OBESIDAD MÓRBIDA

Un estilo de vida poco saludable

Juan Carlos Góngora

CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA

¡La mejor solución!

Dr. Juan Carlos Góngora Arango
Cirugía Bariátrica
Cirugía Laparoscópica Avanzada
Cirugía General

CES-IRCAD-EITS ESTRASBURGO FRANCIA

OBESIDAD MÓRBIDA

Un estilo de vida poco saludable

Juan Carlos Góngora

CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA

¡La mejor solución!

Juan Carlos Góngora

UBICACIÓN:

TORRE INTERMÉDICA - CENTRO DE ESPECIALISTAS
Calle 7 No. 39 - 197 Consultorio1417 / PBX 352 57 46
Milla de Oro de El Poblado / Medellín - Colombia
(una zona de fácil acceso, con amplia disponibilidad de parqueaderos y ascensores)

CONTENIDO

- Especialistas ..... Pag. 5
- Qué es la obesidad y sus causas ..... Pag. 6
- Clasificación de la obesidad ..... Pag. 6
- Concepto balance energético ..... Pag. 7
- Tratamiento de la obesidad ..... Pag. 7
- Enfermedades asociadas a la obesidad ..... Pag. 8
- Trabajo en equipo, la cirugía es una herramienta ..... Pag. 9
- Indicaciones de cirugía ..... Pag. 9
- Tipos de cirugía bariátrica ..... Pag. 10
  - Bypass gástrico ..... Pag. 11
  - Banda gástrica ajustable ..... Pag. 12
  - Gastrectomía en manga (Sleeve Gastrectomy) o tubulización..... Pag. 13
  - Balón intragástrico ..... Pag. 14
  - Derivación biliopancreática y switch duodenal ..... Pag. 15
  - Otros procedimientos ..... Pag. 15
- Laparoscopia vs. Cirugía abierta ..... Pag. 15
- Mecanismos de la pérdida de peso ..... Pag. 16
- Pérdida de peso progresiva ..... Pag. 16
- Preparación para la cirugía ..... Pag. 17
  - Ejercicio ..... Pag. 17
  - Dieta prequirúrgica ..... Pag. 18
  - Evaluación por psicólogo y/o siquiatra ..... Pag. 18
  - Hospitalización el mismo día ..... Pag. 19
  - Cigarrillo ..... Pag. 19
- Exámenes preoperatorios ..... Pag. 19
- Hospitalización y duración de la cirugía ..... Pag. 20

- Riesgos y complicaciones ..... Pag. 21
- Consentimiento informado ..... Pag. 22
- Dren ..... Pag. 22
- Efectos colaterales ..... Pag. 23
- Revisiones postoperatorias con el cirujano ..... Pag. 23
- Toma de vitaminas ..... Pag. 23
- Ejercicio postoperatorio ..... Pag. 24
- Resultados y éxitos de la cirugía ..... Pag. 24
- Cirugía metabólica ..... Pag. 25
- Cirugía plástica postoperatoria y embarazo ..... Pag. 25
- Educación del paciente ..... Pag. 26
- Responsabilidad y compromiso del paciente ..... Pag. 26
- Vida después de la cirugía ..... Pag. 27
  - Dieta ..... Pag. 27
  - Actividad física ..... Pag. 29
  - Medicamentos ..... Pag. 29
  - En general ..... Pag. 29
  - Controles ..... Pag. 30
- Preguntas frecuentes ..... Pag. 30
- Test de auto evaluación ..... Pag. 33

Juan Carlos Góngora

ESPECIALISTAS
DIVISIÓN OBESIDAD

JUAN CARLOS GÓNGORA ARANGO
Cirujano Bariátrico
Fellow cirugía laparoscópica avanzada
CES - INSTITUTO EUROPEO DE TELECIRUGÍA - FRANCIA

HERNANDO VÉLEZ PINZÓN
Cirujano Endoscopista
CES - UNAM MEXICO

FERNANDO GÓMEZ
Cirujano General
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

CLARA ELENA CASTAÑO
Nutrición Clínica
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

LUZ AMPARO GÓMEZ
Nutrición Humana
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

JANINE BACH HUSCHLER
Psicóloga Clínica Cognitiva - Emocional
USB - UNIVERSIDAD DEL NORTE

1. QUÉ ES LA OBESIDAD Y CAUSAS

La obesidad es la acumulación excesiva de grasa en el organismo. En la gran mayoría de los pacientes es causada por la asociación de una ingesta excesiva de alimentos y el sedentarismo. En muy pocos casos se debe a un trastorno hormonal. Las enfermedades tiroideas no son causa de obesidad mórbida. En general la obesidad se debe al conjunto de factores genéticos, ambientales, sociales, familiares, culturales, estilos de vida, actividad física y hábitos alimenticios.

La obesidad es una enfermedad crónica que requiere un tratamiento y un esfuerzo continuo para su control exitoso.

2. CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD

La obesidad se clasifica de acuerdo al índice de masa corporal (IMC) que se obtiene de dividir el peso en kilos sobre la talla en metros elevada al cuadrado. IMC=PESO/TALLA 2. Según el valor del IMC se clasifica de la siguiente manera:

IMC	=	18 - 25	peso normal
		25 - 30	sobrepeso
		30 - 35	obesidad tipo I
		35 - 40	obesidad mórbida tipo II
		40 - 50	obesidad mórbida tipo III
		50 - 60	súper obesidad mórbida
Mayor de		60	súper súper obesidad mórbida

La obesidad se considera mórbida cuando se asocia a enfermedades graves que deterioran el estado de salud y la calidad de vida.

También se reconocen dos tipos de obesidad según la distribución de la grasa en el cuerpo. En la obesidad tipo manzana o central, la

mayoría de la grasa se encuentra en el abdomen. En la obesidad tipo pera o periférica, la grasa se encuentra en caderas y muslos además del abdomen. De hecho se sabe que la obesidad tipo manzana se asocia con un alto riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Cuando la circunferencia del abdomen es mayor de 88 cm. en mujeres y mayor de 102 cm. en hombres se reconoce dicho riesgo cardiovascular incrementado.

3. CONCEPTO BALANCE ENERGÉTICO

La energía que requiere el organismo para su funcionamiento se obtiene de las calorías provenientes de los alimentos ingeridos diariamente. Si una persona consume rutinariamente más calorías de las que gasta, es decir come muchas calorías y realiza poca actividad física, obtendrá un exceso de energía diariamente. Este exceso de energía es acumulado en el organismo como grasa y en consecuencia se presentará un aumento de peso.

Si la meta es reducir de peso se debe consumir menos calorías de las que el organismo gasta, de manera que se utilice la energía acumulada en el tejido graso, es decir, se deben comer menos calorías y hacer más actividad física.

4. TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Es muy importante modificar el comportamiento y los hábitos de vida. Un cambio alimentario (dieta) y un incremento en la actividad física (ejercicio) son las medidas iniciales. El paso siguiente es el consumo de medicamentos aprobados que ayuden a disminuir el consumo calórico. Desafortunadamente menos del 5% de los obesos mórbidos logran bajar de peso y mantenerlo a largo plazo con el tratamiento anterior.

El último paso y definitivo es la cirugía bariátrica.

Las cirugías estéticas como la liposucción y la abdominoplastia no son formas de tratamiento para la obesidad mórbida, son procedimientos adecuados para el embellecimiento de personas que tienen un leve sobrepeso.

5. ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA OBESIDAD

Las personas con sobrepeso y obesidad tienen mayor riesgo de sufrir un gran número de enfermedades asociadas o producidas por la obesidad, entre ellas:

- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Dislipidemia
- Infarto de miocardio
- Osteoartritis con alto riesgo de requerir prótesis de rodilla o cadera
- Apnea del sueño y otros trastornos pulmonares
- Incontinencia urinaria de esfuerzo
- Varices y trombosis venosa
- Reflujo gastroesofágico
- Cefalea por hipertensión endocraneana
- Cálculos en la vesícula biliar
- Infertilidad
- Cáncer de colon, endometrio, mama, próstata, páncreas, entre otros
- Dermatitis
- Depresión

Una persona que sufre obesidad mórbida y alguna o varias de las enfermedades enumeradas anteriormente presenta una pérdida importante de la calidad de vida y reduce la posibilidad de vivir más años. Además se enfrentan a una grave alteración en los aspectos laboral, social, familiar, sexual y psicológico. Está demostrado que los obesos tienen menor posibilidad de conseguir y mantener un trabajo

estable y la vida social se torna alterada ya que en la mayoría de los espacios sociales no existen sitios adecuados para pacientes obesos; en los buses, aviones, teatros, restaurantes y salas de espera no existen sillas adecuadas. Los niños perciben a los obesos como personas sucias, desagradables, mentirosas, malgeniadas y perezosas. Los obesos tienen menos posibilidades de conseguir pareja y las separaciones son más frecuentes. El concepto de "gordito feliz" no es cierto. El obeso tiende a perder su autoestima.

6. TRABAJO EN EQUIPO, LA CIRUGÍA ES UNA HERRAMIENTA

La obesidad es una enfermedad crónica con características muy similares a una adicción como el alcoholismo y la drogadicción. Debido a lo anterior debe ser tratada como tal, con la ayuda de un equipo de profesionales según la necesidad de cada paciente. La cirugía es parte de ese tratamiento, no lo es todo ni es mágica. Siempre se requiere además del cirujano bariátrico, como mínimo el manejo por especialista en nutrición y psicología. Es posible que se requiera otros especialistas como internista, endocrinólogo, neumólogo u otorrino, deportólgo, fisiatra y psiquiatra según sus condiciones clínicas.

7. INDICACIONES DE CIRUGÍA

Las indicaciones para realizarse cirugía bariátrica son:

- IMC (Índice de masa corporal) mayor de 40
- IMC mayor de 35 con enfermedades comórbidas asociadas
- Tener 40 kilos más del peso normal
- Tener más del 50% del peso normal

- En los últimos años se ha demostrado un excelente resultado en pacientes con IMC menor de 35
- Diabetes Mellitus tipo II

Los pacientes que se deciden por una cirugía bariátrica deben haber intentado un manejo médico adecuado previo.

8 TIPOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Existen varios tipos de procedimientos bariátricos. Se clasifican como restrictivos y combinados. Los restrictivos producen una limitación en la cantidad de los alimentos consumidos, es decir, el paciente se siente lleno con poca comida. Los combinados asocian la restricción a la malabsorción. La malabsorción es una disminución en la absorción de los alimentos, es decir parte de los alimentos consumidos no se absorben por el organismo.

Algunos procedimientos bariatricos son temporales y otros son permanentes, además algunos son reversibles y otros son irreversibles.

- Procedimientos restrictivos
  - Balón intragástrico
  - Banda gástrica ajustable
  - Gastroplastia vertical
  - Gastrectomía en manga (Sleeve gastrectomy)

- Procedimientos combinados
  - Bypass gástrico
  - Derivaron biliopancreática
  - Switch duodenal

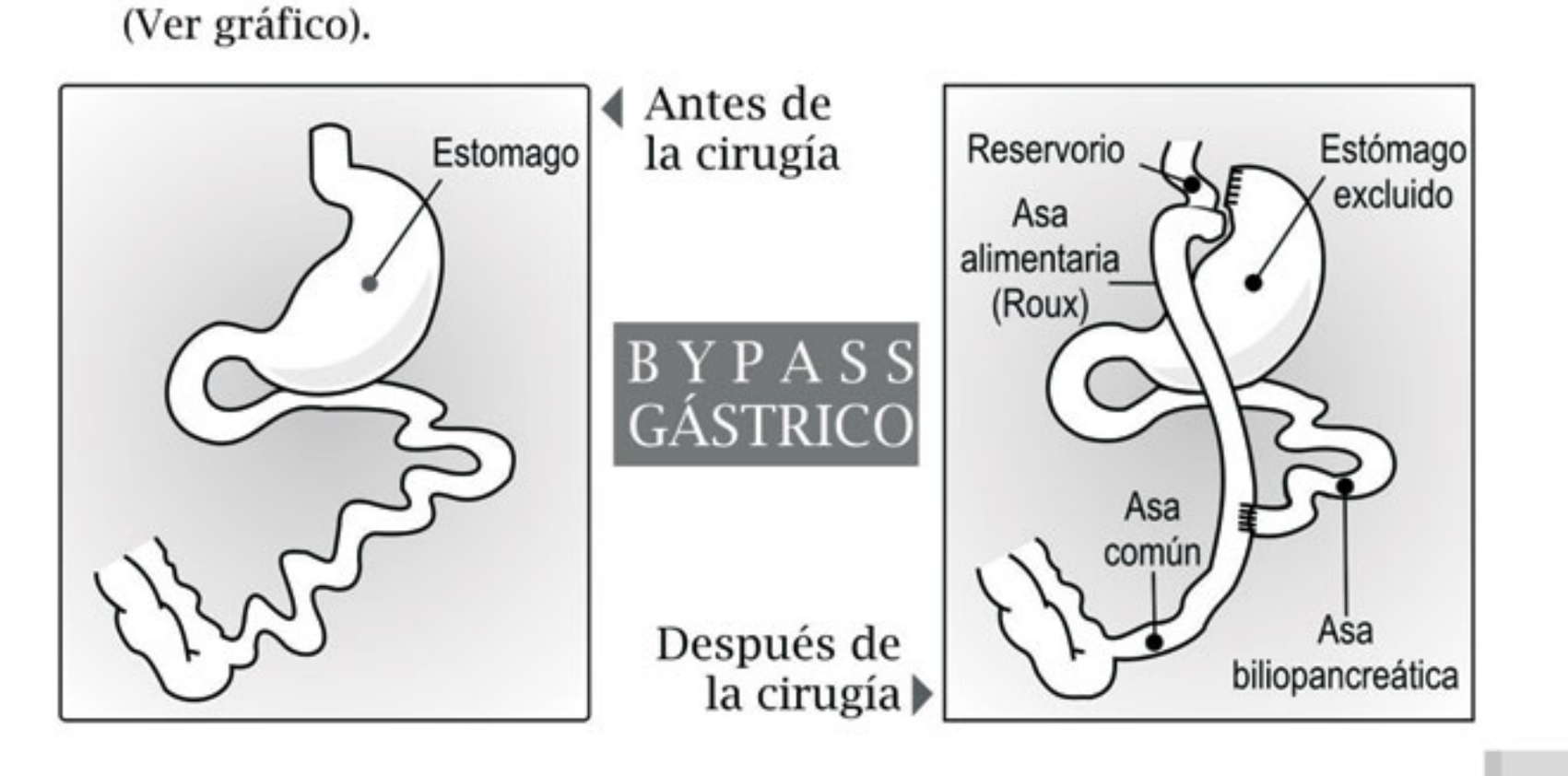
A continuación se describen los procedimientos mas realizados:

• BYPASS GÁSTRICO

La cirugía mas aceptada para obesidad mórbida que existe en el momento actual es el Bypass Gástrico Laparoscópico. Es recomendada como la cirugía de referencia por las sociedades de cirugía bariátrica del mundo. Se esta realizando hace mas de 60 años y por lo tanto se conocen sus efectos y comportamiento a largo plazo.

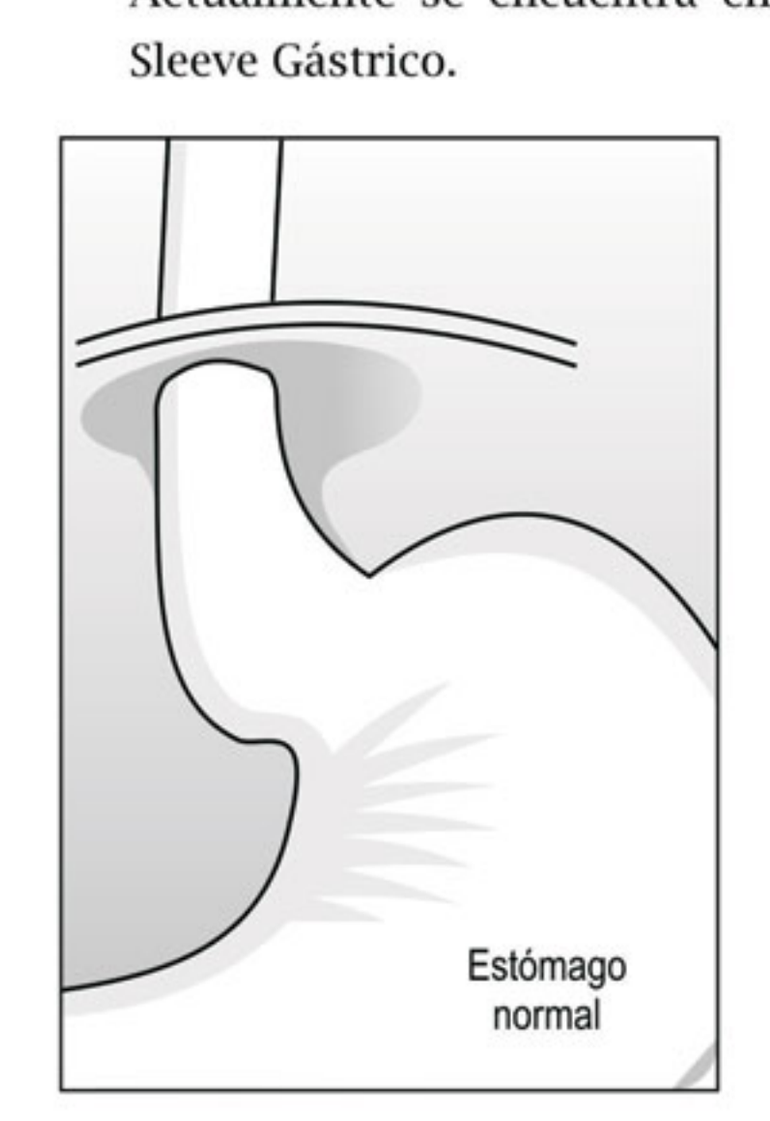
Es un procedimiento considerado irreversible. La duración de la cirugía es de una hora en promedio. La hospitalización de 1 a 2 días. La incapacidad es de 10 a 15 días. Se obtienen excelentes resultados en más del 90% de los pacientes. Aunque lo ideal es llevar una dieta baja en azúcares, grasa y licores, la combinación de restricción y malabsorción permite el consumo ocasional de algunos de los anteriores sin empeorar el resultado.

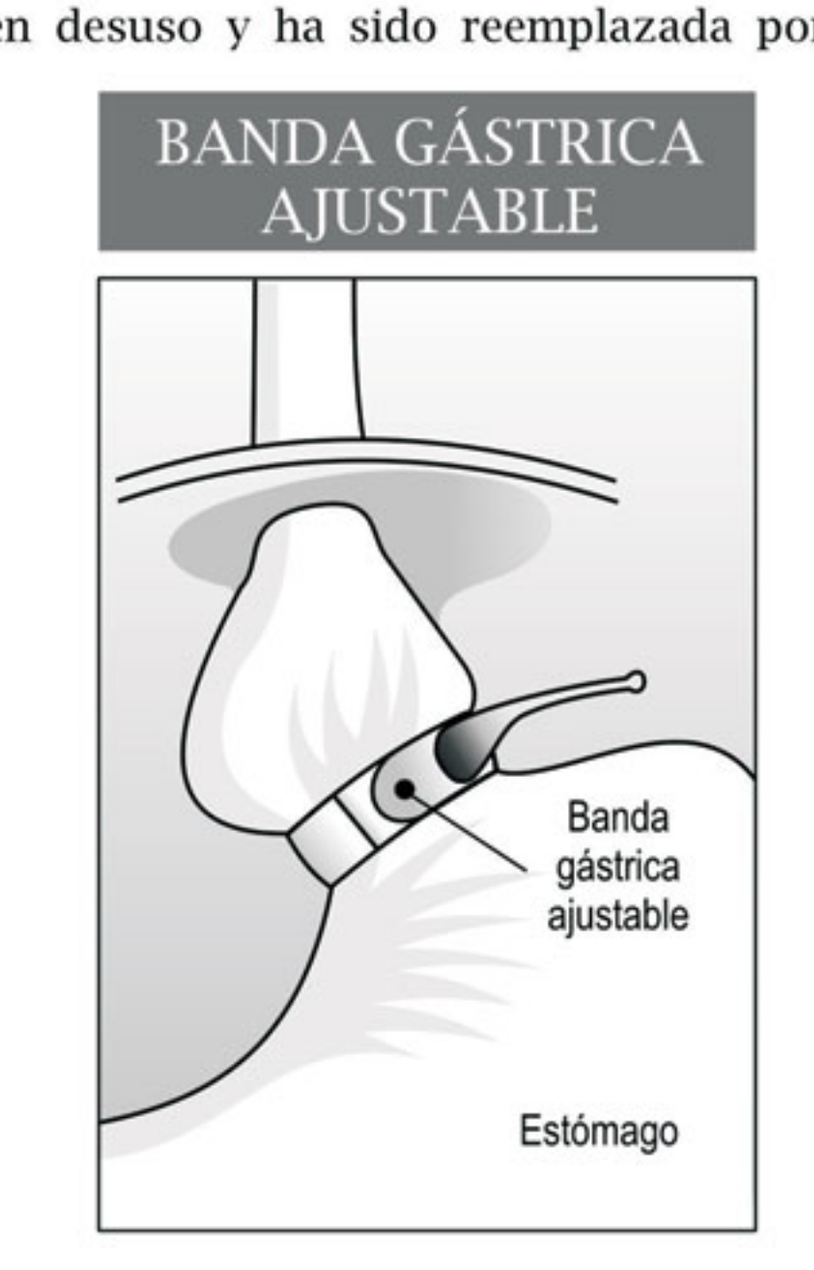
En el Bypass Gástrico se reduce el tamaño del estómago a un 10% aproximadamente, con lo cual se causa restricción y se derivan los alimentos de manera que no pasen por una porción de intestino delgado, con lo cual se disminuye la absorción de los mismos. (Ver gráfico).



BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE

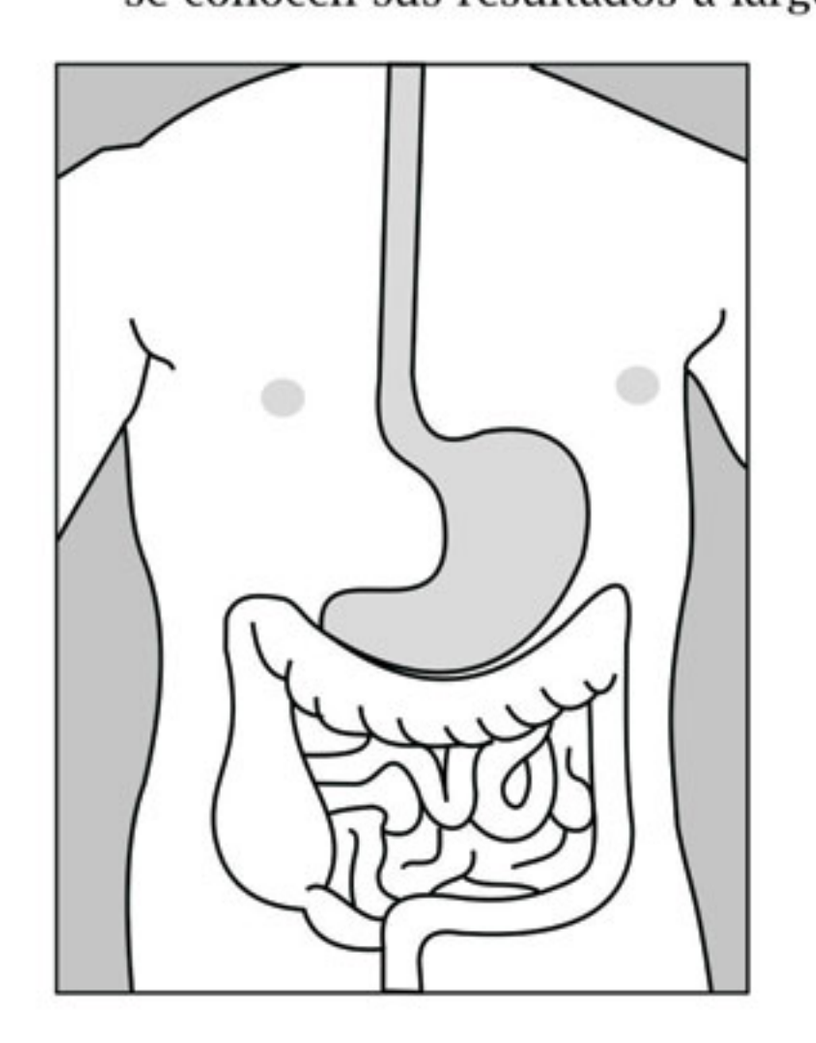
En esta cirugía laparoscópica se coloca un cinturón (banda) alrededor del estómago proximal construyendo un pequeño reservorio gástrico en la parte alta del mismo de manera que el paciente se llene con pequeñas cantidades de comida. Dicha banda se ajusta según la pérdida de peso y la tolerancia a los alimentos. Es una cirugía reversible. Se realiza hace aproximadamente 15 años, por lo tanto, no se conocen resultados a largo plazo. Toda la comida consumida se absorbe en su totalidad. La hospitalización es de un día. La incapacidad es de 10 a 15 días. Para logar buenos resultados es imperativo que el paciente lleve una dieta sin dulces, grasas ni licores. Se obtienen buenos resultados en el 50% a 60% de los pacientes aunque la tasa de recidiva es mayor cuando se compara con el bypass gástrico. Actualmente se encuentra en desuso y ha sido reemplazada por el Sleeve Gástrico.





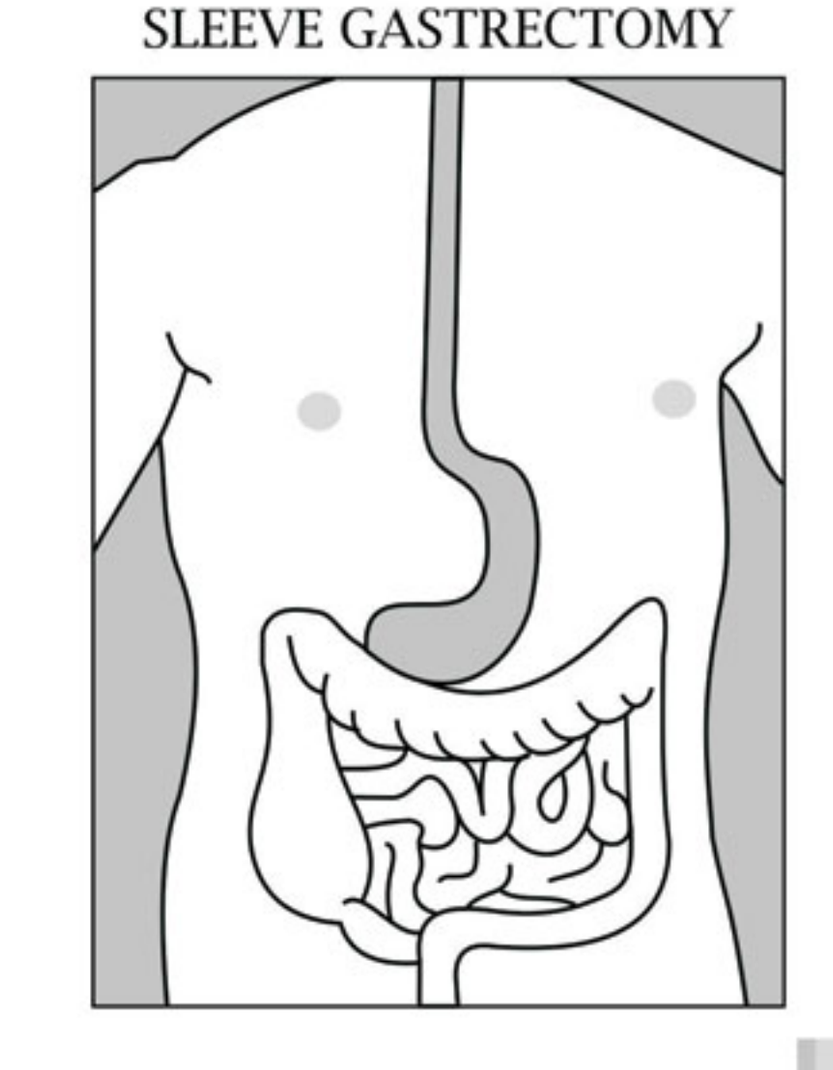
MANGA O TUBULIZACIÓN GÁSTRICA (SLEEVE GASTRECTOMY)

Es una cirugía laparoscópica novedosa de tipo restrictivo en la cual se retira un 75% del estómago. Además de su efecto restrictivo existe una disminución en la producción de grelina, una hormona gastrointestinal que aumenta el apetito. Como consecuencia de lo anterior, además del efecto restrictivo se presenta una disminución del apetito produciendo unos excelentes resultados en cuanto a la pérdida de peso. Se realiza en pacientes de mayor riesgo como súper obesos, adolescentes y adultos mayores, obesos tipo I, entre otros. Según los resultados puede ser convertida posteriormente a un bypass gástrico o a un switch duodenal. El tiempo quirúrgico es menor de 1 hora, la hospitalización de un día y la incapacidad de 10 a 15 días. Se obtienen excelentes resultados en el 85% de los casos. No se conocen sus resultados a largo plazo pero son muy prometedores.



GASTRECTOMÍA EN MANGA

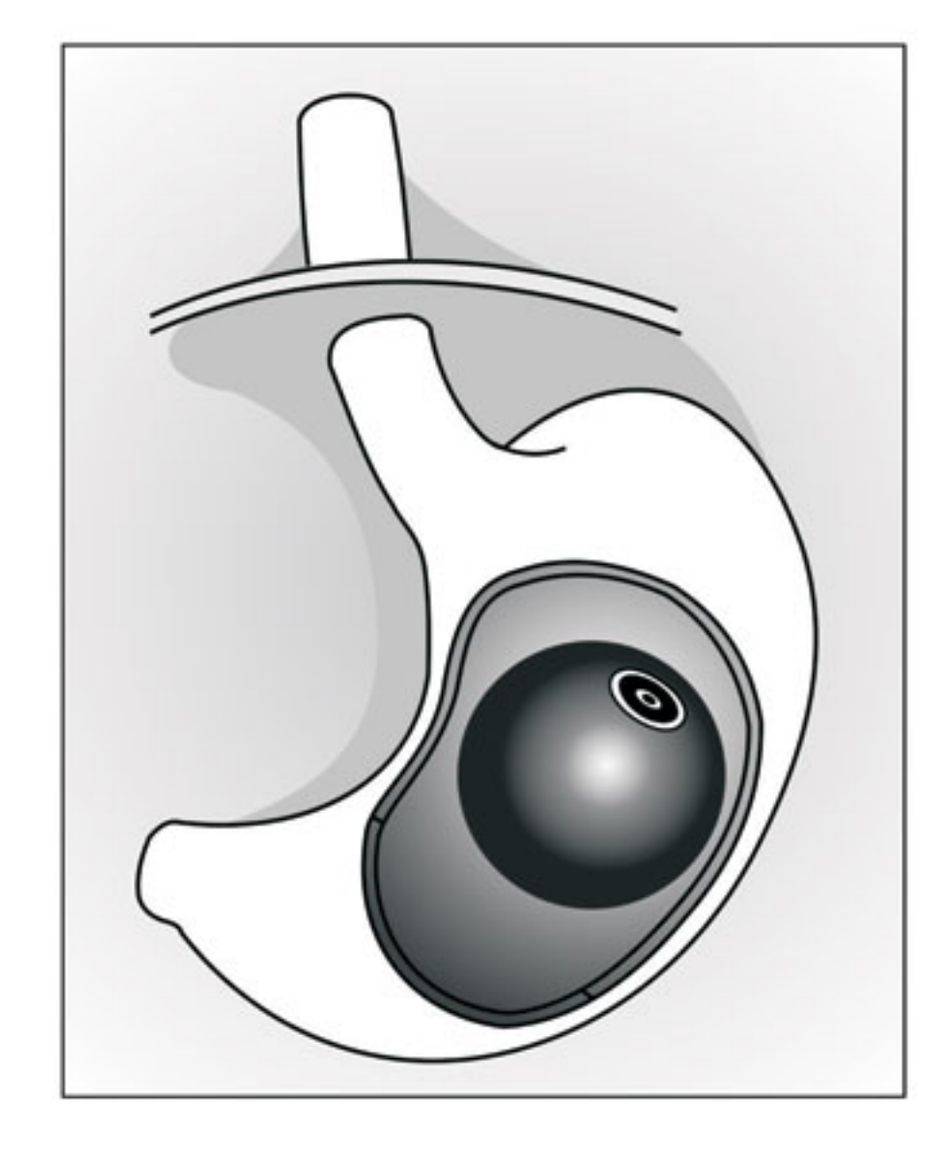
SLEEVE GASTRECTOMY



BALÓN INTRAGÁSTRICO

Es un procedimiento endoscópico ambulatorio que se realiza en una sala de endoscopias, bajo sedación. No es una cirugía y no requiere anestesia general. A través de la cavidad oral se introduce un balón hasta el estómago que es inflado con 550 c.c. a 600 c.c. de líquido. Es un procedimiento restrictivo que causa sensación de saciedad rápida con escaso consumo de alimentos. Tiene mínimos riesgos. Se retira en un periodo máximo de 6 meses por vía endoscópica y en forma ambulatoria. Produce una pérdida de 10 a 20 kilos en 6 meses de acuerdo a la adaptación del paciente a los cambios dietarios y al ejercicio continuo. La posibilidad de incremento de peso después del retiro del balón es considerable. Está indicado en súper obesos que requieren bajar de peso antes de una cirugía bariátrica y en pacientes con poco sobrepeso.

BALÓN INTRAGÁSTRICO



- DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA Y SWITCH DUODENAL

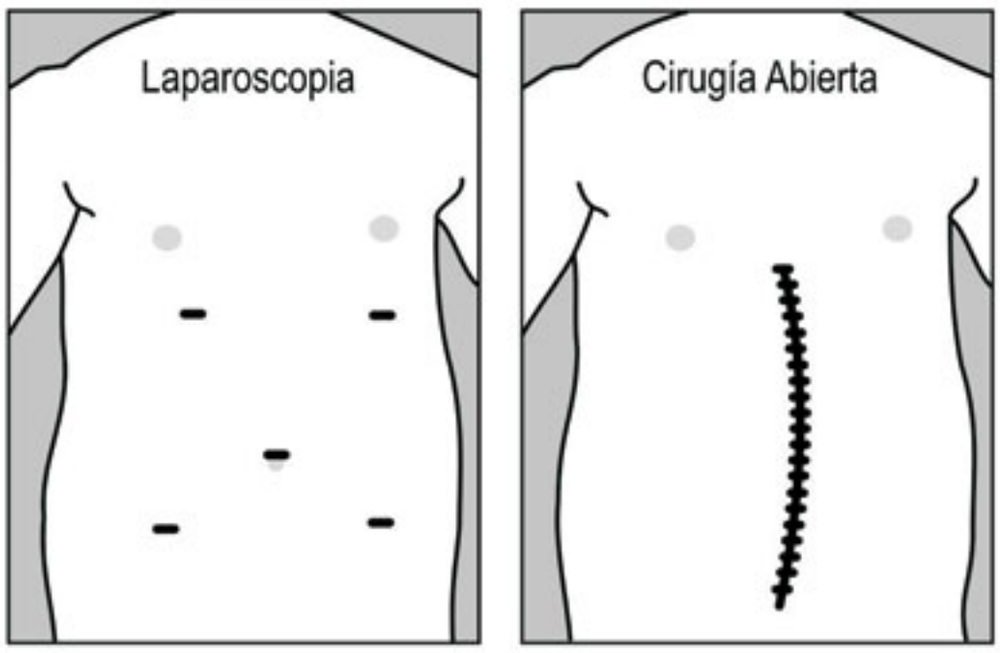
Son procedimientos principalmente malabsortivos que causan una contundente pérdida de peso con efectos secundarios importantes como diarreas, dolores abdominales, desnutrición, entre otros, Están indicados en algunos pacientes súper súper obesos. Debido a su dificultad técnica y a sus efectos colaterales son escasamente realizados en la actualidad.

- OTROS PROCEDIMIENTOS

Existen muchos otros procedimientos realizados por diferentes grupos de cirugía barátrica con resultados variables. Puede discutirlos con su cirujano.

9. LAPAROSCOPIA VS CIRUGÍA ABIERTA

Las cirugías bariátricas pueden ser realizadas con cualquiera de las dos técnicas. La técnica más novedosa y avanzada es la laparoscopia con la cual las cicatrices son menores de 12 mm., el dolor es mínimo, la recuperación es más rápida, la hospitalización más corta, el riesgo de complicaciones es menor, entre otras ventajas. La cirugía siempre debe ser realizada por cirujano bariátrico y en caso de hacerse por laparoscopia el



LAPAROSCOPIA
Vs
CIRUGÍA ABIERTA

cirujano debe tener un excelente entrenamiento en técnicas laparoscópicas avanzadas. Existe una pequeña posibilidad de requerirse la conversión de una cirugía laparoscópica a una cirugía abierta, menos del 1%.

Por todo lo anterior recomendamos ampliamente y realizamos la cirugía por vía laparoscópica.

10. MECANISMOS DE LA PÉRDIDA DE PESO

La pérdida de peso puede ser debida a restricción, a disminución en la absorción o a la combinación de ambas. En el caso de un Bypass Gástrico se combina la restricción con la disminución de la absorción. La restricción significa que el paciente come pequeñas cantidades de comida con lo cual se siente satisfecho. La disminución en la absorción de alimentos (mal absorción) significa que de la comida ingerida solo un 60% es absorbido por el intestino. Según lo anterior la cantidad de calorías ingeridas se disminuye. La combinación de restricción y mala absorción ofrece una alta posibilidad de éxito con mínimos efectos colaterales. Se conoce que el apetito se disminuye gracias a cambios en la concentración de hormonas intestinales, tales como la grelina, después de las cirugías bariátricas.

Para conocer mejor los mecanismos de una cirugía en especial consulte con su cirujano.

11. PÉRDIDA DE PESO PROGRESIVA

La pérdida de peso es gradual. El paciente sale de cirugía con el mismo peso que entró. Cada paciente presenta una pérdida de peso según su estado de obesidad y su adherencia al tratamiento postoperatorio. En el primer mes se pueden perder de 8 a 12 kilos. Luego la pérdida de peso se reducirá gradualmente mes a mes hasta el fin del periodo de

pérdida de peso que usualmente ocurre 12 a 18 meses después de la cirugía. En este momento el paciente debe haber alcanzado los objetivos propuestos.

12. PREPARACIÓN PARA LA CIRUGÍA

Para un problema grande como la obesidad mórbida una solución grande: la cirugía bariátrica. Las cirugías bariátricas son procedimientos técnicamente difíciles y tienen riesgos inherentes a cada paciente. A mejor preparación antes de la cirugía mejores resultados y menores riesgos.

a. EJERCICIO

- Trate de incrementar su actividad física desde hoy mismo. Evite los controles remotos, el carro, taxi o bus (camine), ofrézcase para hacerlo todo y evite pedir favores (traer una vaso de agua, alcanzar un objeto, ir a la portería). Cada movimiento que realice exige un esfuerzo a su función cardiopulmonar.

- Realice ejercicio de acuerdo a sus capacidades (caminata, hidroaeróbicos, bicicleta estática o spinning) e incremente la duración paulatinamente, consulte con su médico.

- El aumento en la actividad física le mejorará su función cardiopulmonar, aumentará el gasto energético con pérdida de algunos kilos y disminuirá el riesgo quirúrgico.

- Antes de la cirugía debe tener la resistencia mínima de caminar al menos 10 cuadras en plano sin parar.

- Después de la cirugía evite permanecer en cama por periodos

largos, mejor permanezca sentado y camine en su casa. No realice esfuerzos físicos. Puede subir y bajar escalas despacio, sin excederse.

b. DIETA PREQUIRÚRGICA

Consulte lo más pronto posible con la nutricionista. El objetivo es bajar todo el peso posible antes de la cirugía y prepararse para la dieta progresiva que llevará después de la misma. Una semana antes de cirugía mantenga una dieta baja en calorías (menor de 1200 calorías por día) y rica en proteínas. Los últimos tres días antes de la cirugía sólo consuma líquidos. Con la pérdida de peso que usted logre antes de la operación, el hígado disminuirá de tamaño, se disminuirá la grasa abdominal, controlará mejor la glicemia y todo esto se traducirá en menores riesgos durante y después de la cirugía. Suspenda el consumo de líquidos 8 horas antes de la cirugía.

c. EVALUACIÓN POR PSICÓLOGO Y/O PSIQUIATRA

Todos los pacientes deben ir a una evaluación y seguimiento. La psicóloga evaluará su entorno familiar, social, personal y laboral, la relación entre la estructura personal y sus estados anímicos y su conducta alimentaria, la calidad de vida, y otros aspectos relacionados con la obesidad. Evaluará y reforzará su conocimiento y objetivos de la cirugía. Luego le planteará los factores contribuyentes y vulnerables de la enfermedad, para ayudar en la reorganización de su nuevo estilo de vida, y permitir una estabilidad emocional.

El paciente debe acudir a su primera cita psicológica lo más tempranamente posible en el proceso, antes de la cirugía, para poder hacer unos correctivos necesarios para el éxito del tratamiento de la enfermedad de la obesidad.

Algunos pacientes deberán ser evaluados por el psiquiatra, como aquellos que tienen antecedentes de tratamiento psiquiátrico previo, adicción a alcohol o drogas, y en caso de que la psicóloga así lo indique.

Recuerde que la obesidad solo puede ser manejada de manera exitosa si un equipo multidisciplinario experto hace parte del tratamiento ¿Cuántas veces lo había intentado usted solo y no lo había logrado?.

d. HOSPITALIZACIÓN EL MISMO DÍA

A menos que su anestesiólogo o cirujano se lo indiquen se debe presentar dos horas antes de la cirugía para realizar la admisión y la preparación preoperatoria. Lleve todos los exámenes realizados y estudios radiológicos. No olvide llevar pijamas cómodas y objetos de aseo personal. Si utiliza CPAP llévelo.

e. CIGARRILLO

Si usted fuma es ideal que suspenda el consumo de cigarrillo al menos 15 días antes de la cirugía. Con esto logrará mejorar su función pulmonar, tendrá menor riesgo de complicaciones pulmonares, mejorara la cicatrización, disminuirá el riesgo de infecciones.

13. EXÁMENES PREOPERATORIOS

El paciente debe llegar a cirugía en condiciones óptimas. Para evaluar el estado de salud se requiere un número importante de exámenes el cual varía de acuerdo al estado de cada paciente en particular. Es posible que le parezcan demasiados, dispendiosos y costosos, pero son absolutamente necesarios.

Entre lo exámenes más frecuentemete ordenados se encuentran:

Hemograma, Citoquímico de orina, Creatinina, Glicemia, Colesterol, Triglicéridos, Pruebas de coagulación, Pruebas tiroideas, Endoscopia, Radiografía de tórax, Electrocardiograma y Ecocardiografía.

14. HOSPITALIZACIÓN Y DURACIÓN DE LA CIRUGÍA

Aunque existen algunas excepciones, lo usual es que el paciente se hospitalice el mismo día de la cirugía. Las cirugías tienen una duración que varía entre una hora y noventa minutos según el tipo de procedimiento, la hospitalización es de uno a dos días. Pocos pacientes requieren permanecer en cuidados intensivos o intermedios las primeras 24 a 48 horas principalmente para vigilancia del postoperatorio.
Si usted sufre de apnea del sueño y utiliza CPAP, llévelo a la clínica desde el primer día.

En el postoperatorio levántese de la cama tan pronto como pueda, a más tardar la mañana siguiente a la cirugía con la ayuda de una enfermera. Evite permanecer acostado. Flexione sus rodillas y caderas, retire los vendajes de sus piernas cuando se levante de la cama.

Respire profundo y despacio después de la cirugía. Realice los ejercicios respiratorios que le indiquen durante la hospitalización. Lleve el espirómetro que le suministrarán en la clínica a su casa y utilícelo.

El dolor postoperatorio es leve a moderado. El manejo es muy efectivo con los analgésicos actuales. Este no debe ser motivo de preocupación. La mayoría de los pacientes aseguran no haber sentido dolor en el postoperatorio.

En algunos casos se realizará una radiografía el día siguiente a la cirugía para evaluar la integridad de la cirugía y comenzará la ingesta de líquidos, iniciando con una onza cada hora y progresará hasta tres onzas cada hora.

15. RIESGOS Y COMPLICACIONES

En cualquier procedimiento existen riesgos y se pueden presentar complicaciones.

Entre los riesgos inherentes a la obesidad se encuentran:

- Infecciones internas y externas, hemorragias, problemas pulmonares como atelectasias, neumonías, trombo embolismo, edema pulmonar, problemas cardiacos como infartos o insuficiencia, problemas hepáticos, renales y en otros órganos, hernias internas o externas, trombosis venosa y muerte entre otras.

Existen otras complicaciones que son inherentes a la cirugía bariátrica como:

- Fístulas, peritonitis, desnutrición, avitaminosis, neuropatías, cálculos de vesícula, muerte, falla en la pérdida de peso, estrechez gastroyeyunal, dilatación gástrica, obstrucción intestinal.

Las cirugías bariátricas son consideradas procedimientos de alto riesgo debido principalmente a la obesidad y las enfermedades comórbidas.

Puede requerirse transfusión sanguínea, vigilancia o tratamiento en cuidados intensivos horas o días.

Pueden presentarse lesiones en organos intraabdominales que

requieran su reparo o resección como bazo, esófago, estómago, intestino.

La mortalidad de la cirugía bariátrica es menor del 0.5% en manos expertas.

Puede requerirse una reintervención para evaluación, diagnóstico o tratamiento de alguna posible complicación.

Las complicaciones antes enumeradas tienen una frecuencia de presentación de menos del 10%, la mayoría se resuelven con tratamiento no quirúrgico.

Si el paciente sigue las recomendaciones no se debe presentar desnutrición, déficit de vitaminas o minerales, anemia, osteoporosis, problemas hepáticos, ni neuropatías.

16. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es un documento que demuestra la transparencia en la relación médico paciente, en la cual el médico le suministró la información necesaria al paciente, para la toma de decisiones, el paciente comprendió claramente dicha información, resolvió todas las dudas con su cirujano, de manera que quedó en capacidad de tomar la decisión de operarse de manera autónoma.
Es importante que lo firme y lo devuelva a su cirujano antes del procedimiento.

17. DREN

Es muy posible que su cirujano decida dejar uno o dos drenes al terminar la cirugía, Será retirado en la primera consulta de revisión.

Normalmente saldrá líquido tipo "agua sangre" a través y alrededor del mismo. Cambie las gasas diariamente o con mayor frecuencia si es necesario. Durante el baño limpie la piel alrededor con la ayuda de una gasa con agua y jabón de manos y luego seque. Sea cuidadoso de no halarlo para evitar que se salga.

18. EFECTOS COLATERALES

Debido a la reducción en el tamaño del estómago nunca volverá a comer de la manera que como actualmente. La cantidad será reducida para siempre. Seguramente usted podrá consumir todo tipo de alimentos pero en cantidades reducidas, ocasionalmente hay intolerancia a ciertos tipos de alimentos de manera temporal o permanente.

Es posible que algunos alimentos dulces produzcan diarrea y cólicos abdominales de manera temporal o permanente.

19. REVISIONES POST OPERATORIAS CON EL CIRUJANO

Las consultas tendrán lugar a la semana de la cirugía, momento en el cual se retirará el dren; al mes, a los tres meses, a los seis meses, al año y luego cada año. Lo anterior podrá variar de acuerdo a la evolución del paciente. En cada consulta el cirujano le indicará exámenes de control para valorar de manera objetiva la evolución del proceso de pérdida de peso.

20. TOMA DE VITAMINAS

Con algunas cirugías, como en el Bypass Gástrico, los cambios

realizados en el tracto gastrointestinal durante la cirugía y la limitación en la ingesta hacen necesario tomar hierro, ácido fólico, calcio, multivitaminas, y aplicarse vitamina B12 muscular a largo plazo o de por vida. Es posible además, que según la evolución se requieran vitaminas, minerales o complementos proteicos adicionales.

21. EJERCICIO POSTOPERATORIO

Es muy importe iniciar un plan de actividad física en el postoperatorio.

A los quince días de la cirugía se puede comenzar a caminar. Al mes, el ejercicio puede incrementar en intensidad y frecuencia, de manera que debe iniciar ejercicio de esfuerzo que permita conservar la masa muscular y alternarlo con ejercicio cardiovascular.

La incapacidad laboral es de quince días.

22. RESULTADOS Y ÉXITO DE LA CIRUGÍA

La cirugía es exitosa si se pierde el 50% del exceso de peso y se mantiene a cinco años. Con esta pérdida de peso se mejoran o curan la mayoría de las enfermedades asociadas a la obesidad mejorando el estado de salud, la calidad de vida y la esperanza de vida.

Se puede lograr un peso normal o casi normal dependiendo del comportamiento , responsabilidad y adherencia a las indicaciones por parte del paciente.

La cirugía bariátrica tiene propósitos funcionales, no es una cirugía estética, aunque todas las personas se ven mejor con unos kilos menos.

23. CIRUGÍA METABÓLICA

La cirugía metabólica aparece en los últimos años como resultado de la observación de la curación de la diabetes mellitus y otras enfermedades comórbidas en pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

La cirugía metabólica ha demostrado curar la diabetes mellitus tipo II entre el 85% al 100% de los pacientes. Los mejores candidatos son pacientes con más de 1 año y menos de 10 años de evolución. no insulino dependientes y con reserva pancreática adecuada.

Otras enfermedades comórbidas de la obesidad también se mejoran o curan. Entre ellas hipertensión arterial, dislipidemia, apnea del sueño, artropatías, refllujo gastroesofágico, etc.

Actualmente existen protocolos de manejo quirúrgico con bypass gástrico, manga gástrica y bypass duodeno yeyunal en pacientes no obesos demostrando excelentes resultados.

24. CIRUGÍA PLÁSTICA POSTOPERATORIA Y EMBARAZO

Las mujeres deben evitar un embarazo durante el período de máxima pérdida de peso, es decir 12 a 18 meses después de la cirugía. Después de ese período podrá tener un embarazo normal. Si desea realizarse procedimientos quirúrgicos de reemplazo articular o de cirugía estética es ideal realizarlos cuando el periodo de pérdida de peso ha concluido, es decir a los 12 a 18 meses.
No todos los pacientes requieren cirugía plástica, esto depende de la cantidad de peso que se perdió, del ejercicio realizado en el postoperatorio y de los objetivos especiales de cada paciente.

25. EDUCACIÓN DEL PACIENTE

Es muy importante que el paciente se convierta en un experto en el tema de la obesidad y su tratamiento quirúrgico. A mayor conocimiento y entendimiento mayor tranquilidad y seguridad tendrá el paciente para enfrentar y alcanzar éxito en el tratamiento integral de la obesidad mórbida. Este documento le ofrecerá la información básica. Debe además consultar de fuentes seguras como sitios de Internet, de las sociedades líderes en cirugía bariátrica en el mundo y algunos otros sitios serios dirigidos a los pacientes. Algunas de las direcciones de Internet recomendadas son las siguientes, por favor consultelos e inclusive imprima las páginas para tenerlas siempre a mano.

- www.juancarlosgongora.com
- www.asmbs.org - Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica (Inglés)
- www.seco.org - Sociedad Española de Cirugía Bariátrica (Español).

26. RESPONSABILIDAD Y COMPROMISO DEL PACIENTE

El tratamiento de la obesidad mórbida es un tratamiento integral, es decir requiere de múltiples factores, ninguno menos importante que el otro para lograr el éxito con los menores efectos colaterales. La cirugía bariátrica hace parte del tratamiento y no lo es todo. Usted tendrá a su disposición un equipo de profesionales incluidos nutricionista, psicóloga, psiquiatra, internista, endocrinólogo, neumólogo, otorrinolaringólogo, fisiatra, endoscopista, cirujano, entre otros, de acuerdo a la necesidad de cada paciente en particular, todos dispuestos a ayudarle en el proceso de la pérdida de peso.

Indudablemente es el paciente quien debe tener más compromiso con

el tratamiento indicado por los especialistas tratantes. Se deben seguir todas las instrucciones que se indiquen, a mayor adherencia y cumplimiento con las anteriores, mejores resultados se obtendrán y menores efectos colaterales se presentarán. El paciente siempre debe tener presente:

- La cirugía bariátrica no es una cirugía con fines estéticos.
- La obesidad es una enfermedad crónica, controlable pero no curable y se deben seguir continuamente las indicaciones, a pesar de haber recibido cirugía bariátrica, de lo contrario se presentará reganancia de peso.
- Es el paciente el responsable de que los resultados sean los mejores.
- Es más peligroso quedarse obeso que realizarse una cirugía bariátrica en manos expertas.
- La cirugía es parte del tratamiento y es irreversible en algunos casos.
- Se requiere de un gran esfuerzo para lograr una pérdida de peso adecuada a pesar de realizarse cirugía bariátrica.

27. VIDA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

- ## DIETA

En general después de todo procedimiento bariátrico se debe consumir una dieta líquida clara los primeros quince días. Recuerde que su estómago ha disminuido de tamaño y está en proceso de cicatrización y desinflamación. Desde las 6 a.m. hasta las 10 p.m. debe tomar 3 onzas de líquido cada hora. No es necesario que se despierte en la noche para ingerir líquidos, pero si tiene oportunidad hágalo en la misma cantidad.

Prepare paletas de suero oral, gatorade, jugos de frutas y consúmalas entre las tomas de líquidos. El objetivo es lograr una hidratación adecuada. Si su orina tiene una cantidad y color normales, su hidratación es adecuada.

Luego habrá una readaptación a la alimentación normal en un periodo de 2 a 4 meses. Durante ese periodo se pasa de dieta líquida clara a dieta líquida espesa, luego a dieta semiblanda, dieta blanda y por último a dieta con consistencia normal. La nutricionista le indicará exactamente como y cuando avanzar de una etapa a otra.

La readaptación a la alimentación es la etapa más difícil. Es posible que presente nauseas, vómitos, mareos, cambios en las deposiciones, dolores abdominales, entre otros. Algunos consejos prácticos para evitar o disminuir al mínimo las molestias en este periodo son:

- Siga las recomendaciones de la nutricionista y del cirujano Bariátrico.
- Lleve pequeñas porciones de alimentos a la boca (cuchara mediana).
- Mastique muy bien los alimentos.
- Trague solo pequeñas porciones.
- Suspenda cuando se sienta lleno.
- No converse mientras come.
- Coma despacio.
- No tome bebidas gaseosas.
- Evite los dulces.
- Si no tolera algún alimento, évitelo. Consulte con su nutricionista.

La dieta debe ser basada en proteínas. Después de pasar el periodo de readactación usted podrá consumir todo tipo de alimentos pero siempre en pequeñas porciones. Recuerde que para evitar una recaída de la obesidad debe llevar una dieta balanceada e idealmente supervisada por la nutricionista de por vida.

ACTIVIDAD FÍSICA

Al ser dado de alta usted deberá evitar permanecer en la cama, puede estar sentado y caminar en su casa. Quince días después de la cirugía podrá comenzar a caminar diariamente según sus capacidades. Al mes de operado debe aumentar los periodos de caminata y puede alternarlos con bicicleta estática, piscina, spinning u otro ejercicio cardiovascular de acuerdo a sus capacidades. En este momento también puede comenzar a hacer ejercicio de esfuerzo para mantener y desarrollar la masa muscular. Lo ideal es combinar la actividad cardiovascular y el ejercicio de esfuerzo. La frecuencia debe ser de 4 a 6 veces por semana de 40 a 60 minutos diarios. Comience despacio y progrese de acuerdo a sus capacidades. Consulte con su médico.

Es importante que la actividad física se convierta en parte de su vida diaria para lograr los resultados propuestos y evitar una recaída de la obesidad.

MEDICAMENTOS

Durante los primeros quince días postoperatorios todos los medicamentos deben ser triturados y diluídos. Después del primer mes deberá empezar a tomar las vitaminas y podrá comenzar a tomar los medicamentos enteros. Consulte con sus especialistas que medicamentos debe continuar en el postoperatorio, es posible que no tenga que tomar todos los que tomaba antes de la cirugía.

EN GENERAL

Puede llevar una vida normal después de la cirugía. Después del primer mes usted puede realizar cualquier tipo de actividad física, trabajar en cualquier labor, practicar cualquier deporte, viajar a

a donde desee, es decir vivir como una persona sana, saludable y disfrutar totalmente de su excelente calidad de vida.

- CONTROLES

Es muy importante continuar los controles con su cirujano Bariátrico, nutricionista y psicóloga a largo plazo. Además debe asistir a las citas con otros especialistas según su estado clínico. Recuerde que la obesidad es controlable pero no curable, es decir se requiere de un control continuo para no recaer en la enfermedad.

28. PREGUNTAS FRECUENTES

1. ¿PERDERÉ PESO TODA LA VIDA?

NO. La pérdida de peso es gradual a través del tiempo. Se pierde peso durante 12 a 18 meses. Inicialmente se pueden perder entre 8 y 12 kilos por mes hasta que al final se perderán 1 a 2 kilos por mes, momento en el cual su organismo se adecuará para mejorar la absorción de alimentos y el peso permanecerá estable.

2. ¿TIENE RIESGO LA CIRUGÍA?

SI. Toda cirugía tiene riesgos. La cirugía bariátrica se considera de alto riesgo, al igual que la mayoría de las cirugías bajo anestesia general en un paciente obeso mórbido. Se presentan complicaciones en menos del 10% de las cirugías bariátricas y la mortalidad es menor del 0.5%.

En todo caso es más riesgoso convivir con la obesidad que operarse de la misma.

3. ¿CUÁNDO COMIENZO A TRABAJAR?

Todas las personas tienen una capacidad de recuperación

diferente. En promedio, podrá reanudar sus actividades laborales a los 15 días. Los esfuerzos físicos se realizarán un mes después de la cirugía.

4. ¿ES DOLOROSA LA CIRUGÍA?

NO. Es lógico que toda cirugía cause molestias. Al realizar la cirugía por vía laparoscopica el dolor se reduce notoriamente. La mayoría de los pacientes operados dicen no haber sentido dolor importante en el postoperatorio, algunos inclusive no necesitan tomar analgésicos después del alta.

5. ¿CUÁNTO TIEMPO DURA LA CIRUGÍA?

Es variable. La duración promedio de la cirugía es de 1 hora. Algunas cirugías son más complejas que otras y el cirujano algunas veces no lo puede prever. Lo más importante es que su cirugía se desarrolle exitosamente.

6. ¿ES REVERSIBLE LA CIRUGÍA?

NO. La mayoría son reversibles, pero tal reversión es difícil y riesgosa por lo tanto se debe considerar como irreversible. La obesidad es una enfermedad crónica y su tratamiento, incluyendo la cirugía, debe durar toda la vida.

7. ¿TENDRÉ HAMBRE DESPUÉS DE LA CIRUGÍA?

Es variable. Algunos pacientes sienten hambre y otros no. Quienes sienten hambre, lo cual es completamente normal, se sientes satisfechos (llenos) al comer una cantidad reducida de alimentos. Dicha sensación de llenura dura varias horas.

8. ¿PODRÉ COMER TODOS LOS ALIMENTOS QUE COMO AHORA?

SI. En general podrá comer todo tipo de alimentos pero en cantidad reducida. Es posible que los primeros meses experimente una intolerancia a cierto tipo de alimentos, pero esto mejora con el tiempo en la mayoría de los casos. En algunos casos se presentará intolerancia a los dulces, lo cual es beneficioso en el contexto de tratamiento de la obesidad.

Los primeros quince días consumirá solo líquidos y luego retomará gradualmente la consistencia normal de los alimentos.

9. ¿CON LA CIRUGÍA LA PÉRDIDA DE PESO ES GARANTIZADA?

NO. La cirugía es el método más efectivo en el momento actual para el manejo de la obesidad pero no es infalible. El tratamiento de la obesidad requiere de un gran compromiso del paciente. Una dieta saludable y un programa de actividad física son indispensables para lograr el éxito. La cirugía es parte del tratamiento. Con cirugía bariátrica la mayoría de los obesos mórbidos logran la pérdida de peso esperada y necesaria para lograr los objetivos trazados.

10. ¿PUEDO TENER HIJOS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA?

SI. Después de un año y medio podrá tener hijos sanos. Debe seguir algún método anticonceptivo durante este periodo.

11. ¿REQUERIRÉ CIRUGÍA PLÁSTICA EN EL FUTURO?

Depende de muchos factores. No todos los pacientes requieren

cirugía plástica. Si la pérdida de peso fue muy importante (peso previo muy excesivo), si ha tenido muchos hijos, si no realizó suficiente ejercicio, si tiene objetivos estéticos es posible que requiera cirugía plástica. En cambio si la pérdida de peso no fue excesiva (peso previo no tan excesivo), si realizó suficiente ejercicio, si no tiene edad muy avanzada es posible que no requiera cirugía plástica.

En caso de realizarse se deberá llevar a cabo cuando la pérdida de peso haya culminado.

12. ¿QUEDARÉ CON UN ALTO RIESGO DE DESNUTRICIÓN?

NO. Con las técnicas utilizadas en la actualidad ningún paciente debe desnutrirse. Debe seguir las recomendaciones nutricionales y debe tomar los suplementos vitamínicos indicados.

29. TEST DE AUTOEVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

1. La obesidad mórbida es una enfermedad controlable pero no curable?

   a. Si _____ b. No _____

2. Las causas más frecuentes de obesidad son la comida exagerada y el sedentarismo?

   a. Si _____ b. No _____

3. Después de una cirugía bariátrica se debe continuar una alimentación balanceada y un programa de actividad física para lograr el éxito?

   a. Si _____ b. No _____

4. No hay necesidad de tomar reemplazo vitamínico después de una cirugía bariátrica tipo Bypass Gástrico?

   a. Si _____ b. No _____

5. En general la cirugía bariátrica es considerada una cirugía irreversible?

   a. Si _____ b. No _____

6. La cirugía bariátrica es exitosa si se pierde la mitad del sobrepeso por 5 años?

   a. Si _____ b. No _____

7. La cirugía bariátrica es una cirugía de bajo riesgo?

   a. Si_____ b. No_____

8. La mortalidad de la cirugía bariátrica realizada por un grupo experto es menor del 0.5%?

   a. Si_____ b. No_____

9. La pérdida de peso es gradual durante 12 a 18 meses después de la cirugía?

   a. Si_____ b. No_____

10. Con cirugía bariátrica se mejoran o se curan la mayoría de las enfermedades que acompañan a la obesidad?

    a. Si_____ b. No_____

11. Es lo mismo realizar una cirugía bariátrica abierta que por laparoscopia?

    a. Si_____ b. No_____

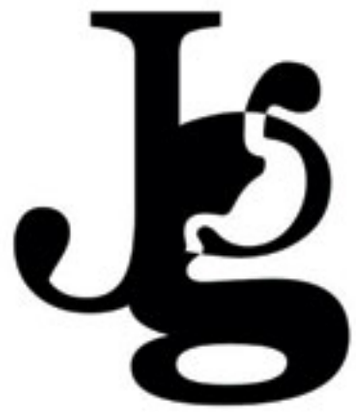
12. No es necesario realizar ningún tipo de preparación antes de una cirugía bariátrica?

    a. Si_____ b. No_____

13. Los resultados del tratamiento están directamente relacionados al compromiso del paciente?

    a. Si_____ b. No_____

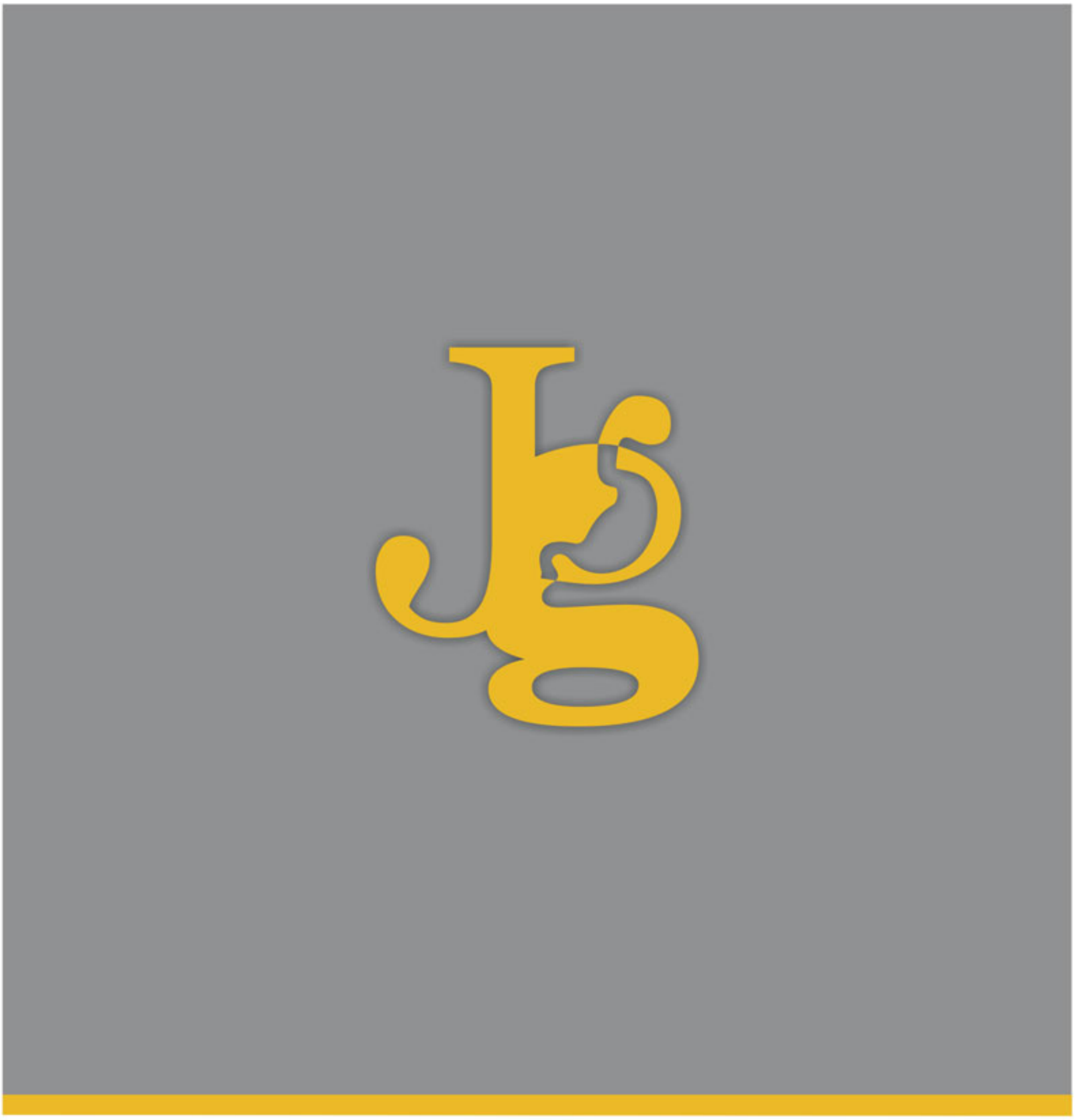
Respuestas
1. SI / 2. SI / 3. SI / 4. NO / 5. SI / 6. SI / 7. NO / 8. SI / 9. SI
10. SI / 11. NO / 12. NO / 13. SI



Juan Carlos Góngora

LINEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE

314 879 05 89



Torre Intermédica ▪ Centro de Especialistas
Calle 7 No. 39-197 ▪ Consultorio 1417 ▪ PBX 352 57 46
Linea de atención al cliente 314 879 05 89
Medellín - Colombia
info@juancarlosgongora.com ▪ www.juancarlosgongora.com