

BUENOS AIRES , 23 DE AGOSTO DE 2005

RESUMEN :
DILEMAS DE LA PRÁCTICA COTIDIANA
CIRUGÍA GÁSTRICA EN LA OBESIDAD : MITOS Y VERDADES

GENERALIDADES DE LA OBESIDAD MORBIDA

La Obesidad , epidemia del siglo XXI , ha llegado para instalarse . Y aunque era un hecho presentido, nos obliga a tomar medidas rápidas y apropiadas para combatirla .

La obesidad mórbida y sus patologías asociadas (síndrome metabólico , hipertensión , diabetes , etc.) nos creó a las Nutricionistas un desafío en replantearnos los pilares de sostén de los tratamientos nutricionales :

- Planes hipocalóricos
- Farmacoterapia
- Actividad física
- Psicoterapia

Podemos discutir si son métodos ineficaces de dar una respuesta duradera en obesidad mórbida , si entendemos que estos pilares pueden entenderse como una metodología arcaica en su verdadero sentido , no como certificado de defunción , arkhí en griego : significa principio , punto de partida o comienzo .

Es posible si introducimos como nuevo pilar de tratamiento a la Cirugía Bariátrica para lograr que el paciente obeso mórbido obtenga resultados de descenso sostenibles en el tiempo y en un plazo relativamente corto .

El 1º Consenso Latino-Americano de Obesidad así lo marca en Característica del Riesgo y Manejo de la Enfermedad (etapas y niveles de prevención y tratamiento) :

RIESGO	IMC	MANEJO	PARTICIPACION PROFESIONAL
Peso saludable	18-24,99	Alimentación Saludable Actividad física regular	Autorregulación y Educación en Salud
Moderado	25-29,99	Idem Dieta Farmacoterapia si hay comorbilidad	Idem Médicos y Nutricionistas
Alto	30-34,99	Idem Terapia Farmacológica	Idem Ciencias de la Conducta
Muy Alto	35-39,99	Idem Posibilidad Cirugía	Idem Médico Cirujano
Extremo	40 y más	Idem Cirugía	Idem

Nota : con cualquier nivel de riesgo si hay comorbilidad puede ser necesaria la utilización de medicamentos

Este es un punto de partida de una nueva visión de la obesidad mórbida para poder cumplir con las expectativas del tratamiento del obeso . Los objetivos de la Cirugía son :

- lograr disminuir un 50 , 60 , 70 u 80 % de su sobrepeso
- disminuir el riesgo de las comorbilidades
- recuperar una vida activa y productiva
- iniciar su conexión con el movimiento y la actividad física
- reiniciar su vida afectiva y emocional
- reinsertarse en la vida social

Debido a la multiplicidad de factores que presenta la obesidad es fundamental la selección del paciente para el tratamiento quirúrgico , así como también el tipo de cirugía a efectuar .

Según John Kral (Surgery for obesity and related diseases 2005) la selección de pacientes tiene tres objetivos :

- máxima seguridad preoperatoria
- mínimas complicaciones quirúrgicas
- óptimo beneficio a largo plazo

Para esto realizamos una Evaluación Nutricional Prequirúrgica donde rescatamos información dada por el paciente y estudios de laboratorio que solicita el médico clínico . La anamnesis la utilizamos como predictora de riesgos o problemas alimentarios posteriores , como también nos provee de los datos necesarios para realizar el seguimiento posterior a la cirugía y ver el desenlace de las comorbilidades .

(puntos de la Evaluación Nutricional) cuadro .

- Datos personales
- Historia y clasificación de la obesidad (antecedentes familiares de obesidad , patologías asociadas , clasificación de la obesidad , tratamientos anteriores para controlar el peso , medicación utilizada o actual , antecedentes de transtornos alimentarios , conducta en la actividad física , hábitos alimentarios,valor calórico estimado en base a recordatorio de 24 hs.)
- Datos antropométricos (peso , talla , IMC , diámetro sagital ,determinación de masa grasa según fórmula de Deüenberg , calculo de tejido adiposo y tejido adiposo visceral según fórmula de Sjostrom , circunferencia de cintura y cadera e índice , circunferencia de cuello , índice Homa , acantosis nigricans)
- Análisis de la información y diagnóstico Nutricional
- Observaciones y conclusiones

En esta entrevista es donde los pacientes exponen los mitos escuchados acerca de la operación y su posterior desenlace .

MITOS Y DUDAS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

- Temor (en el caso del By Pass) de que no sea reversible
- Duración de la operación
- Tiempo de internación
- Consecuencias nutricionales luego de la operación
- Cambios alimentarios
- La realimentación puede llegar a ser dolorosa
- Tiempo para ver resultados efectivos de la operación
- Si van a poder ingerir sus alimentos predilectos sin aumentar de peso
- Si continuaran con sus conductas compulsivas o de atracones la operación evitaría que aumentara de peso
- La alimentación será por siempre sopas o papillas
- Tiempo de recuperación
- Tiempo para reiniciar actividad sexual
- Tiempo para iniciar actividad física
- Seguimiento de consultas con quienes me operaron y /o su equipo
- Enfermedades que se puedan presentar
- Medicación indicada

VERDADES

PREPARACIÓN PREVIA A LA CIRUGÍA

- La selección del tipo de cirugía no la decide el paciente , sino que el cirujano junto con su equipo evalúa cual técnica es la más aconsejable y luego lo conversa con el paciente explicándole los factores que incidieron en la selección (selección de pacientes según Kral)
- Premisas de la Alimentación previas a la Cirugía Bariátrica :

Cuando todas las evaluaciones confirman que el paciente tiene un perfil para la Cirugía Bariátrica se le entrega :

- un plan hipocalórico de bajo índice glucémico para realizar durante 4 semanas previas a la operación
- plan de dieta líquida
- junto con los planes alimentarios entregamos una lista de Recomendaciones para la Realimentación que las utilizamos como entrenamiento previo a la cirugía .

Toda esta preparación mejora las condiciones en que llega el paciente a la intervención .

TRATAMIENTO DIETÉTICO POSTQUIRÚRGICO

- Objetivos a corto plazo :

- La alimentación postquirúrgica deberá proporcionar las cantidades mínimas diarias de nutrientes recomendadas con un volumen reducido
- Prevenir el desarrollo de deficiencias nutricionales debidas a la ingesta reducida y / o malabsorción

- Objetivos a largo plazo :

- Lograr un cambio en las conductas alimentarias y de estilo de vida
- Detectar y tratar deficiencias nutricionales

- Primera etapa postquirúrgica inmediata

Se inicia con agua , observar tolerancia y corroborar que el cierre del reservorio gástrico sea el correcto .

- Fase 1

Líquidos claros

Porciones : se inicia con 30 cc. cada hora , de a pequeños sorbos .

Duración : 1 semana .

- Fase 2

Introducción del concepto de la concentración y del tiempo dedicado a las comidas . Comienza a insistirse en el movimiento .

Se agrega a los líquidos anteriores leche descremada (extra calcio) , yogurt bebible (extra calcio) descremado saborizado sin pulpa y Secalbum (caseinato de calcio) . Las proteínas son prioridad para la formación de masa muscular .

Porciones : 225 cc. por comida

Se aporta un valor calórico aproximado a 300 calorías , con un aporte de 45 gr. de proteínas .

Duración : 1 semana .

- Fase 3 y 4

A los alimentos descriptos en la fase anterior agregamos :

Yogurt descremado bebible lo suplantamos por firme (extra calcio)

Introducción del entrenamiento de la masticación , concentración y tiempo de duración .

Reafirmamos la necesidad de la actividad física programada .

Pollo sin piel o pescado magros o atún al agua o kanicama molidos en procesadora

Quesos untables descremados .

Porciones : se inicia con 1 cucharada sopera del alimento procesado .

Se aporta un valor calórico de 455 a 600 calorías con un aporte de proteínas de 92 g.

Luego ingresamos clara de huevo , jamón cocido magro , queso port salut Light y legumbres tamizadas .

Duración : 1 mes .

- Fase 5 y 6

A los 2 meses de la operación se le agregan los vegetales seleccionados y procesados , jugos de cítricos colados , aceite de oliva y alguna fruta cocida o en puré . Se suspende el Secalbum. Priorizamos el consumo de alimentos que contengan proteínas de alto valor biológico para recuperar masa muscular perdida en el descenso de peso , ya que la mayor pérdida sucede en los tres primeros meses .Se aporta un valor calórico de 720 a 800 calorías con un aporte de proteínas de 80 g.

Teniendo en cuenta la tolerancia y la adhesión del paciente al plan se le agrega carne vacuna , el resto de los vegetales sin procesar , crudos , en ensaladas , frutas más variadas , pastas con salsas livianas y alguna tostada .

Llegando a un aporte calórico de 1015 calorías con un aporte de 96 g. de proteínas

Esta etapa llega hasta el sexto mes de la operación . Insistimos en que conserve pautas dietéticas , modificación de conductas para una alimentación saludable y un incremento del nivel de su actividad física . Los controles se mantienen en forma más espaciada hasta los 2 años luego de la cirugía .

COMPLICACIONES NUTRICIONALES

Las DEFICIENCIAS NUTRICIONALES pueden deberse a diferentes causas

- Reducción de la ingesta :
 - Calórica o energética

- Proteínas
- Vitaminas y minerales

- Escaso seguimiento de las recomendaciones dietéticas:
- Intolerancias alimentarias

DEFICIENCIAS NUTRICIONALES

- Cirugías Mixtas o Malabsortivas : Vitamina B12

Hierro
Calcio
Vitaminas D
Acido Fólico

- Cirugías Puramente Restrictivas :

dietas monótonas
vómitos reiterados
complicaciones postquirúrgicas

SUPLEMENTOS NUTRICIONALES :

- Multivitamínico
- Hierro inyectable
- Calcio

Bibliografía

García Lorda P. , Hernández-González M . , Blanco-Blasco J . , SabenchPereferer F . , Balanza Roure R., Sias Savadó J . , Castillo Dejardin D. . Seguimiento postoperatorio de la obesidad mórbida . Cir. Esp . , 2004 ; 75 (5) : 305-11

Moize V., Geliebter A. , Gluck M . E . , Yahav e . , Lorence M . , Colarusso T . , et. al . Obese patient have inadequate protein intake related to protein intolerance up to 1 year following Roux – en – Y gastric by pass . Obes. Surg. 2003 ; 13 :23-8

Brolin R . , Groman R . , Milgrim L . , Kenler h . , Multivitamin profilaxis in prevention of post - gastric bypass vitamin and mineral deficiencies . Int. J . Obes . 1991 ; 15:661-7

Rhodes B. , Shustik C. , christou N . , Mc Lean L . , Iron absorption and therapy after gastric bypass . Obes. Surg. 1999 ; 9:17-21

Kral J. , Surgery for obesity and related diseases 2005 ; 1:126-132

Sjostrom L.. Impact of body weight , body composition and adipose tissue distribution on morbidity and mortality . En : Stunkard , A . ; Wadden T. ; Obesity theory and therapy , second edition , Raven Press 1993 .

De Girolami D. . Fundamentos de valoración nutricional 2003 ; 15:192-193-195-196

Braguinsky J. Obesidad , patogenia , clínica y tratamiento 1996 ; 2 : 16-26

MARISA R. ANDREONI

Licenciada en Nutrición

Coordinadora del Equipo de Nutricionistas del
Servicio de Cirugía Bariátrica del Dr. Brasesco
Instituto Fleming y Hospital Austral