

OBESIDAD MÓRBIDA Y CIRUGÍA DE LA OBESIDAD

¿Qué es la obesidad mórbida?

Para conocer el grado de obesidad de una persona, recurrimos al denominado índice de masa corporal (IMC) que es la relación de dividir el peso (en kilos) entre la talla (en metros) al cuadrado (véase cómo calcular su IMC). Cuando el IMC supera la cifra de 40 se habla de obesidad mórbida, si bien algunas Sociedades Científicas han propuesto una clasificación más precisa, con la finalidad de establecer un tratamiento diferente para cada situación.

IMC	Tipo de obesidad
40 - 49,9	Mórbida
50 - 59,9	Superobesidad
≥ 60	Super-superobesidad

¿Qué problemas conlleva la obesidad mórbida?

La obesidad severa u obesidad mórbida es una enfermedad crónica que actualmente **no tiene curación**. Con el paso de los años, este exceso de peso, suele condicionar una disminución en la capacidad para desarrollar con normalidad las actividades de la vida diaria (caminar, subir escaleras, agacharse, peinarse, atarse los cordones, cortarse las uñas, ponerse calcetines o medias, vestirse, dificultades para asearse, mantener relaciones sexuales, etc), lo que redundará en una mala calidad de vida física y psíquica. Las limitaciones físicas y la propia apariencia, con frecuencia producen un rechazo social, lo que repercute en el estado de ánimo, las relaciones con los demás y el trabajo diario.

Además, comienzan a surgir otras enfermedades asociadas a la obesidad: diabetes mellitus, hipertensión arterial, dificultad para respirar, apneas del sueño, artrosis, etc, que agravan más aún la situación general de la persona. Por tanto, la obesidad extrema es una situación clínica que se traduce no sólo en una peor calidad de vida sino también en una menor cantidad de años por vivir.

Razones para la cirugía de la obesidad

La obesidad mórbida responde mal a los tratamientos convencionales de la obesidad: dieta de cualquier tipo, ejercicio, medicamentos para adelgazar, batidos o barritas e incluso el balón intragástrico. La experiencia clínica y todas las publicaciones médicas están de acuerdo en que hoy en día, salvo contadas excepciones, no se dispone de un remedio eficaz para tratar la obesidad. Y no nos referimos a perder 5 ó 10 kg, porque de lo que se trata es de perder muchos más: 30, 40, 60... y esto sólo se puede conseguir con la cirugía de la obesidad, también llamada cirugía bariátrica (que viene del griego “baros” = peso y de “iatros” = tratamiento).

Premisas básicas a considerar antes de plantearse una cirugía de la obesidad

Es importante que la persona que vaya a someterse a esta cirugía deba estar debidamente informada acerca de los siguientes puntos que son indiscutibles:

- La cirugía de la obesidad es una “cirugía mayor”, no exenta de riesgos, que debe realizarse por cirujanos expertos que hayan intervenido a un elevado número de pacientes.
- La cirugía de la obesidad **NO es una cirugía estética**, con la finalidad de alcanzar un “peso ideal”. Se trata de convertir a una persona muy, muy obesa en otra menos obesa, con el único objetivo de mejorar su calidad de vida (y cantidad), así como disminuir la influencia de las complicaciones asociadas (ver más adelante).
- La cirugía de la obesidad **NO CURA** la enfermedad, solo la “controla”. Si un paciente no se adhiere a las normas posteriores que hay que seguir puede volver a recuperar el peso perdido. En un lenguaje coloquial, digamos que *siempre la obesidad (“la predisposición o los genes”) van a perseguir al paciente durante toda su vida*. El éxito dependerá sólo de cómo cada uno se cuide.
- La cirugía no se realiza para que el paciente coma todo lo que quiera sin engordar. Esto es totalmente falso, pese a que *algunos quieran vender esta idea con una nueva técnica. ¡OJO!* Si no se siguen normas alimentarias y cambios del estilo de vida, a largo plazo (años) se recupera el peso perdido y entonces ya poco se podrá hacer.
- La ventaja fundamental de la cirugía de la obesidad es que permite perder muchos kilos, con menos esfuerzo de lo que hasta ahora ha hecho: sin pasar hambre, pudiendo comer de manera ordenada casi de todo, pero en muy pequeñas cantidades. Perder peso, además le permitirá hacer cosas físicas que antes no podía: caminar más rápido, correr, disponer de ropa nueva con tallas más normales, etc...

Indicaciones de la cirugía

En general se acepta que la indicación de la cirugía está delimitada a personas entre 18 a 60 años, con IMC > 40 kg/m² ó > 35 kg/m², en presencia de complicaciones de la obesidad. Fuera de estos límites, ya sea por edad o grado de obesidad, requiere una consideración particular a cada caso, por parte del equipo responsable. En la tabla adjunta, se especifican las características que deben reunir los pacientes candidatos a cirugía de la obesidad.

- Edad 18-60 años.
- IMC ≥ 40 kg/m² o IMC ≥ 35 kg/m² con complicaciones asociadas.
- Duración de la obesidad mórbida al menos 5 años.
- Fracasos continuados a tratamientos conservadores debidamente supervisados.
- Estabilidad psicológica:
 - Ausencia de abuso de alcohol o drogas.
 - Ausencia de alteraciones psiquiátricas mayores (esquizofrenia, psicosis), retraso mental, trastornos del comportamiento alimentario (bulimia nerviosa, atracones, anorexia).
- Capacidad para comprender los mecanismos por los que se pierde peso con la cirugía y entender que no siempre se alcanzan buenos resultados.
- Comprender que el objetivo de la cirugía no es alcanzar el peso ideal.
- Compromiso de adhesión a las normas de seguimiento tras la cirugía.
- Consentimiento informado después de haber recibido toda la información necesaria (oral y escrita).
- Las mujeres en edad fértil deberían evitar la gestación al menos durante el primer año postcirugía.

¿Qué seguridad y riesgos ofrece la cirugía de la obesidad?

La cirugía de la obesidad es una cirugía a menudo compleja porque se tiene que realizar con pacientes que tienen un peso excesivo que dificulta las maniobras de los cirujanos; también se requiere una atención especial por parte del anestesista durante la intervención y en la fase del “despertar”. Aún así, los equipos quirúrgicos que se encargan de realizar este tipo de intervenciones cuentan con una amplia experiencia en el manejo de los pacientes para evitar cualquier tipo de complicaciones.

Cualquier cirugía, aunque sea banal, tiene riesgos y máxime en personas con exceso de peso. En general, en centros con buena experiencia, la mortalidad es **inferior al 1 %** y las complicaciones post-cirugía inferiores al **10 %**.

¿Cuánto peso puedo perder?

Es difícil pronosticar cuánto peso va a perder una persona porque depende de varios factores, unos controlables y otros que no se pueden controlar.

- Los hombres pierden más peso que las mujeres, porque tienen más masa muscular y menor proporción de grasa.
- La gente joven pierde más peso que las de mayor edad porque su cuerpo tiene menor proporción de grasa.
- Las personas con diabetes les cuesta más perder peso.
- Según el tipo de cirugía se puede perder más o menos peso: cuanto más compleja es la intervención, se pierde más peso, pero también conlleva más riesgo y requiere mayores cuidados nutricionales.
- Las personas con antecedentes de obesidad desde la infancia u obesidad en la familia o personas que han intentado adelgazar sin éxito durante años, también pueden ser más resistentes a perder peso tras la cirugía.
- Pero fundamentalmente dependerá de cómo el paciente lleve su alimentación tras la cirugía y la capacidad para adaptarse a una nueva vida, incluyendo una actividad física que antes no podía realizar.
- En general, se puede perder de promedio entre un **30 a un 50 %** del peso inicial.

¿En cuánto tiempo se pierde el peso?

La mayor parte del peso (2/3 partes) se pierden durante los primeros 6 meses. El resto del peso se pierde entre los 6-18 meses después de la cirugía. En esta segunda fase, es cuando se requiere que el sujeto no olvide las pautas de alimentación y especialmente se inicie en una actividad física que es la que permitirá mantener el peso perdido durante largo plazo.

¿Se puede recuperar el peso perdido?

De manera habitual, después de los 2 años de la cirugía, puede observarse una pequeña recuperación del peso perdido (entre 5-10 kg) como consecuencia de una mayor “dilatación” del estómago y se nota porque cabe más comida. Esto, no indica que se siga ganando peso con posterioridad. Sólo si el sujeto abandona las recomendaciones dietéticas y persiste en una actitud sedentaria, con seguridad que recuperará gran parte del peso perdido.

¿Qué pruebas hay que realizarse antes de la cirugía?

En primer lugar, un paciente con obesidad mórbida debe ser evaluado en el contexto de un equipo multidisciplinar que pueda atender la demanda de todas las complicaciones asociadas a la obesidad. Esto incluye además de los cirujanos bariátricos a endocrinólogos u otros especialistas expertos en obesidad, nutricionistas o personal de enfermería especialistas en nutrición y educación sanitaria, neumólogos, digestólogos, anestesistas, endoscopistas, psiquiatras, psicólogos, etc.

Las pruebas generales son aquellas que se requieren para una intervención quirúrgica: análisis de sangre, electrocardiograma, radiografía de tórax, espirometría.

Otras pruebas específicas incluyen exploración gastroduodenal (radiografía de contraste o gastroscopia, según sintomatología), ecografía abdominal, estudio

respiratorio (incluyendo en muchos casos estudio de apneas del sueño), informe favorable del psiquiatra, pero también atención psicológica y /o psiquiátrica si se precisa antes de la intervención. El resto de exploraciones dependerá de las necesidades que requiera cada paciente.

Es importante que el paciente sea informado por el equipo responsable de la intervención, conozca de primera mano todos los pormenores de la cirugía, que se responda a todas las dudas que tenga y que dicha información general se pueda suministrar por escrito, para que así pueda usted firmar el consentimiento preceptivo antes de la cirugía.

TIPOS DE CIRUGÍA

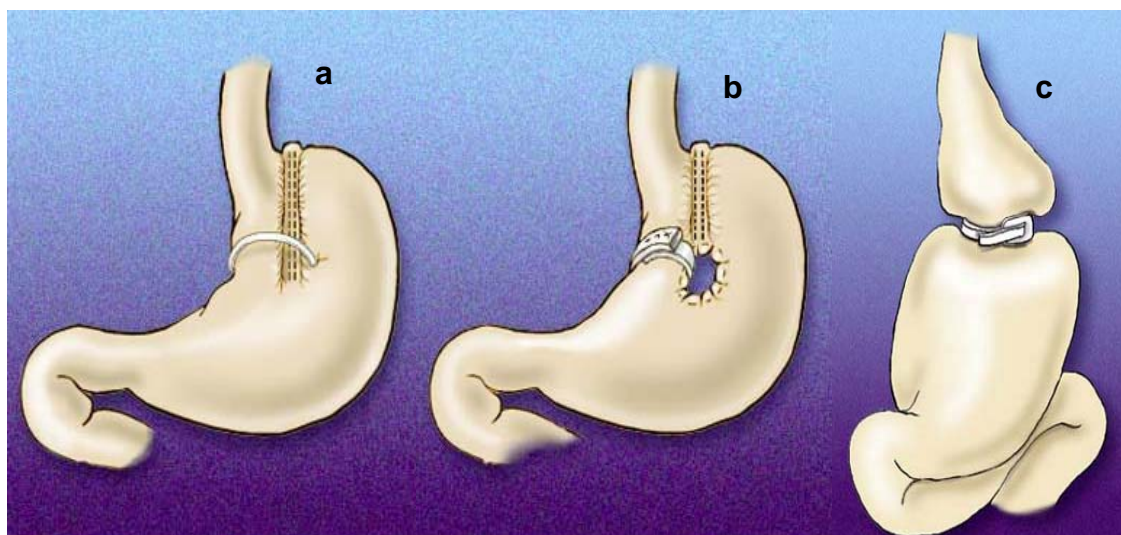
No existe un modelo ideal de cirugía. Cada paciente, de acuerdo a sus características personales, puede requerir un tipo de cirugía u otro. Lo ideal es que el centro al que acuda le pueda brindar a usted diferentes tipos de cirugía, para que usted también pueda decidir. Por ello, brevemente, vamos a describir las características de cada una de ellas.

1. Técnicas restrictivas:

Son modalidades de cirugía que se basan simplemente en restringir la capacidad del estómago para que el paciente, se llene antes y coma menos. Se pueden utilizar grapas (gastroplastias) o la colocación de una banda (bandeleta).

1.1. Gastroplastia vertical anillada.

Consiste en grapar el estómago, de manera vertical, dejando una capacidad de sólo 20-30 cc y limitando la salida de los alimentos mediante la colocación de una anilla (gastroplastia vertical anillada - fig a-) o una banda (gastroplastia vertical bandeada -fig b-).



American Society for Bariatric Surgery

1.2. Bandeleta ajustable (fig c)

Consiste en colocar una banda a modo de cinturón alrededor del estómago, de tal manera que lo divida en forma de “reloj de arena”. Esta banda se puede ajustar (apretar o ensanchar) según se necesite, mediante la manipulación de un reservorio que se coloca debajo de la piel. La banda ajustable se coloca habitualmente mediante vía laparoscópica, sin necesidad de abrir el abdomen.

Ventajas:

- Mantienen la integridad de todo el aparato digestivo, pudiendo acceder con normalidad al estómago, en caso de cualquier patología (úlcera, sangrado, etc).
- Escasas deficiencias nutricionales.

Inconvenientes:

- Hay que estar muy concienciados con la necesidad de llevar una dieta bastante estricta. Muy fácil de sabotear por “picoteadores” o personas que consuman refrescos, helados, chocolate, mayonesa, etc.
- Suelen ser frecuentes los vómitos en las gastroplastias, con intolerancia a varios alimentos sólidos. Aunque mejoran con el tiempo, un porcentaje elevado no consigue comer con normalidad. En las intervenciones con banda gástrica los vómitos son más controlados con el grado de apertura de la banda.

Complicaciones específicas:

- Hasta un 40 % de los casos de gastroplastia pueden aparecer “fugas” por rotura de las grapas. El paciente nota que come más y gana peso. Requiere intervención.
- Estrechamiento de la anilla o banda de la gastroplastia. Precisar dilatación endoscópica de esa estenosis (estrechez).
- En el caso de las bandas, posibilidad de inclusión de la banda dentro del estómago, deslizamiento de la misma o infección del reservorio (son complicaciones poco frecuentes).

Resultados:

- Pérdidas aproximadas del 30 % del peso inicial. La mitad de los pacientes, pueden recuperan parte del peso perdido después de 5 años.
- Mala calidad de vida en “vomitadores” que obliga a realizar otra cirugía.

Indicaciones:

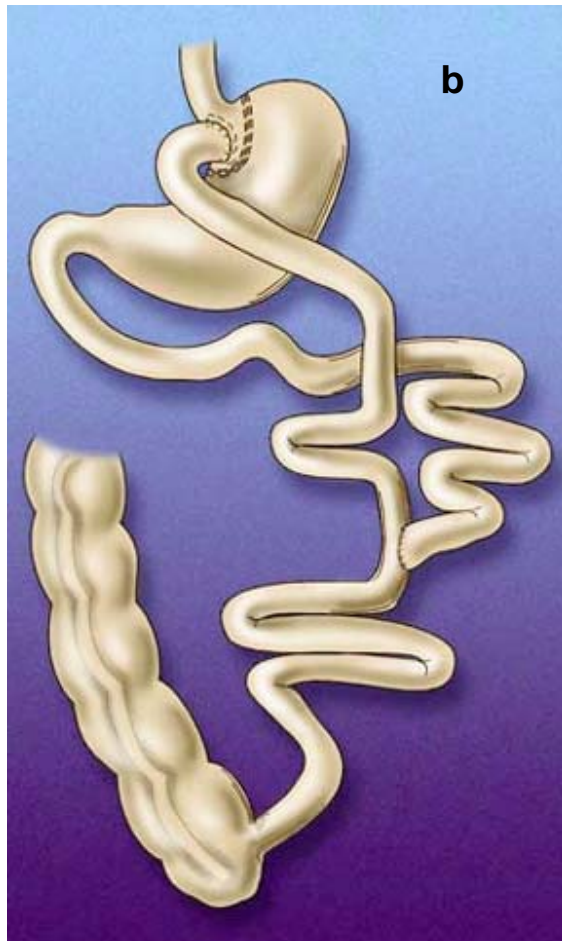
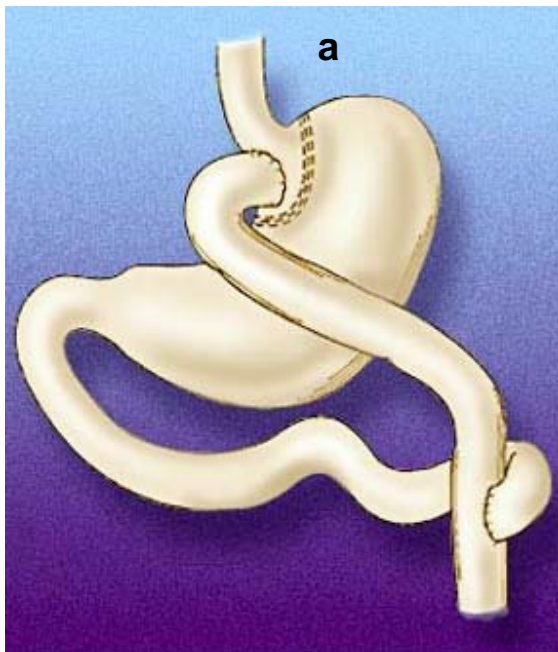
- Pacientes con IMC entre 35-40 kg/m², sin problemas digestivos, como reflujo o hernia hiatal, con alta capacidad de control alimentario.
- Las gastroplastias son técnicas en desuso, por sus resultados regulares a largo plazo.

- La banda gástrica ajustable, tiene posiblemente menos complicaciones, pero su utilización en España es escasa en comparación a otros países.

2. By-pass gástrico

Es la técnica de referencia y la más utilizada en el mundo para el tratamiento de la obesidad. Es una técnica mixta en la que se realiza, por un lado, una reducción del estómago mediante grapado (o sección del estómago) y la conexión de la cavidad gástrica con una asa del intestino de longitud variable para que la comida deje de pasar por su conducto natural (es decir, se busca un “atajo” o un “by-pass”).

El resultado de esta modalidad de cirugía es que por un lado, se come menos porque el estómago es más pequeño y por otro, parte de la comida no se absorbe (durante 1-2 metros de intestino), según cómo sea de corto (fig a) o largo (fig b) el by-pass.



American Society for Bariatric Surgery

Ventajas:

- Acceso habitual por vía laparoscópica, siendo la recuperación mucho más rápida y sin las complicaciones que origina una abertura de todo el abdomen.
- Buena tolerancia alimentaria y calidad de vida.
- Mínimas complicaciones nutricionales.

Inconvenientes:

- Se deja excluido una parte del estómago, al estar cerrado con las grapas.
- Un 5 % de pacientes pueden presentar un “síndrome de dumping” caracterizado por presentar bajadas de azúcar (hipoglucemias) con síntomas de sudoración profusa, temblor, náuseas, sensación de hambre...y que se pasa comiendo algo.
- No es útil en “picoteadores”.
- Poco recomendable en los super-superobesos.

Complicaciones específicas (todas menores del 1-5 %):

- Separación de las grapas, produciendo una fístula, que puede ser necesario reintervenir (complicación muy infrecuente).
- Úlcera sangrante o no de la parte del intestino que está unida al estómago (por efecto de los ácidos). Se trata con medicamentos.

Resultados:

- Pérdidas entre el 40-50 % del peso inicial.
- Buena calidad de vida.

Indicaciones:

- En obesidad mórbida y super-obesidad mórbida (IMC 40-59 kg/m²).

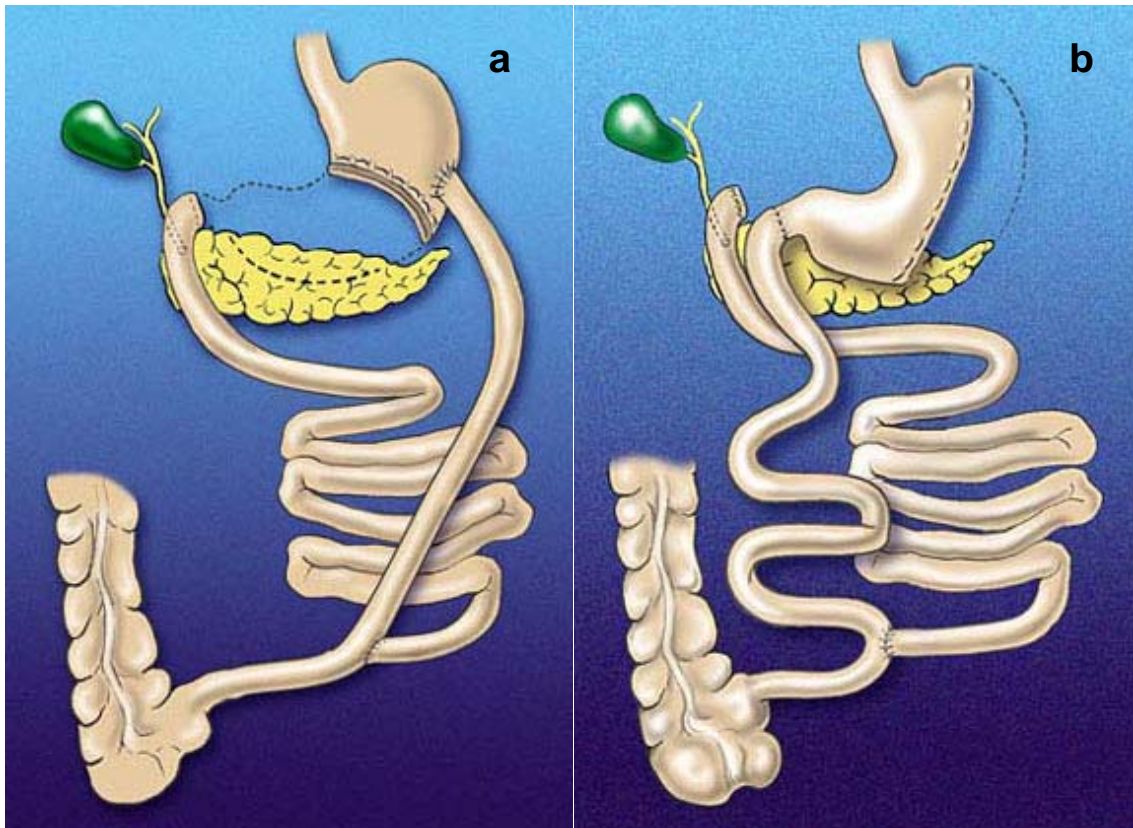
3. Derivación biliopancreática

Esta es una técnica más compleja que las anteriores, donde lo que predomina es un componente de maldigestión y malabsorción de alimentos, frente a un mecanismo no tan restringido a la hora de comer.

Hay varias modalidades de técnicas, pero básicamente se trata de reducir la capacidad del estómago, mediante una sección vertical u horizontal (gastrectomía) junto a un by-pass más largo que la técnica anterior, dejando sólo entre 50 a 100 cm de un “canal común” que es donde se hace la digestión de los alimentos.

Hay dos variantes clásicas: una, la que se secciona el estómago de manera horizontal y se conecta con un tramo de intestino (fig. a) hasta conectarlo con la rama procedente de las secreciones biliares y pancreáticas a sólo 50 cm de la válvula ileocecal (próxima al intestino grueso). La otra variante, denominada “cruce duodenal”, se realiza una sección vertical del estómago, de tal manera que la comida sigue de alguna manera su “trayecto natural”

por el duodeno y la primera porción del intestino. Luego existe un empalme a 50-100 cm de la válvula ileocecal, similar a la variante anterior (fig. b).



American Society for Bariatric Surgery

Ventajas:

- Menor restricción alimentaria
- Buena calidad de vida
- Escasa recuperación del peso perdido
- Posibilidad de realización por vía laparoscópica.

Inconvenientes:

- Diarreas y flatulencia maloliente, por malabsorción de alimentos.
- Síndrome de vaciamiento rápido de alimentos (síndrome de “dumping”) -no así en el cruce duodenal-
- Mayor repercusión de malnutrición de proteínas, vitaminas y minerales.
- Formación de piedras en la vesícula.

Complicaciones específicas (raras)

- Dehiscencia de las suturas (que “salten” las suturas o grapas).
- Hernias o eventraciones de la pared abdominal si la cirugía es abierta (no por vía laparoscópica).
- Úlcera de la parte del intestino que se conecta al estómago.

Resultados:

- Pérdidas de peso entre el 40-60 % del peso inicial.
- Buena calidad de vida.

Indicaciones

- Obesidad con IMC > 45 kg/m²
- Útil en super-superobesos (IMC > 60 kg/m²)

4. Gastrectomía tubular (*Sleeve gastrectomy*)

Esta es una modalidad de cirugía que está en pleno auge por su sencillez y eficacia. Se trata de actuar sobre el estómago, seccionándolo longitudinalmente, del mismo modo que en la operación del “cruce duodenal” (ver más arriba), sin tocar para nada el intestino. Por tanto, se deja una capacidad del estómago entre 100-150 cc, con preservación del píloro, lo que permite, comer menos cantidad, sin pasar hambre y con un vaciamiento del estómago normal.

Es una técnica totalmente accesible por vía laparoscópica, que se realiza en muy poco tiempo (1-2 horas) y con resultados prometedores. La pérdida de peso es más o menos igual que en las técnicas restrictivas (30-40 % del peso inicial), pero con muy buena calidad de vida.

Aunque no están muy establecidas sus indicaciones, se ha propuesto que sería útil en el tratamiento de adolescentes, personas mayores de 65 años y en sujetos muy obesos (más de 150 kg). Según la evolución del peso del paciente, se puede intentar en un segundo tiempo operatorio realizar una nueva intervención sobre la anterior, bien sea un bypass o un cruce duodenal, si las condiciones lo requieren y con la ventaja de que el peso entonces será mucho menor.

¿Cuál es tiempo de recuperación tras la cirugía?

Una cirugía no complicada implica estar en el hospital entre 2 a 7 días de promedio (según modalidad y vía de acceso). El periodo “oficial” de baja laboral oscila entre 4 a 6 semanas, un tiempo adecuado para adaptarse a las normas alimentarias y su nuevo patrón de vida. Obviamente, estos tiempos son meramente orientativos y cada caso requerirá una atención individual.

¿Qué tipo de alimentación deberé seguir después de la cirugía?

Como regla general, siempre hay que cuidar la alimentación, porque ninguna técnica de las enumeradas permite *comer de todo y en la cantidad deseada*, sin ganar peso. Lo que más le va a llamar la atención es la importante sensación de saciedad con la ingestión de muy poca cantidad de comida. Y es que su organismo no va a necesitar más cantidad para llevar una vida normal.

- En una primera fase, en el postoperatorio inmediato: se recomienda una dieta líquida, muy rica en proteínas, para que el paciente se vaya

adaptando a la nueva capacidad de su estómago y permita que las suturas “cicatricen” de manera adecuada.

- En una segunda fase, se recomienda una dieta blanda, a base de purés, cremas, tortillas, huevos revueltos, pescados blancos, natillas, yogures, croquetas... todo en pequeñas cantidades (menos de 100 g).
- En una tercera fase, el paciente podrá ir incorporando alimentos sólidos, cuidando de masticar mucho los alimentos, para que llegue hecha una “papilla” al estómago. Poco a poco, hacia el segundo o tercer mes aproximadamente, ya se puede comer de casi todo.
- En cualquier caso y como norma general de una alimentación saludable, debe cuidarse que la ingestión no sea abundante (siempre inferior a 1.200-1.500 kcal), baja en grasa, evitando el abuso de aperitivos, helados, chocolate, frutos secos, mayonesa, mantequilla, nata, bollos, galletas, embutidos, tocino, carnes grasas, quesos grasos, patés, frituras, etc porque no hay ninguna técnica quirúrgica que garantice que se mantiene el peso comiendo con frecuencia de estas cosas.
- Se recomienda realizar 5-6 comidas al día, en muy pequeñas porciones, evitando comer “dos platos y postre”.
- Intolerancias alimentarias: La carne entera (filetes), pan blanco, verdura cruda (ensaladas), arroz, son los alimentos que peor se toleran, por parte de algunos pacientes y en especial en las técnicas restrictivas.
- Alcohol: se tolera mal (“se sube antes a la cabeza”), porque no se absorbe bien en el estómago como antes de operarse.

¿Es verdad que se vomita mucho o se tiene mucha diarrea con la cirugía?

Las cirugías restrictivas son las que más vómitos pueden ocasionar. Con las técnicas de by-pass gástrico o derivación biliopancreática, son muy pocos los casos de vómitos. En general, si se producen es porque se mastica mal, se come muy deprisa, se ingiere más comida de la que cabe en el estómago reducido o se mezcla agua con la comida. Las personas con antecedentes de reflujo gastroesofágico importante son más propensas a vomitar, sencillamente porque la unión del esófago con el estómago está debilitada y la comida refluye o se regurgita con mucha facilidad.

Las diarreas pueden suceder en las técnicas derivativas puras como consecuencia del rápido tránsito de los alimentos y porque se produce una malabsorción de alimentos. Habitualmente 2-3 deposiciones pueden considerarse “normales”; si se incrementa el número de deposiciones, puede ser debido a dieta incorrecta (excesiva cantidad de grasa), sobreinfección bacteriana u otras causas que su médico debe averiguar.

¿Tengo que tomar vitaminas o suplementos después de la cirugía?

Debido a que la dieta suele ser escasa en cantidad y calidad y también porque la cirugía no permite que se absorban de manera adecuada muchos

nutrientes, es necesario que los pacientes tomen un complejo multivitamínico, prácticamente de manera indefinida. En función de la cirugía realizada y de los resultados analíticos no es infrecuente que se necesiten suplementos específicos de hierro (en especial en mujeres en edad fértil), vitamina B₁₂, calcio, vitamina D, Cinc, entre otros. Su médico le indicará la pauta más adecuada a su caso.

¿En qué medida se corrigen las complicaciones asociadas a la obesidad?

Realmente es sorprendente cómo se corrigen la mayoría de las complicaciones asociadas a la obesidad, tras unos pocos meses de pérdida de peso.

- La mayoría de las personas con diabetes, dejan de ponerse insulina y se controlan sólo con la dieta o con ayuda de algún antidiabético oral.
- Casi todos los pacientes con apneas del sueño y portadores de un aparato para poner respirar por las noches (CPAP), lo abandonan totalmente.
- Las cifras de tensión arterial mejoran espectacularmente, quedando sin medicación un 50 % de los pacientes.
- Los dolores derivados de la artrosis se alivian con rapidez. Lo que no se puede “arreglar” son los defectos que tienen las articulaciones ocasionados por el exceso de peso.
- Se mejoran las cifras alteradas de colesterol, ácido úrico, transaminasas...
- Se gana confort a la hora de realizar las labores cotidianas tanto personales como laborales.
- Se puede comenzar a hacer ejercicios y deportes que antes no se hacían.
- Aumenta la autoestima, se reducen los síntomas depresivos y mejoran las relaciones con los demás.
- En suma, se gana en calidad de vida.

Algunas personas tienen expectativas poco realistas o demasiado idealizadas y no se conforman con haber mejorado de sus problemas físicos aunque hayan perdido suficiente peso. Obviamente, entre lo que se consigue con la cirugía y lo que a uno le gustaría obtener puede haber un buen trecho. Conviene dejar claro antes de operarse todas estas expectativas reales.

¿Cada cuanto tiempo hay que hacerse revisiones?

Cada equipo de tratamiento establece las visitas programadas en función de cada paciente. Durante el primer año, se realizan entre 3-5 visitas; en el segundo año: 2-3 visitas y a partir del tercer año: 1-2 visitas anuales. En principio y dada las características de este tipo de cirugía y las complicaciones nutricionales que puede acarrear a largo plazo, hay que plantearse la necesidad de realizar un seguimiento prácticamente indefinido.

¿Después de perder peso qué sucede con la piel “sobrante”?

Tras la pérdida de muchos kilos suelen quedar “colgajos” de piel en la zona del abdomen, pecho, muslos, brazos, etc. Transcurrido al menos un año de la cirugía bariátrica y cuando exista constancia de la estabilidad del peso, se puede realizar una reconstrucción de todas esas zonas, mediante cirugía plástica, pero no todo a la vez; se necesitan varias intervenciones para ir corrigiendo de manera paulatina todos las secuelas que han quedado tras la pérdida de peso.

¿Estas operaciones son reversibles?

De alguna manera son reversibles, aunque anatómicamente no queden exactamente igual que antes. Por ejemplo, si se ha cortado un trozo de estómago, ya no se podrá reponer.

En general, si un paciente no evoluciona bien con un tipo de cirugía, lo que se le ofrece es una reconversión a otro modelo de cirugía que le proporcione más beneficios y menos problemas. En nuestra experiencia muy pocos casos (por no decir que prácticamente ninguno) ha precisado que se revierta su intervención.

¿Cuánto tiempo debo esperar para quedarme embarazada?

La obesidad es causa frecuente de infertilidad. Por tanto, cuando se pierde peso rápidamente lo más fácil es que se regulen los ciclos y pueda quedarse embarazada si no pone los medios adecuados para evitarlo. Aunque hemos tenido casos de mujeres embarazadas a los pocos meses de la cirugía, sin complicaciones para el feto, lo más adecuado es evitar el embarazo durante al menos el primer año tras la cirugía. Los motivos son bien sencillos: por un lado, para evitar el freno en la curva de pérdida de peso; en segundo lugar, porque no se puede asegurar una correcta nutrición del feto si la alimentación de la madre es insuficiente durante este periodo.

Yo tengo más preguntas que hacer...

Evidentemente no podemos dar cabida en esta página a contestar a cada una de las preguntas y dudas que le puedan surgir. Cualquier planteamiento particular deberá preguntarlo en el lugar donde vaya a ser atendido, porque las técnicas, los resultados, la manera de proceder, los tipos de alimentación, las visitas de seguimiento, los análisis y otras pruebas complementarias, los suplementos nutricionales, etc serán diferentes en cada sitio.

Cualquier duda general que no haya sido suficientemente aclarada en este resumen, puede dirigirla a través de nuestro buzón de correo electrónico.

Información actualizada en febrero de 2007
(Dr. Miguel A. Rubio, en representación de la SEEDO y responsable de la web)