



**Servicio de Cirugía General y Digestiva**

**Área de cirugía endocrina y obesidad mórbida**

**Obesidad mórbida y cirugía laparoscópica  
de la obesidad**

**Dr. Emilio Vicente López  
Dra. Yolanda Quijano Collazo**

**Dr. Hipólito Durán Giménez-Rico  
Dr. Eduardo Díaz Reques  
Dra. Isabel Fabra Cabrera  
Dr. Ramón Puga Bermúdez  
Dr. Benedetto Ielpo**



**Hospital Madrid-Norte-Sanchinarro**

**Docencia**

## **CIRUGIA LAPAROSCÓPICA DE LA OBESIDAD**

En nuestra pagina web encontrará con detalle las cuestiones más importantes que se le pueden plantear, a continuación se exponen las principales preguntas en torno a la Cirugía de la Obesidad

### **1.- ¿Qué es la obesidad mórbida?**

Se considera obeso mórbido al paciente que posee un índice de masa corporal (IMC) superior a 35. Dicho índice se calcula dividiendo el peso del paciente (en Kg.) por la altura en metros elevada al cuadrado (ejem.: pesa 115 Kg. y mide 1,55 m. **IMC** =  $115/1,55 \times 1,55 = 47$ ).

El paciente con una obesidad mórbida suela tener enfermedades asociadas debidas a su obesidad como por ejemplo: diabetes, hipertensión arterial, alteraciones del sueño, alteraciones psíquicas y sexuales, ... etc. También es frecuente que hayan probado numerosas dietas y usado todo tipo de fármacos, fracasando siempre en sus intentos, sobre todo a la hora del mantenimiento. Es entonces cuando se indica la cirugía como única posibilidad de tratamiento.

El cirujano le indicará los distintos tipos de tratamientos quirúrgicos y cuál es el más conveniente para ud.

### **2.- ¿Qué causa la Obesidad Mórbida?**

Se desconoce. Lo que sí se sabe que la obesidad infantil está muy asociada, pero hay obesos mórbidos que unos años atrás tenían un peso normal y en algún momento de su vida, por cualquier causa física o psíquica, han aumentado su peso gravemente.

### **3.- ¿Cuáles son las opciones terapéuticas?**

Siempre se debe visitar en primer lugar a su endocrinólogo, debiendo seguir los pasos y dietas que le prescriban. Si a pesar de ello no consigue perder peso, es cuando la cirugía debe de plantearse, ya que los riesgos a los que está sometido por la obesidad son mayores de los que la cirugía tiene habitualmente y ésta debe ser planteada únicamente como último recurso.

### **4.- ¿Técnicas quirúrgicas?**

El abordaje quirúrgico se planteará inicialmente vía laparoscópica. Por medio de pequeñas incisiones se introduce gas en el abdomen y se realiza la cirugía. Gracias a la laparoscopia, la recuperación es más rápida y con menos dolor, pudiendo volver a la vida habitual salvo ejercicios físicos a los 7-10 días de la intervención, y recibiendo el alta hospitalaria en los primeros días tras la cirugía (según la técnica quirúrgica empleada).

En nuestra página web se exponen con detalle las ventajas e inconvenientes de cada técnica, pero se sintetizan en 2 grandes grupos:

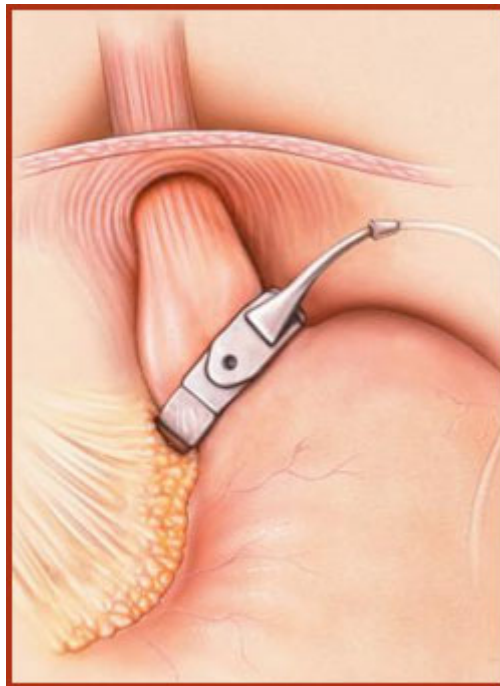
- A.- Técnicas restrictivas (sólo se actúa sobre el estómago)
- B.- Técnicas mixtas (restrictivas y malabsortivas)

A.- RESTRICTIVAS:

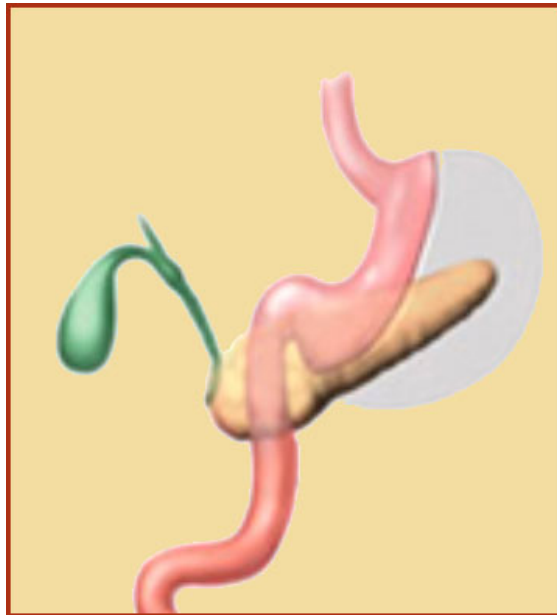
- Banda gástrica: su seguimiento resulta fundamental.
- Gastrectomía tubular: se extirpa parte del estómago dejándolo como "un tubo".

B.- MIXTAS: Hay varias técnicas, las tres más importantes son el By pass gástrico, la derivación biliopancreática (Dibujo 4) y el cruce duodenal (Dibujo 5), todas ellas se exponen en nuestra web.

**Dibujo 1: Banda**



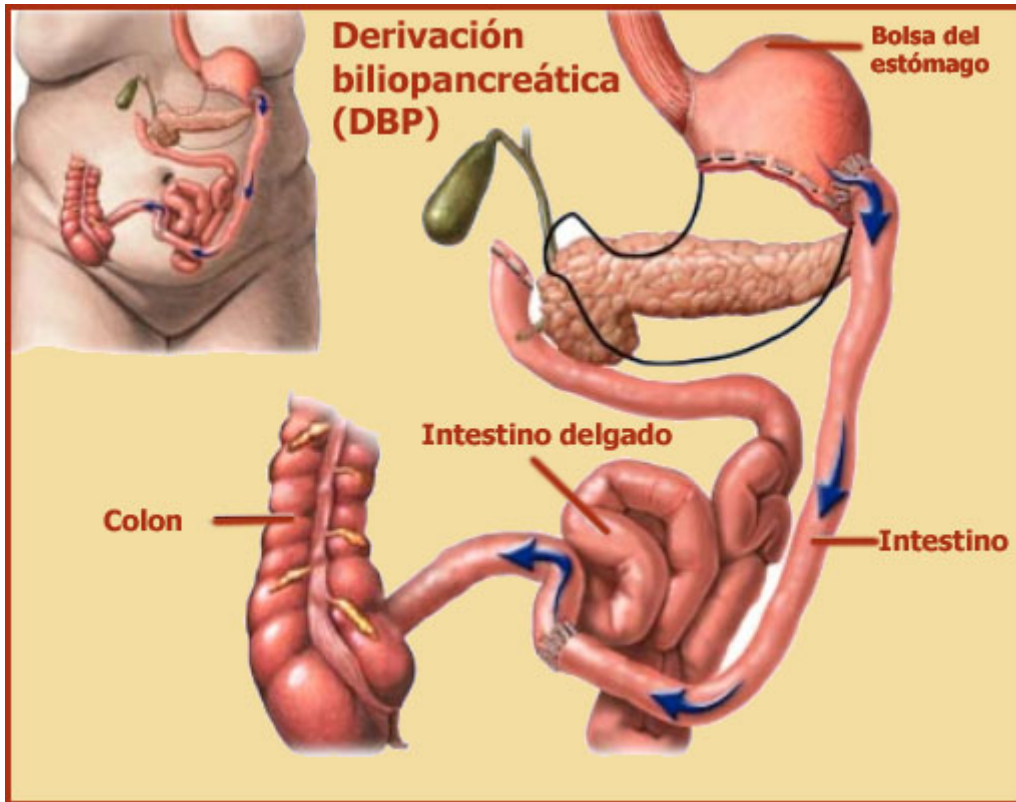
**Dibujo 2: Gastrectomía Tubular**



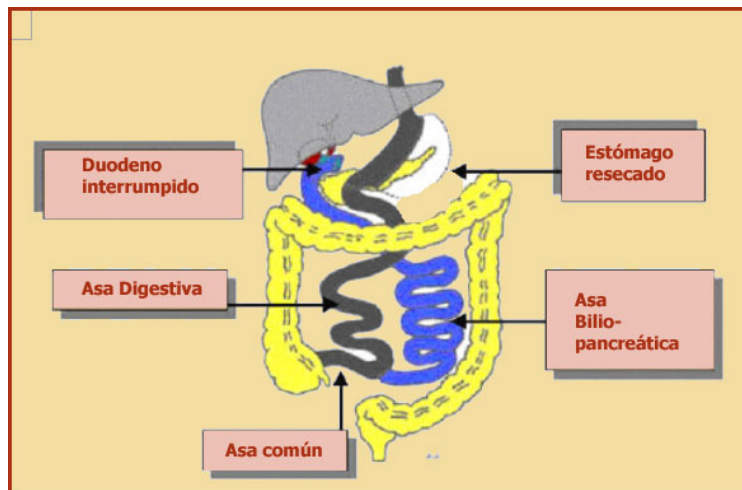
**Dibujo 3: By Pass.**



Dibujo 4: Derivación biliopancreática (DBP)



Dibujo 5: Cruce Duodenal



El cirujano le indicará cuál es la técnica de elección en su caso y explicará las ventajas e inconvenientes que tiene dicha opción quirúrgica.

## **5. -¿Cuáles son las indicaciones de la Cirugía laparoscópica de la Obesidad?**

Si el índice de masa corporal (IMC) es superior a 40 o si es superior a 35 asociado a enfermedades debidas a su obesidad (diabetes, hipertensión, alteraciones en los huesos,...etc.), la cirugía es la única alternativa que queda habiendo agotado las opciones endocrinológicas durante como mínimo 6 meses (dietas, fármacos).

La edad debe estar entre los 18 y 60 años , pero hay casos que se deben de individualizar (siempre explicándolo al paciente). El paciente, al igual que los principales miembros de su familia, debe de comprender en todo momento la técnica que se va a emplear en su caso.

Se contraindicará la cirugía en aquellos pacientes con alteraciones graves hepáticas (cirrosis), psíquicas o que supongan un riesgo quirúrgico más elevado que su obesidad

## **6.-¿Qué preparación se requiere?**

Se realizarán estudios endocrinológicos, psicicos y radiológicos completos; de igual forma se realizará un estudio endoscópico del estómago, helicobacter pylori y pruebas de función respiratoria. Deberá pasar por consulta de anestesia y cardiología.

En resumen debe ser visto por un grupo de especialistas:

- Endocrino.
- Psicólogo.
- Cardiólogo.
- Neumólogo.
- Anestesista.
- Cirujano.

Se realizará un preoperatorio completo con análisis de sangre, electrocardiograma, radiografías, ecografías, pruebas respiratorias, endoscopia gástrica e informes de los distintos especialistas.

Tomará una dieta hipocalórica de 800 calorías durante las 2 semanas previas a la intervención (este paso es fundamental para preparar su hígado a la cirugía).

Se realizará una limpieza del colon el día antes de la intervención (e le indicará cómo tiene que hacerlo). El día anterior a la cirugía realizará higiene personal profunda con una ducha cada 12 horas siendo conveniente que 12 horas antes de la intervención se ponga un enema de limpieza. Estará en ayuno absoluto (INCLUIDO LOS LIQUIDOS) 6 horas antes de la intervención.

Consultará todos los medicamentos que toma antes de la intervención. Por ejemplo deberá suspender aquellos que alteran la coagulación, como la aspirina o el Sintrom y sustituirlos por los que se le indique.

En ocasiones se requerirá antibióticos previos a la cirugía para prevenir posibles infecciones. Si esto fuera necesario se le indicará con anterioridad. Del mismo modo se le administrará unos medicamentos para prevenir trombosis.

## **7.-¿Cómo se realizará la cirugía laparoscópica?**

Dependiendo de cada técnica se realizan pequeñas incisiones en la pared abdominal para así introducir los instrumentos necesarios para la intervención. En el caso de la banda gástrica quedará un "reservorio" subcutáneo en el abdomen que se usa para inflar o desinflar el dispositivo.

La intervención se lleva a cabo bajo anestesia general y se realiza insuflando gas (CO2) en el interior del abdomen para así poder ver a través de una cámara toda la intervención. El CO2 se eliminará en su totalidad al finalizar la intervención.

## **8.-¿Qué ocurre si la operación no se puede realizar por laparoscopia?**

Se realizará por vía abierta a través de una incisión en la región abdominal. No se trata una complicación de la cirugía laparoscópica, sino de una decisión que toma su cirujano para asegurar la técnica más adecuada o indicada en cada paciente. La decisión de convertir en cirugía abierta se basa en la seguridad para el paciente.

## **9.- ¿Qué ocurre el día de la cirugía?**

Ingresa el mismo día de la intervención habiendo estado previamente en ayuno absoluto durante 6 horas.

Se le administrará antes de la cirugía una medicación profiláctica (antibióticos, antitrombóticos y antieméticos).

Cuando finalice la intervención pasará a una sala de vigilancia (bien intensiva o bien media) y estará el tiempo necesario para prevenir complicaciones inmediatas quirúrgicas.

En ocasiones llevará una sonda por nariz que se retirará en las primeras 24 hs. A veces hay que hacer un control radiológico antes de su retirada.

En ocasiones llevará unos drenajes en el abdomen que se retiran entre 3 y 9 días (depende de la intervención realizada)

Cuando pueda andar y tolerar líquidos se le enviará a su domicilio, pero iniciará la movilización el mismo día de la intervención. Antes del alta se le indicarán las instrucciones a seguir con los alimentos ya que durante algún tiempo sólo tomará líquidos (según la intervención realizada); durante su estancia en el hospital sólo tomará líquidos o preparados alimenticios especiales.

Si la reparación ha sido por laparoscopia, podrá iniciar vida normal (salvo ejercicios físicos) en 7-10 días.

Acudirá a consulta para retirar puntos de piel en 10 días. La 2ª revisión será a los 15 días y la última a los 30-40 días iniciando entonces los ejercicios físicos.

## **10.-¿Qué resultados espero de la cirugía?**

La pérdida de peso al principio es considerable (los primeros 6 meses), disminuyendo a medida que pasa el tiempo y estabilizándose al cabo de 2-3 años.

Se considera un buen resultado el perder el 70% del sobrepeso después de 1 año.

Las técnicas mixtas producen mejores resultados pero en contra tienen su mayor índice de complicaciones.

Del mismo modo mejoraran e incluso curarán las enfermedades asociadas a su obesidad como la diabetes, hipertensión arterial...etc.

## **11.- ¿Qué complicaciones pueden ocurrir?**

Dependiendo de cada técnica las complicaciones son distintas. En la banda gástrica lo principal son los vómitos y en las mixtas lo principal y más grave son las fístulas.

Pueden ocurrir complicaciones inherentes a cualquier cirugía como infecciones, hemorragias, siendo la mortalidad de la cirugía no superior al 2% (depende de cada técnica, ya que la banda tiene una mortalidad casi nula siendo las técnicas mixtas las que no deben de superar el 2%). A medida que los grupos médicos tienen más experiencia, la mortalidad va disminuyendo de forma considerable.

En ocasiones hay que extirpar la vesícula biliar, debido a que tienen piedras y pueden tener complicaciones en un futuro difíciles de tratar si no es operando.

Con las técnicas mixtas pueden ocurrir con el tiempo déficits de hierro y vitaminas, por eso el paciente debe ser seguido de forma permanente por el endocrinólogo. Del mismo modo, en las técnicas mixtas agresivas pueden presentarse diarreas que en ocasiones hay que tratar.

## **12.-¿Qué se espera después de la cirugía?**

La estancia hospitalaria es de 1 a 6 días, dependiendo de la técnica quirúrgica empleada.

Antes del alta se realizarán las pruebas radiológicas necesarias para asegurar un correcto funcionamiento de la técnica quirúrgica empleada.

Estará a dieta líquida el tiempo que se le indique (suele ser de 2-3 semanas) y empezará con la ingesta de purés muy líquidos que irá espesando con el tiempo hasta llegar a los sólidos a los 2 meses.

Visitará al cirujano cada 15 días los 3 primeros meses y posteriormente una vez al mes junto con el endocrinólogo el primer año. El alta en la cirugía es a los 2 años pero el paciente consultará siempre que lo precise.

### **13. -¿Cuándo llamar a su cirujano?**

- Fiebre superior a 38°.
- Hemorragia.
- Dolor abdominal que va en aumento.
- Nauseas y/o vómitos persistentes junto con dificultad para tragar durante semanas.
- Imposibilidad para orinar.
- Enrojecimiento o supuración de la herida.
- Síntomas respiratorios como tos persistente o dolor costal.



**Teléfono Hospital: +34 91 756 78 00.**

**Teléfono Consultas externas:  
+34. 91 756 79 00 / 902 10 74 71.**

**Teléfono Consultas Cirugía General:  
+34 91 756 79 00. Ext: 4136.**

**Fax: +34 91 750 04 55**

<http://www.cirugiasanchinarro.es>

[email: cirugiasanchinarro@hospitaldemadrid.com](mailto:cirugiasanchinarro@hospitaldemadrid.com)