

OBESIDAD Y CIRUGÍA DE ADELGAZAMIENTO, BREVE RESUMEN

Dr. David Syn

1 de enero de 2024

¿QUÉ ES LA OBESIDAD?

La obesidad es una enfermedad, causada tanto por factores genéticos como ambientales, en la que la acumulación excesiva de grasa junto con alteraciones del funcionamiento corporal asociadas a ello resultan en efectos perjudiciales para la salud. La obesidad trae consigo enfermedades potencialmente mortales (causan la muerte) o que causan dolor y sufrimiento. La esperanza de vida puede reducirse hasta 20 años.

CATEGORÍAS DE OBESIDAD

El índice de masa corporal (IMC) es el método más común para clasificar el grado de obesidad de una persona. Se expresa en unidades de Kg/m^2 . La fórmula es:

705 x Peso (libras),
y divídalo por la altura (pulgadas),

Las categorías son las siguientes:

	IMC en kg/m^2
Bajo peso	<20
Normal	20-25
Sobrepeso	25-30
Obesidad	30-35
Obesidad grave	35-40
Obesidad mórbida	40-50
Superobesidad mórbida	>50

Existen otras clasificaciones como:

	IMC en kg/m^2
Obesidad de clase I	30-35
Obesidad de clase II	35-40
Obesidad de clase III	>40

Es importante tener en cuenta que el IMC no es preciso para todas las personas. Es un buen método para la mayoría de las personas que llevan un estilo de vida relativamente sedentario, pero las personas muy activas, como los atletas y personas con trabajos físicamente exigentes (obreros, constructores, entre otros) y que tienen un mayor porcentaje de masa muscular, o las mujeres embarazadas, no deben ser evaluadas con el sistema de IMC, ya que sería inexacto para ellos pues el incremento de peso es por un aumento de la masa muscular o por la gestación, respectivamente, y no por el tejido graso.

¿CUÁL ES MI PESO CORPORAL IDEAL? El peso corporal ideal para las mujeres es de 100 lbs. para los primeros 5 pies y 5 lbs. por cada pulgada por encima. Para los hombres es de 106 lbs. para los primeros 5 pies y 6 lbs. por cada pulgada por encima. Exceso de peso = Peso real - Peso corporal ideal.

¿CÓMO AFECTA LA OBESIDAD A MI SALUD?

La esperanza de vida puede disminuir hasta 20 años cuando hay obesidad mórbida. La esperanza de vida media en EE.UU. es alrededor de 78 años, por lo cual, para las personas con obesidad mórbida, es alrededor de los 58 años. La obesidad puede hacer perder más de ¼ de la esperanza de vida.

Cuando hay obesidad, aparecen enfermedades potencialmente mortales o causan dolor y sufrimiento. A continuación, se mencionan algunas de las enfermedades que se desarrollan con la obesidad mórbida; es importante saber que la coexistencia de la obesidad y alguna de ellas aumenta la tasa de mortalidad hasta un 4,5% anual. Esto equivale a una probabilidad de morir de 1 entre 20 cada año.

Afecciones que ponen en peligro la vida (causan la muerte):

- Diabetes (azúcar alta)
- Hipertensión (tensión arterial alta)
- Enfermedad cardiovascular (obstrucción de las arterias del corazón)
- Dislipidemia (colesterol o triglicéridos altos en la sangre)
- Apnea obstructiva del sueño (dificultad para respirar y falta de oxígeno mientras se duerme)
- Obesidad Síndrome de hipoventilación (poco oxígeno mientras se está despierto debido a una menor capacidad pulmonar)
- Enfermedad hepática (hígado graso, inflamación del hígado y endurecimiento del hígado o cirrosis)
- Cáncer (mama, próstata, colon, endometrio o revestimiento del útero)

Afecciones que limitan la vida (causan dolor y sufrimiento):

- Osteoartritis (dolor y desgaste articular, puede causar discapacidad)
- Cálculos biliares (piedras en la vesícula biliar que a menudo requieren cirugía)
- Reflujo (ardor de estómago, a veces no se siente. causa daños en el esófago y puede llevar a úlceras y cáncer)
- Incontinencia urinaria de esfuerzo (vejiga permeable)
- Eritema Intertrigo (infecciones de los pliegues cutáneos)
- Varices (venas varicosas)
- Edema (hinchazón) de piernas y abdomen
- Hernias (defecto en los músculos del vientre que causa abultamiento y dolor)
- Irregularidad menstrual/Infertilidad
- Depresión (por estigmatización social y discriminación)

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA OBESIDAD?

En pocas palabras, la obesidad es el resultado de nuestra genética en el entorno actual. Nuestra genética determina nuestro metabolismo. Los humanos no necesitamos muchas calorías para

mantenernos. Hubo una ventaja selectiva en el pasado remoto para que los humanos retuvieran tantas calorías como fuera posible cuando la comida no era tan abundante. En el tiempo presente, nuestra genética no ha cambiado tanto, pero nuestro entorno es muy diferente. Los alimentos ricos en calorías son abundantes y baratos. El gasto calórico medio de una mujer estadounidense en reposo es de 1.400 calorías al día, y el de un hombre es de 1.700 calorías al día. Una sola comida en un restaurante de comida rápida en promedio contiene 1.600 calorías. ¿Comemos de media o una sola comida al día? La respuesta es no. Si tenemos en cuenta las calorías que gastamos y lo que tenemos a nuestra disposición para comer, es fácil ver cómo una persona media puede ingerir fácilmente más calorías de las que gasta.

¿QUIÉN TIENE PROBLEMAS?

Más de 2/3 de la población estadounidense (69,5%) tiene, como mínimo, sobrepeso (unas 25 libras de más). Si usted no tiene problemas con su peso, forma parte de la minoría. Más de un tercio de la población estadounidense (36,3%) es, como mínimo, obesa (alrededor de 55 libras). La obesidad grave equivale a un exceso de 80 libras. Más de 1 de cada 20 personas (6,9%) padece obesidad mórbida (alrededor de 50 kg). Las mujeres tienen mayor prevalencia de obesidad mórbida, y en el tiempo presente, estamos viendo altas tasas de obesidad infantil

¿PUEDEN FUNCIONAR LAS DIETAS?

Hacer dieta puede funcionar en las categorías de IMC más bajas, pero no hay estudios a largo plazo que demuestren que hacer dieta sea eficaz cuando el IMC es de 30 o más. Cuando haces dieta estás luchando contra tu genética, lo que siempre es una batalla perdida. La tasa estimada de éxito de las dietas en la población con obesidad mórbida es de 5 de cada 1000 (0,5%). No es imposible, pero es casi imposible que las dietas tengan éxito en la población con obesidad mórbida. Se puede perder peso con dietas, pero la genética se impone y se recupera el peso casi siempre. El papel de las dietas en la población con obesidad mórbida es mejorar la salud y reducir el tamaño del hígado para reducir el riesgo antes de la cirugía de pérdida de peso. Esto puede hacerse en 2 semanas.

¿QUÉ SI FUNCIONA?

El único método probado para ayudar a una persona con obesidad mórbida a perder peso y mantenerlo es la cirugía. Hay muchas cirugías disponibles. Algunas cirugías antiguas han sido abandonadas debido a las altas tasas de fracaso, y a pesar que ninguna cirugía tiene una tasa de éxito del 100%, la cirugía bariátrica moderna es mucho más eficaz que las dietas. Hay nuevos procedimientos que se están desarrollando que no son cirugías sino lo que se llama EBTs (Terapia Bariátrica Endoscópica). Por lo general, las EBT no son tan eficaces como la cirugía tradicional, pero tienen mucho menos riesgo, ya que normalmente no hay incisión y los procedimientos se realizan a través de la boca con un endoscopio (por ejemplo, el balón intragástrico y la gastroplastia endoscópica en manga) y se llevan a cabo de forma ambulatoria. Debido a su bajo riesgo, estas terapias se utilizan actualmente para tratar a personas que normalmente no podrían someterse a una intervención quirúrgica tradicional (IMC de 30 a 39). Sin embargo, como se consideran en fase de investigación, no están cubiertas por los seguros y sólo se practican mediante pago por cuenta propia.

¿QUIÉN PUEDE OPERARSE?

A continuación, se exponen los criterios establecidos por los Institutos Nacionales de Salud (NIH), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica y Metabólica (ASMBS). La mayoría de los requisitos de los seguros reflejan estos criterios para la cirugía bariátrica tradicional.

- IMC igual o superior a 40, automáticamente apto
- IMC igual o superior a 35 con algunas comorbilidades potencialmente mortales
- Pruebas de intentos de dieta (criterio obsoleto)

Otras consideraciones:

- Sin contraindicaciones para la intervención quirúrgica (riesgo no demasiado elevado debido a problemas de salud subyacentes)
- Consentimiento informado (Comprensión de lo que implica la cirugía, los riesgos y beneficios y la necesidad de seguir otras recomendaciones sobre dieta y ejercicio y otras modificaciones del comportamiento para lograr el mayor porcentaje de éxito. Necesidad de seguimiento de por vida/vitaminas/evaluación de laboratorio).

Estos criterios se establecieron hace más de 40 años y es necesario revisarlos, ya que la tasa de éxito y la seguridad de todas las cirugías han mejorado notablemente a lo largo de los años y ha surgido la necesidad de ampliar la cobertura a los pacientes con IMC más bajos con cirugía tradicional y EBT (terapia bariátrica endoscópica, a través de la boca, sin incisión).

Criterios para los EBT

- IMC 30-39, con o sin otros problemas de salud
- Sin contraindicaciones para el procedimiento (no demasiado alto riesgo debido a la salud subyacente y debe ser lo suficientemente saludable como para ser realizado como un paciente ambulatorio)
- Consentimiento informado (Entienda que estos procedimientos están en fase de investigación y que normalmente no se pierde tanto peso como con la cirugía tradicional. No se conoce el éxito de la pérdida de peso a largo plazo. Los riesgos de las EBT son mucho menores que los de la cirugía tradicional)
- Sin cobertura de seguro. Realizado en una base de pago por parte del paciente solamente

¿CÓMO ESTIMAR SU RIESGO QUIRÚRGICO?

El riesgo de posibles complicaciones para quienes se someten a una intervención quirúrgica no está relacionado con el tipo de cirugía, sino que está relacionado con la salud subyacente de la persona antes de operarse. Cuanto mayor es una persona, cuanto más sobrepeso tenga, cuantos más problemas de salud haya acumulado, mayor será el riesgo de posibles complicaciones. Puede darse el caso que, la salud subyacente de la persona es tan mala que la cirugía no puede realizarse con seguridad.

¿CUÁLES SON ALGUNAS DE LAS PERCEPCIONES ERRÓNEAS SOBRE LA CIRUGÍA DE PÉRDIDA DE PESO?

"La cirugía es una medida extrema para ayudar a alguien a perder peso".

Es más extremo comprender que la obesidad mórbida le quitará 20 años de vida y luego optar por no hacer nada al respecto. Si no se recurre a la cirugía, no se está haciendo nada al respecto, ya que se calcula que el porcentaje de éxito de las dietas en la población con obesidad mórbida es de 5 en 1000. La cirugía es lo único que funciona.

"La cirugía es el tratamiento de último recurso. Hay que probar todo lo demás antes de la cirugía".

Se trata de una percepción errónea y anticuada basada en la suposición de que las dietas pueden funcionar en la población con obesidad mórbida. Las dietas no funcionan en la población con obesidad mórbida. Si las dietas no funcionan y las cirugías sí, ¿por qué dejar la cirugía para el final?.

Cuando las personas apoyan erróneamente la idea de dejar la cirugía para el final, están perjudicando a las personas que más necesitan la ayuda. Retrasar la cirugía hace que se desarrollen más problemas de salud, se gane más peso y se aumente la edad, todo lo cual incrementa el riesgo en el momento de la cirugía. **La cirugía no es el tratamiento de último recurso en la población con obesidad mórbida. La cirugía es el tratamiento de primera elección, ya que nada más ha demostrado ser eficaz.**

"¿He oído que es peligroso y que mucha gente muere por una operación de adelgazamiento?"

Se trata de otro error obsoleto basado en la falsa creencia de que la cirugía de pérdida de peso es por naturaleza más peligrosa que otras cirugías abdominales. No es así. El riesgo de una intervención quirúrgica no depende del tipo de cirugía que se realice, sino de la salud subyacente de la persona. Las personas con obesidad mórbida corren un mayor riesgo al someterse a **cualquier** intervención quirúrgica debido a la obesidad mórbida y las afecciones asociadas. Una pregunta más adecuada sería: "¿A una persona con obesidad mórbida le irá mejor con cirugía o sin ella? La respuesta es claramente que les irá mejor con cirugía que sin ella. La tasa de mortalidad de las personas con obesidad mórbida que desarrollan enfermedades potencialmente mortales, como la diabetes, es del 4,5% anual. La tasa de mortalidad de la cirugía de pérdida de peso es 0,3% anual. Las posibilidades de supervivencia y mejora de la salud de los obesos mórbidos son mucho mayores con cirugía que sin ella. La cirugía de pérdida de peso salva vidas.... Salva muchas vidas.

¿QUÉ TIPOS DE CIRUGÍA DE ADELGAZAMIENTO EXISTEN?

Las cirugías/procedimientos de pérdida de peso se dividen en varias categorías diferentes. Algunas pertenecen a más de una categoría:

1. Procedimientos restrictivos
2. Procedimientos de malabsorción
3. Procedimientos combinados
4. Procedimientos de preservación del píloro
5. EBT (terapia bariátrica endoscópica)

Las operaciones **restrictivas** suelen limitarse a restringir la cantidad de alimentos que una persona puede

ingerir a la vez. Son más sencillas de realizar y suelen consistir en seccionar parte del estómago con una línea de grapas o un cinturón o banda de algún tipo. No suele haber reordenación del intestino. Se han abandonado en gran medida debido a la escasa pérdida de peso. El mejor ejemplo de operación puramente restrictiva es la LapBand.

Algunos se preguntarán: "¿La gastrectomía en manga (sleeve) no es puramente restrictiva?". La respuesta es no. Hay restricción en una manga sin embargo hay otros cambios hormonales cuando se elimina el 70% del estómago que tienen un efecto positivo sobre el metabolismo y la manga no es interpretado por el cuerpo como la inanición como es la LapBand. Los procedimientos puramente restrictivos tienden a ser interpretados como inanición por el cuerpo. Los procedimientos puramente restrictivos tienen el menor riesgo de deficiencia de vitaminas.

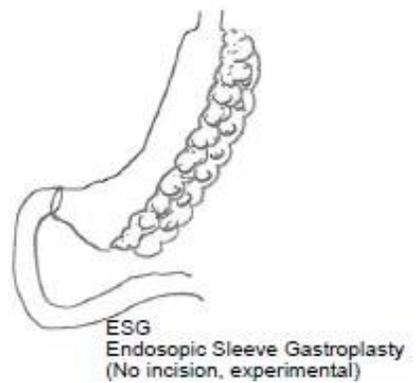
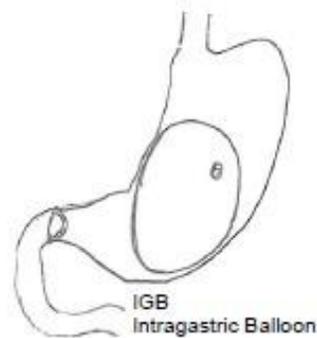
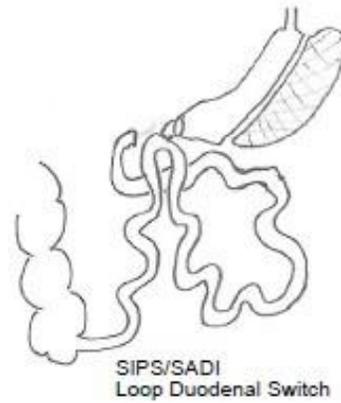
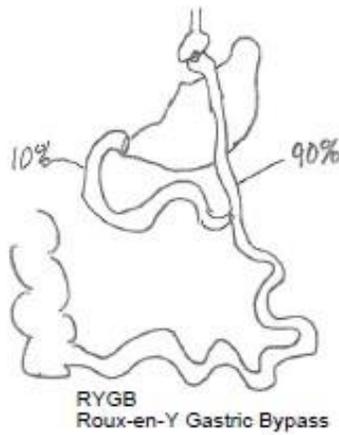
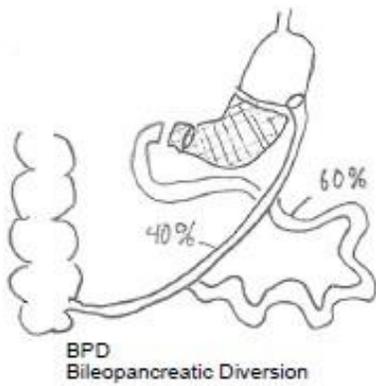
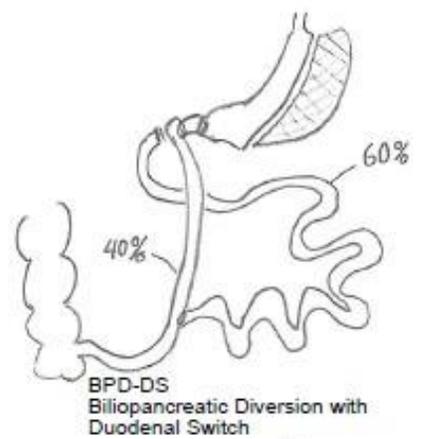
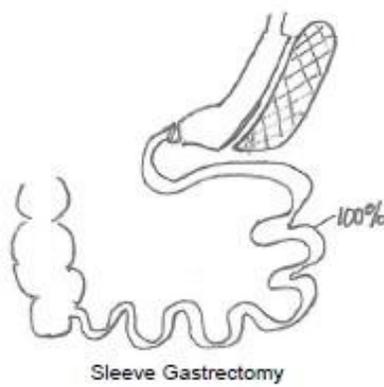
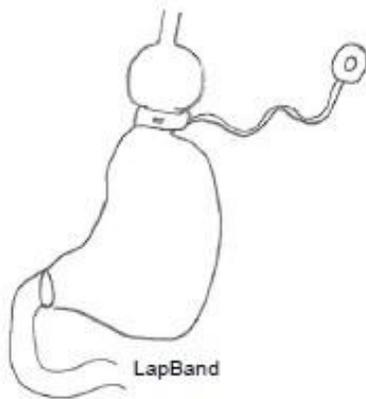
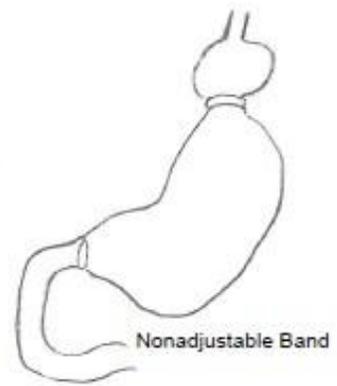
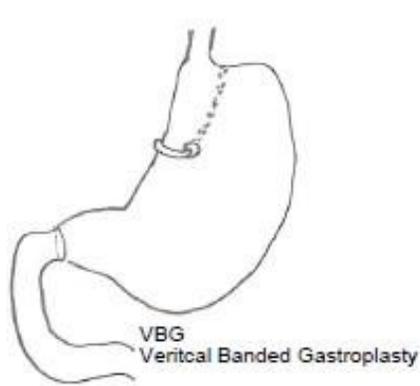
Las operaciones **malabsortivas** se definen como operaciones que actúan principalmente desviando más de la mitad del intestino delgado para que el organismo absorba menos nutrientes y calorías. Esto se combina con algún tipo de restricción más leve del estómago. Aunque se pueda pensar que la causa principal de la pérdida de peso es la falta de absorción, se ha demostrado que no es así pues la derivación de la primera parte del intestino delgado parece tener un efecto metabólico muy positivo en enfermedades como la diabetes y el colesterol alto que no puede explicarse sólo por la mala absorción. La Derivación Biliopancreática (DBP), la Derivación Biliopancreática Estándar con Switch Duodenal (ST-BPD-DS), la Derivación Biliopancreática de Anastomosis Única con Switch Duodenal (SA-BPD-DS, o Loop-BPD-DS) son los mejores ejemplos. En estos procedimientos, aproximadamente el 60% del intestino delgado superior se desvía (ya no recibe alimentos, pero no se extrae). Entre ellas se diferencian en la reducción del tamaño del estómago y en la conservación o no del píloro (válvula al final del estómago). Las operaciones malabsortivas son las que producen una mayor pérdida de peso y el mayor éxito a los 10 años de la intervención aunque también conllevan el mayor riesgo de carencia de vitaminas. Existen algunas ideas erróneas sobre las operaciones malabsortivas, como que provocan diarrea crónica y pueden causar insuficiencia hepática. Cuando se sigue una dieta equilibrada y baja en grasas, la probabilidad de diarrea crónica en un paciente que se ha sometido a una BPD-DS es aproximadamente del 1%. La insuficiencia hepática estaba asociada a un antiguo procedimiento malabsortivo que ya no se realiza, el bypass yeyunoileal, en el que se desviaba el 90% del intestino delgado. La insuficiencia hepática no debería producirse con DBP o DBP-DS a menos que haya habido un incumplimiento grave de la dieta asociado a diarrea crónica o cuando ya exista una enfermedad hepática grave (casi cirrosis) antes de la cirugía. En esta situación, se revierte la derivación intestinal.

Las intervenciones **combinadas** son aquellas en las que se reduce el tamaño del estómago y se desvía menos del 50% del intestino delgado. El bypass gástrico o bypass gástrico en Y de Roux (RYGB) es el mejor ejemplo. En un bypass gástrico se hace una bolsa estomacal muy pequeña a partir de la parte superior del estómago. El resto del estómago y el 10% del intestino delgado superior se desvían. El 90% inferior del intestino delgado se conecta a la bolsa. Normalmente no se elimina nada y el fondo del estómago y el 10% superior del intestino delgado drenan por una conexión inferior para unirse a la comida. El estómago y el 10% superior contienen enzimas y jugos importantes que el cuerpo necesita para digerir correctamente, por lo que no se eliminan. RYGB es especialmente bueno para el tratamiento de personas con acidez estomacal, ya que hay una tasa de éxito del 100% con la resolución de reflujo ácido después de RYGB. El lado negativo de un RYGB es que el píloro ya no hace más parte del canal de alimentos y por lo tanto los pacientes pueden tener úlceras justo después de la bolsa si consumen medicamentos que predisponen al desarrollo de úlceras como los antiinflamatorios no esteroideos, NSAIDs o AINES en español). Los AINE incluyen medicamentos como Aspirina, Motrin, Advil, ibuprofeno, Naprosyn, Aleve.

Tylenol no es un AINE. Así mismo, ya que el píloro no es parte del canal de comida en un RYGB la comida no es frenada tanto y los pacientes de RYGB son menos tolerantes a azúcares y grasas. Los azúcares y las grasas en la dieta pueden causar malestar significativo con hinchazón, calambres, sudoración, enrojecimiento, lo que se conoce como Síndrome de Dumping.

Las operaciones **para preservar el píloro** son aquellas en las que la válvula situada en la parte inferior del estómago, el píloro, sigue formando parte del canal alimentario. El píloro tiene dos funciones. La primera es ralentizar el paso de los alimentos del estómago al intestino y la segunda es proteger el intestino situado justo después del estómago de las úlceras causadas por el ácido del estómago. Cuando se preserva el píloro, como ocurre en algunas cirugías, hay menos posibilidades de que se formen úlceras y síndrome de dumping. Las personas operadas para preservar el píloro no tienen prohibido tomar AINE. Esto es útil para las personas que necesitan medicamentos para el corazón, como la aspirina, o medicamentos para las articulaciones, como el ibuprofeno.

Las EBT (terapias bariátricas endoscópicas) son procedimientos y no cirugías, ya que no hay incisión. Se realizan con un endoscopio que se introduce por la boca hasta el estómago. La EBT más comúnmente reconocida es el balón intragástrico. Es un procedimiento aprobado por la ASMBS y no se considera experimental. Desgraciadamente, la pérdida de peso es menor que con la cirugía tradicional y el balón debe retirarse a los 6 meses, por lo que se desconoce los efectos sobre la pérdida de peso después de 1 año. Una EBT más reciente es la ESG (gastroplastia endoscópica en manga), en la que se da al estómago la misma forma que con una manga laparoscópica, pero la sutura se realiza desde el interior del estómago y no se extrae el estómago. En el momento en que el balón intragástrico estaba siendo evaluado por la ASMBS en 2015, no había suficientes datos sobre la ESG para evaluarla y recomendarla como un procedimiento aprobado, sin embargo hay estudios más recientes que muestran que la pérdida de peso para la ESG es superior a la del balón y cuando la ASMBS evalúe la ESG en un futuro próximo, ya no debería ser considerada experimental. Otras ventajas de los EBTs es que no hay incisión por lo que hay una recuperación más rápida y no hay restricción de ejercicio como con la cirugía.



Sap

¿CÓMO CAMBIA LA SALUD DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA?

Porcentaje de pacientes que entran en remisión:

Enfermedad de interés \ tipo de intervención	Manga	RYGB	BPD-DS
Diabetes	60-80	70-90	90-95
Hipertensión arterial	60-80	70-90	90-95
Colesterol alto	60-80	70-90	90-95
Apnea del sueño	60-80	70-90	90-95

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS DE LA CIRUGÍA DE ADELGAZAMIENTO?

	Nacional (%)	Dr. Syn (%)
Muerte	0.3	0.3
Infarto cardiaco	<0.1	0
Problemas pulmonares (neumonía)	1	1
Coágulos sanguíneos	1-5	0.3
Fugas (1 st cirugía de tiempo)	1	0.3
Fugas (cirugías de revisión)	3.5-35	3
Lesión de bazo (1 st cirugía de tiempo)	1	0
Lesión de bazo (cirugías de revisión)	1-5	0.3
Úlcera marginal (RYGB)	1-5	1
Estenosis	1-10	2
Hernias internas	1	1
Hernia de la pared abdominal (abierta)	10%	7
Hernia de la pared abdominal (laparoscópica)	1	0.1
Obstrucción intestinal (cualquier cirugía)	1	1
Infección de heridas	1	0.5
Insuficiencia hepática por desnutrición (BPD-DS)	1	0.5
Acidez/reflujo tras cirugía (Sleeve)	~30%	10%
Acidez/reflujo tras cirugía (ST-BPD-DS)	~10%	5%
Acidez/reflujo tras cirugía (SA-BPD-DS)	~8%	8%
Acidez/Reflujo después de la cirugía (RYGB a largo plazo)	~5%	2%
Caída del cabello	varía	varía
Carencia de vitaminas	varía	varía
Exceso de gas	varía	varía
Náuseas, Vómitos	varía	varía
Exceso de piel	varía	varía

MI EXPERIENCIA

Finalizó su formación en 2002, 21 años de ejercicio profesional

Número de procedimientos realizados

Más de 5.000 operaciones bariátricas por primera vez

Más de 1.000 revisiones de operaciones bariátricas fallidas

Tipos de procedimientos bariátricos primarios realizados

- Manga, RYGB, BPD-DS, ESG
- La reparación de la hernia de hiato suele realizarse al mismo tiempo que todos los procedimientos bariátricos.
- Vesícula biliar es siempre extirpada para BPD-DS, a veces extirpada para Sleeve o RYGB
- Tipos de procedimientos bariátricos revisionales realizados
- LapBand a RYGB/Manga/BPD-DS
- Banda no ajustable a RYGB/Manga/BPD-DS
- VBG a RYGB/Manga/BPD-DS
- Mangas a RYGB/BPD-DS
- DS RYGB a BPD-DS
- RYGB a RYGB (revisión de estoma, reducción de bolsa, revisión completa)
- Cirugía sin incisión, EBT (terapia bariátrica endoscópica)
- ESG (Gastroplastia Endoscópica en Manga), sutura del estómago desde el interior para darle forma de manga.
- Revisión del estoma, haciendo más pequeña la abertura de la bolsa gástrica de un RYGB para sentirse saciado más rápidamente y reiniciar la pérdida de peso.
- Cirugía de extirpación de piel

Abdominoplastia - Abdominoplastia, eliminación de piel en forma de balón de fútbol de la parte inferior del vientre.

Abdominoplastia con corsé: abdominoplastia con extirpación de la piel de la parte media superior del vientre.

360 Lifting total de la parte inferior del cuerpo: abdominoplastia pero rodeando todo el cuerpo para elevar también los muslos y los glúteos.

Braquioplastia: eliminación de la piel sobrante de la cara interna de los brazos

Reducción de la cara interna de los muslos - Eliminar la piel sobrante de la cara interna de los muslos

QUÉ ESPERAR (medias)

La mayoría de las cirugías se realizan por laparoscopia (pequeñas incisiones con el vientre lleno de gas). Algunas cirugías pueden tener que convertirse en abiertas si la anatomía no permite la laparoscopia o si hay demasiadas cicatrices de cirugías anteriores, la probabilidad de que esto ocurra es inferior al 5%.

	ESG	MANGA	RYGB	BPD-DS	REVISIÓN
DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	1h	1h	1.5h	2-3h	1-3h
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	0	1 (95%)	1 (95%)	1 (80%)	1 (80%)

Dieta (todas)

- Reanudar la dieta el día de la operación solo Líquidos durante 1 semana
- Alimentos blandos durante 3 semanas
- Alimentación normal al mes
- 3 comidas modestas al día, 3 pequeños tentempiés entre comidas
- Alto contenido en proteínas, bajo contenido en grasas, bajo contenido en carbohidratos (azúcares)
- Entrada de líquidos
- 8 tazas al día (1 taza son 8 onzas) = 64 onzas líquidas al día

Vuelta al trabajo

Procedimientos laparoscópicos

- 1-2 semanas para trabajos de oficina
- 4 semanas para trabajos físicamente activos (levantamiento/esfuerzo) No levantar más de 10 libras durante 4 semanas y luego sin restricciones.

Procedimientos abiertos

- 1-2 semanas para trabajos de oficina
- 8 semanas para trabajos físicamente activos (levantamiento/esfuerzo) o levantar más de 10 libras durante 8 semanas y luego sin restricciones
- Gastroplastia endoscópica en manga (ESG)
- 2-3 días para todo tipo de trabajo, sin restricción de levantamiento o ejercicio

Vitaminas/suplementos: Ninguno para la primera semana. El nutricionista/dietista discutirá esto en el preoperatorio y la primera visita postoperatoria a la semana

Faja: Llevar la faja debajo de una camiseta durante las 3 primeras semanas, puede quitar para bañarse

Ejercicio:

- La primera semana, levántate cada hora mientras estés despierto. Paseos cortos. Después de la primera semana intenta caminar durante 20 min al menos dos veces al día
- Ejercicios de resistencia a las 4 semanas para cirugía laparoscópica, 8 semanas para cirugía abierta, a la semana para ESG

Ducharse: Todas las incisiones son impermeables y las duchas se pueden tomar el día después de la cirugía. Está bien mojar la incisión, sin embargo, no debe sumergirse o remojarse durante un período prolongado. Las incisiones se cubren con Dermabond (pega-loca médica especializada) que se desprenderá por sí sola. Las suturas internas se disuelven solas y no es necesario retirarlas.

Dolor: Es peor el día de la cirugía y mejora drásticamente en los días siguientes y casi no se nota después de 1 semana. Se utiliza anestesia local de larga duración en el momento de la intervención. Utilice los analgésicos prescritos al alta con moderación para el dolor en las incisiones solamente, no para el dolor de hinchazón. Demasiada medicación para el dolor causará hinchazón y náuseas, ya que ralentizará sus intestinos. El dolor es mucho menor con la ESG ya que no hay incisiones.

Anticoagulante: Se le recetará un anticoagulante que se inyectará en la piel del vientre todas las noches después de la intervención durante 10 noches. Simplemente limpie la piel con alcohol e inyecte la solución en la aguja de inyección preenvasada. No duele. Esto es muy importante, ya que evitará la formación de coágulos de sangre en las piernas. Esto no es necesario para la ESG.

Seguimiento: Las enfermeras coordinarán una cita de seguimiento antes de que abandone el hospital. También pueden surtirle los medicamentos en la farmacia del hospital antes de que se vaya a casa. El seguimiento se realizará a la semana, al mes, a los dos meses, tres meses, y después cada tres meses hasta que cumpla sus objetivos. Después serán anuales durante el resto de su vida.

Seguimiento a largo plazo: Como ya se ha dicho, ninguna de estas operaciones tiene un éxito del 100%. La mayoría de ustedes alcanzarán sus objetivos de pérdida de peso y mejora de otras condiciones de salud. **Si no alcanza sus objetivos, no se avergüence ni se culpe. Ni yo ni mi personal le juzgaremos.**

No se sienta avergonzado por no haber alcanzado sus objetivos y faltar a sus citas de seguimiento debido a eso. **Estamos aquí para ayudarlo, no para juzgarlo. Hay opciones para seguir perdiendo peso si no alcanza sus objetivos.** Sus resultados serán mejores si acude a sus citas y sigue las recomendaciones de dieta y ejercicio.

PÉRDIDA DE PESO (MEDIA) EN OBESOS MÓRBIDOS

	Exceso de pérdida de peso	Éxito a los 10 años	Reflujo	Riesgo Def vitaminas	deposiciones /d	AINE
Dieta y ejercicio	0	< 1%				OK
LapBand	50-75%	40% o menos	Peor	Rar o	0-1	OK
Manga	45-70%	70-75%	+/-	Leve	0-1	OK
RYGB	50-75%	70-85%	ninguno	Medio	1	No
BPD	75-90%	90-95%	+/-	Alta	6+	OK
BPD-DS (Estándar)	75-90%	90-95%	+/-	Alta	2-3	OK
TLP-DS (Bucle o SA)	70-85%	90-95%	+/-	Medio	1	OK
ESG (manga sin incisión)	30-50%	desconocido	+/-	Rar o	0-1	OK

OPCIONES DE CIRUGÍA DE REVISIÓN SI NO SE CONSIGUE LA PÉRDIDA DE PESO DESEADA

LapBands puede ser convertido

a:

Manga (laparoscópica)

RYGB (laparoscópica o abierta)

BPD-DS (laparoscópica o abierta)

Los manguitos pueden convertirse a

- RYGB (laparoscópica)

- BPD-DS (laparoscópica)

- Reinserción (cirugía laparoscópica tradicional o a través de la boca como con la ESG)

RYGB puede convertirse a

- BPD-DS (laparoscópica o abierta)

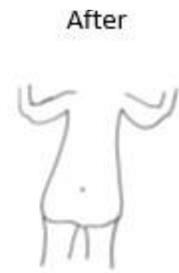
- Revisión a RYGB (laparoscópica o abierta, reducción de bolsa y reducción de estoma)

- Revisión de estoma con sutura endoscópica a través de la boca

¿NECESITARÉ UNA EXTIRPACIÓN DE PIEL TRAS UNA PÉRDIDA DE PESO MASIVA?

La mayoría de las personas querrán la eliminación de la piel después de una pérdida masiva de peso. Para los pacientes de manga y bypass gástrico podemos iniciar el proceso para tratar de obtener la aprobación del seguro alrededor de un año después de la cirugía. En el caso de los pacientes de Switch Duodenal, el proceso puede iniciarse al año y medio de la intervención, ya que suelen perder más peso. Cualquier problema de irritación o infección de los pliegues de la piel, mas la documentación de los tratamientos y prescripciones usadas para estas, debe ser documentado por su médico de cabecera (PCP). La información será recopilada y enviada al seguro junto con fotos que documenten la cantidad de exceso de piel y los pliegues de la piel irritada. No todos los seguros cubren la extirpación de la piel, pero los que lo hacen normalmente querrán ver que el exceso de piel del vientre cuelga por debajo del hueso púbico. Si no es así, no aprobarán la cirugía. Incluso si es así, a veces no aprueban la cirugía y el proceso puede llevar algún tiempo. Medicare nunca aprueba la extirpación de piel. Hay opciones de pago por parte del paciente, el cual se puede discutir con el personal de mi oficina e incluye préstamos médicos y diferentes opciones de pago. No es en vano querer tener su exceso de piel eliminado. Ahora que usted ha logrado su pérdida de peso y la mejora de los objetivos de salud, no hay nada malo en querer verse mejor y que su ropa le quede bien, y no tener un exceso de piel engorroso durante el ejercicio o las actividades diarias. No se avergüence ni se juzgue por querer eliminar el exceso de piel. Es perfectamente natural y aceptable.

Before and after bariatric surgery



Abdominoplasty



Fleur-de-lis (Corset) Abdominoplasty



360 degree total lower body lift



front



back



What is Your BMI?

		Body Mass Index (BMI)																					
		4'8"	4'9"	4'10"	4'11"	5'0"	5'1"	5'2"	5'3"	5'4"	5'5"	5'6"	5'7"	5'8"	5'9"	5'10"	5'11"	6'0"	6'1"	6'2"	6'3"	6'4"	6'5"
200	45	43	42	41	39	38	37	36	34	33	32	31	30	30	29	28	27	26	26	25	24	24	23
205	46	44	43	42	40	39	38	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27	26	26	25	24	24
210	47	46	44	43	41	40	39	37	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27	26	26	25	24
215	48	47	45	44	42	41	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	28	27	26	26	25
220	49	48	46	45	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	28	27	26	25
225	51	49	47	46	44	43	41	40	39	38	36	35	34	33	32	31	31	30	29	28	27	27	26
230	52	50	48	47	45	44	42	41	40	38	37	36	35	34	33	32	31	30	30	29	28	27	27
235	53	51	49	48	46	45	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27
240	54	52	50	49	47	45	44	43	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28
245	55	53	51	50	48	46	45	44	42	41	40	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28
250	56	54	52	51	49	47	46	44	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	31	30	29
255	57	55	53	52	50	48	47	45	44	43	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	30
260	58	56	54	53	51	49	48	46	45	43	42	41	40	39	37	36	35	34	33	33	32	31	30
265	60	58	56	54	52	50	49	47	46	44	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	32	31
270	61	59	57	55	53	51	50	48	46	45	44	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31
275	62	60	58	56	54	52	50	49	47	46	45	43	42	41	40	38	37	36	35	34	34	33	32
280	63	61	59	57	55	53	51	50	48	47	45	44	43	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32
285	64	62	60	58	56	54	52	51	49	48	46	45	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33
290	65	63	61	59	57	55	53	52	50	48	47	46	44	43	42	41	39	38	37	36	35	34	34
295	66	64	62	60	58	56	54	52	51	49	48	46	45	44	42	41	40	39	38	37	36	35	34
300	67	65	63	61	59	57	55	53	52	50	49	47	46	44	43	42	41	39	39	38	37	36	35
305	69	66	64	62	60	58	56	54	52	51	49	48	47	45	44	43	41	40	39	38	37	36	35
310	70	67	65	63	61	59	57	55	53	52	50	49	47	46	45	43	42	41	40	39	38	37	36
315	71	68	66	64	62	60	58	56	54	53	51	49	48	47	45	44	43	42	41	39	38	37	37
320	72	69	67	65	63	61	59	57	55	53	52	50	49	47	46	45	44	42	41	40	39	38	37
325	73	71	68	66	64	62	60	58	56	54	53	51	50	48	47	45	44	43	42	41	40	39	38
330	74	72	69	67	65	63	61	59	57	55	53	52	50	49	47	46	45	44	42	41	40	39	38
335	75	73	70	68	66	63	61	60	58	56	54	53	51	50	48	47	46	44	43	42	41	40	39
340	76	74	71	69	67	64	62	60	59	57	55	53	52	50	49	48	46	45	44	43	41	40	39
345	78	75	72	70	68	65	63	61	59	58	56	54	53	51	50	48	47	46	44	43	42	41	40
350	79	76	73	71	69	66	64	62	60	58	57	55	53	52	50	49	48	46	45	44	43	42	41
355	80	77	74	72	70	67	65	63	61	59	57	56	54	53	51	50	48	47	46	44	43	42	41
360	81	78	75	73	71	68	66	64	62	60	58	57	55	53	52	50	49	48	46	45	44	43	42
365	82	79	76	74	71	69	67	65	63	61	59	57	56	54	53	51	50	48	47	46	45	43	42
370	83	80	78	75	72	70	68	66	64	62	60	58	56	55	53	52	50	49	48	46	45	44	43
375	84	81	79	76	73	71	69	67	65	63	61	59	57	56	54	52	51	50	48	47	46	45	43
380	85	82	80	77	74	72	70	67	65	63	62	60	58	56	55	53	52	50	49	48	46	45	44
385	87	84	81	78	75	73	71	68	66	64	62	60	59	57	55	54	52	51	50	49	47	46	45
390	88	85	82	79	76	74	72	69	67	65	63	61	59	58	56	55	53	52	50	49	48	46	45
395	89	86	83	80	77	75	72	70	68	66	64	62	60	58	57	55	54	52	51	50	48	47	46
400	90	87	84	81	78	76	73	71	69	67	65	63	61	59	58	56	54	53	51	50	49	48	46
405	91	88	85	82	79	77	74	72	70	68	66	64	62	60	58	57	55	54	52	51	49	48	47
410	92	89	86	83	80	78	75	73	71	68	66	64	63	61	59	57	56	54	53	51	50	49	48
415	93	90	87	84	81	79	76	74	71	69	67	65	63	61	60	58	56	55	53	52	51	49	48
420	94	91	88	85	82	80	77	75	72	70	68	66	64	62	60	59	57	56	54	53	51	50	49
425	96	92	89	86	83	81	78	75	73	71	69	67	65	63	61	59	58	56	55	53	52	51	49
430	97	93	90	87	84	81	79	76	74	72	70	68	66	64	62	60	58	57	55	54	52	51	50
435	98	94	91	88	85	82	80	77	75	73	70	68	66	64	63	61	59	58	56	55	53	52	50
440	99	95	92	89	86	83	81	78	76	73	71	69	67	65	63	62	60	58	57	55	54	52	51
445	100	97	93	90	87	84	82	79	77	74	72	70	68	66	64	62	61	59	57	56	54	53	52
450	101	98	94	91	88	85	83	80	77	75	73	71	69	67	65	63	61	60	58	56	55	54	52
455	102	99	95	92	89	86	83	81	78	76	74	71	69	67	65	64	62	60	59	57	56	54	53
460	103	100	96	93	90	87	84	82	79	77	74	72	70	68	66	64	63	61	59	58	56	55	53
465	105	101	97	94	91	88	85	83	80	78	75	73	71	69	67	65	63	62	60	58	57	55	54
470	106	102	98	95	92	89	86	83	81	78	76	74	72	70	68	66	64	62	61	59	57	56	54
475	107	103	100	96	93	90	87	84	82	79	77	75	72	70	68	66	65	63	61	60	58	56	55
480	108	104	101	97	94	91	88	85	83	80	78	75	73	71	69	67	65	64	62	60	59	57	56
485	109	105	102	98	95	92	89	86	83	81	78	76	74	72	70	68	66	64	62	61	59	58	56
490	110	106	103	99	96	93	90	87	84	82	79	77	75	73	71	69	67	65	63	61	60	58	57
495	111	107	104	100	97	94	91	88	85	83	80	78	75	73	71	69	67	65	64	62	60	59	59