

Manual del paciente de Cirugía Bariátrica

Bienvenido a la Unidad de Cirugía Bariátrica del Hospital Marina Salud de Denia.

Esta Unidad está compuesta por cirujanos, anestesiastas, endocrinólogos, digestólogos, radiólogos, psiquiatras y enfermeras con especial dedicación al tratamiento de la obesidad. Para ello el Hospital se ha adaptado a las necesidades especiales que requiere el tratamiento de la misma, habiendo adecuado salas, quirófanos y material especialmente diseñado para ello, buscando siempre la excelencia en todo el proceso.

Esta guía pretende ser una ayuda en el proceso que ahora comienza, y en el que todos los profesionales del Hospital le vamos a ayudar. No dude en plantear cualquier cuestión tanto antes como después de la intervención quirúrgica.

¿Qué es la obesidad?



Es un exceso de grasa corporal que constituye una enfermedad crónica, suponiendo un problema grave para su salud. El exceso de peso condiciona una limitación de la actividad física diaria, de las relaciones sociales, familiares y laborales. Además, se asocia a la aparición de otras enfermedades (denominadas comúnmente comorbilidades) tales como la diabetes, la hipertensión arterial, la elevación del colesterol y los triglicéridos, los problemas cardiovasculares y respiratorios, etc. Está demostrado también que la obesidad puede reducir la esperanza de vida entre 10 y 15 años.

Para calcular el grado de obesidad se relaciona el peso y la altura, y se define por el índice de masa corporal:

$$IMC = Kg / m^2$$

Por ejemplo, una persona que pese 150 Kg y mida 1,70 m, tendrá un IMC de 51,9:

$$IMC = 150 \text{ Kg} / (1,70 \text{ m})^2 = 51,9$$

Cuanto mayor es el IMC, mayor es el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el exceso de peso, y mayor el riesgo de padecer una muerte prematura.

CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD SEGÚN EL IMC

IMC (Kg/m ²)	Tipo
25 – 29,9	Sobrepeso
30 – 34,9	Obesidad tipo I (leve)
35 – 39,9	Obesidad tipo II (moderada o premórbida)
40 – 49,9	Obesidad tipo III (grave o mórbida)
50 – 59,9	Obesidad tipo IV (extrema o superobesidad)
>60	Obesidad tipo V (super-superobesidad)

¿Qué es la Cirugía Bariátrica y cuál es su finalidad?

Es la especialidad que trata quirúrgicamente la obesidad patológica. Tiene como objetivo corregir o controlar las enfermedades asociadas a ella y mejorar la calidad de vida, a través de una pérdida de peso suficiente y mantenida en el tiempo y con un número mínimo de complicaciones. Ello se consigue con la reducción del tamaño del estómago, al que puede asociarse o no otro procedimiento que disminuya la absorción de las grasas.

La Cirugía Bariátrica es el tratamiento de elección en pacientes con cierto grado de obesidad en los que las dietas, el ejercicio y, a veces, los fármacos, han fracasado. Es el método más eficaz para conseguir una disminución del peso mantenida a lo largo de los años.

El tratamiento quirúrgico de la obesidad permite suspender la medicación para la diabetes o mejorar su control, descender las cifras de colesterol y triglicéridos, mejorar el control o normalizar por completo las cifras tensionales, disminuyendo así la mortalidad causada por estas y otras enfermedades.

Para lograr estos objetivos, lo que se busca es reducir el sobrepeso que usted presenta al menos a la mitad. Así, si su peso actual es de 160 kg y su peso ideal es de 80, tendrá un exceso de peso de 80 kg. La cirugía le permitirá reducir al menos en 40 kg su peso actual. Las enfermedades asociadas mejorarán cuanto más se acerquen las cifras a su peso ideal. También ha de saber que no todos los pacientes responden de la misma manera a pesar de haberse realizado la misma técnica, incluso aunque presentaran el mismo exceso de peso.

¿Soy candidato para someterme a una de las técnicas de cirugía de la obesidad?

La cirugía está indicada en pacientes que presenten un IMC ≥ 40 , o en aquellos que con un IMC más bajo (≥ 35) presenten enfermedades asociadas como las que se han señalado antes. Además deben presentar, como norma general, las siguientes características:

- Edad comprendida entre 18 y 65 años
- Tener una obesidad estable de más de 5 años de evolución
- Haber fracasado tratamientos previos basados en dieta y ejercicio
- Tener un riesgo quirúrgico aceptable
- No presentar otras causas de obesidad (alteraciones endocrinas)
- No padecer ingesta crónica de alcohol, trastornos psiquiátricos severos o drogadicción



¿Cuáles son los inconvenientes de la cirugía?

Así como las ventajas ya han sido explicadas previamente (mejoría o normalización de las cifras de tensión, glucosa, colesterol y triglicéridos en sangre, enfermedades del corazón, alteraciones respiratorias, etc...), es importante también conocer los riesgos.

Son intervenciones que para conseguir la reducción del peso provocan una alteración de la anatomía y la fisiología de la nutrición. Durante los dos primeros años se produce una pérdida progresiva del peso, pero el éxito a partir de entonces dependerá de que usted haya modificado sus hábitos dietéticos, realice ejercicio y acuda a los controles periódicos que le establezcamos. Su compromiso es parte fundamental del tratamiento, ya que sin él cualquier procedimiento quirúrgico estará abocado al fracaso.

El exceso de peso supone un riesgo añadido para cualquier tipo de intervención, y por ello, también para la cirugía bariátrica. Además, son técnicas complejas, y cada una de ellas presenta unos riesgos determinados que su cirujano le explicará con detalle antes de tomar cualquier tipo de decisión. Pero también es importante tener presente las consecuencias negativas para su salud que supone no tratar su obesidad.

¿Qué pruebas tengo que realizarme antes de la cirugía?

En principio todas las pruebas se realizan antes de llegar a la consulta de Cirugía, a la que es remitido desde su Endocrinólogo, que es quien lo ha estudiado y tratado. Es el especialista en Endocrinología el que, tras el fracaso reiterado de los diversos tratamientos dietéticos y/o farmacológicos le pondrá en contacto con nosotros. Todos los estudios preoperatorios van encaminados a valorar su estado actual, a fin de conocer los riesgos y beneficios que supondría en su caso una intervención quirúrgica de este tipo y así poder minimizar los primeros y garantizar en todo momento la máxima seguridad para su salud.

Algunos de los estudios que se le realizarán consisten en analíticas de sangre y orina, para valorar su estado general y detectar posibles déficits nutricionales. También se debe realizar una valoración psiquiátrica para descartar trastornos que pudieran contraindicar la cirugía. Otras valoraciones básicas consisten en pruebas de función respiratoria, radiografías de tórax y electrocardiograma. Algunas pruebas que se realizarán son específicas para descartar hallazgos que puedan hacer modificar el tipo de intervención, como la ecografía abdominal (que puede descartar la existencia de cálculos en la vesícula) o la endoscopia (para valorar el esófago y el estómago).

Tras la consulta en Cirugía se solicitará una valoración por parte del Servicio de Anestesia, que podrá a su vez pedir informes de los distintos especialistas (neumólogo, cardiólogo, etc...) que considere necesarios para que llegue a quirófano en las mejores condiciones.

¿Qué técnica quirúrgica me van a realizar?

Aquella que le vaya a proporcionar los mejores resultados con los menores riesgos posibles, basándose en las pruebas y características propias del paciente y en la experiencia del equipo que le atiende.

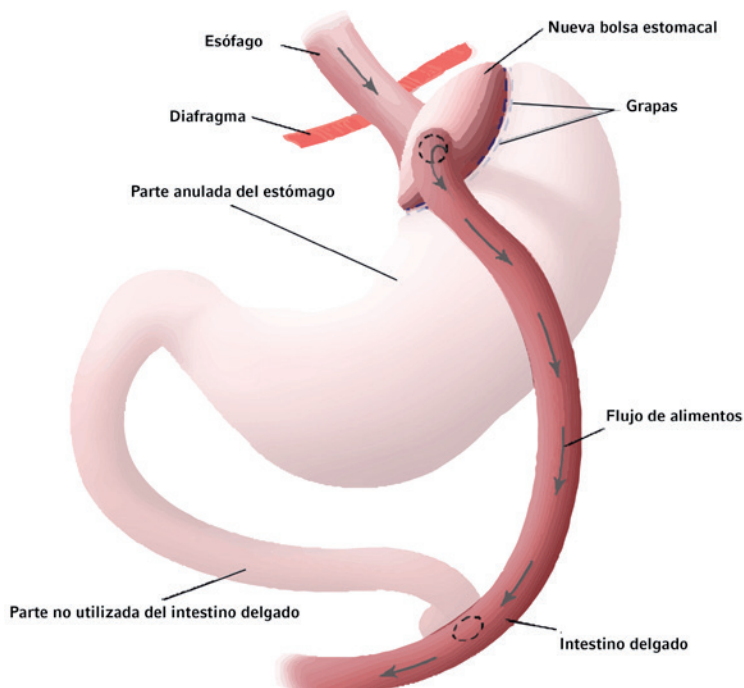
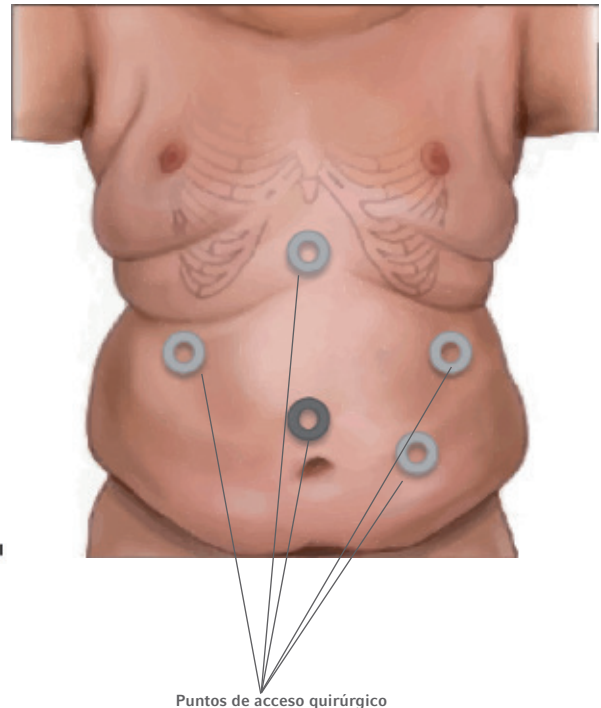
Existen diversas técnicas, según produzcan restricción, malabsorción o ambas:

- Restrictivas: limitando la cantidad de comida que puede tomar antes de sentirse lleno a través de la reducción del volumen del estómago.
- Malabsortivas: limitando la absorción de los nutrientes en el intestino.
- Mixtas: combinando restricción y malabsorción.

Se le informará con todo detalle de la opción elegida así como de las diferentes alternativas. A continuación se detallan algunas de las características de las intervenciones más comunes que se realizan hoy en día:

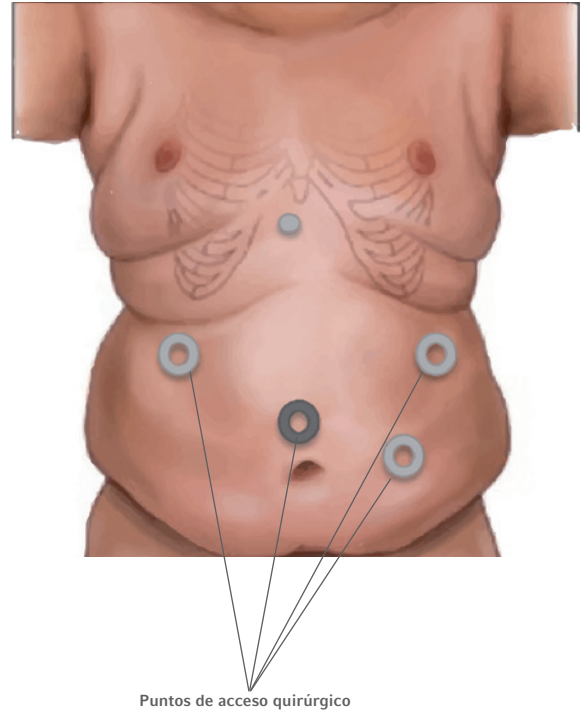
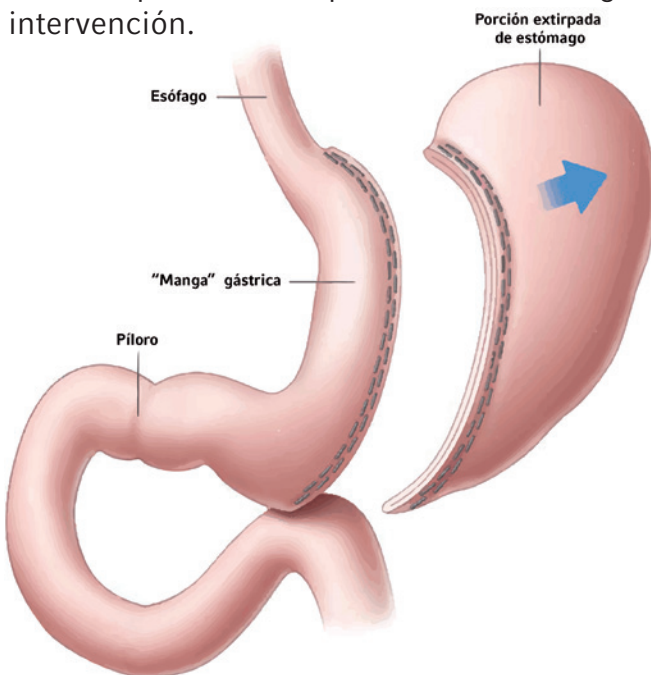
By-pass gástrico

Es una técnica mixta, ya que produce una restricción (se disminuye el tamaño del estómago a 1/6 de su volumen original) y una malabsorción (el estómago se une a un segmento del intestino delgado alterando así la digestión de la comida). Es la técnica más realizada a nivel mundial y está considerada la intervención de referencia en el tratamiento de la obesidad.



Gastrectomía tubular (“vertical”, “manga” o “sleeve”)

En ella lo que se consigue es reducir el volumen del estómago, convirtiéndolo en un tubo. Empezó realizándose en pacientes con IMC elevados para, en un segundo tiempo combinarla con un procedimiento malabsortivo (p.ej. el cruce duodenal). Sin embargo, los buenos resultados a corto y medio plazo han hecho que la mayoría de estos pacientes no precisen de una segunda intervención.



Banda gástrica

Procedimiento puramente restrictivo, que consiste en rodear la parte superior del estómago con un anillo, que se rellena posteriormente en la consulta, produciendo más o menos restricción. Requiere de un control más exhaustivo que las intervenciones anteriores, con un régimen de visitas más elevado.

Derivación biliopancreática (Scopinaro)

Similar al By-pass, pero el estómago que queda es mayor (aproximadamente 1/3 de su volumen original) y sobre todo lo que produce es una alteración de la digestión y absorción de los nutrientes. Está indicada en pacientes con un mayor grado de obesidad.

Cruce duodenal

La restricción se consigue realizando un estómago en forma de tubo, y empalmando el duodeno (primera porción de intestino tras el estómago) con un segmento de intestino delgado para alterar la digestión y absorción de los alimentos. Es en muchos casos el segundo tiempo de la Gastrectomía tubular una vez que los pacientes han perdido peso.

¿En qué consiste la cirugía laparoscópica?

Es el abordaje de elección en todas las cirugías descritas anteriormente. Consiste en entrar en el abdomen a través de unas incisiones mínimas (entre 0,5 y 1,5 cm). A través de una cámara de alta definición y de instrumental especial se realiza la intervención. Para ello se necesita crear una cámara de aire dentro de la cavidad abdominal, introduciendo para ello un gas a presión.

De esta manera se consigue una recuperación más rápida, menos dolor, menos cicatrices y menor estancia hospitalaria. Debido a alteraciones en la anatomía, a procesos inflamatorios, a cirugías previas, dificultades o complicaciones que no se puedan resolver por vía laparoscópica, a veces es necesario recurrir a la cirugía convencional (vía abierta).

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes y las consecuencias de la cirugía?

Las complicaciones más frecuentes vienen recogidas en el documento de Consentimiento informado que usted debe leer y firmar previamente a la intervención. Estas complicaciones pueden ser graves, pero afortunadamente son poco frecuentes. A pesar de ello, la cirugía bariátrica no está exenta de mortalidad, y oscila alrededor del 1% de los pacientes intervenidos.

Durante los primeros meses después de la cirugía se produce una pérdida rápida de peso, por lo que puede aparecer:

- Aumento de la caída del cabello, que normalmente se resuelve sin necesidad de tratamiento.
- Riesgo de formación de cálculos en la vesícula biliar, aunque para evitarlo se le recomendará un tratamiento farmacológico durante los primeros meses.
- La pérdida de peso conlleva en muchos pacientes la aparición de colgajos cutáneos, en abdomen, muslos, brazos y mamas. A los 18 – 24 meses tras la cirugía y si se cumplen una serie de criterios, podrá ser intervenido por los cirujanos plásticos del hospital, para mejorar los resultados estéticos y el contorno corporal.
- Las técnicas restrictivas pueden conllevar la aparición de náuseas y vómitos si come en exceso o demasiado rápido.
- Los programas dietéticos que se le recomendarán tras la intervención contienen los nutrientes básicos e imprescindibles para no generar problemas de malnutrición. Aún así, es frecuente que deba tomar suplementos vitamínicos, hierro y proteínas, aunque también depende en gran medida del tipo de cirugía que se le haya realizado. Para evitar cualquier tipo de carencia, seguirá controles analíticos periódicos.
- En el By-pass gástrico principalmente puede aparecer el llamado Síndrome de Dumping. Son una serie de síntomas que aparecen tras la ingesta (de 30 a 60 minutos después), como por ejemplo mareo, palpitaciones, sofoco, hipoglucemia y diarrea. Se debe a la toma de

alimentos ricos en azúcares, por lo que es muy importante que los evite (bollería, refrescos, miel, etc...).

- Algunas técnicas (sobre todo aquellas que conllevan una mayor malabsorción) pueden ocasionar diarreas, debido a la malabsorción de las grasas que producen.
- Otros síntomas que pueden aparecer son reflujo, estreñimiento, flatulencia..., en ocasiones debido a una ingesta excesiva o rápida de los alimentos, así como a la falta de hidratación o de fibra en la dieta.

Cirugía Bariátrica y Embarazo

La obesidad acarrea infertilidad y complicaciones añadidas durante la gestación. Por lo tanto, tras la intervención mejorará la fertilidad y disminuirán las posibilidades de complicaciones durante la gestación. Pero deberá seguir un control más estricto durante el embarazo, debido a que se puede sufrir déficits nutricionales con mayor frecuencia y severidad.

Estos déficits pueden aparecer sobre todo durante los primeros 18 a 24 meses tras la cirugía, por lo que es el lazo en el que se debería evitar un embarazo, hasta que la pérdida de peso se estabilice o no suponga un riesgo para el feto ni para la madre.

¿Y después de la intervención?

Usted ingresará el día previo a la intervención. Inmediatamente tras finalizar la misma, sus familiares o personas a las que usted haya autorizado recibirán la información necesaria relativa a la misma.

La mayoría de los pacientes serán trasladados a la planta de hospitalización el mismo día de la cirugía, salvo aquellos que precisen de una estancia en UCI. Se le insistirá en realizar movimientos con las piernas y ejercicios respiratorios. Durante su recuperación se le administrarán fluidos por vía intravenosa. Entre las 24 – 48 horas posteriores, y tras comprobar la integridad del procedimiento realizado, iniciará la ingesta de líquidos, que una vez dado de alta modificaremos paulatinamente.

Dependiendo de la técnica realizada y si no surge ninguna complicación que pueda prolongar su estancia en el Hospital, la mayoría de los pacientes serán dados de alta entre el 3er y 5º día. Se le proporcionarán todas las recomendaciones necesarias y la receta de los tratamientos que precise, así como un régimen de visitas adecuado.

¿Se puede volver a engordar después de la cirugía?

Sí. Sobre todo si se ingieren alimentos que contengan muchas calorías. La sensación de hambre disminuye después de la cirugía, aumentando la sensación de saciedad. Sin embargo, pasados unos meses, este efecto disminuye, por lo que es fundamental que antes haya modificado sus hábitos dietéticos y siga un programa regular de ejercicio físico.

¿Es reversible la intervención que se me va a realizar?

Todas las intervenciones de Cirugía Bariátrica son reversibles, pero debe saber que para ello debe ser sometido a una nueva intervención, y que estos procedimientos son más complejos que los primeros y, por lo tanto, con más posibilidades de que aparezcan complicaciones.

¿Se puede tomar alcohol una vez operado?

Debe evitar el consumo de alcohol, ya que aporta muchas calorías y puede contribuir a que no pierda peso. Tras la cirugía, debido a la resección del estómago y/o la derivación del alimento al intestino, llega más cantidad de alcohol a la sangre, por lo que los efectos tóxicos son mayores. Además, el consumo de alcohol puede aumentar el riesgo de desarrollar déficits nutricionales después de la cirugía de la obesidad.

Conceptos básicos que debe conocer

El principal objetivo de la cirugía es proporcionar un mecanismo que le permita modificar sus hábitos de vida, para mejorar su estado de salud corrigiendo el peso progresivamente y las enfermedades asociadas a la obesidad.

- Su compromiso para cambiar los hábitos alimentarios y potenciar la actividad física es fundamental, ya que a largo plazo es lo que va a mantener el peso alcanzado.
- Es muy importante que no gane peso hasta el momento de la cirugía. Unas semanas antes comenzará un programa de optimización del peso, ya que se ha visto que una reducción preoperatoria del mismo facilita la intervención y disminuye por lo tanto la posibilidad de complicaciones.
- Señale cualquier tipo de tratamiento que esté tomando, para que el cirujano o el anestésista puedan establecer las recomendaciones preoperatorias oportunas, ya que muchos de ellos hay que suspenderlos o ajustarlos antes de la cirugía.
- Será avisado con antelación sobre el día que debe ingresar y cuándo se realizará la intervención. Debe avisar si usted se encuentra enfermo en esos momentos (fiebre, catarro...).
- El día del ingreso debe tomar alimentos ricos en Hidratos de carbono (pasta o arroz). A partir de entonces sólo ingerirá alimentos líquidos, quedando en dieta absoluta a partir de las 00:00 de la noche previa a la cirugía.
- La tarde del ingreso comenzaremos a administrarle Heparina para evitar coágulos de sangre en las piernas. Debe aprender cómo se pone, puesto que al alta deberá seguir con este tratamiento durante un tiempo. También debe realizar los ejercicios respiratorios que previamente se le habrán explicado en la consulta.
- Es importante que empiece a pasear y moverse lo antes posible después de ser operado. Debe colaborar en ello, según las recomendaciones que el personal médico y de enfermería le vayan dando.

- Después de la cirugía volverá a tomar su medicación tal y como la tomaba previamente, una vez haya comenzado a ingerir líquidos. Su médico de cabecera controlará dicha medicación, ya que paulatinamente podrá ir necesitando dosis menores de la misma.



Plan de alimentación en pacientes que son sometidos a una cirugía bariátrica

La dieta forma parte del tratamiento y prevención de la obesidad. Antes de la cirugía es importante que pierda todo el peso posible para evitar complicaciones y facilitar la cirugía. Para ello su endocrinólogo adaptará la cantidad de alimentos y los grupos de alimentos si lo necesita.

Además de asegurar la pérdida de peso, el plan de alimentación elegido pondrá las bases para continuar después de la cirugía y asegurar así una pérdida de peso progresiva sin riesgo para su salud y sin déficits nutricionales específicos.



Manejo pre-cirugía bariátrica

Se adaptará su plan de alimentación a las enfermedades metabólicas existentes, tales como:

- Hipertensión arterial (dieta baja en sal)
- Diabetes tipo 2/Insulinresistencia (dieta pobre en azúcares)
- Hiperlipemia mixta (dieta baja en grasas)
- Déficit/insuficiencia de vitamina D (alimentos ricos en vitamina D o suplementos si precisa)

Las 4-6 semanas previas a la cirugía se recomienda una Dieta de muy bajo contenido calórico (400-800 kcal/d) en pacientes con alto riesgo quirúrgico y/o esteatosis hepática:

Estas dietas son difíciles de realizar sólo con alimentos naturales, por lo que existen unas fórmulas específicas que aseguran el contenido proteico adecuado con un bajo contenido calórico. Se utilizarán sustituyendo las principales comidas: desayuno, comida y cena. Sin tomar alimentos sólidos. Sí puede tomar líquidos sin calorías tipo infusiones con edulcorantes o agua de hervir verduras colando las verduras.

P. ej. VegeStart complet

Ejemplo de alimentación:



- 7.45 h:** 1 vaso de agua 200 ml
- 8.30 h:** 1 botella de VegeStart complet sabor café
- 9.30 h:** 2 vasos de agua 400 ml
- 11.00 h:** 2 vasos de agua 400 ml/agua de verduras sin las verduras (500 ml)
- 12.30.h:** 250 ml té o café solo con sacarina
- 14.00 h:** 1 botella de VegeStart complet sabor vainilla
- 17.00 h:** 2 vasos de agua 400 ml/agua de verduras sin las verduras (500 ml)
- 18.00 h:** 250 ml té o café solo con sacarina
- 19.30 h:** 2 vaso de agua 400 ml
- 21.00 h:** 1 botella de VegeStart complet sabor cacao
- 22.00 h:** 1 vaso de agua 200 ml

Plan de alimentación en pacientes que son sometidos a una cirugía bariátrica

Manejo post-cirugía bariátrica: consejos generales

Tras la cirugía es necesario iniciar una alimentación específica que permita la cicatrización de los órganos operados y que, de forma progresiva, asegure una pérdida de peso sin presentar complicaciones ni déficits de determinados nutrientes esenciales, tales como minerales y vitaminas.

La dieta inicial consistirá en una dieta líquida que irá aumentando su consistencia según la tolerancia individual y las necesidades de cada paciente. En los primeros 2-3 días tras la cirugía hará una dieta líquida para asegurar hidratación. El contenido de la dieta en esta fase se basa en líquidos claros tales como la leche desnatada, infusiones y suplementos nutricionales orales hiperprotéicos.

Posteriormente durante 2-4 semanas se progresará de una dieta líquida completa a una semilíquida, triturada, baja en grasas y con alto contenido en proteínas.

Al mes se iniciará una dieta exclusivamente triturada y posteriormente dieta blanda, introduciendo poco a poco alimentos ricos en proteínas tipo huevo, quesos light, carnes blancas y /o pescados.

Tras la cirugía bariátrica su estómago ha disminuido su capacidad de contener alimentos, por lo que las cantidades que coma serán mucho más pequeñas que previas a la cirugía. Inicialmente sorbos y progresivamente, según su tolerancia, hasta cantidades mayores tales como medio o un vaso de agua. Debido al menor tamaño de su estómago se sentirá saciado muy pronto. Esto es normal y debe parar de comer cuando aparezca esta sensación, ya que indicará que se ha llenado todo el estómago de alimentos y no existe más capacidad. Si sigue comiendo puede aparecer dolor y vómitos que pueden complicar el resultado de la cirugía. No debe intentar aliviar esa sensación con un sorbo de agua.

Dado que la cantidad de alimentos ingerida en cada momento será pequeña es necesario comer en varias tomas de pequeña cantidad para asegurar una buena nutrición.

No beber durante las comidas; en todo caso, hacerlo media hora antes o una hora después.

No se recomienda acostarse o reclinarse en un sofá o en la cama justo después de comer.

Ingerir de 1 a 1,5 litros de agua o líquidos acalóricos fuera de las comidas.

Esto son unas recomendaciones generales para progresar la dieta. En cualquier caso, su médico se encargará de marcar las pautas de forma individualizada y de añadir algún suplemento adicional si lo necesita.

Plan de alimentación en pacientes que son sometidos a una cirugía bariátrica

Manejo post-cirugía bariátrica: dieta líquida

Fase inicial durante ingreso: líquidos claros (0-48 horas después de cirugía)



Inmediatamente después de cirugía, no se le dará nada de comer o tomar para dar oportunidad al reservorio gástrico a que sane en un principio. Comenzará con cubitos de hielo, luego agua y otros líquidos claros. Iniciar con pequeños sorbos hasta 30-50 ml.

En esta fase es muy importante que deje de tomar líquidos en cuanto se sienta lleno. Asegúrese de tomar tragos pequeños.

El objetivo de esta primera fase es mantenerse bien hidratado y dejar tiempo a que cicatrice la cirugía. Ingiera líquidos durante el día.

Ejemplos de líquidos claros para esta fase son:



- Agua
- Zumos de frutas sin azúcar (manzana, uva, arándanos)
- Café o té descafeinado sin azúcar (puede utilizar sustitutos de azúcar)
- Caldo de ave quitando la grasa o bajo en grasa
- Leche desnatada
- Polos de hielo sin trozos de fruta

Tomará de 6-8 sorbos de estos líquidos en cada hora, hasta asegurar una ingesta mínima diaria de 1500 ml al día.

Líquidos (48hrs-7 días después de cirugía)



En esta fase se aumentará de forma progresiva la cantidad de los líquidos anteriores probando hasta medio vaso de agua (100-150 ml) y se suplementará con alimentos proteicos o nutrición enteral.

Recuerde, es importante mantenerse bien hidratado. Tome fluidos durante el día; trate de tomar 6-8 sorbos cada hora.

En esta fase se empezará a tomar el suplemento de vitaminas (p ej Supradyn).



Ejemplo de alimentación:

- 7.45 h: 1/2 vaso de agua 100 ml
- 8.30 h: 100-200 ml nutrición enteral
- 10.30 h: 100-200 ml de infusión o zumo de fruta
- 12.30 h: 100-200 ml de leche o caldo con clara de huevo
- 14.30 h: 100-200 ml de nutrición enteral
- 16.30 h: 100-200 ml de infusión o zumo de fruta
- 18.30 h: 100-200 ml de leche (se puede añadir café)
- 20.30 h: 100-200 ml de nutrición enteral
- 22.30 h: 100-200 ml de leche
- 22.00 h: 1/2 vaso de agua 100 ml

Nota: Se puede añadir una cucharada sopera de leche en polvo desnatada/Protifar® en cada vaso de leche, con la finalidad de incrementar el aporte de proteínas. Asimismo, de manera opcional, al caldo puede incorporarse una clara de huevo cocinada (triturada o picada) para aumentar el contenido proteico de la dieta. La nutrición enteral será indicada por su médico.

Manejo post-cirugía bariátrica: dieta semisólida

Sólidos en consistencia puré (8 días - 4 semanas después de cirugía)



Después de tolerar líquidos, la siguiente fase de la dieta le proporciona alimentos que son de consistencia más gruesa pero requieren que mastique poco. Los alimentos deben ser licuados o mezclados con líquidos como leche desnatada, caldos sin grasa o zumos hasta obtener la consistencia deseada. Si la comida necesita ser masticada, no tiene la consistencia adecuada. Contra más gruesa sea la comida, más tiempo durará en su pequeño estómago y se saciará antes. Esto puede causar que se sienta satisfecho más rápido y por más tiempo.

Unas indicaciones para esta fase:



Consuma 1/2 a 3/4 de taza en total por comida.
Coma la fuente de proteína primero (alimentos + suplementos).
Recuerde que su meta diaria de ingesta líquida es de aproximadamente 2 litros de agua e infusiones sin calorías. Los líquidos se tomarán 45-60 minutos después de haber comido, dando tiempo para que su estómago se vacíe un poco y evitar que se sienta saciado.
Recuerde que la entrada del reservorio gástrico es solamente del tamaño de una moneda de 10 centavos, por lo que es importante masticar muy bien para evitar sensación de paro del alimento o náuseas.
Todas las bebidas deben ser libres de azúcar; la única bebida con calorías que debe consumir es la leche o suplementos de proteína.
Los edulcorantes sí están permitidos.

Ejemplos de dieta semisólida:

Volumen de cada ingesta: 100-200 ml (1 vaso de agua).

Número de comidas: 5-6 al día.

Opción 1:

- 9 h:** 1-2 yogures ó 1 yogur con cereales ó 1-2 yogures con fruta
- 11 h:** 150 ml de papilla de fruta
- 13 h:** 200 ml de leche
- 15 h:** 200 ml (1 bol) de puré calabacín, patata y pollo
- 17 h:** 1-2 yogures ó 1 yogur con cereales ó 1-2 yogures con fruta
- 19 h:** 150 ml de leche ó 150 ml de zumo de fruta
- 21 h:** 200 ml (1 bol) de puré de zanahoria, cebolla, patata y merluza
- 23 h:** 1-2 yogures ó 1 yogur con cereales ó 1-2 yogures con fruta.



Opción 2:

- 9 h:** 150 ml de leche ó 100 g de queso fresco o de requesón.
- 11 h:** 150 ml de zumo de fruta ó 1 pieza de fruta hervida o al horno.
- 13 h:** 2 yogures ó 2 yogures con cereales ó 2 yogures con fruta.
- 15 h:** 200 ml (1 bol) de puré de garbanzos, acelgas y huevo cocido
- 17 h:** 150 ml de leche.
- 19 h:** 150 ml de papilla de fruta (también industrial) ó 150 ml de zumo de fruta ó 1 pieza de fruta hervida o al horno.
- 21 h:** 200 ml (1 bol) de puré de calabacín y magro de ternera (100 ml) y sopa de pasta o de arroz espesa (100 ml).
- 23 h:** 150 ml de leche o 1 pieza de fruta hervida o al horno.



Opción 3:

- 9 h:** 150 ml de papilla de fruta ó 150 ml de zumo de fruta ó 1 pieza de fruta hervida o al horno.
- 11 h:** 1-2 yogures ó 1 yogur con cereales ó 1-2 yogures con fruta.
- 13 h:** 200 ml de zumo de fruta ó 1 pieza de fruta hervida o al horno.
- 15 h:** 200 ml (1 bol) de puré de cebolla, tomate, lentejas y arroz
- 17 h:** 150 ml de leche.
- 19 h:** 1-2 yogures ó 1 yogur con cereales ó 1-2 yogures con fruta.
- 21 h:** 200 ml (1 bol) de puré de brécol, zanahoria y pescado (100 ml) y sémola (100 ml)
Se puede sustituir por un huevo escalfado, pasado por agua, revuelto o en tortilla.
- 23 h:** 150 ml de leche.



Manejo post-cirugía bariátrica: dieta sólida inicial

Sólidos ligeros (1 mes-2 meses después de cirugía)

Durante esta fase, comenzará a ingerir más alimentos sólidos. Aquí las proteínas se introducirán en forma de carne, pescado o huevos triturados junto con los hidratos de carbono y las grasas, formando una papilla que será más o menos espesa, según la tolerancia del paciente. Salvo intolerancia a estos alimentos no serán necesarios suplementos proteicos.

Comience a comer por los alimentos que contienen proteína. Masticando muy bien toda la comida hasta que tenga una consistencia de puré (20-30 veces por bocado).

Preste atención al sabor y disfrute cada bocado al máximo.

Cuando se sienta lleno, deje de comer. No exceda la capacidad de su estomago.

Nunca coma de nuevo o tome líquidos antes de 45 minutos a 1 hora después de terminar de comer.

Continúe tomando su suplemento multivitamínico



Dieta sólida inicial 1000 kcal

Desayuno: 250ml de leche desnatada A+D + 20g de pan blanco tostado + 10g de mermelada sin azúcar

Almuerzo: 1 yogur desnatado (125g) + 1 manzana al horno (120g)

Comida: Ratatouille y pechuga de pollo

15g de arroz + 1/3 de calabacín sin piel (50g) + 1/3 de pimiento rojo sin piel (50g) + 1 tomate pequeño sin piel (50g) + 1 cucharada de postre de aceite de oliva virgen extra (5g) + 100g de pechuga de pollo + 1 cucharada de postre de aceite de oliva virgen extra
Con una sartén pequeña rehogar las verduras tapadas con 5g de aceite hasta que queden blandas. A continuación mezclar a las verduras 2 medidas de agua por una de arroz y poner a hervir con el arroz a fuego lento. A parte hacer la pechuga de pollo con 5g de aceite.

A media tarde: 1 pera madura (120g)

Merienda: 1 yogur desnatado (125g) + 20g de pan blanco tostado + 10g de mermelada sin azúcar

Cena: Hervido con lubina al horno: 50g de patata + 75g de zanahoria + 75g de cebolla + 100g de lubina al horno o al microondas + 1 cucharada de postre de aceite (5g)

Recena: 1 yogur desnatado ò 1 plátano pequeño (100g)



Dieta sólida inicial 1200 kcal

Desayuno: 250ml de leche desnatada A+D + 20g de copos de maíz + 10g de miel

Almuerzo: 1 cuajada (125g) + 1 manzana al horno (120g)

Comida: Garbanzos con gambas y calabaza:

15g de garbanzos + 1/2 cebolla mediana (75g) + 75g de calabaza + 120g de gambas peladas + 1 cucharada sopera de aceite de oliva virgen extra (10g)

En una olla hacer un primer hervido de los garbanzos (llegar al punto de ebullición) y tirar el agua. A continuación verter la verdura y las gambas, previamente sofritas con los 10g de aceite, a la olla con los garbanzos y cocer en la olla rápida durante 15 minutos.

A media tarde: 1 pera madura (120g)

Merienda: 40g de requesón + 20g de pan blanco tostado + 10g de mermelada sin azúcar/ miel

Cena: Guisado de ternera: 50g de guisantes + 50g de cebolla + 50g de zanahoria + 100g de morcillo de ternera (ternera para guisar) + 1 cucharada de postre de aceite (5g)

Hervir la carne durante 15 minutos en la olla rápida con muy poca agua. Rehogar la cebolla con 5ml de aceite. Añadir la carne y las verduras a la olla, y hervir todo junto durante 5 minutos.

Recena: 1 yogur desnatado ò 1 plátano pequeño (100g)

Las cantidades se refieren a porción comestible, excepto pasta, arroz y legumbres, que se indica su peso en crudo.

a 150 ml de leche desnatada equivalen a 1 yogur desnatado ó 35 g de queso de Burgos o similar.

b 100 g de carne equivalen a 2 huevos pequeños, 120 g de pescado blanco, 100 g de jamón cocido u 80 g de jamón serrano magro.

c 100 g de pescado blanco son equivalentes a la misma cantidad de marisco ó 70 g de pescado azul.

Plan de alimentación en pacientes que son sometidos a una cirugía bariátrica

Manejo post-cirugía bariátrica: dieta sólida mantenimiento

Sólidos ligeros (3 meses después de cirugía-mantenimiento). Posibles intolerancias



Debe aprender a seleccionar aquellos alimentos que mejor puede tolerar, así como a prepararlos de manera adecuada para su nuevo estómago.

- **Bebidas:** se permiten todas las bebidas acalóricas (agua, refrescos sin azúcar, infusiones, caldos desgrasados, gelatinas light). La leche y zumos naturales de frutas deben reservarse para las especificaciones de la dieta. Es mejor consumir la leche enriquecida en calcio y vitaminas A y D, ya que la deficiencia de estos micronutrientes es la norma tras la cirugía. Abusar de una dieta a base de líquidos calóricos no produce saciedad y, sin embargo, aporta excesivas calorías que pueden contrarrestar la pérdida de peso.
- **Cereales:** el pan se tolera mejor si está previamente tostado (indica que está predigerido). Si se compran biscotes o crackers, se deben mirar las etiquetas, porque algunas variedades contienen cantidades extra de grasas. Seleccionar los cereales de desayuno de la gama "sin azúcar" y bajos en grasa. Atención con la ingestión de cereales ricos en fibra, por la sensación de plenitud gástrica. En cuanto a la pasta o el arroz, debido a su alto poder energético debe restringirse su consumo a una vez a la semana y raciones pequeñas, tipo guarnición.
- **Verduras:** Las verduras en ensalada, crudas, suelen tolerarse peor al principio debido al contenido de celulosa y lignina de las paredes celulares. Por ello, se recomienda comenzar con verduras cocidas solas o en puré (mejor verduras tipo raíces: patata, zanahorias, nabos, puerros...). En verano, un gazpacho ligero de pan y aceite puede ser una forma interesante de aportar vitaminas antioxidantes. A medida que pasan los meses, muchos pacientes toleran ensaladas, pero deben recordar realizar una masticación cuidadosa.
- **Legumbres:** debe controlarse su ingesta por su elevado valor calórico, pero sin embargo es una buena fuente de proteínas y de fibra. Preparadas de manera sencilla y en cantidad controlada, pueden ser perfectamente toleradas por muchos pacientes. Otra opción es elaborar sopas o purés de legumbres.
- **Frutas:** la tolerancia a las frutas es individual. La piel blanca y la circundante de los gajos de los cítricos (naranjas, mandarinas, pomelos) o los hollejos de las uvas hay que retirarlos previamente, porque pueden ocasionar oclusión del estoma y producir vómitos. En cualquier caso hay que asegurarse de retirar previamente la piel, semillas, huesos, masticando bien el alimento. Siempre que se pueda es mejor consumir la fruta fresca que en zumo, ya que aporta más fibra y produce una sensación mayor de saciedad. Otra forma interesante y bien tolerada de consumir fruta es cocinarla: manzanas o peras asadas, melocotón en almíbar (escurridos), peras en su jugo, macedonia de frutas.



- **Carnes:** las carnes blancas (aves) son mejor toleradas que las carnes rojas, que son más fibrosas. Las carnes magras aportan una importante cantidad de proteínas (20-25 g/100 gramos) de alta calidad biológica, pero a muchos pacientes les cuesta ingerirlas. Realmente, deben aprender a cortar la carne en trozos muy pequeños, de 1 cm aproximadamente, y masticarlos bien y despacio. Si no se tolera a la primera, esperar unas semanas y volver a intentarlo. Otras formas de administración pueden ser como carne picada (hamburguesas o filetes rusos, albóndigas, como relleno de verduras o acompañando a la pasta (croquetas, canelones).
- **Embutidos:** sólo están permitidos el jamón cocido o de pavo y el jamón serrano magro. Chorizo, salchichón, lomo, salchichas, etc., no son aconsejables por su alto contenido en grasa.
- **Pescados:** con preferencia se elegirán pescados blancos, que son mejor tolerados que la carne, siempre cocinados de forma sencilla al vapor, al microondas, hervidos, a la plancha, al horno o en papillote. El bonito al natural, desmenuzado en ensaladas, huevos rellenos, etc., es otra forma interesante de consumir pescado como fuente de proteínas. Si el pescado no se tolera bien, existen formas de introducirlo de manera “disimulada”, formando parte de los purés, croquetas, pudín o budín, canelones...
- **Huevos:** concretamente la clara es la que aporta la proteína; la yema proporciona grasa y es la que da sensación de plenitud. Huevos revueltos, pasados por agua o escalfados se toleran mejor que en forma de tortilla o huevos duros. Las claras de huevo cocidas se pueden añadir trituradas en el puré de verduras o ralladas en ensalada u otros guisos. Las claras pueden formar parte de platos como pudín o budín, soufflés, merengues, mousses ligeros, batidos, etc., incorporando la posibilidad de incrementar la cantidad de proteínas.
- **Lácteos:** elegir yogures desnatados, quesos bajos en grasa, requesón (buena fuente de proteínas), batidos saborizados bajos en grasa. El queso curado rallado en pequeña cantidad es una manera de aportar una cantidad extra de proteínas y una manera de enriquecer los platos, pero es mejor no incluirlo como tal en la dieta por su elevado valor calórico; lo mismo cabría comentar para la nata o los helados. En todo caso, los helados de hielo o los helados de yogur bajos en grasa pueden ser un aliciente para saltarse la monotonía en el verano.
- **Grasas:** aceite de oliva o de semillas, mayonesa o margarina ligeras son las únicas formas de grasas aceptables, pero siempre controlando la cantidad total. Las frituras y otras grasas (bacón, sobrasada, mantequilla) no son admisibles. Tampoco los frutos secos son recomendables por su elevado nivel calórico; en todo caso, las castañas asadas o cocidas contienen un aporte calórico mucho más reducido.
- **Miscelánea:** palomitas de maíz, aperitivos salados (patatas chips, ganchitos, galletitas), galletas, bollos, repostería, cremas de untar, chocolates, bombones y chokolatinas, caramelos con azúcar, golosinas, helados, mermeladas, jaleas, etc., son totalmente desaconsejables, por su elevado valor calórico. Abusar de este tipo de productos es una garantía de fracaso del tratamiento.