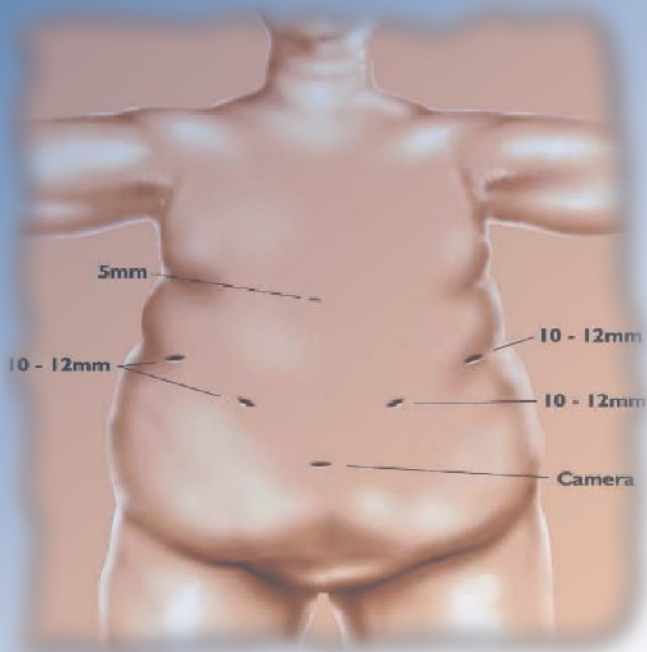


GUIA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE SOBRE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

Unidad de Cirugía Laparoscópica
de la Obesidad Mórbida

Dr. Manuel Miras Estacio



La cirugía laparoscópica para la obesidad esta indicada en pacientes con un sobrepeso por encima del 100% del considerado ideal para una persona en función de su edad, sexo y talla. En este tipo de cirugía se utiliza una óptica con el fin de visualizar por completo la cavidad abdominal, lo que permite trabajar a través de mínimas incisiones en la pared abdominal.

¿QUÉ ES LA OBESIDAD SEVERA?

La obesidad severa, conocida como “obesidad mórbida”, se define como una acumulación excesiva de grasa en el organismo, por encima del 100% del peso corporal ideal. Se determina por el índice de masa corporal (IMC), (peso en kg/talla en m²). En España la prevalencia de la obesidad en la población adulta alcanza el 14,5%. Esta afección se asocia con la evolución de complicaciones que ponen en peligro la vida, como hipertensión, diabetes y enfermedad arterial coronaria, entre otras.

Se han recomendado numerosos abordajes a dicho problema, sin embargo, el único tratamiento de eficacia probada en el control a largo plazo de la obesidad mórbida es la intervención quirúrgica.

¿CUÁL ES LA CAUSA DE OBESIDAD SEVERA?

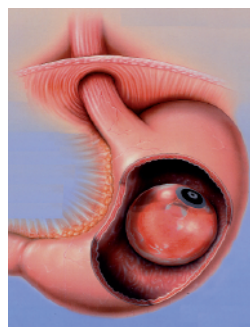
No se conoce de forma cierta. Lo más probable es que la obesidad severa resulte de una combinación de influencias genéticas, psico-sociales, ambientales, sociales y culturales que interactúan y dan como resultado un problema complejo que afecta tanto la regulación del apetito como el metabolismo de la energía. La obesidad severa no parece ser una simple falta de control por parte del paciente.

¿CUÁLES SON LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO MÉDICO ?

En 1991, The National Institutes of Health Conference concluyó que los métodos no quirúrgicos de reducción de peso para pacientes con obesidad severa, -salvo raras excepciones-, no resultaban eficaces a largo plazo. Se demostró que la mayoría de los pacientes adscritos a programas no quirúrgicos de reducción de peso para la obesidad severa recuperan el peso bajado en menos de cinco años.

La terapia médica a largo plazo no desempeña un papel en el control de la obesidad mórbida. Las medicaciones que disminuyen el apetito pueden producir una reducción de peso que oscila entre cinco y diez kilos. No obstante, el aumento de peso es rápido una vez suspendida la medicación.

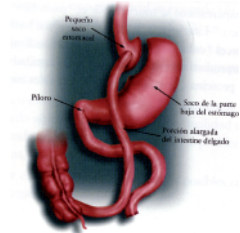
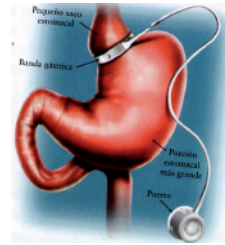
Hay programas profesionales de reducción de peso que usan técnicas de modificación de la conducta en conjunción con dietas de bajas calorías y aumento de la actividad física, (Balón intragástrico) (figura, 1). La reducción de peso oscila entre 450 y 900 gramos por semana; sin embargo, se suele recuperar casi todo lo perdido al cabo de cinco años.



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

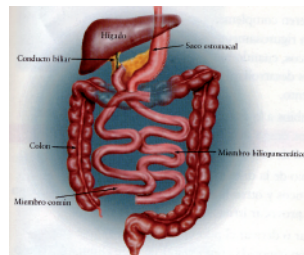
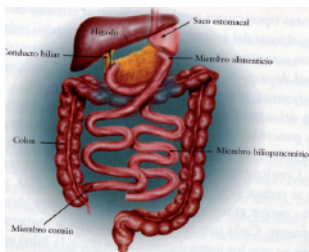
En los últimos cincuenta años, se han ideado diversas operaciones de reducción de peso. Entre las más reconocidas por los equipos quirúrgicos multidisciplinares se incluyen: **Banda Gástrica Ajustable**, **Derivación Gástrica [by-pass gástrico] en Y de Roux** y **Procedimientos de Malabsorción como Derivación Biliopancreática y Switch Duodenal**. Actualmente se ha desarrollado una nueva técnica (**Gastrectomía Tubular**).

La Banda Gástrica Laparoscópica consiste en colocar un cinturón o “collar” alrededor de la parte superior del estómago. De está forma se crea un pequeño reservorio y una salida fija hacia el estómago inferior. La banda ajustable se puede llenar de solución salina estéril. Cuando se añade solución salina, se estrecha más la salida hacia el estómago.



El procedimiento de **By-pass Gástrico** consiste en dividir el estómago y formar un pequeño reservorio gástrico. La salida del nuevo reservorio gástrico se conecta a su propio intestino delgado construido de modo que forme una rama con forma de “Y” (derivación gástrica en Y de Roux).

Las operaciones de **malabsorción** provocan la reducción de peso al disminuir la absorción de calorías por los intestinos. Estas operaciones consisten en reducir el tamaño del estómago y evitar el paso de los alimentos por la mayor parte del intestino delgado.



La **Gastrectomía Tubular (GT)**, conocida como “**Sleeve Gastrectomía**”, con esta técnica el estómago es reducido a un tubo con una capacidad entre 80-100 cc.. Fue descrita por primera vez en 1987 en combinación con el Switch duodenal.



La elección entre los distintos procedimientos quirúrgicos debe basarse en la preferencia del cirujano y los hábitos alimenticios del paciente.

¿CUÁLES SON LAS VENTAJAS DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PARA OBESIDAD?

- Reducción del dolor postoperatorio.
- Estancia hospitalaria más breve.
- Una reincorporación más rápida a las actividades habituales.
- Mejora de la cosmética, por las mínimas incisiones.

¿QUÉ PACIENTES TIENEN INDICACION DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PARA OBESIDAD?

- Los pacientes con un sobrepeso de, aproximadamente, el 100% por encima de su peso corporal ideal.
- Dicho sobrepeso no será consecuencia de ninguna causa conocida metabólica o endocrina (hormonal) de la obesidad mórbida.
- Los pacientes deben presentar una complicación (física, psicológica, social o económica) mensurablemente objetiva, que pudiera beneficiarse de la reducción de peso. Hipertensión, diabetes, enfermedad cardíaca, problemas respiratorios, apnea del sueño (ronquidos) y artritis, por mencionar algunos
- El paciente, previamente, habrá intentado una reducción de peso mediante tratamiento médico controlado, sin éxito.
- En algunos casos, un paciente con menos del 100% superior a su peso corporal ideal es candidato para una intervención quirúrgica si presenta problemas médicos, relacionados con la obesidad, que pueden subsanarse con la reducción de peso.

¿QUÉ PREPARACIÓN SE REQUIERE?

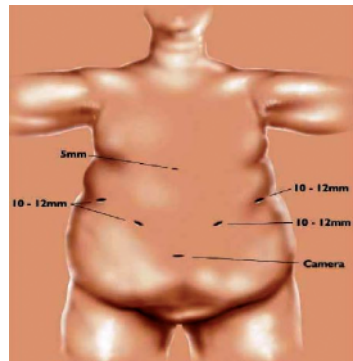
- Una evaluación médica rigurosa que determine la idoneidad de una cirugía laparoscópica para obesidad.
- Realización de análisis diagnósticos suplementarios, incluida una evaluación nutricional.
- Posibilidad de una evaluación psicológica para determinar la capacidad de adaptación a los cambios posteriores a la operación.
- Interconsulta con otros especialistas como cardiólogo, neumólogo o endocrinólogo, según sea su afección médica específica.
- Participación en un grupo de apoyo para la obesidad.

Repasar y analizar con su cirujano los riesgos y los beneficios potenciales de la operación.

¿CÓMO SE REALIZA LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PARA TRATAR LA OBESIDAD MORBIDA?

En un procedimiento laparoscópico, los cirujanos utilizan varias incisiones mínimas (de 5 a 12 mm) (figura 7) y acceden al abdomen por medio de cánulas. El laparoscopio, que está conectado a una minúscula cámara de video, se inserta a través de una cánula. La imagen se proyecta a un monitor de televisión que proporciona al cirujano una imagen ampliada del estómago y de otros órganos internos. Se ubican cinco a seis pequeñas incisiones y cánulas para el uso de instrumentos especializados a fin de realizar la operación.

La operación se realiza en el interior del abdomen después de expandirlo con dióxido de carbono (CO₂). Al completar la operación el gas se extrae por completo.



¿QUÉ SUCEDE SI LA OPERACIÓN NO SE PUEDE REALIZAR MEDIANTE EL MÉTODO LAPAROSCÓPICO?

En una pequeña cantidad de pacientes el método laparoscópico no se puede realizar. Cuando el cirujano considera más seguro convertir el procedimiento laparoscópico en abierto no ha de entenderse como una complicación sino, más bien, de una decisión quirúrgica sensata. La decisión de convertir a un procedimiento abierto se fundamenta estrictamente en la seguridad del paciente.

¿QUÉ RESULTADOS PUEDEN ESPERARSE DESPUÉS DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA?

Reducción de peso

El índice de éxito de reducción de peso es superior en la operación de **Derivación Gástrica (By-Pass)** y **Gastrectomía Tubular** más que en la colocación de Banda Gástrica; sin embargo, todas las técnicas presentan resultados que oscilan entre buenos y excelentes. La mayoría de los informes revelan una reducción de exceso de peso del 40-50% en la **Banda Gástrica** y del 65-70% para la **Derivación Gástrica** en un año. Las operaciones de **Malabsorción**, por lo general, logran una reducción de peso corporal de entre el 70-80% en un año. Generalmente, dicha reducción de peso continúa en todos los procedimientos durante 18 a 24 meses después de la cirugía. Probablemente, al cabo de cinco años después de la cirugía, el paciente puede experimentar un pequeño aumento de peso.

Efecto de la cirugía en afecciones médicas asociadas

Existe evidencia científica de que la cirugía para reducción de peso mejora afecciones como apnea del sueño, diabetes, presión sanguínea elevada y colesterol alto. Muchos pacientes presentan una mejora en su estado anímico y en otros aspectos de sus funciones sociales después de la cirugía. Puesto que la técnica quirúrgica con abordaje laparoscópico es similar al abordaje abierto, el resultado a largo plazo parece ser igualmente bueno.

¿QUÉ COMPLICACIONES PUEDEN OCURRIR?

Aunque la operación se considera segura, pueden presentarse complicaciones, tal como ocurre en cualquier cirugía mayor.

El índice de mortalidad para cualquiera de los procedimientos laparoscópicos utilizados en el tratamiento de la obesidad es relativamente bajo, (inferior al 1%). Por otro lado, complicaciones como infecciones de la herida, abscesos, fuga en las líneas de sutura, perforación del intestino, obstrucción intestinal, úlceras marginales, problemas pulmonares, pueden llegar a un índice del 10%.

En el seguimiento de los pacientes es posible que aparezcan complicaciones, como dilatación de la bolsa, vómitos persistentes (**Banda Gástrica**); estenosis de la sutura gastro-intestinal (**Derivación Gástrica**) o imposibilidad de bajar de peso.

Después de las cirugías de **Malabsorción** es posible que ocurran deficiencias nutricionales relacionadas con la vitamina B-12, folato, hierro y déficit de proteínas. Por lo general, esto se puede prevenir tomando las vitaminas y suplementos nutricionales necesarios.

¿QUÉ DEBE ESPERAR DESPUÉS DE LA CIRUGÍA LAPAROSCOPICA?

La estancia en el hospital es de 1 a 3 días, después de un procedimiento laparoscópico. El día siguiente a la intervención, deberá levantarse de la cama y podrá pasear. Iniciara la toma de líquidos, en mínimas cantidades, y será necesario realizar ejercicios de respiración. Se administrará medicación para el dolor cuando lo necesite.

El primer o segundo se le realizará, en caso necesario, una radiografía de estómago para comprobar el estado de las grapas del mismo, antes de empezar a comer. El volumen de líquidos a ingerir, aumentará gradualmente. Deberá seguir con la dieta líquida o de puré hasta que su médico lo evalúe. Unas dos semanas, más o menos, después de su vuelta a su casa.

Es importante caminar y hacer ejercicios ligeros, así como, seguir con los ejercicios de respiración. El dolor tras una la cirugía laparoscópica suele ser leve, si bien, es posible que algunos pacientes necesiten medicación para el mismo.

En la primera visita de control, comunique al cirujano cualquier cambio acaecido y dudas que pueda tener.

Es importante que obedezca las instrucciones de su médico. Recuerde que su organismo necesita tiempo para habituarse a la nueva anatomía.

En una o dos semanas podrá reanudar la mayoría de sus actividades normales como conducir, subir escaleras, trabajar y hacer ejercicios livianos.

CUÁNDO DEBE LLAMAR A SU MÉDICO

Asegúrese de llamar a su médico o cirujano si se le presenta alguno de los síntomas siguientes:

- Fiebre por encima de (39°C) que no cede con medicación habitual.
- Sangrado por las heridas.
- Hinchazón abdominal que va en aumento.
- Náusea o vómitos persistentes.
- Escalofríos.
- Tos persistente y falta de aliento.
- Problemas para tragar que no desaparecen al cabo de unas semanas.
- Hinchazón de las pantorrillas o dolor de piernas.

El presente folleto no pretende reemplazar la conversación entre usted y su cirujano respecto a la indicación de una cirugía laparoscópica para tratar la obesidad.



**Unidad de Cirugía Laparoscópica
de la Obesidad Mórbida**

General Rodrigo, 8 - 28003 MADRID
Tels 914 530 354 - Fax 915 334 162
mmiras@clinicalaluz.es
www.clinicalaluz.es