

¿Qué debe saber antes de la cirugía?

1. La cirugía es una opción agresiva expuesta a complicaciones y por tanto debe ser el último recurso terapéutico. Probablemente, esta decisión será una de las más importantes de su vida. Debe comprender y autorizar por escrito los riesgos de la intervención.
2. El objetivo de la cirugía **es ofrecerles una herramienta para que usted pierda peso de forma paulatina** y mejore otras enfermedades presentes (artrosis, diabetes, hipertensión, etc.) manteniendo una calidad de vida aceptable (con escaso riesgo de diarrea, vómitos, déficit de minerales, etc.).
3. Cada técnica actúa de un modo diferente pero en cualquier caso **es fundamental su compromiso** para modificar sus hábitos alimenticios, potenciar progresivamente la actividad física y seguir las normas y recomendaciones dietéticas para asegurar el éxito a largo plazo.
4. Durante el periodo de tiempo que permanezca en lista de espera **NO PUEDE ENGORDAR**. Este aumento de peso incrementa el tamaño del hígado y puede dificultar la operación con mayor riesgo de complicaciones. Antes de la cirugía será incluido en programa de optimización prequirúrgica (dieta y ejercicio físico) dirigido por las enfermeras de la Unidad para controlar el peso y sus enfermedades asociadas.
5. Debe consultar con el cirujano o el anestesista cualquier medicación que tome habitualmente. Algunas como el sintron, la aspirina (Adiro[®]), el tromalit[®], los antihipertensivos, los antidiabéticos orales, anticonceptivos orales, etc. hay que ajustarlos o suspenderlos antes y/o después de la operación.
6. El servicio de admisión del hospital le comunicará el día y hora del ingreso en el hospital. **Avise si tiene catarro, tos o fiebre**. El día previo tome una comida rica en hidratos de carbono (pasta, arroz, azúcar). **Desde entonces ingiera solo alimentos líquidos incluyendo la cena del hospital**. Es muy importante que no quede comida sólida en el estomago en el momento de la operación. **Traiga consigo la medicación que tome habitualmente**, el aseo personal y la ropa que se pueda desabrochar de arriba-abajo .

7. Cuando ingrese, debe seguir las instrucciones del personal sanitario. Se revisará su historia clínica y puede ser necesario realizar alguna exploración. La enfermera le pondrá diariamente una inyección subcutánea de heparina para evitar el riesgo de coágulos; le enseñará como hacerlo pues deberá ponérsela en su domicilio. Pruebe y ejercite con el dispositivo para fisioterapia respiratoria.
8. Tras la intervención **debe colaborar activamente para levantarse y deambular lo antes posible**. También debe forzarse en aquellos ejercicios para mejorar los movimientos respiratorios (soplar, toser, fisioterapia respiratoria incentivada, etc.). Todas estas maniobras reducen la formación de coágulos en la sangre y las complicaciones del pulmón.
9. Cuando comience a tomar líquidos, podrá comenzar a tomar los medicamentos para la tensión arterial pero recuerde que tras la intervención, los debe triturar en trozos muy pequeños. Progresivamente puede ir necesitando una dosis menor de medicación (sobretudo contra la diabetes). Debe consultar con su medico de cabecera para ajustarlos o suprimirlos.

Como será el seguimiento a largo plazo en la Unidad de Obesidad Mórbida después de la operación?

En la Unidad de Obesidad Mórbida le indicaran las recomendaciones dietéticas y de ejercicio físico así como las revisiones en la Consulta de la Unidad por los distintos especialistas médicos y enfermeras del equipo multidisciplinar. En líneas generales deberá llevar una dieta según las normas marcadas en los apartados anteriores modificando progresivamente la cantidad y la textura de los alimentos. Deberá atender las recomendaciones nutricionales y tomar la medicación prescrita para evitar complicaciones o déficit nutricionales.

No olvide que la cirugía es solo una “herramienta” para modificar poco a poco sus hábitos alimenticios hacia una alimentación saludable con actividad física regular para perder peso y mantenerlo ya que la obesidad sigue siendo una enfermedad crónica incurable.

Pasadas cuatro semanas de la operación puede comenzar una vida normal y reincorporarse a su trabajo siempre y cuando no deba realizar grandes esfuerzos.

A partir del año y medio tras la cirugía y siempre que se compruebe la estabilidad del peso y el cambio del estilo de vida, se valoraran las secuelas dérmicas tras la pérdida masiva de peso por los especialistas de Cirugía Plástica de la Unidad para planificar el tratamiento quirúrgico correspondiente.

¿Porqué puede ser beneficiosa la cirugía de la obesidad?

La cirugía bariátrica constituye el tratamiento de elección en pacientes con su grado de obesidad en los cuales el tratamiento con dieta y ejercicio ha fracasado. La cirugía bariátrica, (en asociación a una serie de hábitos alimenticios y ejercicio físico que tendrá que seguir de por vida tras la intervención quirúrgica), es el método más eficaz para conseguir una disminución de peso importante y mantenerlo a largo plazo. Esta pérdida tan importante de peso permite mejorar las enfermedades asociadas a la obesidad, y suspender la medicación para la diabetes en el 77% de los casos, para la hipertensión arterial en el 66%, para la elevación de lípidos en el 83%. De esta forma la cirugía de la obesidad ha demostrado disminuir la mortalidad en pacientes con obesidad, alargando su esperanza de vida, y mejorando su calidad de vida.

No todas las personas obesas son candidatas a cirugía bariátrica; ¿Cuales son las indicaciones de la cirugía de la obesidad?

Usted es candidato a valoración quirúrgica en la Unidad de Obesidad porque presenta obesidad en grado mórbido (IMC mayor de 40) La intervención quirúrgica estará indicada en aquellos pacientes con un IMC superior a 40 siempre y cuando padezca obesidad desde hace más de cinco años, y haya realizado tratamiento con dieta y ejercicio físico durante más de un año sin éxito. Por tanto, le hemos ofrecido tratar su obesidad mediante cirugía porque usted presenta;; IMC>40 (obesidad en grado mórbido), IMC>50 (superobesidad), IMC>60 (super-superobesidad).

En determinados pacientes con IMC entre 35 – 39.9 en los que se considere que la obesidad condiciona la aparición de enfermedades graves susceptibles de mejorar con la pérdida ponderal (diabetes, hiperlipemia, Síndrome apnea del sueño, etc), podrán ser considerados candidatos a cirugía bariátrica.

Además debe de reunir los siguientes criterios:

- Edad comprendida entre 18 y 65 años
- Tienen una obesidad mórbida estable durante más de 5 años.
- Haber intentado previamente perder peso mediante dieta y ejercicio físico supervisado por un médico, sin conseguir mantener la pérdida ponderal.
- Riesgo quirúrgico aceptable.

- Su obesidad mórbida no es justificable por otras enfermedades (hipotiroidismo ...).
- No padece de alcoholismo crónico, trastornos psiquiátricos severos, retraso mental, drogadicción o cáncer no controlado tras valoración por parte de los especialistas médicos correspondientes.

Usted debe estar bien informado, comprender y aceptar por escrito el consentimiento informado que describe el procedimiento y explica las complicaciones, aceptar los controles postoperatorios frecuentes y el seguimiento a largo plazo. Debe comprometerse a modificar su estilo de vida (dieta y ejercicio físico) para siempre, pues en ausencia del cumplimiento de estos hábitos, puede volver a recuperar el peso perdido y además asociará deficiencias nutricionales asociadas a la cirugía.

¿Cuándo es exitosa una operación de cirugía bariátrica?

Se considera una operación exitosa si se logra disminuir más del 40 o 50% de su exceso de peso en 15-20 meses. Sin embargo, debe comprender que el objetivo de la cirugía no es estético, de hecho, la mayoría de los pacientes NO pierden el 100% de su exceso de peso. Dado que el objetivo de la cirugía es mejorar su salud, existen dos factores fundamentales para evaluar el resultado satisfactorio de una operación;

- La mejoría de las enfermedades asociadas a la obesidad y la reducción del riesgo cardiovascular.
- La satisfacción del paciente, al aumentar la autoestima, las actividades físicas, profesionales, sociales, laborales y sexuales, y en definitiva su calidad de vida relacionada con la salud.

¿Qué es la cirugía laparoscópica?

La vía laparoscópica consiste en entrar al abdomen a través de unos tubos llamados trócares, de 5 o de 10 mm de diámetro. Uno de ellos se utiliza para colocar una cámara con la cual se puede ver el interior del abdomen en un monitor y así realizar la operación. Los otros tubos se utilizan para introducir pinzas, separadores e instrumentos especiales.

Con el fin de visualizar el área a operar es necesario crear dentro del abdomen un espacio aéreo para desplazar temporalmente las vísceras y poder realizar la cirugía. Este espacio o neumoperitoneo se consigue introduciendo un gas (anhídrido carbónico) a presión por uno de los trocares mediante un dispositivo de seguridad que mantiene la presión intraabdominal.

Las ventajas de ésta vía son:

- No es necesario abrir el abdomen.
- Menor posibilidad de complicaciones de estas mini-heridas, como infección o hernias.
- Menor dolor postoperatorio.
- La recuperación es mucho más rápida y puede deambular al día siguiente de la operación.
- La estancia en el hospital se acorta a 4-5 días.

Lo único que cambia con la vía laparoscópica es como se aborda el abdomen, pues lo que se haga dentro debe ser lo mismo que con la cirugía por vía abierta (laparotómica). Para que el cirujano pueda realizar la operación a través de estas pequeñas incisiones, la anatomía del paciente debe ser la adecuada sin adherencias o procesos inflamatorios. Cuando existen dificultades o complicaciones que no se pueden resolver hay que convertir la operación a la vía abierta o convencional.

¿Qué estudios son necesarios antes de la cirugía?

Aunque la severidad de su obesidad y/o la asociación de enfermedades asociadas le convierten en candidato a cirugía bariátrica, el especialista en endocrino debe valorarlo y realizarle análisis de sangre y orina para descartar otras enfermedades causantes de la obesidad que no precisan tratamiento quirúrgico y posibles deficiencias nutricionales. Se le informará sobre las consecuencias de la cirugía y la necesidad de tratamiento y seguimiento postquirúrgico. Si usted acepta seguir adelante con la cirugía tras conocer esta información, será remitido a la Unidad de Obesidad, donde las enfermeras de la Unidad le explicarán los hábitos alimenticios que debe iniciar tras la operación. También, debe ser valorado por un psiquiatra, para descartar trastornos psiquiátricos que contraindiquen o retrasen la cirugía.

Cuando obtengamos los resultados analíticos y el informe psiquiátrico, será valorado por el endocrinólogo de la Unidad de Obesidad y si todo ello es favorable, será remitido al cirujano, que valorará específicamente los riesgos quirúrgicos o enfermedades asociadas que usted presenta, para realizar su estudio y preparación antes de la operación. Aparte del estudio preoperatorio con pruebas de función respiratoria, radiografía de tórax y electrocardiograma, se debe realizar un estudio radiológico (con contraste o "papilla") para conocer la anatomía del tubo digestivo y una ecografía de abdomen para descartar cálculos en la vesícula. En algunos casos habrá que realizar una gastroscopia para descartar ulcera, gastritis, pólipos gástricos, etc. Finalmente, debe ser evaluado por el anestesiista para analizar los riesgos específicos de la operación y, según las características de cada caso, puede ser necesaria la valoración por otros especialistas (cardiólogos, neumólogos, etc.).

El cirujano le explicara las técnicas operatorias, las complicaciones del proceso quirúrgico más importantes y/o graves (fístula, peritonitis, trombosis venosa, neumonía) y le entregará un consentimiento por escrito para que usted acepte las condiciones de la operación.