



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.¹⁻³

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.³⁻⁸

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.^{1,2,4,7,9}

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 B₁₂ 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 B₁₂. 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.^{1-4,6,9-12}

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.^{4,5} 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.^{6,7} 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.