

## “ Cirugía de la Obesidad ”



La obesidad se define como una excesiva acumulación de grasa en el organismo.

Constituye un grave problema de salud en la mayor parte de los países, una auténtica epidemia con grandes repercusiones económicas y sociosanitarias. La importancia de esta enfermedad radica en sus repercusiones sobre la salud de los sujetos que la padecen; grados severos de obesidad acortan la esperanza de vida, asocian gran número de patologías (co-morbilidades) y mayor riesgo de padecer ciertos cánceres. El paciente obeso vive menos y vive peor.

En la mayor parte de la población existen distintos grados de sobrepeso, en el extremo estaría la obesidad mórbida (obesidad clínica severa) que es una grave enfermedad.

### GRADOS DE OBESIDAD

Para medir el grado de obesidad se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC) que se calcula dividiendo el peso en Kg entre el cuadrado de la altura en metros (Kg/m<sup>2</sup>). Así, se clasifica la obesidad en:

- A: Normal: IMC < 25
- B: Sobrepeso grado I: IMC 25-27
- C: Sobrepeso grado II (pre-obesidad): IMC 27-30
- D: Obesidad tipo I (moderada): IMC 30-35
- E: Obesidad tipo II (severa): IMC 35-40
- F: Obesidad tipo III (mórbida): IMC 40-50
- G: Obesidad tipo V (super-obesidad): IMC 50-60
- H: Super-super obesidad: IMC >60

### PROBLEMAS QUE PLANTEA LA OBESIDAD

1.- Co-morbilidades:

Diabetes, hipertensión arterial, artrosis, varices, problemas respiratorios (síndrome de apnea del sueño, síndrome de obesidad-hipoventilación...), enfermedad cardíaca y coronaria, hipercolesterolemia, enfermedades de la vesícula, flebitis,...

2.- Aumento del riesgo de padecer ciertos cánceres (utero, vesícula, mama, colon, próstata,...)

3.- En las mujeres disminuye la fertilidad, con dificultad para quedarse embarazadas.

4.- Mortalidad temprana, los pacientes obesos mueren antes que sujetos no obesos de igual edad y sexo, disminuye un 50% la esperanza de vida.

5.- Problemas de relación y rechazo social: existen prejuicios contra el obeso, se le culpa de falta de autocontrol, se les rechaza para ciertos empleos, no les es fácil moverse en espacios públicos, transportes,... la sociedad discrimina al obeso y todo esto produce en estos enfermos alteraciones psicológicas y estados de ansiedad, con pérdida de la autoestima.

6.- Problemas familiares y de pareja.

## “ Cirugía de la Obesidad ”

### PERO

Debemos saber que:

- La obesidad es una enfermedad, a veces muy grave.
- El paciente no es culpable de ella.
- Es un problema de salud, no es sólo un problema estético.
- Las causas son múltiples: genéticas, culturales, familiares, psicológicas, socioculturales. Todo esto conlleva un desajuste del balance entre la energía ingerida y la consumida que es lo que conduce a la obesidad.
- Debe prevenirse desde la infancia.
- DEBE SER TRATADA.

### TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD



No existe un tratamiento médico eficaz de la obesidad severa con dietas, medicamentos o psicoterapia. Los tratamientos médicos se pueden aplicar en grados leves-moderados de obesidad, pero en casos de obesidad mórbida no son eficaces ya que no alcanzan más de un 10% de pérdida de sobrepeso a los 5 años (y el objetivo mínimo es un 50%), es por eso que la cirugía se plantea como el único tratamiento eficaz en estos casos.

La cirugía de la obesidad (cirugía bariátrica, del griego “baros”=peso, “iatrein”=tratamiento):

- No es cirugía endocrina (no opera las glándulas)
- No es cirugía estética (no consiste en quitar grasa)
- Es una cirugía funcional (los resultados no son los mismos en todos los pacientes)
- No cura la enfermedad, sí permite una pérdida importante de kilos y mantener dicha pérdida sin pasar hambre pero a cambio el paciente debe cambiar sus hábitos de vida con una nueva pauta de alimentación y potenciando la actividad física.
- No pretende alcanzar el peso ideal sino un peso que evite las enfermedades asociadas y la mortalidad prematura.
- Precisa un seguimiento de por vida y a veces apoyo psicológico.
- Tiene riesgos (mortalidad y complicaciones relativas a la intervención) y consecuencias (a veces aparecen vómitos, diarreas, déficits de vitaminas,..)
- En ocasiones fracasa y se requiere una nueva intervención.
- Precisa del concurso de distintos profesionales (endocrinos, dietistas, psicólogos, cirujanos) para un abordaje integral de la enfermedad.
- Con frecuencia se requieren una o varias intervenciones de cirugía plástica/estética para eliminar colgajos cutáneos, corregir deformidades, etc (lo que supone que la cirugía ha sido un éxito)

## “ Cirugía de la Obesidad ”

### QUIEN DEBE OPERARSE

- Pacientes de 18-65 años
- Con un IMC > 40 o 35-40 con grave co-morbilidad
- Informe psiquiátrico favorable
- Pérdida demostrada de peso tras dietas de muy bajo contenido calórico
- El paciente debe firmar un consentimiento tras recibir adecuada información, debe estar motivado para cambiar su estilo de vida (alimentación, ejercicio..) y debe tener un riesgo operatorio aceptable.
- Se aconseja anticoncepción en las mujeres durante dos años tras la intervención.
- Deberán aceptarse controles médicos de por vida.

### RESULTADOS ESPERABLES

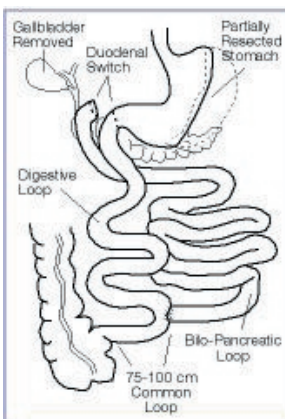
Al ser una cirugía funcional, no todos los pacientes pierden lo mismo aunque se haga la misma intervención. Los resultados de la cirugía se miden respecto al sobrepeso (% de exceso de peso perdido)

$\%EPP = \frac{\text{peso inicial} - \text{peso actual}}{\text{peso inicial} - \text{peso ideal}} \times 100$

La operación ideal (que no existe) debería cumplir los siguientes requisitos:

- Pérdida de al menos el 50% del sobrepeso mantenida durante más de 5 años.
- Beneficiar al menos al 75% de los pacientes.
- Ofrecer una buena calidad de vida y de ingesta, con pocos efectos secundarios (vómitos, diarreas, anemia..)
- Índice de reoperaciones < 2% al año
- Sin complicaciones a largo plazo con un seguimiento adecuado.
- Con bajo riesgo (mortalidad operatoria < 1%, riesgo de complicaciones < 10%).

### TIPOS DE CIRUGÍA



Se pueden dividir en:

- Operaciones simples: sólo actúan sobre el estómago. Serían las Anillas y las Gastroplastias.
- Operaciones complejas: actúan además añadiendo empalmes con el intestino. Serían el Bypass gástrico, las derivaciones biliar-pancreáticas y los bypass con anilla.

## “ Cirugía de la Obesidad ”

**SIMPLES** : consisten en grapar el estómago de modo que queda una capacidad gástrica muy limitada (20 cc) o bien en colocar una anilla para reducir su tamaño.

- Ventajas:

- Menor riesgo quirúrgico.
- No excluyen el estómago, de modo que se puede acceder a él.
- Son fácilmente reversibles y la reintervención es sencilla

- Inconvenientes:

- No son útiles en super-obesos ni en golosos
- Son fáciles de sabotear, al sabotearla se gana peso
- Desajustes de la anilla
- Logran un 50-60% de pérdida de sobrepeso, en el 60% de los casos.
- Mala calidad de la ingesta en algunos pacientes (vómitos,...).
- Mala tolerancia a determinados alimentos (carne).
- Fugas del grapado con aumento de peso

### **COMPLEJAS :**

- Bypass gástrico: consiste en asociar un grapado del estómago (que limita la cantidad de la ingesta) y una sección del intestino para acortarlo (creando una menor absorción de los alimentos).

Es la técnica que lleva haciéndose más años (34)

Buena en super-obesos y golosos

Más riesgo quirúrgico

Menos reintervenciones

Consigue pérdidas de sobrepeso del 75% en más del 75% de los casos.

Mejor calidad de vida (ingesta, menos restricciones dietéticas,..)

Pocos efectos secundarios (anemia, diarreas,..)

- Derivación Biliopancreática: extirpación de parte del estómago (restricción a la ingesta) y mayor acortamiento del intestino (malabsorción de alimentos)

Es la que obtiene mayor pérdida de sobrepeso (85%)

Muy buena en super-obesos.

Buena calidad de vida (no limita la ingesta).

Pero:

Extirpa parte del estómago, mayor riesgo quirúrgico.

Puede originar déficits de vitaminas, calcio, hierro y proteínas, por lo que precisa controles estrictos los tres primeros años.

Mal olor de las deposiciones, diarreas.

La elección de la técnica debe hacerse en función del peso, hábitos alimentarios, edad, complicaciones asociadas, etc.

## “ Cirugía de la Obesidad ”

### VALORACIÓN PREVIA A LA CIRUGÍA

Se realizará historia clínica y exploración, analizando los antecedentes familiares y personales (evolución del peso, inicio de la obesidad, hábitos dietéticos, actividad física, enfermedades relacionadas con la obesidad, alergias, estado psicológico).

Las pruebas a realizar en todos los casos son: análisis de sangre, radiografías de tórax, estudio con papilla de Bario en el estómago, ecografía abdominal, estudio respiratorio, estudio del metabolismo y de la composición corporal (Impedancia Bioeléctrica), valoración psicológica. En casos determinados se realizarán otras pruebas.

Una vez valorado por el endocrinólogo, será visto por el cirujano y el anestesiólogo y se le entregará un documento de consentimiento por escrito.

### INSTRUCCIONES ANTES DE LA INTERVENCIÓN

Es conveniente suspender el tabaco una semana antes de la operación.

No debe tomar aspirina dos semanas antes.

No puede comer ni beber nada en las 8 horas previas a la intervención.

Conviene llevar a la clínica ropa que se abroche por delante, amplia, y una faja (tubular que se ajusta mediante una tira de *velcro*)

Dúchase con jabón antiséptico la tarde antes de la intervención.

Al ingreso notifique la medicación que toma y las alergias, en caso de padecer alguna.

### INTERVENCIÓN

Se realiza bajo anestesia general, antes de la misma se le pone una dosis de antibiótico y una heparina subcutánea para prevenir infecciones y trombosis.

Continuará recibiendo una inyección de heparina durante todos los días de hospitalización y hasta 15 días después del alta.

Se realiza una incisión longitudinal en el abdomen que va desde el final del esternón hasta el ombligo. A veces durante la intervención se produce sangrado por vasos gástricos, lesión del bazo,.. y se precisa transfusión de sangre.

Una vez finalizada la intervención se coloca un drenaje intra-abdominal cerca del estómago, a veces se dejan otros drenajes accesorios a nivel subcutáneo.

Se deja también una sonda nasogástrica y una sonda urinaria. En ciertos casos se canaliza una vena de gran calibre (vía central).

### DESPUES DE LA INTERVENCIÓN

A las 24 horas de la cirugía se le levantará, fajado. Puede empezar a andar desde ese momento.

En 24 horas se retira la sonda urinaria (salvo excepciones) y la sonda nasogástrica salvo en los casos de bypass en que se deja 4 o 5 días, hasta realizar un control radiológico con papilla de bario. Tras la retirada de la sonda comienza a beber líquidos y se retira el/los drenajes. El endocrinólogo/Nutricionista pautará la alimentación al alta y los suplementos a tomar (vitaminas, hierro,..). Se pautarán analgésicos para evitar el dolor. En casos excepcionales podrá precisarse nutrición a través del intestino o de una vena. La estancia en el hospital oscila entre 4-8 días, según el tipo de intervención. Al alta deberá llevar faja al menos 4 semanas y continuar con inyecciones de heparina durante 15 días.

## “ Cirugía de la Obesidad ”

### RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS TRAS LA CIRUGÍA

Al tener muy reducida la capacidad del estómago debe acostumbrarse a comer raciones muy pequeñas cada poco tiempo. Pasarán varios meses hasta que se adapte a su alimentación. Al principio sólo tomará líquidos (4-6 semanas), luego alimentos triturados o en puré y finalmente sólidos. Pasados 6 meses ya podrá tomar casi todos los tipos de alimentos.

No debe olvidar que la tolerancia a los alimentos y el período de adaptación es muy variable, lo que más cuesta es comer ciertos alimentos como la carne, pan, arroz y verdura con fibra. Las técnicas restrictivas precisan de una cooperación especial ya que limitan más la ingesta de ciertos alimentos, si se fuerza la ingesta vomitará.

En cualquier caso deberá restringir la ingesta de calorías para ir perdiendo peso. Gracias a la intervención le será fácil perder peso sin pasar apenas apetito y podrá mantener esta pérdida mucho tiempo.

Pero no debe olvidar que si abusa de alimentos ricos en calorías (bollería, chocolate,..) va a ser difícil que pierda todo el peso deseado.

### RECOMENDACIONES SOBRE TRABAJO Y EJERCICIO TRAS LA CIRUGÍA

Podrá incorporarse a sus actividades de modo progresivo. A partir de las 3 semanas de la intervención se puede conducir.

Las primeras semanas debe evitar hacer esfuerzos o coger objetos pesados. A las 6 semanas la herida estará cicatrizada y podrá hacer una actividad física normal (incorporación al trabajo..)

Es necesario iniciar un programa regular de ejercicios a las 4-6 semanas, con ello favorecerá la pérdida de peso. Puede empezar por caminar o practicar la natación o bicicleta. Conviene empezar poco a poco, al principio unos 30 minutos al día.

### MEDICACIÓN A SEGUIR

Deberá seguir tomando la misma que antes de operarse, aunque a veces se precisan ajustes de las dosis o de la forma de presentación al ir perdiendo peso. Con el tiempo es probable que deje de precisar ciertos fármacos al ir desapareciendo las enfermedades asociadas a la obesidad (diabetes, hipertensión arterial...).

Generalmente se prescriben complejos de vitaminas y minerales (hierro) durante 12-18 meses que se suspenden si se sigue una alimentación variada, en otras ocasiones se precisan protectores gástricos, fibra, laxantes suaves,.. etc.

### EFFECTOS DE LA CIRUGÍA SOBRE EL PESO

Con las técnicas simples se pierde un 30% del peso inicial (30-40 Kg), con las complejas un 40-50% (50-60 Kg), aunque no todos los pacientes pierden lo mismo. En general los hombres y los pacientes más jóvenes pierden más peso.

Las pérdidas máximas de peso ocurren antes de los primeros 18 meses tras la cirugía, a veces a los dos años hay una reganancia leve (de 5-8 Kg).

No hay que olvidar que el éxito de la cirugía depende en gran medida de la adecuada cumplimentación de las pautas dietéticas y de la realización de ejercicio físico. Es imperativo cambiar los hábitos de vida.

Si todo esto se cumple la cirugía habrá sido un éxito, y no sólo en cuanto a la pérdida de peso sino (lo que es más importante) dejará de padecer una gran parte de las enfermedades que estaban causadas por su obesidad. Mejorará además su movilidad, su resistencia, su autoestima, el humor, las relaciones interpersonales, la capacidad de trabajo, las relaciones de pareja (si eran buenas antes), etc.



## “ Cirugía de la Obesidad ”

### PROGRAMA DE SEGUIMIENTO

---

Deberá comprometerse a acudir a todas las consultas de revisiones que se le planifiquen tras la intervención, en estas visitas periódicas se revisará el peso, se solicitarán analíticas, radiografías, se analizará la modificación de su estilo de vida, sus pulsiones psicológicas, etc .

### RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA

---

Como en toda intervención de cirugía mayor, existen unos riesgos operatorios que hay que sopesar , conocer y comparar con los riesgos de mantenerse con una obesidad severa. Existen unos riesgos precoces (tras la intervención) y otros tardíos:

#### PRECOCES:

- Tromboflebitis (coágulos en las piernas) con riesgo de embolia pulmonar. Esto se previene con heparina e iniciando movilización precoz.
- Colapso pulmonar (atelectasia) o neumonía. Sobre todo en fumadores o personas con problemas respiratorios. Se previenen realizando ejercicios respiratorios.
- Infección de la herida.
- Fallos de las suturas en el estómago o el intestino. Son raras, pero muy graves, a veces precisan reintervención.
- Fiebre: suele deberse a infección de la herida, respiratoria o de orina.
- Lesión del bazo: rara, pero a veces requiere su extirpación.
- La mortalidad de estas intervenciones está en torno al 1-2%. El resto de complicaciones se da en un 10% de los pacientes, y son graves en el 1% de los casos. Cualquier reintervención supone mayor riesgo quirúrgico.

#### TARDIAS:

- Vómitos: generalmente obedecen a incumplimientos de las pautas dietéticas (comer deprisa, no masticar, mezclar sólidos con líquidos, comer en exceso,..).
- Intolerancia a ciertos alimentos (carne, pan,..): ocurre a veces con las técnicas restrictivas, aunque con el tiempo suelen desaparecer.
- Rotura de la línea de grapas: a veces condiciona reganancia de peso.
- Estrechez en el anillo de salida del estómago (gastroplastias): debida a inflamación o úlcera a ese nivel, produce vómitos persistentes. Suele curar con medicación y dilataciones endoscópicas.
- Hernia de la herida quirúrgica: más frecuente en los obesos por debilidad de la pared abdominal. Requiere intervención.
- Obstrucción intestinal por adherencias: raro, pero puede precisar cirugía.
- Piel flácida: al perder peso, la piel del abdomen, brazos, piernas.. queda flácida. Lipoaspiración de la grasa superficial. Se corrige con cirugía plástica-estética.
- Pérdida insuficiente de peso: a veces es motivo de una nueva intervención.
- Desnutrición o carencia de vitaminas: raro si se siguen las pautas alimentarias y se toman los suplementos vitamínicos.
- Diarreas, mal olor de las deposiciones: ocurre a veces con técnicas de bypass.
- Desajustes psicosociales: a veces precisan de apoyo psicológico.

Si Vd. cree que le podemos ayudar, no dude en ponerse en contacto con nosotros y valoraremos de forma personalizada su caso. Su bienestar es importante.