



❑ **CRITERIOS DE INCLUSION PARA CIRUGIA BARIATRICA**

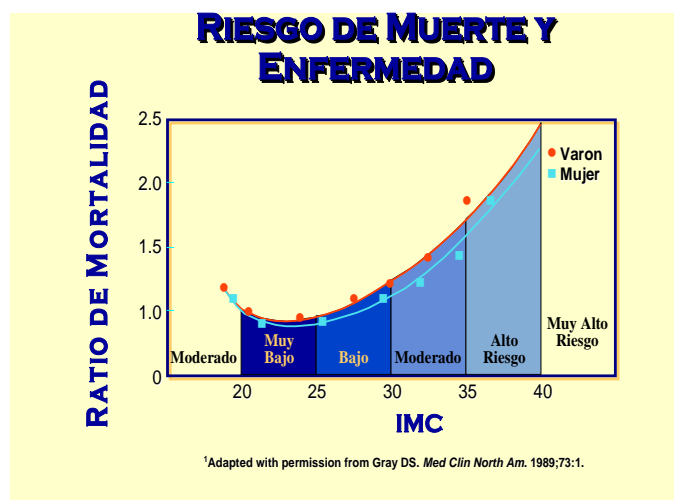
En la mayoría de los casos, el requisito mínimo para ser considerado candidato a cirugía bariátrica, es tener un Índice de Masa Corporal (IMC) de 40 o superior.

Ocasionalmente se acepta en un IMC de 35, si las condiciones de salud relacionadas con la obesidad, han indicado la necesidad de reducir peso y si, además, la cirugía parece ser la única manera de lograrlo. Los criterios de inclusión son:

- ❑ *Edad de 16 a 60 años*
- ❑ *Porcentaje de sobrepeso mayor del 40 %*
- ❑ *Pacientes con IMC > 40 kg. /m², en los que hayan fracasado los intentos previos de pérdida de peso mediante tratamiento convencional (dieta, ejercicio y fármacos)*
- ❑ *Pacientes con IMC > 35 kg. /m², si presentan comorbilidades asociadas que pueden mejorar con la pérdida de peso.*
- ❑ *Tener más de 5 años de padecer obesidad*
- ❑ *Haber intentado sin éxito otros métodos no quirúrgicos para el control de su obesidad*
- ❑ *Riesgo quirúrgico bajo o disminuido*
- ❑ *Ausencia de adicción a drogas o alcoholismo*
- ❑ *Estabilidad Psicológica (no padecer ninguna enfermedad psiquiátrica)*
- ❑ *Entendimiento completo de todos los puntos del tratamiento*
- ❑ *Disposición completa a seguir todas las instrucciones del médico*
- ❑ *Visión positiva hacia el tratamiento*

□ TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA OBESIDAD MORBIDA

La obesidad mórbida es una enfermedad crónica de evolución insidiosa, caracterizada por un excesivo depósito de grasa corporal, con aumento del peso superior a 40 Kg por encima de lo esperado para su IMC (índice de masa corporal), que produce un impacto negativo en la esfera física, psíquica, social y económica de quienes la padecen. Está asociada a un riesgo elevado de enfermedades (denominadas comorbilidades) como hipertensión arterial, diabetes, coronariopatías, hiperlipidemias, graves artropatías, enfermedades respiratorias y otras, que disminuyen la calidad y expectativa de vida en aproximadamente 15 años y causan grandes pérdidas económicas en los sistemas de salud a los cuales se hallan asociados.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto al Instituto Nacional de Salud de los EEUU y otras sociedades y organizaciones médicas mundiales, han llegado a consensuar la siguiente afirmación:

“La reducción en el obeso mórbido del exceso de peso y su posterior mantenimiento en el largo plazo, mediante tratamientos médicos, dietéticos y aumento de la actividad física, conlleva un fracaso del 98% en todas las series publicadas” Es por ello que recomiendan la cirugía

bariátrica o de reducción de peso en el paciente gravemente obeso.

La cirugía bariátrica ha comenzado a tener un gran auge en nuestro país, luego del éxito obtenido a escala mundial y son cada vez más las empresas de medicina privada y obras sociales que, a pesar de no estar incluida en el P.M.O (programa médico obligatorio) realizan una cobertura total o parcial, cuando el paciente la requiere para disminuir en forma efectiva su gran exceso de peso.

Luego de una exhaustiva evaluación multidisciplinaria (clínica médica, nutrición endocrinología, cardiología, neumonología, psicología y cirugía) se decide en forma conjunta si el paciente es candidato para cirugía bariátrica y que tipo de cirugía la más conveniente. Esta evaluación lleva no menos de cuatro meses. Son tres, los tipos MÁS COMUNES de técnicas quirúrgicas:

- 1) Banda gástrica ajustable
- 2) Bypass gástrico en Y de Roux
- 3) Derivación biliopancreática

❖ BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE



La banda gástrica ajustable fue diseñada para ser colocada rodeando la región superior del estómago, a manera de un anillo, creando un pequeño reservorio de aproximadamente 15 ml de capacidad, con lo cual se consigue restringir la ingesta de alimentos a $\frac{1}{4}$ de lo ingerido habitualmente. Es una técnica completamente restrictiva que además, brinda una sensación de saciedad precoz y duradera con mínima ingesta. La velocidad de pasaje de los alimentos a través de la banda es regulada desde una pequeña cámara que se coloca debajo de la piel, no siendo percibida desde el exterior.

Provoca un descenso de peso del 65 al 70 % del excedido y lo mantiene a largo plazo, en un 65% de los casos.

Ventajas de la banda gástrica ajustable

Se coloca mediante cirugía mínimamente invasiva.

No se corta tejido gástrico ni ningún otro segmento del tubo digestivo.

Puede regularse desde el exterior, la capacidad y velocidad del vaciado gástrico.

Es una técnica reversible, se puede quitar la banda cuando el paciente lo desee.

Desventajas de la banda gástrica ajustable

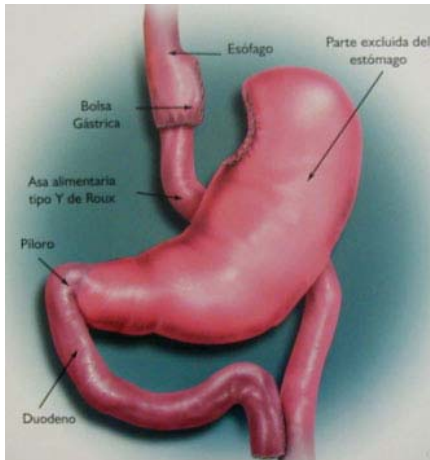
Riesgo de deslizamiento o migración intragástrica (dependiendo de la técnica quirúrgica)

Infección de la cámara de ajuste.

No acostumbra al paciente a la restricción alimentaria.

No impide la ingesta de grandes calorías en forma de líquidos (licuados)

❖ BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX



El **Bypass en Y de Roux o restrictivo** es la técnica más utilizada en los EEUU, ya que se la realiza desde los años 80's. Consiste en crear un pequeño reservorio gástrico de 15-20 ml que se comunica con el intestino delgado, saltando el resto del estómago, duodeno y primeras porciones de intestino delgado. Su funcionamiento está basado en *la capacidad gástrica disminuida* (restricción gástrica) y un pequeño efecto malabsortivo sobre grasas e hidratos de carbono.

Provoca un descenso de peso de 70 % del excedido y lo mantiene a largo plazo, entre un 65-70 %.

Ventajas del Bypass gástrico en Y de Roux

Restricción a la ingesta y pequeña malabsorción.

No debe colocarse ninguna prótesis.

No deben realizarse ajustes.

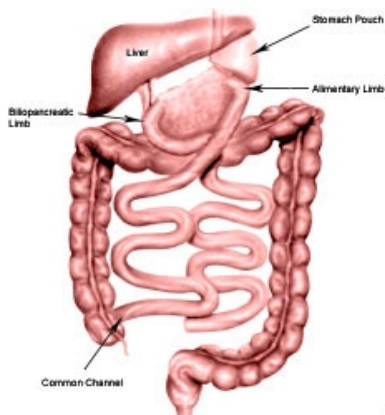
Desventajas del Bypass gástrico en Y de Roux

El descenso de peso no se mantiene en su totalidad y tienden a re-ganar algunos kilos.

Debe seccionar estómago y delgado y unirlos, saltando una porción del tubo digestivo.

No es reversible, ni regulable.

❖ DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA



El **Bypass malabsortivo o derivación biliopancreática** es la cirugía derivativa más realizada en Europa, y se la considera una técnica mixta.

La capacidad gástrica no está completamente reducida. El paciente puede realizar ingestas normales de 500 ml, pero el exceso de grasas e hidratos de carbono será eliminado, ya que solo una pequeña porción del intestino realiza esta función.

Provoca un descenso de peso de 80 % del excedido y lo mantiene a largo plazo.

©

Ventajas de la derivación biliopancreática

El paciente no tiene restricción a la ingesta, puede comer la cantidad deseada.

El exceso de grasas e hidratos de carbono será eliminado.

No debe realizar ajustes.

Desventajas de la derivación biliopancreática

Debe seccionarse estomago e intestino delgado.

No es reversible ni regulable.

En muchos casos debe suplementarse la alimentación, con hierro y vitaminas.

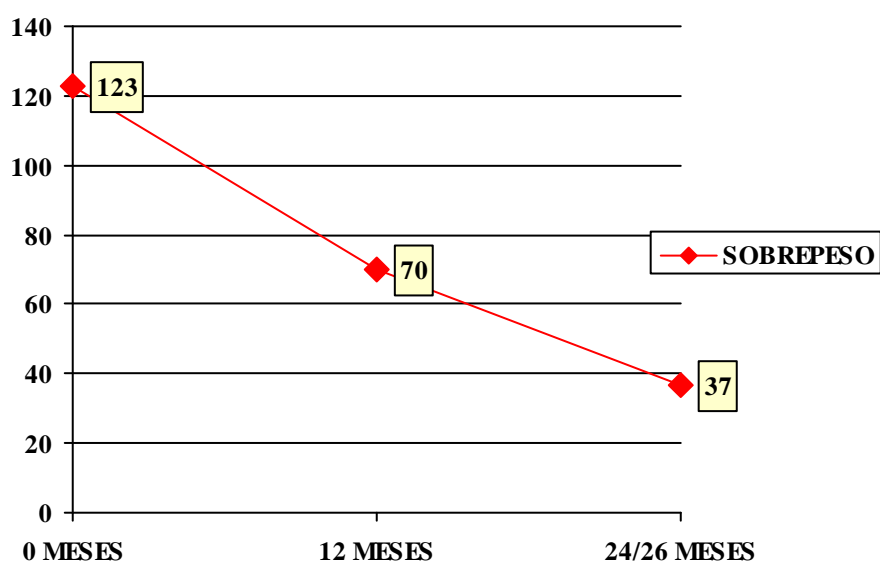
□ CUIDADOS POST OPERATORIOS

Luego de la intervención quirúrgica, requieren una internación de 24 hs para el banding gástrico y de aproximadamente 4-5 días para ambos tipos de Bypass. Luego comienza la segunda etapa del tratamiento, con un seguimiento quincenal, multidisciplinario y

obligatorio, que asegura el monitoreo continuo del descenso de peso y el estado nutricional del enfermo.

Las charlas grupales, coordinadas por licenciadas en psicología y nutrición, permiten al paciente intervenido, interactuar con otros en igual situación, generándose un clima de discusión y reflexión muy beneficioso.

El descenso de peso estimado para el obeso mórbido luego de la intervención quirúrgica, es del 50 % de su exceso de peso en el primer año y hasta 80 %, al finalizar el segundo. Pero cada caso es muy particular y son muchos los que alcanzan un descenso del orden del 80 % en los primeros 15 meses del post operatorio.



□ ELECCION DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Tipo de intervención según el patrón alimentario

- Gran comilón a la hora de comer (“Atracones”) **Técnica restrictiva o mixta**
- Múltiples ingestas hipercalóricas (“Picador”) **Técnica malabsortiva**
- Ingesta habitual de alimentos grasos (Comida rápida) **Técnicas mixtas**

□ PRINCIPALES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DE LA OBESIDAD

1. TÉCNICAS RESTRICTIVAS:

- GASTROPLASTIA VERTICAL EN BANDA
- GASTROPLASTIA VERTICAL ANILLADA
- BANDELETA GÁSTRICA HINCHABLE
- GASTROPLASTIA VERTICAL REFORZADA
- GASTROPLASTIA
- GASTROPLASTIA VERTICAL SIN ANILLA

2. TÉCNICAS MALABSORTIVAS:

- BY-PASS YEYUNOILEAL

3. TÉCNICAS MIXTAS:

- BY-PASS GÁSTRICO
- DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA (SCOPINARO, MARCEAU, LARRAD)

□ COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS MÁS FRECUENTES

- ➔ Las complicaciones dependen del tipo de intervención y de la experiencia del equipo quirúrgico. Globalmente, un 20% presentan algún tipo de complicación.
- ➔ En las gastroplastias y derivaciones biliopancreáticas, técnicas más comúnmente realizadas, la mortalidad se sitúa en torno al 1-2%.
- ➔ La causa más frecuente de muerte es la peritonitis, que ocurre en 1,2% de las cirugías abiertas y en el 3% de las realizadas por laparoscopia.
- ➔ La trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar, es la segunda causa de muerte, con una frecuencia del 2%. Con una presión venosa central >40 mmHg son

candidatos para la colocación profiláctica de un filtro en vena cava, en el mismo acto quirúrgico.

- Las complicaciones más frecuentes de las gastroplastias, son el fallo de la sutura con necesidad de reintervención, casi siempre por disgresiones dietéticas del enfermo.
- Si la ingesta es excesiva, los vómitos son frecuentes. En la derivación biliopancreática la complicación más grave es la obstrucción intestinal del asa biliopancreática, que puede pasar desapercibida hasta producirse una Pancreatitis aguda.
- También podemos encontrar úlceras de la neoboca. Metabólicamente, con estas técnicas aparece ferropenia y anemia, déficit de distintos oligoelementos (zinc, calcio) y vitaminas, tanto liposolubles como hidrosolubles. Si no se realiza colecistectomía, el riesgo de litiasis biliar, asociado a la pérdida de peso, es alto.
- Es frecuente la diarrea, por descontrol dietético en el postoperatorio, o porque que aumenta el ritmo intestinal, sobre todo en las técnicas malabsortivas.

□ MODELO DE SOLICITUD DE COBERTURA, A UNA ENTIDAD FINANCIADORA

Paciente de _____ años que comienza con problemas de peso a los _____ años, incrementándose en su juventud. Realizó múltiples tratamientos dietéticos sin éxito, basados en actividad física, terapia farmacológica y psicológica.

En todos los tratamientos realizados, la constante ha sido: descenso de..... Kg. y regainancia superior al descenso, en el corto plazo.

El paciente posee antecedentes personales de:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Este/a paciente actualmente tiene un peso de Kg. y una talla de..... mts., dando **un IMC de..... KG/m2, clasificación “hiperobesidad” de la IFSO** (Federación Internacional de Cirugía de la Obesidad) **con enfermedades asociadas ya descriptas que incrementan su morbi - mortalidad y disminuyen su expectativa de vida.**

Su peso ideal según edad, sexo y contextura física es de: kg.

Los estudios preoperatorios realizados incluyeron
.....,con el hallazgo de
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Frente a estos antecedentes y ante los múltiples fracasos en los tratamientos realizados, considero a la misma un/a paciente de riesgo, por su peso y factores de comorbilidad, que se **beneficiará con una técnica de cirugía bariátrica.**

Sin otro particular y a su disposición para ampliar algún detalle, lo saluda muy atte.

□ CUESTIONES MÉDICO LEGALES

- Antes de inscribir a cualesquier sujeto en un programe de pérdida de peso , el médico clínico debe tener una idea segura de sus expectativas. Sujetos con expectativas poco prácticas no se deben inscribir hasta que esas expectativas se cambien por metas realistas y alcanzables.
 - También es crucial una evaluación segura del nivel de motivación para mantener la dieta, ejercitarse, y el cambio de comportamiento exigible. Esta evaluación se debe completar antes de que el paciente se inscriba en un programa de pérdida de peso.
 - Un consentimiento escrito comprensivo se debe obtener y definir en detalle la pérdida de peso estimado, la dieta requerida, ejercicios a cumplir, y los cambios de comportamientos para mantener la pérdida de peso lograda.
-

□ INTERESES ESPECIALES

- Debido al daño potencial de intentar la pérdida de peso en un candidato inapropiado, todo paciente para ser inscripto en cualquier protocolo quirúrgico, médico, u otro programa de pérdida de peso, debe ser detalladamente evaluado por un psiquiatra y/o psicólogo, y/o especialista en desordenes de la alimentación.
- Aunque muchos de los problemas psicológicos y psiquiátricos comúnmente asociados con la obesidad no son contraindicaciones a la inscripción en un programa de pérdida de peso, los médicos clínicos y pacientes deben tener conciencia de estos problemas antes de la inscripción.
- Además, el médico clínico debe asegurarse que tales problemas son relativamente estables, quiescentes, o bien administrados antes de que el paciente comience a un programa de pérdida de peso.