

INFORMACIÓN AL PACIENTE

CIRUGÍA BARIÁTRICA

S. Endocrinología (H.U.L.A.)

Dra. Argüeso, Dr. Botana

(Jefe de Servicio : Dr. Vidal Pardo)

S. Cirugía General y del Aparato Digestivo (H.U.L.A.)

Dr. Conde , Dr. Couselo, Dra. Pérez Moreiras , Dra. González

(Jefe de Servicio: Dr. Costa)

S. Psicología (H.U.L.A.) Dra. Campos

S. Psiquiatría (H.U.L.A.) Dra. Canedo

(Jefe de Servicio: Dr. Vila)



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

Xerencia de Xestión Integrada
de Lugo, Cervo e Monforte

INFORMACIÓN CIRURXÍA DE LA OBESIDAD

La obesidad fue declarada por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad crónica debida a una excesiva acumulación de tejido graso en el organismo resultado de un desbalance entre la ingesta y el consumo diario.

Cuando una persona llega a los niveles críticos de obesidad (mas de 35 Kg. de exceso de peso) se denomina obesidad mórbida. La medida mas exacta es a través del Índice de Masa Corporal (peso en Kg. dividido la altura en m²) .

Cuando el IMC de una persona es superior a 35 Kg./m², hay un riesgo elevado de aparición de enfermedades asociadas o comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes, hiperlipidemias, graves trastornos respiratorios, cardíacos y de las articulaciones que aumentan su morbimortalidad.

Numerosos estudos han demostrado que el 98 % de las personas que sufren de Obesidad mórbida, fracasan en mantener a mediano y largo plazo (12 meses) el exceso de peso descendido logrado a través de dietas, tratamentos médicos y/o alternativos.

El descenso de peso y la corrección subsiguiente de las enfermedades asociadas a la obesidad mórbida que se obtiene después de la cirugía bariátrica es a largo plazo y mejora sustancialmente la calidad de vida del obeso grave.

INDICACIONES

- Edad comprendida entre 18y 60 años.
- Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 40.
- IMC entre 35 y 40 con dos o más comorbilidades (enfermedades asociadas.)
- Más de 5 años de obesidad mórbida.
- Haber fracasado luego de dietas y/o tratamentos médicos realizados seriamente.

CONTRAINDICACIONES

- Pacientes con un elevado riesgo de mortalidad operatoria.
- Pacientes portadores de una enfermedad neoplásica. (Cáncer)
- Pacientes alcohólicos y/o drogodependientes no rehabilitados.
- Grave enfermedad mental que imposibilite un seguimiento estricto.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La cirugía bariátrica tiene como objetivo prevenir la morbimortalidad ligada a la obesidad, reducir la comorbilidad asociada y mejorar la calidad de vida, a través de una pérdida de peso suficiente y mantenida en el tiempo. ***No es necesario que el paciente alcance su peso ideal para cumplir estos objetivos.***

PÉRDIDA DE PESO PREOPERATORIA:

Los pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica son capaces de realizar cambios de conducta y perder peso, incluso en porcentajes importantes, aunque no consiguen mantenerla a largo plazo sin el condicionamiento de la técnica quirúrgica. En general una pérdida de peso preoperatoria del 5-10%, sería suficiente para encontrar ventajas intra y perioperatorias, como disminución del tamaño hepático, mejor visión intraoperatoria, acortamiento del tiempo quirúrgico, reducción del número de complicaciones y menor estancia hospitalaria y finalmente mayor adherencia del paciente a los cambios de estilo de vida tras la cirugía.

La pérdida de peso se basará en la realización de ejercicio asociada a dieta hipocalórica de 1.200-1.500 calorías.

En casos seleccionados, se recurre a la colocación de un Balón intragástrico.

ESTUDIOS PREOPERATORIOS

La cirugía de la obesidad requiere la colaboración de un equipo médico formado por varios especialistas, en nuestro caso formado principalmente por:

- Cirujano experto y entrenado en este tipo de cirugía
- Psiquiatra y psicólogo
- Endocrinólogos
- Puntualmente y en función de las características de cada paciente se pedirá colaboración a otros especialistas

Una vez que usted haya sido seleccionada/o como candidato/a a este tipo de cirugía debe realizar una serie de pruebas médicas en función de las cuales se decidirá si puede o no someterse a la intervención

- Preoperatorio con **analítica** de sangre , orina, estudio hormonal (tiroides), radiografía de tórax y electrocardiograma.

- **Ecografía abdominal** para descartar alteraciones hepáticas, presencia de cálculos en la vesícula.
- **Estudio gastroduodenal** para comprobar la integridad y normalidad de su tracto gastrointestinal
- **Pruebas de función respiratoria**
- **Valoración psiquiátrica**
- Opcionalmente se realizarán otras pruebas en función de las necesidades de cada paciente.
- Por último será evaluado por el servicio de anestesia

TIPO DE INTERVENCIONES

¿Cuál es la intervención quirúrgica ideal?

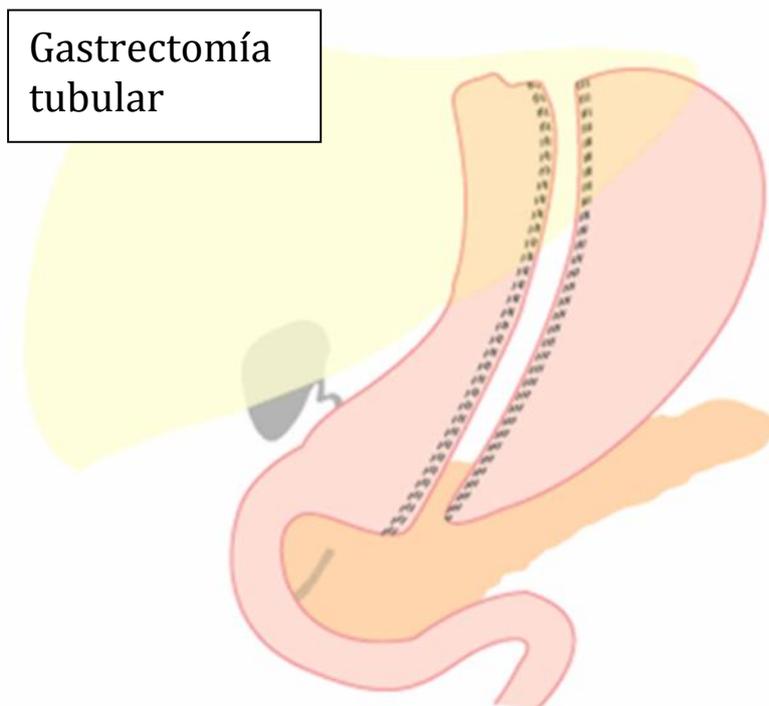
Son muchas las técnicas quirúrgicas de las que se dispone, no existiendo en la actualidad una operación "ideal" para perder peso.

La obesidad, es una patología crónica y de etiología desconocida, por lo cual, la cirugía bariátrica no pretende tratar la causa de la obesidad, sino modificar el funcionamiento del aparato digestivo y en consecuencia, cambiar los hábitos de los pacientes.

En la actualidad, no se dispone de datos suficientes para asignar selectivamente a cada paciente una determinada intervención quirúrgica, la elección de uno u otro tipo de cirugía dependerá de las características clínicas del paciente, posibles complicaciones que presente, así como de su comportamiento alimentario y perfil psicológico.

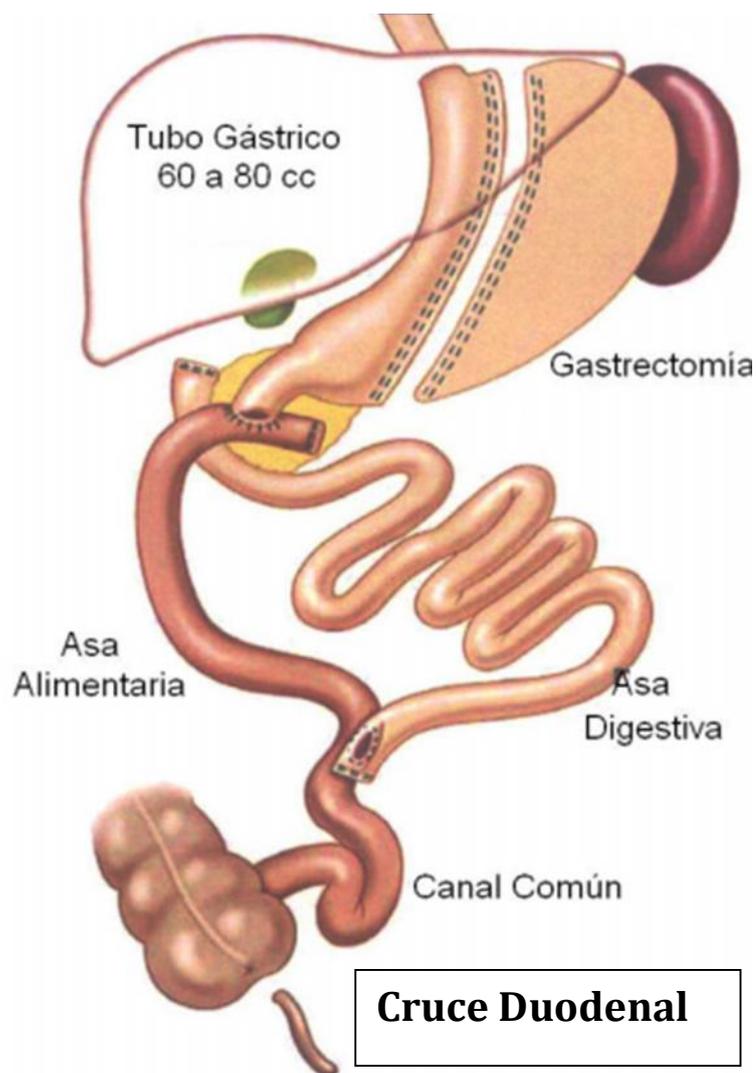
Se han descrito multitud de técnicas quirúrgicas (aproximadamente 30) para la obesidad, las cuales se pueden dividir básicamente en 3 tipos: restrictivas, malabsortivas y mixtas

Las técnicas restrictivas, las técnicas restrictivas son más fisiológicas, seguras y sencillas de realizar, pero presentan unos resultados variables en cuanto a la pérdida de peso a largo plazo según la serie estudiada en nuestro hospital, dentro de este tipo de técnicas se realiza la **Gastrectomía tubular** o “*Sleeve gastrectomy*”, que puede ser considerada una técnica quirúrgica definitiva o el primer estadio de una técnica mixta o malabsortiva.



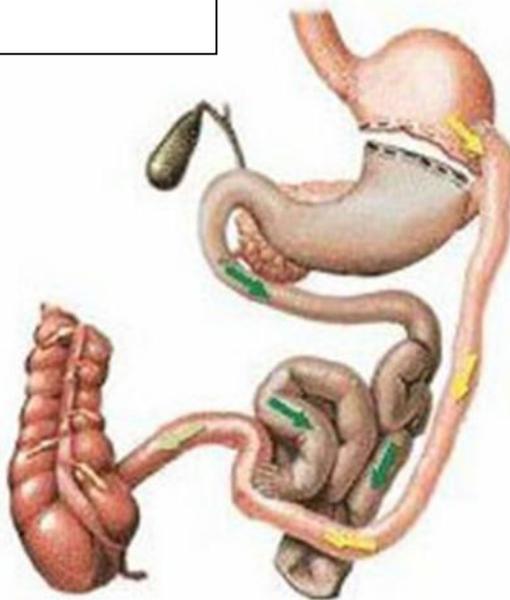
Las técnicas malabsortivas son aquellas que disminuyen la superficie de contacto entre el alimento ingerido y la mucosa intestinal con capacidad absorbente. De las técnicas malabsortivas que actualmente se realizan, destaca la **Derivación Biliopancreática** clásica descrita por Scopinaro y una variante de esta, el **Cruce Duodenal (CD)**. Son dos técnicas similares que consisten en la resección parcial gástrica, preservando (en el caso del CD) o no el píloro, asociada a un importante componente malabsortivo, principalmente de grasas, manteniendo la circulación enterohepática de sales biliares. Son técnicas especialmente indicadas en obesidades con un IMC > a 50 Kg/m², ya que en estos pacientes se obtienen los mejores resultados a largo plazo en la pérdida de peso. Además, provocan un importante déficit de proteínas, minerales y vitaminas que obliga a un estricto seguimiento de los pacientes.

El CD es la intervención más efectiva para perder peso y la recuperación del peso, con el tiempo, es mínima con unas cifras de porcentaje de sobrepeso perdido entre el 70 – 80 % a los 8 años de seguimiento.



Los posibles efectos secundarios del CD pueden ser graves: diarreas (2– 4 %), mala olor de las deposiciones, alteración perfil hepático, problemas derivados de la mala absorción intestinal del hierro (anemia 10%), calcio (osteoporosis 7%), vitaminas liposolubles (A,D,E,K) y proteínas (2%) que obliguen a un exhaustivo control del paciente.

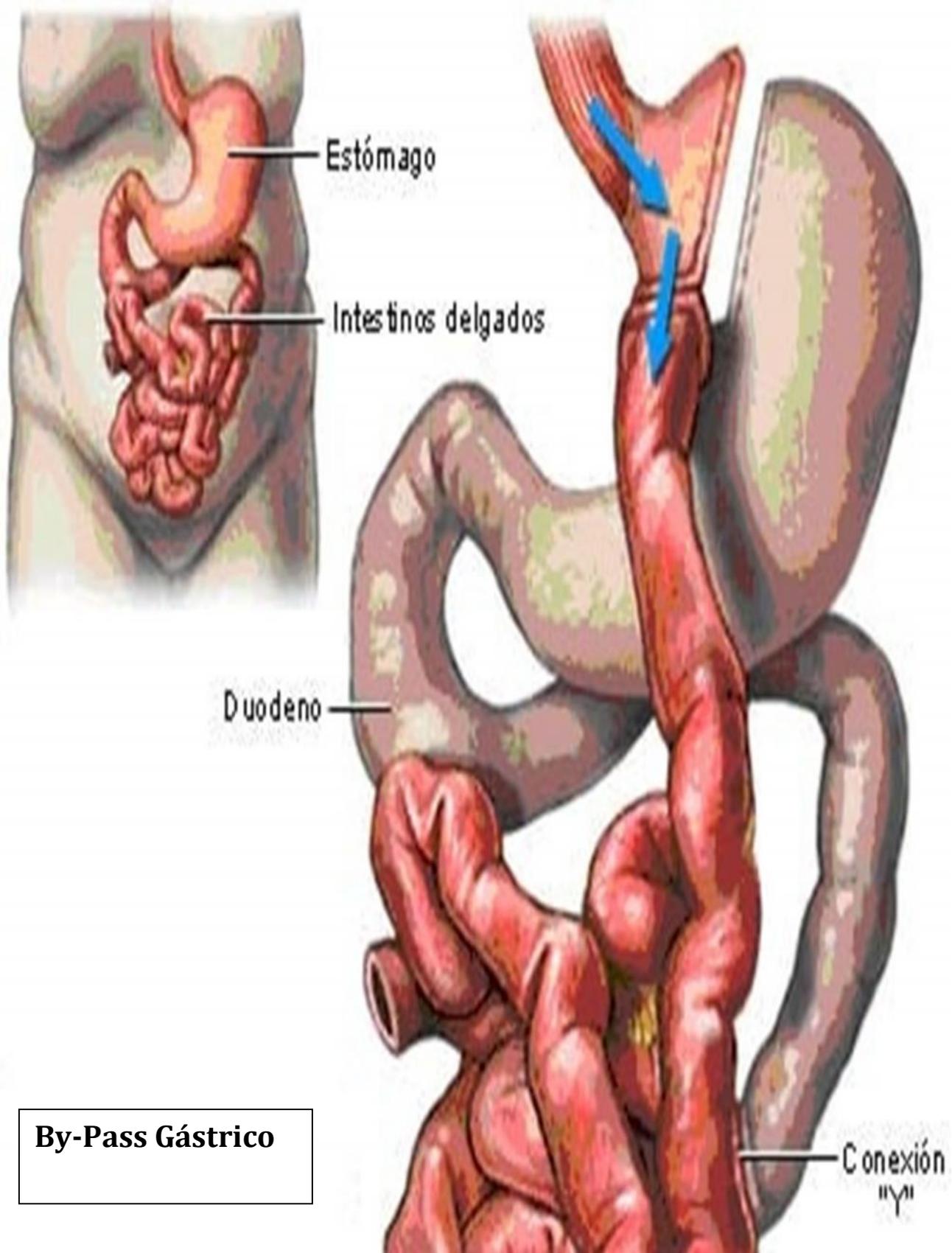
Derivación Bilio- Pancreática



Un beneficio del CD respecta al resto de intervenciones es la calidad de la ingesta. Más del 90 % de los pacientes ingiere todo tipo de alimentos y menos del 10 % presentan vómitos. Sin embargo, a pesar de la excelente pérdida de peso obtenida con el CD debe tenerse en cuenta que es una intervención técnicamente más compleja que el resto de intervenciones bariátricas.



Las técnicas mixtas son las que combinan elementos restrictivos y malabsortivos. El **Bypass gástrico o derivación gástrica en “Y de Roux”**, consigue una excelente pérdida de peso con una baja morbilidad asociada. Se basa en crear un reservorio gástrico pequeño de 15 – 30 mL conectado al intestino delgado mediante un asa en “Y de Roux”, de una longitud variable según se trate de un bypass proximal o distal. De esta manera se produce una saciedad precoz con una ingesta calórica mínima, se induce la anorexia y causa una malabsorción selectiva para grasas. El BPG consigue una pérdida de peso entre el 60% - 70% del sobrepeso a los 5 años, presentando un porcentaje de complicaciones del 10% y una mortalidad global del 1%.



By-Pass Gástrico

¿Qué beneficios aporta la laparoscopia?



CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

CIRUGÍA ABIERTA

La implantación de las técnicas laparoscópicas terapéuticas ha tenido una repercusión sin precedentes en la historia de la cirugía moderna. Este nuevo procedimiento ha conseguido unos beneficios indudables en lo que se refiere a menor dolor postoperatorio, menor tiempo de hospitalización y menor período de convalecencia.

Los avances en cirugía laparoscópica ha permitido la utilización de esta técnica quirúrgica en el tratamiento de la obesidad severa, con todas las ventajas que esta técnica presenta sobre la cirugía convencional (menor morbilidad, menor dolor postoperatorio, menor estancia hospitalaria ...). No obstante, la cirugía laparoscópica en pacientes obesos no está exenta de riesgos y dificultades técnicas que pueden incluso superar los que se presentan en la población no obesa. Sin embargo, y a pesar de las dificultades que pueden presentar, los beneficios de la cirugía laparoscópica pueden ser mayores en pacientes obesos, que presentan unos índices mayores de complicaciones después de la cirugía abdominal convencional que pacientes no obesos. Así las ampliamente demostradas ventajas del abordaje laparoscópico frente a la cirugía abierta en cuanto a menor morbilidad y tiempo de recuperación, debería mantenerse en el contexto de la cirugía bariátrica

PREGUNTAS USUALES



¿Cuál es la operación recomendada?. ¿Cómo se realiza?

Debe ser discutida específicamente con su cirujano y endocrinólogo. Pros y contras. Riesgos. Formas de llevarla a cabo, etc.



¿Cómo funciona la pérdida de peso?

En las operaciones simples y restrictivas de estómago reduciendo la cantidad de comida que se puede ingerir, porque el estómago es más pequeño y se llena enseguida. Al comer menos se pierde peso.



¿Tiene riesgos la intervención?

Toda cirugía tiene riesgo y la cirugía bariátrica, que es cirugía mayor, no es una excepción. Sin embargo, tiene hoy menos riesgo que la mayoría de las operaciones, y los riesgos de la operación son mucho menores que los de la enfermedad de obesidad sin tratar. Cada cirujano debe explicar los riesgos de cada operación que realice.



¿Qué se hace el día previo a la cirugía?

Se suele ingresar el día previo a la cirugía, salvo indicaciones de Preanestesia. Se deben de traer las medias recetadas en la consulta. Se pautará medicación y dieta previa a la intervención.



¿Cuánto tiempo se tarda en la operación?

Depende de cada individuo y la técnica utilizada. Va desde 45 minutos hasta 2.5 horas.



¿Cuándo empezaré a comer?

A las 24 h de la cirugía, salvo incidencias se administrará agua teñida con colorante para comprobar estanqueidad de suturas y/o se realizará tránsito. Si dichas pruebas son negativas para fugas se iniciará tolerancia oral con agua y/o infusiones (no más de 100 cc c/2h). Luego se añadirá dieta pautada por Endocrinología.

¿Cuándo puedo empezar a moverme?

Además de los ejercicios respiratorios con el incentivador. Se aconseja movilización a las 24h e intentar deambulación con ayuda.



¿Cuánto tiempo estaré en el hospital?

Normalmente entre cinco y siete días, dependiendo en lo rápido de tu recuperación. Lo importante será el éxito a largo plazo.

¿Cuándo puedo volver al trabajo?

Entre 2 y 6 semanas. Pero no podrás levantar pesos para evitar hernias.



¿Tendré que seguir una dieta?

LA DIETA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA ES OBLIGADA. Es decir no podrás comer ciertos alimentos al tener que masticar muy bien y comer lentamente. Siempre deberás de evitar alimentos de alto contenido calórico En las operaciones mixtas las restricciones dietéticas a largo plazo son menores.

Pero... ¿cuanto podré comer?

Inicialmente unos 60-100 c/c por comida. Con el tiempo se aumenta hasta 150-200 c/c. Debes comer al menos 5 ó 6 veces al día



Con tan poca comida ¿no me moriré de hambre?

Se te dará un programa dietético para cubrir tus necesidades de nutrición y vitaminas.

¿Con qué ritmo se pierde peso?

Depende de cada persona y del tipo de operación. No es infrecuente perder 5 Kg. cada mes al principio para luego ir rebajando hasta los 12-18 meses.



Qué porcentaje de éxito tiene esta cirugía?

Depende del individuo y la técnica utilizada. Se considera un éxito si se pierde la mitad del sobrepeso. La mayoría de las intervenciones lo superan. En algunas intervenciones algunos pacientes recuperan parte del peso perdido. Ninguna intervención da un éxito del 100% a todos los pacientes.

¿Por qué la cirugía?

Porque el obeso severo, que ha probado todo tipo de dietas y fracasado, que tiene una enfermedad "grave", que tiene otros problemas médicos graves (hipertensión, diabetes, artritis, enfermedad cardiaca, etc.) necesita perder peso y la cirugía es el más efectivo.

¿Tengo que preocuparme por mi peso para siempre?

Sí. La cirugía da un medio mecánico para controlar lo que comes y tu peso, pero no estás curado de tu enfermedad.



ES IMPRESCINDIBLE LA COLABORACIÓN DEL PACIENTE Y EL MANTENIMIENTO DE UNA CONDUCTA ALIMENTARIA ADECUADA DURANTE TODA LA VIDA



¿Puede un paciente hacer sabotaje de esta cirugía?

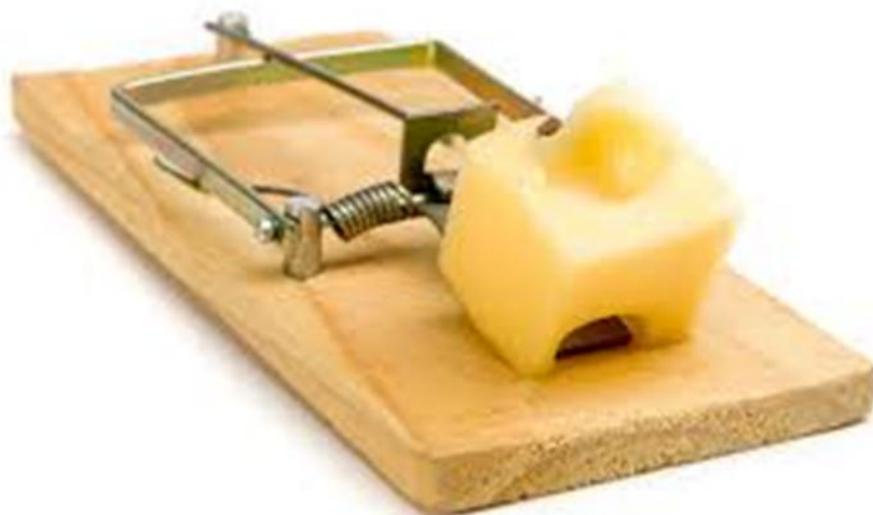
Si te lo propones SÍ. En algunas operaciones más que en otras. Se sabe de pacientes que se toman toda la comida en natas líquidas y vuelven a ganar su peso. **La cirugía sólo es el comienzo.**

¿Qué pasa si no sigo bien el programa?

Al principio si insistes en comer vas a vomitar. Si comes continuamente vas a hacer que el estómago se ensanche.

He oído que muchos pacientes vomitan con mucha frecuencia

No necesariamente SI SIGUEN LAS RECOMENDACIONES EN CUANTO A CANTIDAD, CALIDAD Y FRECUENCIA DE INGESTA



¿Cómo dejo de perder peso?

Cuando llegas al peso equilibrado, que de antemano no se puede predecir, el organismo se reajusta a la nueva ingesta y se mantiene el peso. La pérdida de peso es de grasa pero no de las partes nobles del organismo (músculos, órganos vitales como hígado, riñón, corazón).



¿Qué pasa si la cirugía no funciona?

A veces, aunque no es lo habitual, no se consiguen los objetivos esperados con la cirugía. O bien por reganancia de peso o bien por pérdida excesiva o desnutrición. Siendo, en ocasiones, necesaria una revisión quirúrgica.

Otro motivo de reoperación a largo plazo pueden ser complicaciones como estenosis o fugas.



He oído decir que las operaciones de obesidad son muy peligrosas



Las operaciones de los cortacircuitos intestinales si lo eran a largo plazo, y hoy ya no se hacen.

La incidencia de complicaciones oscila entre el 10-15%, con una tasa de mortalidad entre el 1-3%.

Las complicaciones nutricionales postoperatorias incluyen la anemia por déficit de hierro del 30%, deficiencia de vitaminas liposolubles en un 30-50%, y de un 3-5% de hospitalización por malnutrición

proteica. Estas complicaciones son reversibles con suplementos y modificaciones dietéticas adecuadas, siendo imprescindible un seguimiento postoperatorio estrecho. La aparición de diarrea y heces malolientes son frecuentes y pueden limitar la vida de relación social..

Se describen también trastornos neurológicos de causa no siempre claramente conocida, que pueden provocar desde alteraciones en la percepción, hasta cuadros más graves e infrecuentes de alteración del estado de conciencia y parálisis de extremidades, generalmente reversibles con un adecuado soporte nutricional, aunque en ocasiones han obligado a revertir la cirugía



¿Me quedarán colgajos de piel?

Es difícil predecir a qué pacientes les ocurrirá. Depende del peso perdido, de la elasticidad de la piel. Hay que tener claro que con pérdidas tan importantes de peso en relativamente poco tiempo lo normal es que la piel y la carne queden “más flácidas”. Por este motivo es muy importante realizar un programa de ejercicio físico adecuado.



¿Necesitaré una dermolipectomía?

¡Ojalá!. Significa que la operación fue un éxito. Para mejorar los resultados estéticos y el contorno corporal se hacen operaciones para quitar los "colgajos" en abdomen, muslos, brazos, mamas. Todo ello es signo de que la intervención funcionó muy bien.



NOTAS: