laparoscópica** (cirugía de invasión mínima), que consiste en realizar pequeñas incisiones en el abdomen en las que se introducen a unos pequeños tubos, a través de los cuales se realiza la cirugía.

La elección de la técnica quirúrgica y de la vía de abordaje (abierta o laparoscópica) dependerá de la decisión que tomen el equipo de **especialistas de cirugía bariátrica del hospital** después de estudiar y valorar detenidamente cada caso.

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 graves**. Globalmente podemos decir que hasta un 20% de los enfermos presentan algún tipo de complicación. El riesgo de **mortalidad es del 1 al 2%**. Pueden ocurrir con mayor frecuencia **complicaciones menores** tales como infección de la herida y dificultad para expulsar las secreciones de los pulmones. Otras **complicaciones más graves** (e incluso mortales) como el desarrollo de coágulos en los pulmones, en las venas de las piernas (tromboclebitis), neumonía y fuga del contenido intestinal por los sitios de unión, se presentan de forma ocasional.
- Como **complicaciones tardías** pueden presentarse las siguientes: no bajar de peso de manera suficiente, estenosis del orificio de salida del estómago que requiera dilatación, o mareos después de ingerir líquidos azucarados. Todas éstas ocurren de manera ocasional, y lo más frecuente es el vómito a causa de la ingesta abundante de comida. Es frecuente la aparición de diarreas que

tienen mucho que ver con el control dietético que siga el enfermo si bien resulta habitual que aumente su ritmo intestinal.

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

¿QUÉ RESULTADOS SE ESPERAN DE LA CIRUGÍA?

- **Se consideran buenos resultados después de una intervención, la pérdida de 30 a 40% del peso anterior a la cirugía.** Por ejemplo la pérdida de 36 a 48 Kg en un paciente que pesa 120 Kg, será considerada como satisfactoria. Esta pérdida es generalmente rápida al principio (de 4 a 5 kg por mes) 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. Nosotros esperamos que cuatro de cada cinco pacientes logren una pérdida de esta magnitud.

A continuación les explicaremos los períodos por los que tendrá que pasar, en caso de que acepte que se le practique una intervención quirúrgica por su obesidad.

HOSPITALIZACIÓN

Período preoperatorio

- A su ingreso se le realizará una historia clínica y los estudios oportunos con la finalidad de identificar problemas recientes que pudieran influir en la cirugía. El día de la cirugía, se colocará un suero en la vena y se rasurará el abdomen. Es importante la presencia de sus familiares antes de la operación, y una vez terminada ésta, serán localizados para informarles de los detalles de la misma.

Fase postoperatoria

- Después de la intervención, serán ingresados en la **unidad de reanimación o de cuidados intensivos**, de acuerdo a sus condiciones y tras valoración por Servicio de Anestesia; es probable que al despertar todavía tenga el tubo de la anestesia en la boca. Tan pronto como sea posible regresará a su habitación.

- Es muy importante que **respire profundamente** varias veces al día y expulse todas las flemas, de esta manera sus pulmones se expandirán completamente y mejorará la respiración. En general se recomiendan como mínimo diez respiraciones profundas y un par de golpes de tos cada hora. Tendrá dolor en la herida quirúrgica, que mejorará con el uso de analgésicos. Podrá llevar varios tubos que se irán retirando de forma progresiva.

Cada uno tiene una función específica que describiremos brevemente:

Sonda nasogástrica. Es un pequeño tubo que a través de su nariz va al estómago. Se mantiene durante uno o dos días; tiene como función conservar el estómago vacío y evitar vómitos.

Líquidos en la vena. Teniendo en cuenta que no podrá comer ni tomar líquidos durante los primeros días de la intervención, es necesario administrar éstos a través de la vena.

- Es muy importante que usted **camine lo antes posible**; permanezca la mayor parte del tiempo fuera de la cama y cuando esté acostado, haga movimientos de flexión y

extensión de las piernas. La herida estará cubierta con un apósito durante aproximadamente 24 horas. El tiempo promedio de estancia en el hospital después de **la intervención quirúrgica es de 3 a 5 días**. A partir del segundo día iniciará un programa progresivo de toma de alimentos.

DIETA DURANTE EL POSTOPERATORIO

La dieta después de la cirugía de obesidad puede dividirse en tres fases:

Fase 1. Dieta durante la hospitalización

- Usted estará sin comer durante las primeras 24 horas tras la cirugía y sólo recibirá líquidos (agua, té, zumos de frutas) **en pequeñas cantidades (30 ml cada hora)**.
- Si tolera estos líquidos de forma adecuada, recibirá purés en cantidades pequeñas 3 veces al día. A partir de esta etapa no se le servirán líquidos durante las comidas para evitar que éstas pasen rápidamente al intestino. Deberá tomar los líquidos media hora antes o después de cada comida.

Fase 2. Dieta durante las primeras 6 semanas

- El objetivo de esta etapa es dar tiempo a

su nuevo estómago para que pueda cicatrizar. Deberá comer tres veces al día alimentos en forma de puré o bien finamente triturados.

- A partir de esta etapa recibirá además suplementos vitamínicos. Tampoco podrá tomar líquidos durante las comidas, ni líquidos azucarados a ninguna hora. Puede tomar bebidas dietéticas (sin calorías), café o té con endulzantes artificiales (sacarinas). No deberá ingerir bebidas alcohólicas durante seis meses.

Fase 3. Dieta de por vida

- Al finalizar las primeras semanas, podrá comer nuevamente alimentos de forma escalonada pero acostumbrándose a masticar muy bien y muy lentamente los mismos si no quieren tener vómitos.
- Recuerde que **su nuevo estómago puede recibir sólo cantidades pequeñas de alimento**. Deje de comer en el momento en que se sienta satisfecho, no trate de exceder la capacidad de su estómago. Hay ciertos alimentos que pueden ser difíciles de tolerar



obstrucción del orificio de salida del estómago, dolor y malestar abdominal.

- Algunos ejemplos de estos alimentos son: carne en forma de bistec o filete, vegetales



ricos en fibras (apio, maíz), vegetales crudos, frutas con membrana (naranja, mandarina),

frutas secas, nueces, palomitas y bebidas carbonatadas. La intolerancia a la comida varía de un individuo a otro por lo que tendrá que identificar los alimentos que le producen molestias. De forma general se debe evitar comida rica en grasa, fibra y alimentos difíciles de masticar. Asegúrese de tomar como mínimo un vaso de leche al día y evite azúcares (dulces, chocolates, azúcar, helados).

RECUERDE QUE LOS OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN SON:

- Modificar sus hábitos dietéticos.**

Deberá comer alimentos que condicionen un buen aporte nutritivo y evitar “picotear” entre las comidas principales.

- Reducir la cantidad de calorías que come** para perder una cantidad adecuada de peso.

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

En la tabla II se resumen algunos de los problemas que pueden aparecer después de la cirugía y consejos que los previene o alivian.

PERÍODO DE RECUPERACIÓN

- Muchas personas presentan un período de fatiga durante las primeras semanas de la cirugía, pero los niveles normales de energía se restablecen e incluso superan los de antes de la operación después de **6 u 8 semanas**. La mayoría de personas puede volver a trabajar después de 3 o 4 semanas de la intervención.

- Haga ejercicio diariamente, con una meta final de caminar de 4 a 5 km por día; puede nadar. Se recomienda no conducir hasta después del primer mes.

TABLA II Problemas frecuentes después de la cirugía de la obesidad y forma de solucionarlos

- **Náusea y vómito**

Sus principales causas son: comer muchos alimentos irritantes, demasiado rápido o mal masticados. Si ocurren después de tomar un alimento nuevo, espere algunos días, antes de volverlo a intentar. Puede ser necesario tomar más líquidos o purés temporalmente.

- **Dolor en hombros y/o tórax**

Si el dolor aparece al momento de comer, suspenda el alimento y no lo reinicie hasta que el dolor desaparezca.

- **Deshidratación**

Por toma insuficiente de líquidos, esto es más frecuente cuando aparecen náuseas y vómitos. Debe consumir como mínimo 6 vasos de agua al día.

- **Estreñimiento**

Es un síntoma frecuente durante el primer mes. Mejora fácilmente con modificaciones en el volumen de la comida. El uso regular de frutas y zumos reduce el estreñimiento.

- **Obstrucción de la salida del estómago**

La salida del estómago puede bloquear

se temporalmente por alimentos insuficientemente masticados. Produce náuseas, vómitos y dolor, y si persiste debe consultar al médico.

- **Ruptura de la línea de grapas**

Es una complicación poco frecuente. Debe evitar la ingesta de grandes cantidades de comida, a pesar de su buena tolerancia.

- **Aumento de tamaño del reservorio gástrico**

Es una complicación que puede evitarse comiendo cantidades pequeñas de alimentos. Una vez que aparece puede mejorar al modificar la textura y cantidad de los alimentos.

- **Ganancia de peso o imposibilidad para su reducción**

Debe ser evaluado por el médico. Las causas más frecuentes son ingesta abundante de líquidos azucarados o bien de comida en general.

- **Caída del cabello**






Durante el período de mayor pérdida de peso puede caerse el pelo. No se alarme, pronto volverá a crecer.

Resumen

- El tratamiento quirúrgico de la obesidad deberá practicarse únicamente cuando ésta sea de gran magnitud (**Obesidad Mórbida**).
- Las intervenciones condicionan una pérdida de peso, debido a la disminución forzada de la ingesta alimentaria.
- Existe definitivamente un riesgo para la cirugía, incluyendo la muerte.
- Como resultados de la intervención se espera una pérdida de peso de 1/3 del peso preoperatorio.
- La molestia más común después de la cirugía es el vómito, que está en relación con la toma abundante de alimentos.
- En los pacientes que disminuyan de peso, su energía, apariencia y estado global de salud mejorarán claramente.

Para cualquier duda o comentario póngase en contacto con el equipo de especialistas de cirugía bariátrica del hospital, a través del teléfono o consulte con su médico.

B.A.R.O.S. (Sistema de evaluación y análisis de resultados de la cirugía de la obesidad)

% Sobrepeso perdido (puntos)	Comorbilidades (puntos)	CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA
Ganacia de peso (-1)	Agravada (-1)	1. Autoestima  -1,0 -0,50 0 +0,50 +1,0
0-24% (0)	Sin cambios (0)	2. Física  -0,50 -0,25 0 +0,25 +0,50
25-48% (1)	Mejorada (1)	3. Social  -0,50 -0,25 0 +0,25 +0,50
50-74% (2)	Una mayor resuelta Otras mejoradas (2)	4. Laboral  -0,50 -0,25 0 +0,25 +0,50
75-100% (3)	Todas las mayores resueltas Otras mejoradas (3)	5. Sexual  -0,50 -0,25 0 +0,25 +0,50
Subtotal:	Subtotal:	Subtotal:

Complicaciones

Menor: Deducir 0,2 puntos
Mayor: Deducir 1 punto

Reoperación

Deducir 1 punto

Puntuación TOTAL:

Evaluación final

Sin comorbilidades

Fallo 0 o menos
Regular > 0 – 1,5
Buena > 1,5 – 3
Muy buena > 3 – 4,5
Excelente > 4,5 – 6

Con comorbilidades

Fallo 1 o menos
Regular > 1 – 3
Buena > 3 – 5
Muy buena > 5 – 7
Excelente > 7 – 9