

OBESIDAD MÓRBIDA

- ¿Qué es?
- El problema de la obesidad
- ¿Cuáles son las complicaciones de la obesidad?
- ¿Cómo se mide el grado de obesidad?
- ¿Necesito un tratamiento quirúrgico?
- Opciones de tratamiento
- Técnicas quirúrgicas
 - Banda gástrica
 - Bypass gástrico
 - Derivación biliopancreática
- Ventajas de la cirugía laparoscópica en la obesidad
- Preguntas frecuentes
 - Preparación preoperatoria
 - Postoperatorio inmediato
 - ¿Qué complicaciones pueden ocurrir?
 - ¿Qué resultados debo esperar después de la cirugía?
 - ¿Cuándo debe llamar a su médico?

¿Qué es?

La obesidad se produce como resultado de una ingesta en cantidad o calidad superior a las necesidades del individuo, que ingiere más calorías de las que quema y éstas se almacenan en el cuerpo en forma de grasa.

Las causas de la obesidad son múltiples, y están implicados el origen hereditario y una educación inadecuada en la forma de comer junto a un estilo de vida sedentario.

La obesidad se ha convertido en una enfermedad crónica que va a suponer una disminución evidente en la esperanza de vida de los pacientes.

El problema de la obesidad

La obesidad mórbida no es sólo un problema estético, sino que es una verdadera enfermedad crónica, en la que la mayoría de los tratamientos fracasan a medio – largo plazo.

La obesidad además de las limitaciones físicas en el vida cotidiana, favorecen situaciones de inadaptación social y pérdida de la autoestima.

En España la obesidad afecta al 30% de la población general y de ellos el 15% padece obesidad mórbida o grave siendo considerada hoy en día la epidemia del siglo XXI.

¿Cuáles son las complicaciones de la obesidad?

La obesidad conlleva un grave riesgo para la vida, afectando al sistema circulatorio, que se manifiesta como tensión alta y problemas de corazón. La mayor presencia de grasa en el abdomen y el tórax, hace necesario un mayor esfuerzo a los pulmones para su funcionamiento causando fatiga respiratoria, además de ronquidos intensos y apnea del sueño.

La mayoría padecen a nivel digestivo, reflujo del estómago al esófago o boca, y mayor frecuencia de cálculos en la vesícula. Las mujeres padecen ausencia o alteración de la menstruación, además de mayor frecuencia de cáncer de útero. Casi la mitad de los pacientes obesos, padecen diabetes.

La mayoría de todos estos problemas se curan, cuando el individuo vuelve a su peso normal.

¿Cómo se mide el grado de obesidad?

Para saber si una persona tiene obesidad patológica o no, y su grado, el médico divide el peso del paciente por la talla en metros al cuadrado, obteniendo un número denominado Índice de Masa Corporal (IMC):

Peso: IMC:
Talla:

Para saber si un paciente está obeso, nos referiremos siempre a este índice de masa corporal. Se considera un paciente de peso normal cuando tiene un índice de masa corporal inferior a 25. Cuando el índice de masa corporal está entre 25 y 29 consideramos que existe sobrepeso. Si está ente 30 y 34 estamos ante un obeso patológico; entre 35 y 39 se trata de obesidad grave y por encima de 40 se considera como mórbida.

¿Necesito un tratamiento quirúrgico?

Para pensar en operarse debe tener un IMC superior a 40 o 35 si aparecen enfermedades asociadas como hipertensión, diabetes, problemas articulares, apnea del sueño...

Previamente ha habido que:

- Descartar alguna **ENFERMEDAD** causante de la obesidad
- Haber intentado **TRATAMIENTO MÉDICO DIETÉTICO** sin obtener el resultado deseado
- Saber que el tratamiento quirúrgico **NO TIENE FINES ESTÉTICOS** sino mejorar la salud

Opciones de tratamiento

La primera opción terapéutica de la obesidad patológica es el tratamiento endocrino-dietético basado en la reducción de ingesta, dieta hipocalórica, cambio de hábitos y conducta. Todas las personas que acuden a una consulta médica por problemas de obesidad, han sufrido ya diversos regímenes hipocalóricos para intentar el adelgazamiento.

Hay medicaciones recetadas y de venta libre que inducen la reducción de peso al disminuir el apetito, produciendo una reducción de peso, pero una vez que se suspende la medicación, el aumento de peso es rápido. Todo el peso que se baja se recupera al cabo de cinco años.

Cuando éste tratamiento dietético fracasa y no se consigue con el apoyo de medicación, existe la opción quirúrgica.

Técnicas quirúrgicas

La cirugía supone la solución definitiva para la obesidad. La cirugía para la obesidad mórbida se denomina CIRUGIA BARIATRICA. Las técnicas quirúrgicas han evolucionado hasta alcanzar mayor precisión y menor impacto sobre el paciente, reduciendo las molestias, el tiempo de estancia hospitalaria y lo más importante los efectos secundarios tras la operación.

No obstante las intervenciones son serias, aunque el índice de mortalidad por cirugía bariátrica tan sólo es del 1%, hay obesos que corren un riesgo excesivo al operarse si antes no pierden algo de peso.

En función de las características personales del obeso, aconsejaremos el tratamiento más adecuado.

Las técnicas actuales se dividen en tres tipos según el procedimiento:

- Restrictivas: consisten en disminuir el tamaño del estomago (Banda gástrica)
- Malabsortivas: provocan la mala absorción de los alimentos (Derivación biliopancreática)
- Mixtas: combinan las dos anteriores (Bypass gástrico)

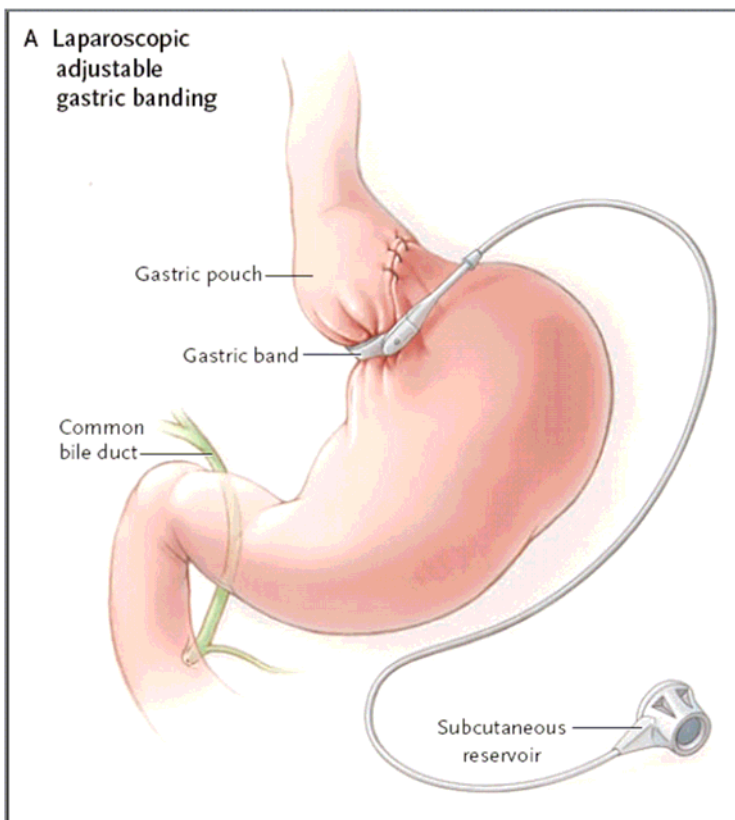
- Banda gástrica

Esta técnica se realiza sobre el aparato digestivo reduciendo el tamaño del estomago para disminuir la ingesta de alimentos. Es un anillo de silicona con una cámara hinchable en su parte interna que se coloca alrededor de la parte superior del estómago disminuyendo su capacidad. Así el paciente puede comer pequeñas cantidades y se limita la salida del pequeño reservorio superior mediante la banda.

Como resultado los pacientes tienen sensación temprana de saciedad y esto conlleva pérdida de peso. La parte interna de la banda se extiende a través de un catéter que está conectado a un reservorio que se implanta debajo de la piel.

La intervención de banda gástrica ajustable por laparoscopia es una sencilla intervención de 45 minutos aproximadamente, a las pocas horas de la intervención el paciente camina y tolera líquidos y habitualmente se marcha a casa al día siguiente. El paciente se reincorpora a su actividad habitual a los 10 días. A la semana se retiran los puntos en consulta y durante 2-3 semanas se mantiene una dieta líquida-pastosa para que se acostumbre a su nuevo estomago.

El diametro de la banda es ajustable «solo por el cirujano» hasta encontrar las necesidades individuales de cada paciente.



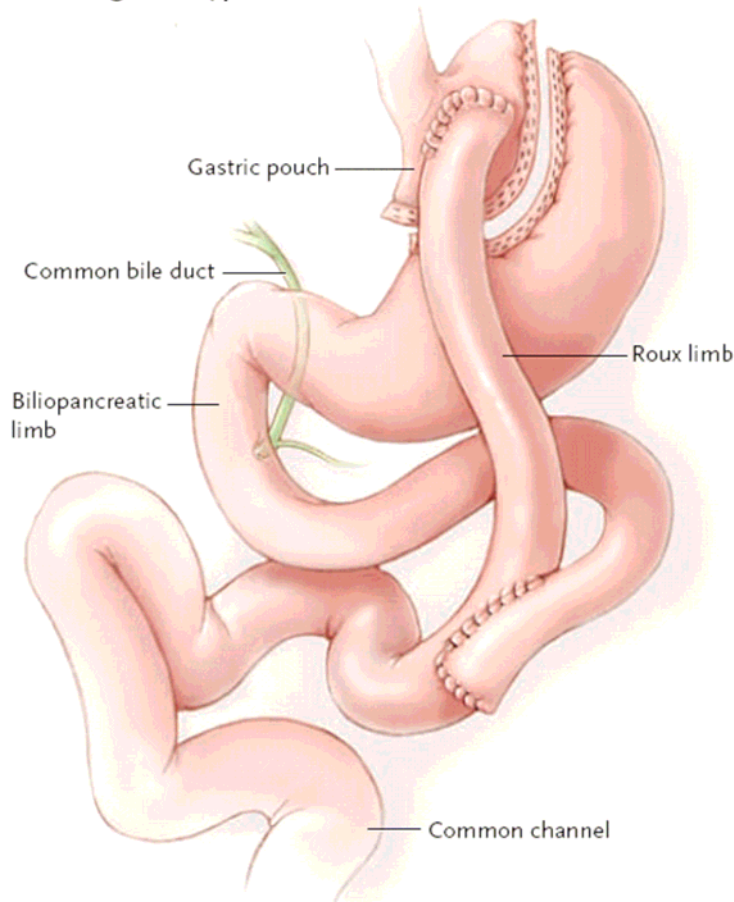
- Bypass gástrico

Consiste en cortar, grapar y seccionar la parte más alta del estómago (donde entran inicialmente los alimentos) dejando un estomago pequeño de aproximadamente 20-30 ml, que es lo que se llama reservorio.

Seguidamente se divide el intestino y se une con el reservorio, de modo que los alimentos pasan directamente a tramos más lejanos del intestino delgado, ahorrándose la absorción de los alimentos en 1.5 a 2 metros.

Con esto se come menos y se llega a la sensación de saciedad antes y al pasar los alimentos a tramos más lejanos del intestino se reduce la absorción de los alimentos, lo que conlleva pérdida de peso.

C Roux-en-Y gastric bypass



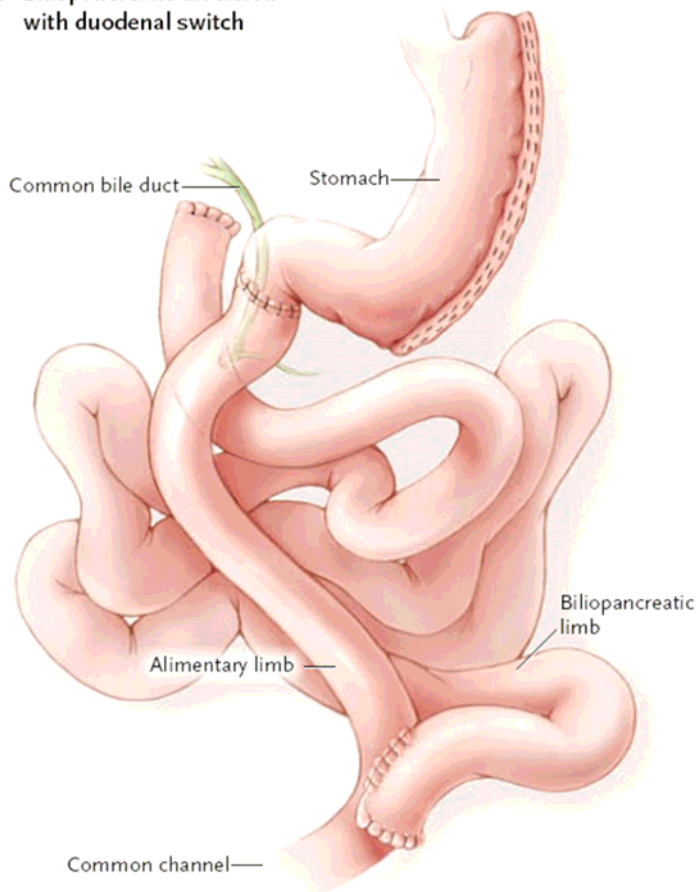
- Derivación biliopancreática

Las operaciones de malabsorción, como la derivación biliopancreática, restringen tanto la ingesta de alimentos como la cantidad de calorías y nutrientes que el cuerpo absorbe. En esta técnica se excluye una porción del estómago y la pequeña bolsa remanente se conecta directamente al segmento final del intestino delgado, evitando completamente el paso a través del duodeno y el yeyuno. La pérdida de peso se debe a que la mayoría de las calorías y nutrientes son dirigidos al colon donde no son absorbidos.

Es la técnica más efectiva en cuanto a pérdida de sobrepeso pero es una técnica compleja que necesita controles analíticos obligatorios durante años, afectando a la absorción de ciertas vitaminas y proteínas, y en la mayoría de los pacientes produce mal olor en las deposiciones.

Nosotros sólo aplicamos está técnica en casos muy determinados

**D Biliopancreatic diversion
with duodenal switch**



Ventajas de la cirugía laparoscópica en la obesidad

Entre las ventajas del abordaje laparoscópico se incluyen:

- Reducción del dolor postoperatorio
- Estancia hospitalaria más breve
- Regreso más rápido a su actividad cotidiana
- Menos complicaciones en cuanto a infecciones pulmonares
- Menos complicaciones en cuanto a pared abdominal
- Iguales resultados en pérdida de peso y curación de comorbilidades que la cirugía abierta
- Resultado más estético

Preguntas frecuentes

- Preparación preoperatoria

En la consulta de nutrición se le realiza una entrevista y exploración, centrándose en la historia propia de su obesidad y hábitos dietéticos del paciente. Si se considera que el paciente es candidato a cirugía, quizá sea necesaria una evaluación psicológica para determinar la capacidad del paciente de adaptarse a los cambios posteriores a la operación.

Los pacientes son sometidos por parte del anestesista a una exploración física donde se valora la movilidad del cuello y la apertura de la boca, para ver el grado de dificultad en la intubación. Además se realiza una Radiografía de tórax y un ECG. Si presenta edad avanzada, cardiopatía o alteraciones respiratorias puede ser necesario realizar revisión cardiológica y respiratoria.

Una vez descartada cualquier contraindicación médica para la cirugía, el paciente es valorado por el cirujano, realizándose entrevista clínica, exploración física y diversas exploraciones complementarias como endoscopia, ecografía, radiografías de estomago...

Al paciente se le explica en que consiste la técnica quirúrgica, las posibles complicaciones a corto y largo plazo y los resultados, firmando el correspondiente consentimiento informado.

El paciente ingresa un día antes de la cirugía. Como tratamiento previo a la cirugía se administra una terapia antiemética, antibiótica y antitrombótica para evitar el riesgo de trombosis y problemas en la intubación. El paciente tiene que ducharse o bañarse antes de la cirugía insistiendo en el abdomen y la zona de los pliegues abdominales.

- Postoperatorio inmediato

Finalizada la intervención, el cirujano informa a los familiares de cómo ha transcurrido la cirugía y que el paciente pasará a la unidad de Reanimación postquirúrgica, donde vigilarán el despertar, las constantes y el drenaje si lo lleva. Esta es una medida de seguridad antes de que pase a la habitación.

El paciente saldrá del quirófano sin sonda por la nariz, con sonda en la vejiga, con unas medias de compresión neumática en las piernas para evitar la trombosis venosa y algunos pacientes llevarán un drenaje abdominal.

Cuando suba a la habitación podrá levantarse, la primera vez deberá incorporarse un rato antes la cama, ya que puede marearse. Cuando esté en la cama, llevará el sistema de medias de compresión intermitente conectado y puede mover las piernas (encogerlas y estirarlas).

Es frecuente que tras la intervención por laparoscopia, en las primeras horas tenga dolor a nivel del hombro izquierdo y malestar en la pared muscular del abdomen. Si el dolor es demasiado intenso, avise y se le pondrá calmante.

Al inicio de la alimentación líquida (a las 24-48 horas después de la intervención), notará plenitud y sensación de pesadez en el estómago al haber reducido su capacidad. Para evitar molestias es aconsejable que beba con pajilla o con cucharadas de café lentamente y se detenga en el momento en que esté lleno. Si existe buena tolerancia y no hay complicaciones el paciente es dado de alta a domicilio al 1º-3º día postoperatorio.

Al alta al paciente se le dan una serie de recomendaciones y tratamientos

- Folleto de información
- Dieta bariátrica por fases
- Heparina subcutánea que se mantiene hasta 25-30 días tras la intervención.
- Omeprazol 1 comprimido / día (durante largo periodo de tiempo)
- Complejo vitamínico

- ¿Qué complicaciones pueden ocurrir?

Tal como ocurre con cualquier operación, existe el peligro de que se presenten complicaciones. Sin embargo el riesgo de que ocurra alguna de ellas no es mayor que el riesgo que conlleva la obesidad por si misma.

Aunque la operación se considera segura, pueden presentarse complicaciones. El índice de muerte inmediata a la cirugía para cualquiera de los procedimientos laparoscópicos para la obesidad es relativamente bajo (inferior al 1%).

Por otro lado, complicaciones como fuga en las líneas de sutura, perforación del intestino, obstrucción intestinal, hemorragias, problemas pulmonares y coágulos de sangre en las piernas pueden llegar a un índice del 10-15%.

Es común que tras años o meses de la intervención se descubran cálculos biliares debido a la bajada de peso. Además es posible que ocurran deficiencias nutricionales de determinadas vitaminas o hierro. Por lo general esto se puede prevenir si se toman las vitaminas y suplementos nutricionales necesarios.

También la diarrea o las deposiciones flojas se dan con frecuencia después de las cirugías de malabsorción dependiendo de la cantidad de grasa que se consuma.

- ¿Que resultados debo esperar después de la cirugía?

Reducción del peso en el caso de la banda gástrica de hasta el 50% del exceso de peso, en el bypass gástrico del 65-70% de pérdida de peso y en las operaciones de malabsorción del 70-80%. Esta reducción de peso se mantiene a largo plazo aunque es común que entre los 2 y 5 años existe un pequeño aumento de peso en casos determinados.

Mejora o curación de las enfermedades asociadas a la obesidad tales como diabetes, tensión alta, colesterol alto y apnea del sueño. Además los pacientes mejoran su estado de ánimo y otros aspectos de su vida social, personal y laboral.

- ¿Cuándo debe llamar a su medico?

Llame o acuda al hospital si se le presenta alguno de los siguientes síntomas:

- Fiebre por encima de 38° que no cede
- Sangrado
- Hinchazón abdominal que va en aumento
- Nauseas o vómitos persistentes

- Escalofríos
- Tos persistente y sensación de falta de aire
- Supuración de cualquier herida
- Hinchazón de las pantorrillas o dolor de piernas