



REVISTA DE  
GASTROENTEROLOGÍA  
DE MÉXICO

www.elsevier.es



■ Temas selectos en Gastroenterología y Nutrición

## Tratamiento dietético de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica

Lic. Nut. Alexandra Maurer Pons

Consultora particular

Los pacientes sometidos a un procedimiento bariátrico requieren interconsulta por parte de un equipo multidisciplinario de salud que incluya a un médico clínico y uno quirúrgico, un psicólogo, un terapeuta físico y un nutriólogo con entrenamiento especial en el manejo nutricional del paciente sometido a una operación bariátrica, ya que dichos pacientes tienen demandas nutrimentales muy específicas que deben tratarse de manera adecuada para evitar la desnutrición y las complicaciones gastrointestinales que puedan contribuir a una mala evolución posquirúrgica y deteriorar la calidad de vida.<sup>1-3</sup>

Los objetivos del manejo nutricional en estos pacientes son evitar complicaciones médicas y quirúrgicas en el posoperatorio, mejorar su estado nutricional, disminuir la grasa y peso corporal, conservar la masa magra, mejorar la capacidad funcional y calidad de vida, normalizar la glucemia, reeducar al paciente para que mejore sus hábitos alimentarios y lograr un equilibrio psicossomático.<sup>3-8</sup>

Dentro del protocolo de atención nutricional es necesario realizar una entrevista al paciente en la que se expongan los motivos por los que decidió someterse a la operación, conocer sus hábitos alimentarios, afectividad alimentaria, disponibilidad para apegarse al tratamiento y valoración nutricional prequirúrgica en la que se mide su composición corporal (bioimpedancia eléctrica) y su

gasto metabólico basal a través de calorimetría indirecta. En esta cita se establece el plan alimentario previo y en las siguientes el plan alimentario posquirúrgico y se realiza un seguimiento nutricional que debe ser constante y temprano durante un periodo largo para que contribuya en grado considerable al éxito de la intervención. En estas citas deben solicitarse también análisis bioquímicos y densitometría ósea. La dieta en la etapa prequirúrgica busca sobre todo evitar un aumento excesivo de peso y disminuir el patrón de esteatosis hepática no alcohólica.<sup>1,2,4,7,9</sup>

Parte del éxito del manejo nutricional depende de que el individuo, desde un inicio, se sienta cómodo y establezca compromisos con el equipo multidisciplinario. Contribuyen a ello las instalaciones adecuadas para evaluar de modo apropiado al paciente; es recomendable que exista un mobiliario adaptado a las personas obesas, como sillones especiales, una silla amplia sin coderas y una báscula de plataforma; es también importante que en este consultorio se disponga de un estadímetro de pared y, si es posible, equipo de bioimpedancia y calorimetría.

La pérdida ponderal en el periodo posquirúrgico depende de la técnica quirúrgica utilizada y el cumplimiento del tratamiento nutricional por parte del paciente. Las técnicas meramente restrictivas, como la manga gástrica o el balón intragástrico,

logran la disminución de peso porque se reduce de manera artificial la capacidad gástrica. En las técnicas malabsortivas, como el *bypass*, se deriva el bolo hacia puntos más distales del intestino delgado, con lo cual disminuye el tiempo de contacto entre éste y las enzimas digestivas y, además, la superficie de absorción; sin embargo, estas técnicas se relacionan también con deficiencias de hierro, ácido fólico, vitamina B<sub>12</sub> y calcio, junto con intolerancia a las carnes, disminución del factor intrínseco y acidez gástrica con vómitos persistentes. La complementación a corto y largo plazos se vuelve indispensable: 1 000 a 1 500 mg de calcio con vitamina D, 40 a 60 mg de hierro elemental en forma de sulfato o fumarato adicionado con 250 mg de vitamina C y 500 a 1 000 mg de vitamina B<sub>12</sub>. A estos complementos debe agregarse un polivitamínico por lo menos hasta alcanzar las 1 200 kcal por día. Éstos deben suministrarse en forma líquida o masticable para que tengan mayor biodisponibilidad.<sup>1-4,6,9-12</sup>

El paciente debe comprender que la operación no significa comer de manera ilimitada. La dieta debe proporcionar todos los nutrimentos (en cantidades mínimas indispensables), tener un volumen reducido y consumirse en múltiples tomas para evitar el vómito y la diarrea, que son muy comunes al inicio. La dieta está dividida en tres fases. Durante las cuatro primeras semanas debe tener estrictamente una consistencia líquida, con tomas de 30 a 50 ml cada una; en una segunda fase, la dieta debe adoptar la forma de papilla o ser muy suave; y, por último, debe progresar a una dieta sólida normal. La evolución a cada etapa depende de la tolerancia individual de cada sujeto. Es necesario asegurar el aporte de al menos 60 a 80 g proteína/día, por lo general en forma de complementos ya que al inicio la tolerancia a las fuentes

de proteína natural es muy pobre.<sup>4,5</sup> En cuanto a los hidratos de carbono, deben evitarse los simples y las bebidas azucaradas o altamente osmóticas, dado que pueden ocasionar síndrome de vaciamiento rápido. Los alimentos ricos en fibra pueden tolerarse mal. El paciente debe ingerir al menos 1.5 a 2 L de agua al día sin relación con los alimentos.<sup>6,7</sup> Por último, se establece un seguimiento estricto a corto y largo plazos para valorar la evolución y sobre todo detectar en fase temprana cualquier alteración que pueda mermar la calidad de vida y restar los beneficios quirúrgicos de los pacientes. Al llevar un protocolo de atención adecuado, la operación es en verdad una oportunidad de cambio para estas personas.

## Referencias

1. Shikora SA, Kim JJ, Tarnoff ME. Nutrition and gastrointestinal complications of bariatric surgery. *Nutr Clin Pract* 2007;22:29-40.
2. Kushner R. Managing the obese patient after bariatric surgery: a case report of severe malnutrition and review of the literature. *JPEN J Parent Enteral Nutr* 2000;24:126-32.
3. Rubio MA, Moreno C. Implicaciones nutricionales de la cirugía bariátrica sobre el tracto gastrointestinal. *Nutr Hosp* 2007;22 (Supl 2):124-134.
4. Carrasco F, Klasseen J. Propuesta y fundamentos para una norma de manejo quirúrgico del paciente obeso. Año 2004. *Rev Med Chile* 2005;133:699-706.
5. Kumpf VJ, Slocum K, Binkley J, Jensen G. Complications after bariatric surgery: survey evaluating impact on the practice of specialized, nutrition support. *Nutr Clin Pract* 2007;22:673-8.
6. Palma Moya M, Quesada M. Trastornos nutricionales tras cirugía bariátrica y su tratamiento. I Curso Senior de Nutrición de la SEEN. *Endocrinol Nutr* 2007;54(Supl 2):42-47.
7. Brethauer S, Hammel J, Schauer PR. Systematic review of sleeve gastrectomy as staging and primary bariatric procedure. *Surg Obes Relat Dis* 2009;5:469-75.
8. Compher C, Badellino KO. Obesity and inflammation: lessons from bariatric surgery. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2008;32:645-7.
9. von Drygalski A, Andris DA. Anemia after bariatric surgery: more than just iron deficiency. *Nutr Clin Pract* 2009;24:217-26.
10. Ruz M, Carrasco F, Rojas P, et al. Iron absorption and iron status are reduced after Roux en Y gastric bypass. *Am J Clin Nutr* 2009;90:527-32.
11. Hakeam HA. Impact of laparoscopic sleeve gastrectomy of iron indices: 1 year follow up. *Obes Surg* 2009;19:456-60.
12. Trumpy MS. Nutritional deficiencies after roux en Y gastric bypass for morbid obesity often cannot be prevented by standard multivitamin supplementation. *Nutr Clin Pract* 2009;24:419-420.