

# Tratamiento de la obesidad con bypass gástrico

## La obesidad pone en riesgo la salud

Se ha demostrado que vivir con sobrepeso pone en riesgo la salud.<sup>1</sup> El riesgo aumenta rápidamente a medida que la obesidad se agrava.<sup>1</sup> También pueden ocurrir problemas graves de salud cuando hacer dietas lleva a “oscilaciones de peso” (la pérdida y la recuperación repetidas de peso corporal).<sup>2</sup> La obesidad aumenta radicalmente el riesgo de diabetes tipo 2<sup>3</sup>, presión arterial alta<sup>3</sup>, niveles altos de triglicéridos<sup>1</sup> (un tipo de grasa en la sangre)<sup>3</sup>, enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular<sup>3</sup>, artritis<sup>3</sup> y apnea obstructiva del sueño.<sup>3</sup> Los pesos corporales más elevados también se relacionan con cáncer y muerte temprana.<sup>3</sup>

## La cirugía bariátrica es el tratamiento más eficaz para la obesidad

Sin la intervención médica que ofrece la cirugía bariátrica, muchos pacientes con obesidad grave no tienen éxito a la hora de manejar su peso y los problemas de salud relacionados. La mayoría de los programas de pérdida de peso no quirúrgicos se basa en una combinación de dieta, modificación del comportamiento y ejercicio regular. Los artículos científicos publicados informan que estos métodos solos pocas veces solucionan la obesidad grave porque no ayudan a las personas a mantener la pérdida de peso.<sup>4</sup> De hecho, más del 95 % de las personas recuperan el peso perdido algunos años después del tratamiento.<sup>5</sup> “[La cirugía bariátrica] es el tratamiento más eficaz hasta la fecha, que resulta en la pérdida de peso sostenible y significativa junto con la solución de problemas de salud relacionados con el peso en hasta un 80 % [de las personas]”.<sup>6</sup>

## Referencias

1. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. Obesity in America. [http://www.asbs.org/Newsite07/media/asbs\\_fs\\_obesity.pdf](http://www.asbs.org/Newsite07/media/asbs_fs_obesity.pdf). Con acceso el 30 de noviembre de 2009. 2. Weight-control Information Network. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Weight Cycling. Bethesda, MD: National Institutes of Health. 2008. NIH publication 01-3901. 3. Buchwald H. Consensus Conference statement. Bariatric surgery for morbid obesity: Health implications for patients, health professionals, and third-party payers. *Surg Obes Relat Dis*. 2005;(1):371-381. 4. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. Rationale for the surgical treatment of morbid obesity (actualizado el 23 de noviembre de 2005). Disponible en: [http://www.asbs.org/Newsite07/patients/resources/asbs\\_rationale.htm](http://www.asbs.org/Newsite07/patients/resources/asbs_rationale.htm). Con acceso el 11 de noviembre de 2009. 5. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. Surgery for Morbid Obesity: What Patients Should Know. Toronto: FD Communications, Inc. 2007. 6. ASMBS/ASGE white paper, 2011. 7. [45% to 68% achieved partial or complete remission of diabetes (diabetes resolution based on HbA1c  $\leq$ 7.0).] Schauer PR, Sangeeta KR, Wolski K, et al. Bariatric surgery versus intensive medical therapy in obese patients with diabetes. *N Engl J Med*. 26 de abril de 2012; 366(17): 1567-76. 8. Tice JA, Karlimer L, Walsh J, et al. Gastric banding or bypass? A systematic review comparing the two most popular bariatric procedures. *Am J Med*. Octubre de 2008; 121(10):885-93. 9. Dorman RB, Serrot FJ, Miller CJ et al. Case-Matched Outcomes in Bariatric Surgery Treatment of Type 2 Diabetes in Morbidly Obese Patient. *Ann Surg*. 2012; 255:287-293. 10. Adams TD, Davidson LE, Litwen SE, et al. Health Benefits of Gastric Bypass Surgery After 6 Years. *JAMA* 2012; 308(11):1122-1131. 11. Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A, et al. Bariatric Surgery versus Conventional Medical Therapy for Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2012;366(17):1577-85. 12. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, et al. Bariatric surgery. A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2004;292(14):172-37. 13. O'Brien PE, McPhail T, Chaston TB, et al. Systematic review of medium-term weight loss after bariatric operations. *Obes Surg*. 2006;16(8):1032-1040. 14. Pories WJ, Swanson MS, MacDonald KG, et al. Who would have thought it? An operation proves to be the most effective therapy for adult onset diabetes mellitus. *Ann Surg*. 1995;222:339-350.

## Cómo funciona para ayudarlo a perder peso

El bypass gástrico es un procedimiento bariátrico y metabólico que funciona de dos formas: genera un cambio físico en el cuerpo y un cambio químico. El cambio físico reduce la cantidad de alimentos que se puede ingerir al mismo tiempo y el lugar donde se absorben las calorías durante la digestión. Los cambios químicos afectan las señales del cuerpo que controlan los niveles de azúcar en la sangre, si siente apetito o está satisfecho, y la manera en que el cuerpo procesa la comida.

## Se comprobó que el bypass gástrico resolvió o mejoró:

- **Diabetes tipo 2: 60-84 % resuelto**<sup>7,8,9,10,11,12,f</sup>
- **Apnea del sueño: 76 % resuelto**<sup>8</sup>
- **Presión arterial alta: 66 % resuelto**<sup>7</sup>
- **Colesterol alto: 94 % resuelto**<sup>12</sup>

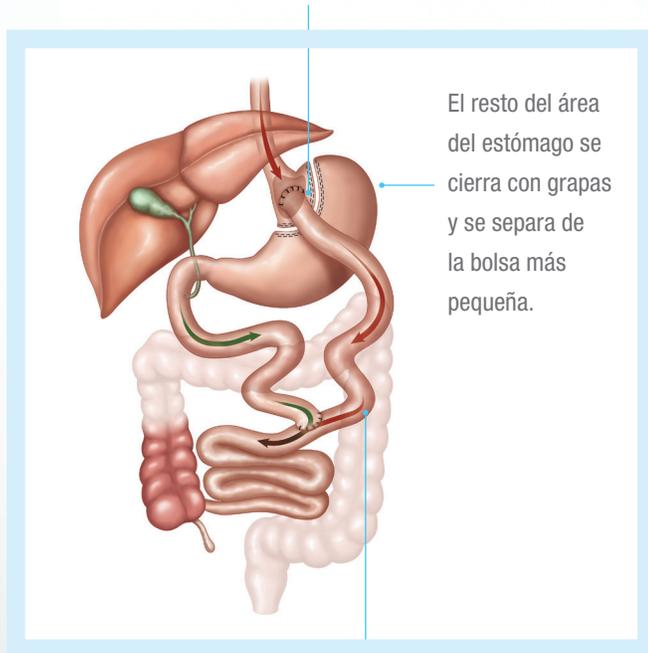
La cirugía bariátrica y metabólica ha ayudado a miles de personas a descubrir una vida con peso saludable y a resolver muchos de los riesgos de salud relacionados con la obesidad grave.

<sup>f</sup>Diabetes controlada en pacientes sin medicación. El control de la diabetes se define como HbA1c  $\leq$ 7.0 %.



## El procedimiento

El cirujano crea una bolsa estomacal pequeña con grapas, luego une una sección del intestino delgado directamente a la bolsa.



Esto permite que los alimentos eviten una parte del intestino delgado donde generalmente se absorben las calorías y los nutrientes.

Cuando los cirujanos realizan un bypass gástrico, efectúan cambios físicos al crear una bolsa estomacal pequeña y al evitar, u omitir, una sección del intestino delgado.

- El cirujano crea una bolsa estomacal que reduce significativamente el tamaño del estómago y la cantidad de alimentos que puede contener. El tamaño reducido del estómago lo ayuda a sentirse satisfecho más rápidamente, lo que disminuye la cantidad de calorías que consume.
- Esta bolsa se une quirúrgicamente a la mitad del intestino delgado; de este modo, evita el resto del estómago y la parte superior del intestino delgado (duodeno). Omitir parte del intestino también puede limitar la cantidad de calorías que se absorben, y se envían mensajes al cerebro de que usted está satisfecho.

## Ventajas

- Limita la cantidad de alimentos que se puede ingerir en una comida y disminuye el deseo de comer.
- En general, la pérdida de sobrepeso promedio es mayor que con la banda gástrica o la gastrectomía en manga.
- No es necesario realizar ajustes posoperatorios.
- En un análisis de estudios clínicos se comunicó una pérdida promedio de sobrepeso del 62 % en 4204 pacientes.<sup>13</sup>
- Se demostró que ayuda a resolver la diabetes tipo 2 (60-84 %),<sup>7,8,9,10,11,12</sup> la presión arterial alta (66 %)<sup>7</sup> y la apnea obstructiva del sueño (76 %),<sup>9</sup> y que ayuda a mejorar el colesterol alto (94 %).<sup>12</sup>
- En un estudio de 608 pacientes con bypass gástrico, 553 mantuvieron el contacto durante 14 años; el estudio informó que la pérdida de peso significativa se mantuvo durante 14 años.<sup>14</sup>

## Riesgos

Los siguientes riesgos son adicionales a los riesgos generales de la cirugía:

- Puede aparecer un problema conocido como síndrome de evacuación gástrica rápida como resultado del rápido vaciado de los contenidos del estómago en el intestino delgado. En ocasiones, esto es generado por la ingesta de demasiada azúcar o grandes cantidades de alimentos. En general, no se considera un riesgo grave para la salud, pero los resultados pueden incluir náuseas, debilidad, sudoración, desmayos y, en ocasiones, diarrea después de comer.
- La desviación de la bilis, de los jugos pancreáticos y de otros jugos digestivos más allá del estómago puede ocasionar irritación y úlceras intestinales.
- La bolsa estomacal inferior y los segmentos del intestino delgado no pueden visualizarse fácilmente mediante radiografía o endoscopia si existen problemas como úlceras, sangrado o tumores malignos.
- En algunos pacientes, evitar el duodeno ha ocasionado:
  - Escasa absorción de hierro y calcio que resulta en una disminución del hierro corporal total y en una predisposición a la anemia ferropénica. Las mujeres deben estar informadas sobre la posibilidad de una pérdida intensificada de calcio en los huesos.
  - Enfermedad ósea metabólica que produce dolor óseo, pérdida de peso, joroba y fracturas de costillas y huesos ilíacos.
  - Anemia crónica debido a la deficiencia de vitamina B12.

\*Las deficiencias mencionadas anteriormente pueden controlarse a través de una dieta adecuada y suplementos vitamínicos.

**Hable con el cirujano sobre los posibles riesgos quirúrgicos.**