

## **PROTOCOLO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA/METABÓLICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL.**

**Servicios implicados:** Cirugía General y Digestiva, Endocrinología y Nutrición, Psiquiatría.

**Fecha de actualización del protocolo:** 21 de marzo de 2014.

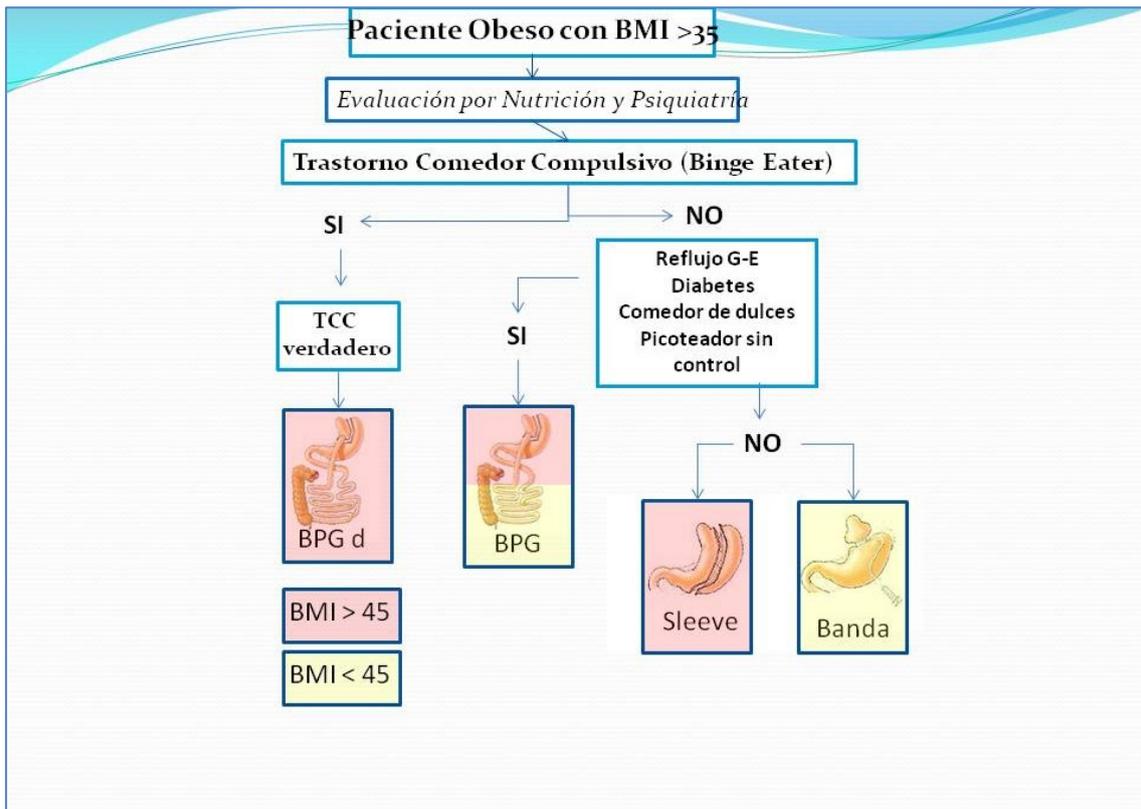
**Fecha de aprobación en sesión conjunta:**

## INTRODUCCIÓN

Tomando como referencia la información que aportan datos sobre obesidad y cirugía bariátrica en nuestro medio (1), podemos afirmar que el aumento progresivo de la prevalencia de la obesidad, asociado con los desalentadores resultados a medio y largo plazo que ofrece el tratamiento dietético-conductual y el prácticamente inexistente tratamiento farmacológico, ha impulsado el incremento exponencial de la cirugía como tratamiento de la obesidad en la sociedad occidental (2, 3). Así, mientras en los países asociados a la *International Federation for the Surgery of Obesity* (IFSO) se registraron 40.000 intervenciones de cirugía bariátrica en 1988, la cifra aumentó a 146.301 en el año 2003, y hasta las 344.221 en el año 2008 (2). Es decir, en la década transcurrida entre 1998 y 2008 se produjo un aumento del 761% en los procedimientos quirúrgicos relacionados con la obesidad. España, con 6.000 intervenciones quirúrgicas anuales, es el séptimo país que realiza más actos quirúrgicos para tratar la obesidad, por detrás de Estados Unidos/Canadá, Brasil, Francia, Méjico, Australia/Nueva Zelanda y Bélgica/Luxemburgo (1).

En el Hospital Universitario Ramón y Cajal se vienen realizando procedimientos de cirugía bariátrica desde hace más de 15 años, con un total de casi 1000 cirugías, con la coordinación entre los servicios de Cirugía General y Digestiva, Endocrinología y Nutrición y Psiquiatría, mediante la realización de protocolos de actuación conjunta, así como la existencia de sesiones mensuales en los últimos años. El presente documento pretende ofrecer una actualización al protocolo existente para adaptarlo a la nueva situación asistencial de los Servicios participantes, así como a los datos recientes de la medicina basada en la evidencia sobre la eficacia de las distintas técnicas de cirugía bariátrica sobre la pérdida de peso y la resolución/mejoría de las comorbilidades asociadas a la obesidad.

**ALGORITMO PREVIO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL**



El esquema anterior, que es el que se modifica en el presente protocolo, se aplicaba a los pacientes con obesidad e IMC mayor o igual a 35 que cumplían los criterios de inclusión y que no presentaban criterios de exclusión según los siguientes epígrafes:

- Indicaciones:
  - BMI > 40
  - BMI > 35 con comorbilidades de difícil control: diabetes, hipertensión, dislipemia, SAHS o artrosis radiológica.
  - Falta de respuesta terapéutica de la obesidad con dieta y/o fármacos durante al menos 1 año.
  - Ausencia de enfermedad endocrina responsable de la obesidad.
- Contraindicaciones:
  - Incapacidad de comprensión y asimilación suficiente sobre los tratamientos a realizar.
  - Patología psiquiátrica grave no controlada (según valoración psiquiátrica previa).
  - Alcoholismo o adicción activa a drogas.
  - Riesgo quirúrgico / anestésico inasumibles.

***Debido a la aparición de nuevas guías clínicas internacionales sobre cirugía metabólica y nueva evidencia científica, se ha hecho necesaria la modificación del anterior esquema.***

## ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO

### 1. Indicaciones quirúrgicas.

Las guías clínicas para las indicaciones de la cirugía bariátrica han sido recientemente actualizadas. Entre las más recientes se encuentran las de la SAGES de 2008 (4), y más recientemente la guía de la AACE/TOS/ASMBS de 2013 (5), y de la IFSO 2014 (6) que han actualizado y modificado las guías previas del NIH del año 1991, ampliamente utilizadas hasta este momento. En nuestra opinión, creemos que las indicaciones de cirugía bariátrica/metabólica deben en la actualidad regirse por estas guías más recientes. Para ello se proponen estas nuevas indicaciones que se aportan en el **ANEXO 1** del presente documento.

### 2. Evaluación preoperatoria.

#### **2.1. Visita inicial en consultas externas monográficas de cirugía de la obesidad.**

El flujo de pacientes debe comenzar en las consultas externas de endocrinología y nutrición, concretamente en las consultas monográficas de cirugía de la obesidad, dada la desaparición reciente de la antigua sección de nutrición clínica y dietética, incorporada en el Servicio de Endocrinología y Nutrición. En dichas consultas se procederá a realizar la anamnesis, exploración física, valoración de la indicación de cirugía de la obesidad atendiendo a los criterios anteriormente expuestos, y a la solicitud de pruebas complementarias que posteriormente serán valoradas por el equipo de cirugía general y digestiva, cumplimentando las hojas del protocolo conjunto (**ANEXO 2**). En dicho protocolo se recogen todos los datos del paciente que deben ser tenidos en cuenta antes de la inclusión en la lista de espera quirúrgica y que se van a ir desarrollando en los siguientes puntos del presente protocolo.

#### **2.2. Evaluación psiquiátrica.**

La presencia de comorbilidad psiquiátrica es de gran prevalencia en el paciente obeso. Según datos de nuestro propio centro, cuando se emplean herramientas de identificación de casos psiquiátricos, como la escala de Goldberg, y de identificación de trastornos de conducta alimentaria tipo bulímico mediante la subescala del EDI, un 47,1% de los pacientes obesos son clasificados como patológicos según la escala de Goldberg y un 5,8% según la subescala de bulimia del EDI (7). Además, la guía más reciente de la

AACE/TOS/ASMBS de 2013 (5) propone que una evaluación psicosocial debe ser realizada antes de la cirugía bariátrica en todos los pacientes, si bien con grado de evidencia C. No obstante, también afirma dicha guía, que todo paciente con enfermedad psiquiátrica presente o sospechada y/o abuso de sustancias o drogodependencia, debe realizar una evaluación psiquiátrica/psicológica formal antes de la cirugía (5).

La presente actualización del protocolo del hospital, propone la evaluación en las consultas externas monográficas de cirugía de la obesidad del Servicio de Endocrinología y Nutrición de los pacientes mediante las escalas de screening mencionadas anteriormente, con las que ya tenemos experiencia previa y que son consideradas por el Servicio de Psiquiatría como apropiadas para evitar la sobrecarga en las consultas de psiquiatría al no evaluar a pacientes considerados sanos por dichos test. Se usarán puntuaciones de corte de 5/6 para la escala de Golberg y de 6/7 para la subescala de bulimia del EDI (ver **ANEXO 3**). En caso de que alguno de estos test sea patológico, o en caso de existir diagnósticos previos de enfermedad psiquiátrica o detección de abuso de sustancias (alcohol, drogas) en la anamnesis, los pacientes serán remitidos a las consultas externas de psiquiatría. En caso contrario se considerarán aptos para la cirugía bariátrica y no precisarán consulta psiquiátrica. Si el paciente ya estuviera en tratamiento y seguimiento por un especialista en psiquiatría de su área, se le solicitará a este último el informe correspondiente.

### **2.3. Evaluación de aspectos metabólicos de la cirugía.**

Hasta hace apenas unos dos años, la evidencia científica sobre la eficacia de la cirugía bariátrica en la resolución/mejoría de la diabetes se apoyaba en estudios observacionales, si bien algunos de ellos prospectivos, no existían muchos ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema. Recientemente, con la aparición de varios ensayos clínicos en la literatura, y meta-análisis recientes se ha podido tener más datos no solo de la eficacia de la cirugía bariátrica sobre la diabetes, sino también sobre la eficacia de las distintas técnicas quirúrgicas. En este sentido podemos resumir en los siguientes puntos la evidencia científica más actual:

- A mayor componente malabsortivo de la técnica quirúrgica, mayor eficacia en la resolución de la diabetes mellitus a corto plazo (1-2 años), lo que ha sido demostrado en ensayos clínicos en los que la cirugía tipo Scopinaro consigue tasas de remisión del 95% a los dos años, seguido por el bypass gástrico con tasas de remisión del 75% a los dos años y del sleeve gástrico con tasas de remisión cercanas al 40% al año (8, 9).

- Por otro lado, resultados recientes a largo plazo (8 años tras la cirugía) en estudios observacionales sugieren una eficacia del sleeve gástrico sobre la diabetes de un 37% en su remisión, y un 40% en su mejoría (10). También un meta-análisis reciente afirma que no existen diferencias significativas en cuanto a la eficacia sobre la remisión de la diabetes entre el bypass gástrico y el sleeve gástrico al año, dos y tres años tras la cirugía (11).
- La eficacia de la cirugía bariátrica sobre la resolución/mejoría de la diabetes parece depender no solo de la técnica quirúrgica empleada, sino de otras características de la enfermedad, como la edad, duración de la diabetes mellitus, grado de control, etc. habiéndose demostrado como una herramienta útil para predecir el grado de remisión de la diabetes tras la cirugía el péptido C basal del paciente (lo que refleja el grado de reserva de insulina que tiene el páncreas endocrino) (12).

Los datos anteriormente expuestos, nos llevan a plantear una modificación del protocolo previo, no quedando ahora restringida la indicación en los diabéticos solo a la realización de bypass gástrico, sino que pacientes diabéticos con pocas complicaciones crónicas (o ninguna), y niveles de péptido C adecuados (no muy disminuidos) pueden ser también candidatos a sleeve gástrico, si bien deben tener un estudio profundo del tipo de su diabetes por parte del Servicio de Endocrinología y Nutrición y existir un acuerdo sobre el tipo de técnica entre los Servicios de Cirugía General y Digestiva y Endocrinología y Nutrición. En caso de necesidad (por existencia de dudas con la técnica o discrepancias), estos pacientes serán presentados en sesión clínico-quirúrgica conjunta. Atendiendo a estas consideraciones, se ha modificado el protocolo y el actual se encuentra reflejado en los **ANEXOS 2, 4, 5 y 6**.

Asimismo, en los pacientes con dislipemia grave se prefiere la realización de una cirugía con componente malabsortivo (preferentemente bypass gástrico laparoscópico) por una mayor eficacia en el control de esta alteración metabólica (**ANEXO 6**). Igualmente, en caso de necesidad (por existencia de dudas con la técnica o discrepancias), estos pacientes serán presentados en sesión clínico-quirúrgica conjunta.

#### **2.4. Evaluación de la infertilidad en mujeres premenopáusicas y varones jóvenes.**

Es bien conocido desde hace tiempo que el síndrome del ovario poliquístico (SOP) en mujeres se resuelve tras la cirugía bariátrica, tal y como demuestran datos propios (13),

pudiendo las mujeres ovular con normalidad posteriormente y por tanto tener gestaciones normales (datos propios en proceso de publicación).

También recientemente se ha demostrado en un meta-análisis (que incluye un trabajo de nuestro centro) que el hipogonadismo masculino asociado a la obesidad (HiMAO) remite tras la cirugía bariátrica (14, 15). Sin embargo, no se conoce con certeza si el espermiograma en estos varones mejora de manera significativa para solucionar también su infertilidad, hecho que estamos en el momento actual estudiando, pero que datos publicados en pocos pacientes sugieren que no es así, al menos en el corto plazo (16).

Todo lo anteriormente expuesto implica que la infertilidad, el SOP y el HiMAO deben tenerse en cuenta a la hora de no solo indicar la cirugía de la obesidad, sino también a planificar con el paciente sus consecuencias posteriores. Así, es preciso comentar con las mujeres que quieren fertilidad, que las recomendaciones actuales son de no quedarse embarazadas antes de un año tras la cirugía, si bien hay estudios que sugieren que podrían hacerlo tras los primeros 6 meses sin aumentar los riesgos del embarazo (17). En las mujeres con SOP se puede afirmar que dicha patología podrá resolverse con una elevada probabilidad tras la cirugía bariátrica, al igual que en los varones el HiMAO también, si bien en estos últimos conviene hacer un estudio del espermiograma, dado que de presentar alteraciones en el mismo, podría ser preciso recomendar una consulta especializada de andrología/fertilidad y en caso necesario proceder a la congelación de esperma ante la incertidumbre existente en la actualidad sobre la mejoría del espermiograma tras la cirugía bariátrica. Por todo lo expuesto anteriormente se han modificado los protocolos tal y como se muestran ahora en los **ANEXOS 2, 4, 5 y 6**.

## **2.5. Evaluación de otras comorbilidades asociadas a la obesidad grave.**

La presencia de esteatosis hepática tiene una gran prevalencia en los pacientes con obesidad subsidiaria de cirugía bariátrica y de hecho, datos propios muestran que más de un 85% la presentan ecográficamente. Dado que la presencia de esteatosis hepática grave puede, por un lado, dificultar el acceso quirúrgico laparoscópico por el aumento del volumen hepático, y por otro, desarrollar una esteato-hepatitis no alcohólica (NASH), es importante su identificación mediante ecografía abdominal y determinación de perfil hepático en la analítica. En caso de elevación de transaminasas, parece necesaria la realización de estudios más detallados para descartar NASH e incluso fibrosis hepática

(incluso la realización de una biopsia hepática intraoperatoria), dado que la cirugía malabsortiva está contraindicada en este último caso. Por tanto, estas pruebas se incluyen en la evaluación preoperatoria de los pacientes. También nuestros datos favorecen la indicación de una dieta baja en grasas e hidratos de carbono previamente a la cirugía con el objetivo de disminuir el volumen hepático (lo que se desarrollará con detalle más adelante).

La realización de un estudio de función respiratoria es importante también, por un lado para la evaluación preanestésica, como es el caso de la espirometría, que ayuda en la evaluación del riesgo quirúrgico y en el manejo anestésico del paciente. También es importante descartar la existencia de apnea del sueño / hipoventilación (SAHS). En este sentido, dado que el SAHS es un factor de riesgo cardiovascular y de morbilidad perioperatoria, el Servicio de Neumología va a colaborar en la evaluación preoperatoria de dichos pacientes por si fuera preciso la ventilación mecánica no invasiva de manera perioperatoria.

La evaluación del tracto digestivo superior es también importante antes de la cirugía. Por un lado para la identificación de la presencia de reflujo gastroesofágico (RGE) que podría verse agravado con la realización de un sleeve gástrico y que podría implicar la necesidad de incluso una cirugía correctora del RGE. Por otro lado, la detección de soluciones de continuidad en la mucosa gástrica mediante la realización de un estudio baritado es importante antes de la cirugía, incluso en los pacientes que van a ser sometidos a bypass gástrico podría ser necesaria la realización de una endoscopia oral para descartar patología gastroduodenal asintomática, que posteriormente a la cirugía podría pasar inadvertida y ser de difícil diagnóstico por la alteración de la normal anatomía.

### **3. Manejo dietético pre- y postquirúrgico.**

Desde hace unos meses, debido a la necesidad por parte de la técnica quirúrgica laparoscópica de disminuir el tamaño del hígado para un mejor acceso al campo quirúrgico y evitar las complicaciones intraoperatorias, se instauró en nuestro centro la dinámica de prescribir una dieta preoperatoria hipograsa y baja en hidratos de carbono durante los 2-3 meses previos a la cirugía. Actualmente los resultados han sido muy satisfactorios en el sentido de disminuir los volúmenes hepáticos y se encuentra en concordancia con estudios publicados sobre la disminución de la morbilidad postoperatoria en los pacientes

sometidos a una dieta preoperatoria (18). En el **ANEXO 7** se muestran las dietas que se emplean en nuestro centro en la actualidad.

Por otro lado, debido a la disminución considerable en las estancias medias postoperatorias, la menor morbilidad postoperatoria con las técnicas laparoscópicas modernas y la mejor tolerancia de los pacientes a la progresión de la dieta postoperatoria, se han acelerado los plazos de tolerancia en la progresión de la dieta postop y por tanto se han modificado levemente tal y como se muestran en los **ANEXOS 8 y 9**.

#### **4. Protocolo quirúrgico.**

##### **4.1. Día -1. Ingreso y preparación quirúrgica.**

4.1.1. Acogida y valoración inicial del paciente. Enfermería de planta 10 izquierda.

4.1.2. Revisión de historia clínica y evaluación de las comorbilidades desde la firma del ingreso en lista de espera quirúrgica.

4.1.3. Comprobación de preoperatorio, evaluación anestésica preoperatoria y firma de consentimientos informados quirúrgicos y transfusionales. Solicitud de Pruebas cruzadas.

4.1.4. Tratamiento médico:

- Tarde anterior: Aseo con Betadine quirúrgico o Hibiscrub. Comprobar rasurado de zona quirúrgica. Entrega de material de aseo y explicar cómo utilizarlo. Entrega Betadine oral y explicar cómo y cuándo utilizarlo.
- Turno noche: Limpieza de arrastre, secado y pintado con Betadine solución.
- Profilaxis tromboembólica: Clexane 40 subcutáneo a las 20 horas.
- Profilaxis antibiótica: Amoxicilina/clavulánico 2 gramos IV a la llamada o en la inducción anestésica. En caso de alergia a betalactámicos plantear Ab alternativa.
- Profilaxis aspiración (en casos de alto riesgo): Ranitidina 50 mg IV. Primperan 1 ampolla IV a la llamada.
- En pacientes con tabaquismo activo: Actocortina 100 mg IV a la llamada.
- Premedicación anestésica: Pautada en la hoja de evaluación anestésica, adaptada a las características individuales de cada paciente. Habitualmente Lexatin 1,5 mg por la noche.
- Ayunas desde las 0 horas.

**4.2. Día 0. Intervención quirúrgica.**

PUESTO DE TRABAJO	DIA / HORA PREINTERVENCIÓN	FASE PRECIRUGÍA	LLEGADA PACIENTE Hora límite 8:30 h.	CIRUGÍA	SALIDA DEL PACIENTE	FASE POSTCIRUGÍA
<b>CIRUJANO</b>	Informar al paciente Comprobar H. Clínica Preoperatorio completo Consentimiento Inform. Perdir sangre Pautar preparación		Acoger e informar al paciente Reevaluar paciente Ordenar traslado del paciente a bloque quirúrgico Profilaxis antibiótica	Preparar campo Intervenir	Colocar apósitos Pauta postoperatorio Informe quirúrgico Solicitar pruebas Informar al paciente y familiares Firmar Hoja circulante	
<b>ANESTESISTA</b>	Informar al paciente Comprobar H. Clínica Preoperatorio completo Consentimiento Inform. Revisar necesidad UVI Pautar Preparación	Comprobar equipos Revisar H. Clínica	Acoger al paciente Reevaluar Ordenar traslado a quirófano Inicio de registros Profilaxis antibiótica Monitorizar paciente Inducción anestésica	Monitorizar al paciente Registros de datos anestésicos	Informar al paciente y a los familiares Traslado del paciente al despertar Pauta Postoperatorio Firmar hoja circulante	Alta del despertar
<b>SUPERVISORA</b>	Comprobar equipos, material, implantes y necesidades en relación con el parte quirúrgico	Localizar al paciente Confirmar sangre y UVI Solicitar traslado primer paciente a quirófano				
<b>ENFERMERA CIRCULANTE</b>		Preparar quirófano	Acoger al paciente Administrar cuidados de enfermería si precisa	Cuidados del paciente Registro estadístico e implantes Contaje de gasas / compresas	Colocar apósitos Traslado del paciente al despertar / UVI Confección Hoja circulante	
<b>ENFERMERA INSTRUMENT.</b>		Preparar quirófano	Preparar quirófano	Instrumentar	Colocar apósitos Registro en libro de Quirófano	
<b>ENFERMERA DESPERTAR</b>		Comprobar recursos materiales del despertar Colaborar con el resto del equipo			Acoger al paciente Monitorizar Cuidados de enfermería	Acompañar al paciente a planta
<b>AUXILIAR ENFERMERÍA</b>		Comprobar limpieza Reponer vestuario y lencería Recoger Mat. estéril y sangre		Atender necesidades Distribuir muestras	Cursar y distribuir solicitudes de pruebas y sus muestras	Recoger y limpiar el quirófano (instrumental, etc.)
<b>CELADOR</b>		Trasladar al paciente	Colocar al paciente	Colaborar en la movilización del paciente	Trasladar al paciente al Despertar	Trasladar al paciente a planta

4.2.1. Cumplimentar y verificar el listado de verificación quirúrgica (enfermera circulante, cirujano y anestésista). Previa a la cirugía:

- Identidad del paciente.
- Verificar procedimiento y su conocimiento por paciente y familiar.
- Comprobar consentimientos
- Verificar procedimiento, lateralidad y localización.
- Verificar alergias, profilaxis antibiótica y tromboembólica.
- Comprobar disponibilidad de sangre
- Comprobar esterilidad de instrumental y material quirúrgico.
- Revisar equipos eléctricos (bisturí,...)
- Verificar equipo de anestesia y monitorización.
- Verificar la previsión de manejo de vía aérea compleja.
- Confirmar las pruebas de imagen necesarias.

Tras la cirugía:

- Comprobar recuento de gasas, compresas e instrumental.
- Verificar la identificación correcta de muestras y su registro
- Registro y notificación de incidencias.

4.2.2. Profilaxis tromboembólica intraoperatoria: Compresión neumática intermitente.

4.2.3. Sondaje vesical. Sonda nasogástrica y tutor gástrico. Colocación del paciente en la mesa quirúrgica (semisentada con piernas separadas).

4.2.4. Realización del acto quirúrgico previsto. Comprobación de estanqueidad de suturas.

4.2.5. Cumplimentar parte quirúrgico protocolizado.

4.2.6. Traslado del paciente al despertar o Cuidados Intensivos.

4.2.7. Tratamiento médico:

- Dieta absoluta.
- Control de constantes cada 4-8 horas (temperatura, tensión y frecuencia cardíaca). Control de diuresis. Control de drenajes. Destrostix si es preciso.
- Levantar 2h mañana y tarde al menos.
- Incentivador respiratorio.
- Sueroterapia: 2000 cc de salino y 1500 cc de glucosa alternos o en Y según la comorbilidad metabólica. Aporte de potasio según características del paciente. En pacientes con superobesidad aumentar la infusión de líquidos.
- Suspender profilaxis antibiótica.

- Profilaxis tromboembólica: Clexane 40 subcutáneo cada 24 horas.
- Profilaxis hemorragia digestiva: Omeprazol 20 mg IV cada 24 horas.
- Pauta analgésica IV
- Antieméticos: Primperan 1 ampolla IV cada 8 horas o Ondasetron 4 mg IV cada 8 horas.
- Pauta de insulina según necesidades metabólicas del paciente (pauta bolo-basal vs perfusión continua): será en caso necesario pautado mediante interconsulta al Servicio de Endocrinología y Nutrición.

### **4.3. Día +1. Primer día postoperatorio.**

4.3.1. Evaluación de constantes, diuresis y débito de drenajes (si existe). Anamnesis y exploración física del paciente. Comprobación de control analítico, si procede. Si la evolución clínica es adecuada proseguir con la vía clínica. Si existe alguna alteración clínica o analítica evaluar de forma individual al paciente, saliendo de la vía clínica.

4.3.2. Tratamiento médico:

- Iniciar bipedestación y deambulación.
- Incentivador respiratorio.
- Comprobación de integridad de suturas con azul de metileno por vía oral.
- Iniciar tolerancia con líquidos por vía oral si el test es normal, manteniendo infusión de líquidos IV.
- Profilaxis tromboembólica: Clexane 40 subcutáneo cada 24 horas.
- Profilaxis hemorragia digestiva: Omeprazol 20 mg IV cada 24 horas.
- Pauta analgésica oral o IV
- Antieméticos: Primperan 1 ampolla IV cada 8 horas o Ondasetron 4 mg IV cada 8 horas.
- Pauta de insulina según necesidades metabólicas del paciente (pauta bolo-basal vs perfusión continua): será en caso necesario pautado mediante interconsulta al Servicio de Endocrinología y Nutrición.

#### **4.4. Día +2. Segundo día postoperatorio.**

4.4.1. Evaluación de constantes, diuresis y débito de drenajes (si existe). Anamnesis y exploración física del paciente. Comprobación de control analítico, si procede. Si la evolución clínica es adecuada proseguir con la vía clínica. Si existe alguna alteración clínica o analítica evaluar de forma individual al paciente, saliendo de la vía clínica.

4.4.2. Tratamiento médico:

- Levantado y andando.
- Incentivador respiratorio.
- Valorar retirada de drenaje, en caso que se dejara en la cirugía.
- Dieta líquida. Suspender sueroterapia.
- Profilaxis tromboembólica: Clexane 40 subcutáneo cada 24 horas.
- Profilaxis hemorragia digestiva: Omeprazol 20 mg oral cada 24 horas.
- Pauta analgésica oral.
- Reiniciar medicación habitual del paciente (excepto antiagregantes y anticoagulación)
- Pauta de insulina según necesidades metabólicas del paciente (pauta bolo-basal vs perfusión continua): será en caso necesario pautado mediante interconsulta al Servicio de Endocrinología y Nutrición.

4.4.3. Explicar normas al alta y tipo de dieta a seguir en el postoperatorio inmediato. En algunos pacientes se podrá considerar el alta a partir del segundo día postoperatorio.

#### **4.5. Día +3. Tercer día postoperatorio.**

4.5.1. Evaluación de constantes, diuresis y débito de drenajes (si existe). Anamnesis y exploración física del paciente. Comprobación de control analítico, si procede. Si la evolución clínica es adecuada proseguir con la vía clínica. Si existe alguna alteración clínica o analítica evaluar de forma individual al paciente, saliendo de la vía clínica.

4.5.2. Tratamiento médico:

- Levantado y andando.
- Incentivador respiratorio.
- Dieta líquida.
- Profilaxis tromboembólica: Clexane 40 subcutáneo cada 24 horas.

- Profilaxis hemorragia digestiva: Omeprazol 20 mg oral cada 24 horas.
- Pauta analgésica oral.
- Reiniciar medicación habitual del paciente (excepto antiagregantes y anticoagulación)
- Pauta de insulina según necesidades metabólicas del paciente (pauta bolo-basal vs perfusión continua): será en caso necesario pautado mediante interconsulta al Servicio de Endocrinología y Nutrición.

4.5.3. Explicar normas al alta y tipo de dieta a seguir en el postoperatorio inmediato.

Alta y seguimiento ambulatorio.

4.5.4. Normas al alta:

- Identificación del facultativo
- Fecha de ingreso y alta domiciliaria.
- Motivo del ingreso: Obesidad mórbida (IMC xx kg/m<sup>2</sup>).
- Técnica efectuada: by-pass proximal/distal, banda gástrica, gastrectomía tubular, SADI,...
- Diagnóstico al alta: Obesidad mórbida (IMC xx kg/m<sup>2</sup>). Indicar comorbilidades.
- Plan al alta:
  - Dieta líquida y proseguir indicaciones del Servicio de Endocrinología y Nutrición.
  - Incentivador respiratorio.
  - Omeprazol 20 mg oral cada 24 horas.
  - Clexane 40 subcutáneo cada 24 horas durante 4-6 semanas.
  - Actividad física progresiva.
  - Si fiebre mayor de 38°C, vómitos persistentes, dolor abdominal o empeoramiento del estado general acudir al Servicio de Urgencias.
  - Revisión en consultas externas de Cirugía General (aproximadamente en una semana desde el alta) y Endocrinología y nutrición (enfermería al mes, y consulta médica a los tres meses con analítica completa).
  - En casos particulares de diabetes con suspensión de medicación se suele notificar a su Médico de Familia por e-mail.

## 5. Seguimiento postoperatorio.

El seguimiento de los pacientes corresponde principalmente a los facultativos de las consultas monográficas de cirugía de la obesidad del Servicio de Endocrinología y Nutrición. Para ello, la primera visita tras la cirugía en el caso de sleeve gástrico o bypass gástrico se realizará al mes de la intervención por parte de la enfermera-educadora del Servicio de Endocrinología y Nutrición, quien evaluará la correcta progresión de la dieta, la toma de polivitamínico, y en caso de detectar alguna intolerancia, vómitos excesivos o algún otro problema consultará inmediatamente con el facultativo del servicio. Posteriormente, la siguiente visita será médica, a los 3 meses de la intervención, con la realización previa por parte del paciente de una analítica completa que incluya determinaciones de vitaminas, para su adecuada sustitución en caso de necesidad (ver **ANEXOS 5 y 6**).

Se recomendará al paciente la incorporación a un programa de ejercicio físico progresivo, inicialmente moderado y siempre adecuado a su capacidad funcional y existencia o no de patología cardiorrespiratoria previa, desde el primer mes postoperatorio, con el objetivo de mejorar la capacidad funcional y evitar la excesiva pérdida de masa muscular.

En el caso de los pacientes que han sido intervenidos mediante banda gástrica ajustable, el período de seguimiento durante los primeros 6 meses será a cargo del equipo de Cirugía General y Digestiva para evaluar la necesidad de ajustes de la banda, y posteriormente serán remitidos para su seguimiento a las consultas monográficas de cirugía de la obesidad del Servicio de Endocrinología y Nutrición (ver **ANEXOS 5 y 6**).

Posteriormente, los pacientes serán reevaluados en intervalos mínimos de 6 meses durante los dos primeros años, tiempo en que se produce la pérdida de peso (suele alcanzarse la pérdida de peso máxima entre el año y año y medio tras la cirugía, pero hay pacientes que pierden hasta los dos años después de la cirugía), y momento en que se alcanza la fase de mantenimiento del peso. Aquellos pacientes que en este momento presenten importante colgajo cutáneo abdominal, serán remitidos al Servicio de Cirugía Plástica para la valoración de abdominoplastia (ver **ANEXOS 5 y 6**).

Con posterioridad, en los pacientes estables, las revisiones médicas serán anuales con determinación de analítica completa, incluyendo determinaciones de vitaminas y en casos

de cirugía malabsortiva de oligoelementos también. Se favorecerá la comunicación con atención primaria para el manejo conjunto de los pacientes, dado el número creciente de pacientes intervenidos no solo en nuestro centro sino en la Comunidad de Madrid.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lecube A, Monereo S. RICIBA, ¿qué sabemos sobre la cirugía bariátrica en España? *Endocrinol Nutr* 2011; 58: 323-4.
2. Scopinaro N. The IFSO and obesity surgery throughout the world. *Obes Surg*. 1998; 8: 3-8.
3. Buchwald H, Williams SE. Bariatric surgery worldwide 2003. *Obes Surg*. 2004; 14: 1157-64.
4. Practice/Clinical Guidelines published on: 06/2008 by the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). SAGES guideline for clinical application of laparoscopic bariatric surgery. Received: 20 March 2008 / Accepted: 25 March 2008 ©SAGES 2008.
5. Jeffrey I. Mechanick, et al. Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient—2013 Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 2013; 9: 159–191.
6. Fried M, et al. Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery. *Obesity Surgery* 2014; 24: 42-55.
7. Vázquez et al. Prevalencia de casos psiquiátricos en pacientes con sobrepeso u obesidad atendidos en consultas externas de un centro hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 41-6.
8. Mingrone G, et al. Bariatric Surgery versus Conventional Medical Therapy for Type 2 Diabetes. *New Eng J Med* 2012.
9. Schauer, PR. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy in Obese Patients with Diabetes. *New Eng J Med* 2012.
10. Eid, GM et al. Laparoscopic Sleeve Gastrectomy for Super Obese Patients. Forty-eight percent Excess Weight Loss After 6 to 8 Years With 93% Follow-Up. *Ann Surg* 2012; 256: 262–265.
11. Yip, S et al. Gastric Bypass and Sleeve Gastrectomy for Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis of Outcomes. *Obes Surg* 2013.
12. Lee WJ, et al. C-peptide predicts the remission of type 2 diabetes after bariatric surgery. *Obes Surg* 2012; 22: 293–298.
13. Escobar-Morreale HF, Botella-Carretero JI, Alvarez-Blasco F, Sancho J, San Millan JL. The Polycystic Ovary Syndrome Associated with Morbid Obesity May Resolve after Weight Loss Induced by Bariatric Surgery. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90: 6364-6369.

14. Corona G et al. Body weight loss reverts obesity-associated hypogonadotropic hypogonadism: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Endocrinology* (2013) 168 829–843.
15. Botella-Carretero JJ, Balsa JA, Gómez-Martin JM, Peromingo R, Huerta L, Carrasco M, Arrieta F, Zamarron I, Martin-Hidalgo A, Vazquez C. Circulating free testosterone in obese men after bariatric surgery increases in parallel with insulin sensitivity. *J Endocrinol Invest.* 2013; 4: 227-32.
16. Reis LO, et al. Bariatric surgery does not interfere with sperm quality--a preliminary long-term study. *Reprod Sci.* 2012; 10:1057-62.
17. Wax JR, et al. Pregnancy Following Gastric Bypass for Morbid Obesity: Effect of Surgery-to-Conception Interval on Maternal and Neonatal Outcomes. *Obes Surg* 2008; 18: 1517–1521.
18. Riess KP, et al. Effect of preoperative weight loss on laparoscopic gastric bypass outcomes. *Surg Obes Relat Dis.* 2008; 6: 704-8.

## ANEXO 1. INDICACIONES DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

<p><b>SAGE 2008</b></p>	<p>Adultos 18-60 años con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BMI <math>\geq</math> 40</li> <li>- BMI <math>\geq</math> 35 con comorbilidades de difícil control: diabetes, hipertensión, dislipemia, SAHS...</li> <li>- Falta de respuesta terapéutica de la obesidad con dieta y/o fármacos durante al menos 1 año.</li> <li>- Ausencia de enfermedad endocrina responsable de la obesidad y de contraindicaciones quirúrgicas.</li> </ul> <p><i>OTROS CASOS:</i>  <i>Bien seleccionados pueden beneficiarse en caso de cirujanos expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BMI <math>\geq</math>60 (grado evidencia A)</li> <li>- BMI 30-35 con comorbilidades (grado B)</li> <li>- Edad &gt;60 (grado B)</li> <li>- Adolescentes &lt;18 años (grado B)</li> </ul>
<p><b>AACE/TOS/ASMBS 2013</b></p>	<p>Se indica en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes con BMI <math>\geq</math>40 sin comorbilidad y sin riesgo quirúrgico excesivo (grado A).</li> <li>- Pacientes con BMI <math>\geq</math>35 con objetivo de disminuir el peso y mejorar marcadores de riesgo CV (grado A).</li> <li>- Pacientes con BMI <math>\geq</math>30 con objetivo de disminuir el peso y mejorar marcadores de riesgo CV (grado B).</li> <li>- Pacientes con BMI <math>\geq</math>35 con objetivo de control glucémico y mejorar marcadores de riesgo CV (grado C).</li> </ul> <p>No hay suficiente evidencia para los siguientes casos (grado D): control glucémico aislado, control lipídico aislado, reducción de riesgo CV aisladamente, independientemente del BMI.</p>
<p><b>IFSO 2014</b></p>	<p>Pacientes de 18 a 60 años con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BMI <math>\geq</math>40* (grado A).</li> <li>- BMI <math>\geq</math>35-40* con comorbilidades que se espera mejoren con cirugía bariátrica: cardiorespiratorias, metabólicas, articulares graves, problemas psicológicos relacionados con la obesidad, etc. (grado A).</li> <li>- Fracaso a tratamiento médico para pérdida de peso o incapacidad para mantener el peso perdido a largo plazo.</li> <li>- Adecuación y compromiso del paciente al seguimiento médico.</li> </ul> <p><i>OTROS CASOS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>En mayores de 60 años no demostrado aumento de supervivencia, puede mejorar calidad de vida. Excepcional.</i></li> <li>- <i>Adolescentes solo en centros de gran experiencia en adultos que además incluya en el programa multidisciplinar a pediatras y psicólogos (cuando BMI <math>\geq</math>40, 6 meses de fracaso, madurez esquelética y puberal, eval psicol, capaz de seguimiento).</i></li> </ul> <p>*El BMI actual o el máximo alcanzado; la pérdida de peso obtenida antes de la cirugía bariátrica no es una contraindicación,; la recuperación del peso después de haber perdido con dieta y ejercicio viniendo de criterios de cirugía puede ser indicación aunque no se haya alcanzado de nuevo todo el peso perdido; considerar bajar el criterio 2,5 puntos en asiáticos.</p>

**ANEXO 2. HOJA DE CONSULTA – VISITA INICIAL**

ESTUDIO CLÍNICO-QUIRÚRGICO Y ENDOCRINO-METABÓLICO DE PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

**FILIACIÓN**

SEXO

EDAD

FECHA EVALUACION  /  /

MÉDICO

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

OBESIDAD  DM  HTA  DISLIPEMIA  ATROSCLOSIS

OTROS A.F.  
DE INTERES

**ANTECEDENTES PERSONALES**

PESO NACER  EDAD PUBARQUIA  EDAD MENARQUIA

FUR  /  /  HIRS/ACNÉ  DISFUNCION MENSTRUAL

EMBARAZOS  PARTOS  ABORTOS  MACROSOMÍA

DIAB GESTACIONAL

ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

CIRUGÍAS PREVIAS

FUMADOR  N° CIG/DIA  BEBEDOR  G ALC/DIA

OTROS A.P.  
DE INTERES

**ANAMNESIS**

AÑOS DE OBESIDAD:  INFANCIA  POSTPUBERAL  MENOPAUSIA

PESO MÍNIMO  fecha  PESO MÁXIMO  fecha

INGESTA KCAL/DIA  N° TOMAS  PICOTEOS  MADRUGADA

BINGE-EATER  SWEET-EATER  BIG-EATER

EJERCICIO FÍSICO  TIPO  HORAS/SEM

DIETAS PREVIAS  TIPO  RESULTADO

**MEDICACIÓN OBESIDAD:**

ORLISTAT  OTRAS

**COMORBILIDADES:**

DM  TIPO  HbA1c

COMPLIC: RT  NR  NF  C.isq  ACV  Isquem. Per

HTA  desde  DISLIPEMIA  TIPO  desde

SAHS  TIEMPO  OCD  CPAP  ARTROSIS

INFERTILIDAD  PCOS  IMPOTENCIA  MOSH

**OTROS DATOS ANAMNESIS DE INTERES:**

**TRATAMIENTOS ACTUALES:**

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

PESO  TALLA  IMC  ICC  /  =

TA  /  FC  ACANTOSIS  lugar

FERRIMAN-MOD  ACNÉ  ALOPECIA

% GRASA IMPED  MASA GRASA (Kg)  MASA MAGRA (Kg)

DISTRIBUCIÓN OBESIDAD: ANDROIDE  GINECOIDE

ESTRÍAS ROJO-VINOSAS  EQUÍMOSIS

CABEZA Y CUELLO

AP  AC

ABDOMEN

EE.II.

OTROS DATOS E.C.

PUNTUACIÓN GOLDBERG

PUNTUACIÓN EDI-BUL.

**JUICIO CLINICO**

OBESIDAD GRADO

COMORBILIDADES: HTA  DM  DL  SAHS

MECÁNICAS  C. ISQ  PCOS  MOSH

OTROS

**CRITERIOS QX**

### **ANEXO 3. CUESTIONARIOS DE SALUD MENTAL**

Aquí pondríamos los cuestionarios GHQ y EDI-bul

**ANEXO 4. HOJA DE CONSULTA – VISITA DE RESULTADOS**

*ESTUDIO CLÍNICO-QUIRÚRGICO Y ENDOCRINO-METABÓLICO DE PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA*

**PROTOCOLO DE ESTUDIOS**

**ANALÍTICA**

Hemograma  
Hemostasia  
Bioquímica

--

**INFORMES**

**CIRUGÍA**

--

**ENDOCRINO**

--

**PSIQUIATRÍA (si se remitió por GHQ/EDI patológicos o enfermedad psiquiátrica previa)**

--

**ANESTESIA**

--

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

**Rx TORAX**

--

**ECO ABDOMINAL**

--

**EGD**

--

**ESPIROMETRÍA**

--

**ECG**

--

**GASOMETRÍA ARTERIAL (valorar)**

--

**PANENDOSCOPIA ORAL (valorar)**

--

**INTERCONSULTA NEUMOLOGÍA**

--

INTERCONSULTA ANDROLOGÍA (valorar)

INTERCONSULTA ENDO-REPROD (valorar)

OTRAS

**PROPUESTA DEFINITIVA DE TRATAMIENTO QUIRURGICO**

**Orden de ingreso**

**Fecha**

**Comentarios (incluyendo priorización de lista de espera)**

**ANEXO 5. HOJA DE CONSULTA – SEGUIMIENTO**

ESTUDIO CLÍNICO-QUIRÚRGICO Y ENDOCRINO-METABÓLICO DE PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

**AFILIACIÓN**

SEXO

EDAD

FECHA EVAL  /  /

FECHA CIRUGÍA  TIPO  TIEMPO DESDE QX

PESO PREOP  PESO MÍNIMO  TIEMPO TRAS QX

**ANAMNESIS**

COMPLICACIONES: VOMITOS  DEPOSICIONES  DUMPING

OTROS

INGESTA KCAL/DIA  N° TOMAS  ALIMENTOS

EJERCICIO FÍSICO  TIPO  HORAS/SEM

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

PESO  TALLA  IMC  ICC  /  =  TA  /

FC  ACANTOSIS  ACNÉ  ALOPECIA

% GRASA IMPED  PESO GRASA  FERRIMAN-MOD

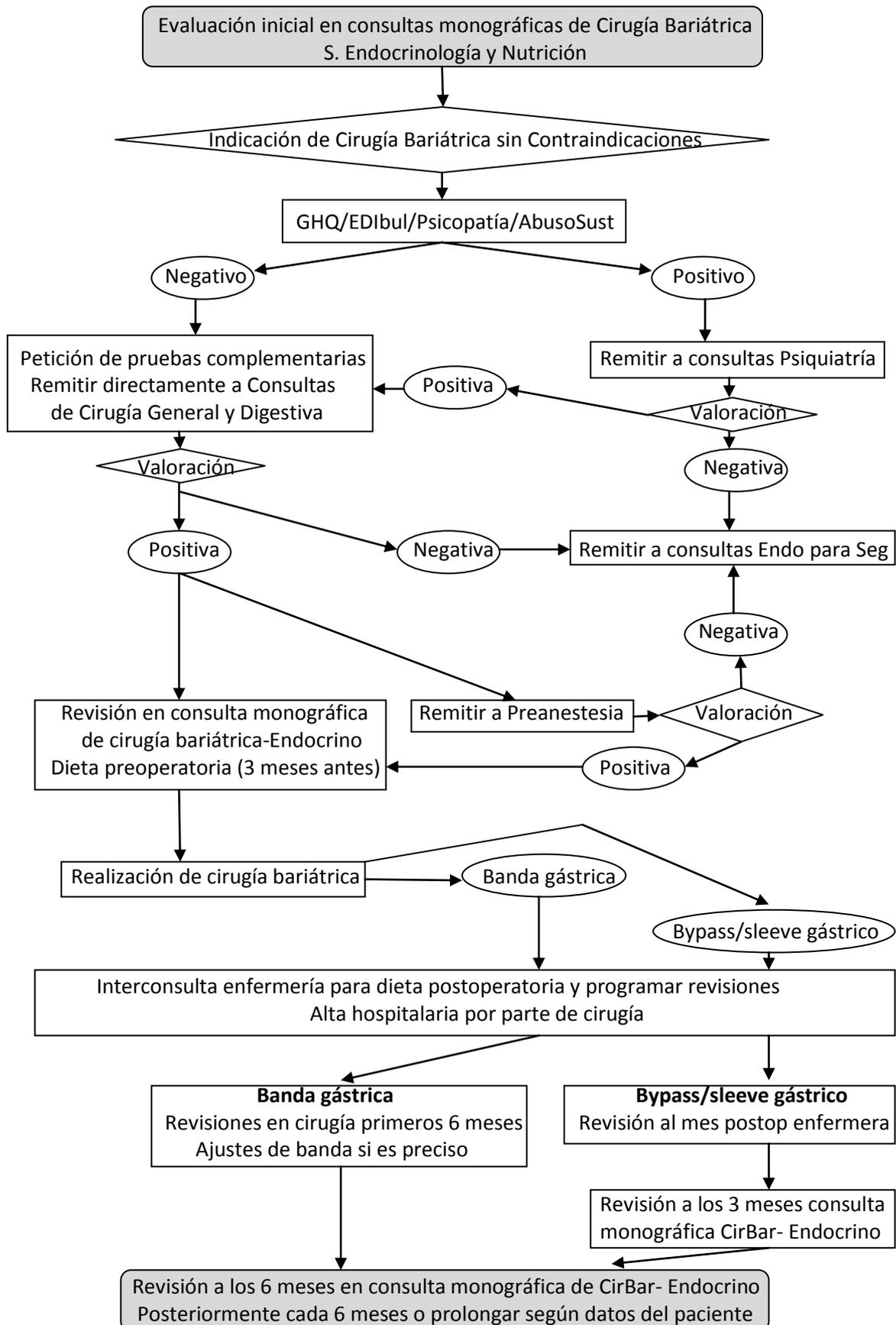
OTROS

**ANALÍTICA DESTACABLE**

**TRATAMIENTO PRESCRITO**

**ACTITUD**

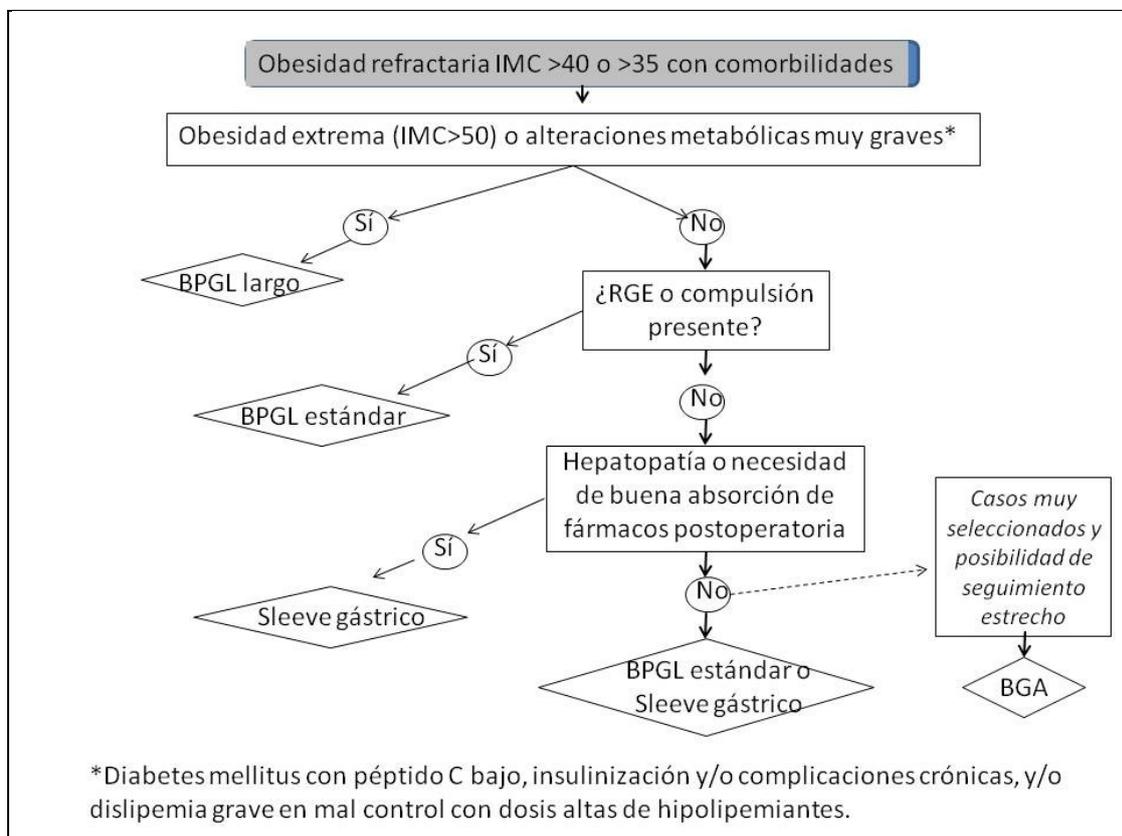
## ANEXO 6. FLUJO MÍNIMO DE PACIENTES



PREFERENCIAS POR LAS DISTINTAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS LAPAROSCÓPICAS	
<b>Bypass gástrico laparoscópico largo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obesidad supermórbida (IMC&gt;50)</li> <li>- Diabetes mellitus con péptido C bajo**, insulinización y/o complicaciones crónicas.</li> <li>- Dislipemia grave en mal control con dosis altas de hipolipemiantes.</li> </ul>
<b>Bypass gástrico laparoscópico estándar o Sleeve gástrico</b>	<p><u>Ambos plantear en:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obesidad IMC&gt;35</li> <li>- Diabetes mellitus con péptido C elevado, sin complicaciones crónicas o solo incipientes.</li> </ul> <p><u>Bypass en:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RGE presente de entrada.</li> </ul> <p><u>Sleeve en:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hepatopatía.</li> <li>- Psicopatía estable con antipsicóticos que requiere buena absorción de fármacos postop.</li> <li>- Otras enfermedades que precisen una buena absorción de fármacos (epilepsia, etc.).</li> </ul>
<b>Banda gástrica ajustable</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica más limitada en indicaciones en la actualidad por su eficacia menor a largo plazo comparada con las anteriores.</li> <li>- Obesidad IMC&lt;40, sin compulsión ni picoteo incontrolable y con buena capacidad de seguimiento estrecho.</li> </ul>

\*No claramente basadas en evidencia científica, pero sí en experiencia del centro

\*\*El péptido C menor de 1 ng/mL (o no respondedor a test de comida mixta) o la presencia de Acs anti-GAD o ICAs contraindica la Qx metabólica si persigue mejorar la diabetes.



## ANEXO 7. DIETAS DE USO PREOPERATORIO

### DIETA PRE CIRUGÍA BARIÁTRICA- 1400 KCAL

38 % Proteínas, 36 % Hidratos de Carbono, 26 % Grasas

#### Desayuno

Café o infusión, un vaso de leche desnatada, una rebanada de pan tostado, tipo biscote, y dos lonchas de jamón york o fiambre de pavo

#### Media Mañana

Un yogur desnatado, una pieza de fruta\*

#### Merienda

Una rebanada de pan tostado, tipo biscote, y una tarrina de queso fresco (80g), tipo Burgos, 0% grasa.

#### Comidas

1. Arroz blanco cocido (1 cucharón) con pollo (200g). Ensalada de lechuga, tomate, pepino. Una pieza de fruta\*
2. Patatas guisadas (1 cucharón y medio) con atún (200g) y pimiento. Una pieza de fruta\*
3. Lentejas cocidas (1 cucharón) con media zanahoria cocida. Pechuga de pavo a la plancha (200g). Una pieza de fruta\*
4. Patatas cocidas (medio cucharón) guisadas con bacalao fresco (200g), espinacas (un cuarto de plato) y un puñado pequeño de piñones. Una pieza de fruta\*
5. Arroz blanco cocido (1 cucharón) con una loncha de jamón serrano, conejo (250g), pimiento, cebolla, calabacín. Una pieza de fruta\*
6. Alcachofas (medio plato), trucha (300g). Una pieza de fruta\*
7. Pasta cocida (1 cucharón) con pollo (200g), brócoli, dos cucharadas soperas de salsa de soja. Una pieza de fruta\*
8. Menestra de verduras (un plato), filete de ternera a la plancha (150g) con pimientos. Una pieza de fruta\*
9. Cocido: sopa de fideos cocidos (medio cucharón), garbanzos cocidos (un cucharón), berza (medio plato), ternera (150g). Una pieza de fruta\*
10. Coliflor (un plato), merluza cocida o plancha (200g). Una pieza de fruta\*

## Cenas

1. Merluza (300g) con patata cocida (medio cucharón). Un pieza de fruta\*
2. Sopa de fideos cocidos (medio cucharón). Tortilla francesa (2 claras y una yema) con 3 lonchas de fiambre de pavo y 6 espárragos blancos. Una pieza de fruta\*
3. Pulpo (300g) con patata cocida (medio cucharón) y pimentón. Una pieza de fruta\*
4. Tortilla francesa (2 claras y una yema) con 2 porciones de queso desnatado. Ensalada de maíz (medio cucharón), guisantes (1 cucharón) y atún claro al natural (100g). Una pieza de fruta\*
5. Puré de calabacín (un plato hondo). Pechuga de pollo (200g) con 6 espárragos blancos. Una pieza de fruta\*
6. Rape (250g) con patata cocida (medio cucharón). Una pieza de fruta\*
7. Huevos rellenos. Dos claras cocidas y una yema cocida rellenas de palitos de cangrejo (100g) y salsa de tomate natural (2 cucharadas soperas). Una pieza de fruta\*
8. Mejillones al vapor (300g). Ensalada de lechuga, tomate, atún claro natural (50g), 6 espárragos blancos y 6 nueces. Una pieza de fruta\*
9. Menestra de verduras (medio plato). Pechuga de pavo (200g) con champiñones (medio plato). Una pieza de fruta\*
10. Puré de verdura (un plato hondo). Lenguado (250g). Una pieza de fruta\*

\*Fruta, a elegir entre: melón, mora, pomelo, sandía, arándanos, granada, grosella, guayaba, papaya, albaricoque, ciruela, frambuesa, fresa, fresón, limón, litchi, mandarina, melocotón, naranja, piña, kiwi, manzana, mora, pera.

- Los pesos de los alimentos son en crudo.
- El consumo de aceite de oliva virgen en todo el día es de 10ml (1 cucharada sobera)
- Para dar sabor a los platos puede utilizar especias y condimentos: Tomillo, romero y salvia, albahaca, laurel, hinojo, mejorana, anís, anís estrellado, menta, estragón, hierbaluisa, hierbabuena, melisa, orégano, azafrán, bergamota, caléndula, canela, cilantro, comino, eneldo, vinagre, limón...
- Bebidas: evitar el consumo de todos aquellos refrescos carbonatados azucarados (coca cola, refrescos de naranja, limón). Las bebidas "light" tienen menor aporte calórico que las mismas bebidas no light. El agua con o sin gas, las infusiones y el café, son una elección acertada. Desaconsejados los licores y bebidas alcohólicas.
- Utilice técnicas culinarias sencillas que no requieran la incorporación de grasas o aceites: plancha, horno, microondas, cocción al vapor, papillote ...

## **DIETA PRE CIRUGÍA BARIÁTRICA- 1700 KCAL**

39 % Proteínas, 35 % Hidratos de Carbono, 26 % Grasas

### **Desayuno**

Café o infusión, un vaso de leche desnatada, una rebanada de pan tostado, tipo biscote, y cuatro lonchas de jamón york o fiambre de pavo

### **Media Mañana**

Un yogur desnatado, una pieza de fruta\*

### **Merienda**

Una rebanada de pan tostado, tipo biscote, y una tarrina de queso fresco (80g), tipo Burgos, 0% grasa.

### **Comidas**

11. Arroz blanco cocido (2 cucharones) con pollo (250g). Ensalada de lechuga, tomate, pepino. Una pieza de fruta\*
12. Patatas guisadas (1 cucharón y medio) con atún (275g) y pimiento. Una pieza de fruta\*
13. Lentejas cocidas (2 cucharones) con media zanahoria cocida. Pechuga de pavo a la plancha (250g). Una pieza de fruta\*
14. Patatas (1 cucharón y medio) guisadas con bacalao fresco (350g), espinacas (un cuarto de plato) y piñones (30g). Una pieza de fruta\*
15. Arroz blanco cocido (2 cucharones) con una loncha de jamón serrano, conejo (300g), pimiento, cebolla, calabacín. Una pieza de fruta\*
16. Alcachofas (medio plato), trucha (350g). Una pieza de fruta\*
17. Pasta cocida (2 cucharones) con pollo (250g), brócoli, dos cucharadas soperas de salsa de soja. Una pieza de fruta\*
18. Menestra de verduras (un plato), filete de ternera a la plancha (250g) con pimientos. Una pieza de fruta\*
19. Cocido: sopa de fideos (medio cucharón), garbanzos cocidos (2 cucharones), berza (medio plato), ternera (200g), dos rodajas finas de chorizo. Una pieza de fruta\*
20. Coliflor (un plato) gratinada con queso (25g), merluza (300g) con arroz cocido (1 cucharón). Una pieza de fruta\*

## Cenas

11. Merluza (200g) con patata cocida (un cucharón y medio). Un pieza de fruta\*
12. Sopa de fideos cocidos (2 cucharones). Tortilla francesa (3 claras y una yema) con 3 lonchas de fiambre de pavo y 6 espárragos blancos. Una pieza de fruta\*
13. Pulpo (350g) con patata cocida (1 cucharón) y pimentón. Una pieza de fruta\*
14. Tortilla francesa (3 claras y una yema) con 2 porciones de queso desnatado. Ensalada de maíz (medio cucharón), guisantes (un cucharón) y atún claro al natural (100g). Una pieza de fruta\*
15. Puré de calabacín (un plato hondo). Pechuga de pollo (300g) con 6 espárragos blancos. Una pieza de fruta\*
16. Rape (350g) con patata cocida (medio cucharón). Una pieza de fruta\*
17. Sopa de fideos cocidos (2 cucharones). Huevos rellenos: 3 claras cocidas y una yema cocida rellenas de palitos de cangrejo (100g) y dos cucharadas soperas de tomate natural. Una pieza de fruta\*
18. Mejillones al vapor (350g). Ensalada de lechuga, tomate, atún claro natural (50g), 6 espárragos blancos y 7 nueces. Una pieza de fruta\*
19. Menestra de verduras (medio plato). Pechuga de pavo (250g) con champiñones (medio plato). Una pieza de fruta\*
20. Puré de verdura (un plato hondo). Lenguado (300g). Una pieza de fruta\*

\*Fruta, a elegir entre: melón, mora, pomelo, sandía, arándanos, granada, grosella, guayaba, papaya, albaricoque, ciruela, frambuesa, fresa, fresón, limón, litchi, mandarina, melocotón, naranja, piña, kiwi, manzana, mora, pera.

- Los pesos de los alimentos son en crudo.
- El consumo de aceite de oliva virgen en todo el día es de 10ml (1 cucharada soper)
- Para dar sabor a los platos puede utilizar especias y condimentos: Tomillo, romero y salvia, albahaca, laurel, hinojo, mejorana, anís, anís estrellado, menta, estragón, hierbaluisa, hierbabuena, melisa, orégano, azafrán, bergamota, caléndula, canela, cilantro, comino, eneldo, vinagre, limón...
- Bebidas: evitar el consumo de todos aquellos refrescos carbonatados azucarados (coca cola, refrescos de naranja, limón ). Las bebidas "light" tienen menor aporte calórico que las mismas bebidas no light. El agua con o sin gas, las infusiones y el café, son una elección acertada. Desaconsejados los licores y bebidas alcohólicas.
- Utilice técnicas culinarias sencillas que no requieran la incorporación de grasas o aceites: plancha, horno, microondas, cocción al vapor, papillote ...

## ANEXO 8. RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS

# LA ALIMENTACIÓN DESPUÉS DE LA CIRUGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD (BANDA GÁSTRICA) UNIDAD DE CIRUGÍA DE LA OBESIDAD

Estimada/o paciente:

Recientemente usted ha sido sometido a una intervención quirúrgica para el tratamiento de su obesidad. Como usted sabe, ésta es una de las decisiones más importantes de su vida, puesto que a partir de ahora se verá modificada en muchos aspectos.

El objetivo de la intervención es, lógicamente, conseguir que reduzca su peso de forma importante y duradera para prevenir, incluso revertir si ya las presenta, las consecuencias negativas que se derivan de la obesidad.

El factor más importante para que pueda alcanzar este objetivo es la forma en que usted se alimenta a partir de ahora. Debe entender que en el caso de la banda gástrica ajustable, la pauta alimentaria contribuye de forma muy relevante a la pérdida de peso. Podríamos decir que el éxito de la cirugía depende en un 50% de la intervención y en otro 50% de la dieta que siga en los meses posteriores a la cirugía, y en general a largo plazo, durante el resto de su vida, la dieta será el factor decisivo para el mantenimiento del peso perdido.

***Es muy importante, por tanto, que introduzca un cambio importante y duradero en sus hábitos alimentarios.*** La experiencia ha demostrado que los pacientes que han escuchado y seguido los consejos que se indican a continuación han tenido menos inconvenientes postoperatorios y la pérdida de peso ha sido más satisfactoria y sobre todo la dieta es fundamental para el mantenimiento del peso a más largo plazo. Recuerde que cuenta con el apoyo del equipo médico nutricional para ayudarle a superar las dificultades.

Las normas fundamentales que debe recordar y poner en práctica a partir de ahora son tres:

1. Comer PEQUEÑAS CANTIDADES en cada comida. Recuerde que su estómago ha sido reducido de tamaño. Si come cantidades excesivamente grandes, notará molestias gástricas y puede llegar a vomitar.
2. Comer A MENUDO. Dado que la cantidad de comida que puede tomar de una sola vez será pequeña, deberá efectuar frecuentes tomas de alimento al día. Las primeras semanas realizará 6 tomas al día; posteriormente podrá reducirse a 4-5. Deberá comer siempre de forma ordenada y respetando los horarios.
3. Comer DESPACIO. Debe comer con calma, sin estar distraído en otras cosas y descansando entre bocado y bocado. Es conveniente que la comida no dure menos de 30-45 minutos. Es muy importante triturar suficientemente los alimentos antes de tragarlos, por lo que se recomienda masticar 15-20 veces cada bocado. Por esta razón es esencial que su dentadura se encuentre en buen estado. Si no es así deberá usted repararla lo antes posible.

El cumplimiento de estas normas es muy importante en todos los casos, y sobre todo durante los primeros meses después de la cirugía.

La reanudación de la alimentación normal después de la cirugía se hará de forma progresiva, pasando por las siguientes etapas:

1. **Primera etapa: Dieta líquida.** Durante los 2-3 días posteriores a la intervención deberá seguir una dieta líquida exclusivamente. Esta dieta incluirá leche o yogur líquido, caldos vegetales o de carne, zumos e infusiones.
2. **Segunda etapa: Dieta triturada.** Pasados los primeros 2-3 días comenzará una dieta triturada. En esta fase, además de líquidos, podrá tomar purés elaborados con alimentos naturales triturados (legumbres, verduras, hortalizas, carne, pescado), frutas cocidas o al horno trituradas, o alimentos que tenga una consistencia semisólida. Si la tolerancia es buena esta fase durará aproximadamente 7 días. En caso contrario deberá prolongarse unos 7 días más.
3. **Tercera etapa: Dieta blanda.** Una vez finalizada la fase de dieta triturada comenzará a hacer una dieta blanda con alimentos de fácil digestión. Le ofrecemos a continuación una lista de los alimentos mejor tolerados:
  - Lácteos: leche, yogur, queso... preferentemente desnatados.
  - Fruta: cocida o asada, fruta fresca muy madura (sin pieles ni semillas).
  - Verdura: cocida y sin vainas, hilos o semillas.
  - Féculas: arroz caldoso, pasta (fideos), patata, sémola, legumbre. Pan tostado o duro (del día anterior), biscotes, galletas tipo María o cereales de desayuno.
  - Carnes: pollo, carne de ternera o buey picada, lomo de cerdo, hígado, jamón dulce, embutido de pollo o pavo
  - Pescado: marisco, pescado blanco o azul.
  - Huevos: huevo duro, en tortilla o pasado por agua.

En la última hoja encontrará un listado más amplio con los alimentos más adecuados y los menos aconsejados para esta etapa, así como las formas de cocinado más recomendables.

UNA VEZ QUE COMIENZE A TOMAR ALIMENTOS SÓLIDOS, NO DEBE MEZCLAR ÉSTOS CON LOS LÍQUIDOS, ES DECIR, DEBERÁ TOMAR EL AGUA FUERA DE LAS COMIDAS PRINCIPALES (MEDIA HORA ANTES O UNA HORA DESPUÉS).

4. **Cuarta etapa: Dieta libre.** Al cabo de 1 mes aproximadamente, usted estará en condiciones de comer de todo, aunque en poca cantidad. De forma progresiva deberá ir introduciendo en su dieta nuevos alimentos y nuevas formas de cocinado, aumentando la variedad poco a poco. Es posible que al principio no tolere bien algunos alimentos, lo que se reflejará por dolor, sensación de estar muy lleno o vómitos. Por ejemplo, es frecuente la intolerancia a los siguientes alimentos:
  - Carnes rojas en forma de bistec o entrecot (se suele tolerar bien, sin embargo, la carne roja picada, sobre todo si está guisada, por ejemplo, en albóndigas)
  - Carnes muy secas (algunas aves)
  - Carnes con mucha grasa, embutidos
  - Comidas fritas
  - Comidas muy condimentadas
  - Pan fresco (se tolera mejor el pan tostado o duro)

La tolerancia o no a los diversos alimentos dependerá en gran parte de su buena práctica. Recuerde que DEBE COMER CANTIDADES PEQUEÑAS Y SIN PRISAS, masticando adecuadamente. Si apareciera intolerancia a un alimento concreto debe esperar 1-2 semanas antes de volver a introducirlo en su dieta, siendo necesario a veces cambiar la forma de cocinarlo. Si a pesar de ello sigue sin tolerarlo, deberá eliminarlo de su dieta.

Aunque la cantidad de alimento necesaria para sentirse saciado se reducirá a causa de la intervención quirúrgica, la CLASE DE ALIMENTOS que ingiere dependerá de usted exclusivamente. Por ello debe procurar seguir una alimentación variada y equilibrada. Al igual que antes de la intervención, no debe tomar líquidos o alimentos con muchas calorías (bebidas alcohólicas, refrescos azucarados, chocolate, helados, dulces...) ya que a pesar de que puedan tolerarse bien, el abuso de los mismos impedirá una reducción adecuada de peso.

Vómitos que pueden aparecer después de la cirugía: muchas veces están causados por una mala práctica, como comer rápido, masticar poco, ingerir cantidades excesivas, tomar el agua con las comidas, tomar los líquidos rápidamente o tomar alimentos no recomendados. Si usted tiene vómitos, asegúrese de que está cumpliendo con todas las recomendaciones que se le han indicado. Si a pesar de ello los vómitos persisten, consulte con su equipo médico.

No lo olvide: PARA UN RESULTADO ÓPTIMO ES NECESARIA SU COLABORACIÓN.

A continuación le ofrecemos unos ejemplos de dieta líquida, dieta triturada y dieta blanda, que pueden servirle como guía.

#### EJEMPLO DE DIETA LÍQUIDA

<b>DESAYUNO</b> - 250 ml de leche desnatada (sola o con café descafeinado) - Té o infusión a voluntad	<b>MERIENDA</b> -Un vaso de zumo de fruta natural colado
<b>A MEDIA MAÑANA</b> - Un vaso de zumo de fruta natural colado	<b>CENA</b> - Igual a la comida
<b>COMIDA</b> - Un tazón de caldo vegetal, de pescado o de carne - Un vaso de leche desnatada (sola o con té) o de yogur líquido	<b>AL ACOSTARSE</b> - Un vaso de leche o de yogur líquido Agua: puede tomar la que desee, sola o en forma de infusión.

*Deberá mantener una dieta líquida durante al menos 2-3 días.*

**EJEMPLO DE DIETA TRITURADA.**

**EJEMPLO 1**

<b>DESAYUNO</b> - Un vaso de leche desnatada (sola o con té o café descafeinado) - Dos biscotes	<b>MERIENDA</b> - Un yogur líquido (preferentemente desnatado) o un vaso de leche desnatada - Dos galletas tipo Maria
<b>A MEDIA MAÑANA</b> - Uno o dos yogures naturales desnatados	<b>CENA</b> - Puré de patata con pescado - Compota de manzana
<b>COMIDA</b> - Puré de verduras, arroz y carne - Un zumo de fruta natural	<b>AL ACOSTARSE</b> - Un vaso de leche desnatada

**EJEMPLO 2**

<b>DESAYUNO</b> - Yogur natural desnatado - Dos galletas tipo Maria	<b>MERIENDA</b> - Leche desnatada con café o té - Uno o dos biscotes
<b>A MEDIA MAÑANA</b> - Un vaso de zumo de fruta natural - Dos galletas tipo María	<b>CENA</b> - Puré de pollo hervido con patatas y zanahorias - Compota de fruta (manzana, pera o melocotón)
<b>COMIDA</b> - Una taza de caldo vegetal - Puré de merluza con bechamel - Un yogur natural desnatado	<b>AL ACOSTARSE</b> - Un vaso de leche desnatada o un yogur líquido (preferentemente desnatado)

*Una vez finalizada la dieta líquida deberá seguir una dieta triturada durante al menos 7 días.*

**EJEMPLO DE DIETA BLANDA**

**EJEMPLO 1**

<p><b>DESAYUNO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un vaso de leche desnatada (sola o con café descafeinado)</li> <li>- Galletas tipo María</li> </ul>	<p><b>MERIENDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un yogur líquido (preferentemente desnatado) o un vaso de leche desnatada</li> </ul>
<p><b>A MEDIA 1v1AÑANA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una rebanada de pan del día anterior con poca miga</li> <li>- Una loncha de fiambre de pavo</li> </ul>	<p><b>CENA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pescado cocido con patatas y zanahorias cocidas</li> <li>- Una rebanada de pan tostado</li> <li>- Compota de manzana</li> </ul>
<p><b>COMIDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arroz cocido</li> <li>- Albóndigas</li> <li>- Un plátano maduro pequeño</li> <li>- Una rebanada de pan tostado</li> </ul>	<p><b>AL ACOSTARSE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un vaso de leche desnatada</li> </ul>

**EJEMPLO 2**

<p><b>DESAYUNO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Yogur natural desnatado</li> <li>- Una rebanada de pan tostado con un poco de aceite de oliva</li> </ul>	<p><b>MERIENDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uno o dos biscotes</li> <li>- Una loncha de queso fresco, preferentemente desnatado</li> </ul>
<p><b>A MEDIA MAÑANA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leche desnatada con café descafeinado</li> <li>- Galletas tipo María</li> </ul>	<p><b>CENA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verdura cocida</li> <li>- Una tortilla francesa de 1 huevo</li> <li>- Pera madura sin piel</li> <li>- Una rebanada de pan tostado</li> </ul>
<p><b>COMIDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sopa de pasta</li> <li>- Pollo cocido o al vapor</li> <li>- Manzana asada (sin tomar la piel)</li> <li>- Una rebanada de pan tostado</li> </ul>	<p><b>AL ACOSTARSE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un vaso de leche desnatada.</li> </ul>

*Una vez finalizada la dieta triturada deberá seguir una dieta blanda durante al menos 7-15 días.*

## LA ALIMENTACIÓN DESPUÉS DE LA CIRUGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD (BY PASS GÁSTRICO / SLEEVE) UNIDAD DE CIRUGÍA DE LA OBESIDAD

Estimada/o paciente:

Recientemente usted ha sido sometido a una intervención quirúrgica para el tratamiento de su obesidad. Como usted sabe, ésta es una de las decisiones más importantes de su vida, puesto que a partir de ahora se verá modificada en muchos aspectos.

El objetivo de la intervención es, lógicamente, conseguir que reduzca su peso de forma importante y duradera para prevenir, incluso revertir si ya las presenta, las consecuencias negativas que se derivan de la obesidad.

El factor más importante para que pueda alcanzar este objetivo es la forma en que usted se alimenta a partir de ahora. Debe entender que además de la cirugía, la pauta alimentaria contribuye a la pérdida de peso. Podríamos decir que el éxito de la cirugía depende en un 50% de la intervención y en otro 50% de la dieta que siga en los meses posteriores a la cirugía y en general durante el resto de su vida.

***Es muy importante, por tanto, que introduzca un cambio en sus hábitos alimentarios.*** La experiencia ha demostrado que los pacientes que han escuchado y seguido los consejos que se indican a continuación han tenido menos inconvenientes postoperatorios y la pérdida de peso ha sido más satisfactoria. Recuerde que cuenta con el apoyo del equipo médico nutricional para ayudarle a superar las dificultades.

Las normas fundamentales que debe recordar y poner en práctica a partir de ahora son tres:

4. Comer PEQUEÑAS CANTIDADES en cada comida. Recuerde que su estómago ha sido reducido de tamaño. Si come cantidades excesivamente grandes, notará molestias gástricas y puede llegar a vomitar.
5. Comer A MENUDO. Dado que la cantidad de comida que puede tomar de una sola vez será pequeña, deberá efectuar frecuentes tomas de alimento al día. Las primeras semanas realizará 6 tomas al día; posteriormente podrá reducirse a 4-5. Deberá comer siempre de forma ordenada y respetando los horarios.
6. Comer DESPACIO. Debe comer con calma, sin estar distraído en otras cosas y descansando entre bocado y bocado. Es conveniente que la comida no dure menos de 30-45 minutos. Es muy importante triturar suficientemente los alimentos antes de tragarlos, por lo que se recomienda masticar 15-20 veces cada bocado. Por esta razón es esencial que su dentadura se encuentre en buen estado. Si no es así deberá usted repararla lo antes posible.

El cumplimiento de estas normas es muy importante en todos los casos, y sobre todo durante los primeros meses después de la cirugía.

La reanudación de la alimentación normal después de la cirugía se hará de forma progresiva, pasando por las siguientes etapas:

5. **Primera etapa: Dieta líquida.** Durante los 3-5 días posteriores a la intervención y con el fin de proteger las suturas deberá seguir una dieta líquida exclusivamente. Esta dieta incluirá leche o yogur líquido, caldos vegetales o de carne, zumos e infusiones.
6. **Segunda etapa: Dieta triturada.** Pasados los primeros 3-5 días comenzará una dieta triturada. En esta fase, además de líquidos, podrá tomar purés elaborados con alimentos naturales triturados (legumbres, verduras, hortalizas, carne, pescado), frutas cocidas o al horno trituradas, o alimentos que tenga una consistencia semisólida. Si la tolerancia es buena esta fase durará aproximadamente 7 días. En caso contrario deberá prolongarse unos 7 días más.
7. **Tercera etapa: Dieta blanda.** Una vez finalizada la fase de dieta triturada comenzará a hacer una dieta blanda con alimentos de fácil digestión. Le ofrecemos a continuación una lista de los alimentos mejor tolerados:
  - Lácteos: leche, yogur, queso... preferentemente desnatados.
  - Fruta: cocida o asada, fruta fresca muy madura (sin pieles ni semillas).
  - Verdura: cocida y sin vainas, hilos o semillas.
  - Féculas: arroz caldoso, pasta (fideos), patata, sémola, legumbre. Pan tostado o duro (del día anterior), biscotes, galletas tipo María o cereales de desayuno.
  - Carnes: pollo, carne de ternera o buey picada, lomo de cerdo, hígado, jamón dulce, embutido de pollo o pavo
  - Pescado: marisco, pescado blanco o azul.
  - Huevos: huevo duro, en tortilla o pasado por agua.En la última hoja encontrará un listado más amplio con los alimentos más adecuados y los menos aconsejados para esta etapa, así como las formas de cocinado más recomendables. *Una vez que comience a tomar alimentos sólidos, no debe mezclar éstos con los líquidos, es decir, deberá tomar el agua fuera de las comidas principales (media hora antes o una hora después).*
8. **Cuarta etapa: Dieta libre.** Al cabo de 1-1,5 meses, usted estará en condiciones de comer de todo, aunque en poca cantidad. De forma progresiva deberá ir introduciendo en su dieta nuevos alimentos y nuevas formas de cocinado, aumentando la variedad poco a poco. Es posible que al principio no tolere bien algunos alimentos, lo que se reflejará por dolor, sensación de estar muy lleno o vómitos. Por ejemplo, es frecuente la intolerancia a los siguientes alimentos:
  - Carnes rojas en forma de bistec o entrecot (se suele tolerar bien, sin embargo, la carne roja picada, sobre todo si está guisada, por ejemplo, en albóndigas)
  - Carnes muy secas (algunas aves)
  - Carnes con mucha grasa, embutidos
  - Comidas fritas
  - Comidas muy condimentadas
  - Pan fresco (se tolera mejor el pan tostado o duro)

La tolerancia o no a los diversos alimentos dependerá en gran parte de su buena práctica. Recuerde que **DEBE COMER CANTIDADES PEQUEÑAS Y SIN PRISAS**, masticando adecuadamente. Si apareciera intolerancia a un alimento concreto debe esperar 1-2 semanas antes de volver a introducirlo en su dieta, siendo necesario a veces cambiar la forma de cocinarlo. Si a pesar de ello sigue sin tolerarlo, deberá eliminarlo de su dieta.

Aunque la cantidad de alimento necesaria para sentirse saciado se reducirá a causa de la intervención quirúrgica, la **CLASE DE ALIMENTOS** que ingiere dependerá de usted exclusivamente. Por ello debe procurar seguir una alimentación variada y equilibrada.

Al igual que antes de la intervención, no debe tomar líquidas o alimentos con muchas calorías (bebidas alcohólicas, refrescos azucarados, chocolate, helados, dulces...) ya que a pesar de que puedan tolerarse bien, *el abuso de los mismos impedirá una reducción adecuada de peso, en el caso del alcohol puede dañar su hígado de forma importante, y en el caso de los dulces producir alteraciones en sus niveles de glucosa en sangre (incluso hipoglucemias).*

Problemas que pueden aparecer después de la cirugía

1. **Vómitos:** muchas veces están causados por una mala práctica, como comer rápido, masticar poco, ingerir cantidades excesivas, tomar el agua con las comidas, tomar los líquidos rápidamente o tomar alimentos no recomendados. Si usted tiene vómitos, asegúrese de que está cumpliendo con todas las recomendaciones que se le han indicado. Si a pesar de ello los vómitos persisten, consulte con su equipo médico.
2. **Síndrome de Dumping:** consiste en la aparición de malestar, debilidad, mareo o sudoración durante o poco tiempo después de las comidas, especialmente si son ricas en azúcares sencillos (dulces, frutas). Si nota usted estos síntomas, ponga especial cuidado en fraccionar la dieta (comer poca cantidad y a menudo), no tomar azúcares sencillos en cantidad excesiva, y tomar el agua fuera de las comidas (media hora antes o una hora después). A veces es necesario tumbarse durante unos 30 minutos al finalizar la comida.
3. **Diarrea:** si la intervención que se le ha practicado es un by-pass gástrico, puede ser normal un aumento en el número de deposiciones, generalmente entre 2 y 3 al día. Si usted tiene un número de deposiciones muy superior repase su dieta, dado que a menudo la causa es una ingesta elevada, especialmente de grasas. Si efectúa su dieta correctamente y a pesar de ello presenta un número de deposiciones muy elevado, consulte a su médico.
4. **Reflujo gastroesofágico:** si la intervención que se le ha practicado es un sleeve o gastrectomía tubular, puede aparecer la sensación de acidez y quemazón que sube desde el estómago a la boca. En este caso debe insistir en fraccionar la dieta, comiendo pequeñas cantidades más frecuentemente y mantenerse erguido al menos una hora después de las comidas. Si persistieran estos síntomas, consulte a su médico.

No lo olvide: PARA UN RESULTADO ÓPTIMO ES NECESARIA SU COLABORACIÓN.

A continuación le ofrecemos unos ejemplos de dieta líquida, dieta triturada y dieta blanda, que pueden servirle como guía para las próximas semanas. Se le indica además el tiempo aproximado que debe mantener cada una de ellas.

**EJEMPLO DE DIETA LÍQUIDA**

<p><b>DESAYUNO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 250 ml de leche desnatada (sola o con café descafeinado)</li> <li>- Té o infusión a voluntad</li> </ul>	<p><b>MERIENDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Un vaso de zumo de fruta natural colado</li> </ul>
<p><b>A MEDIA MAÑANA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un vaso de zumo de fruta natural colado</li> </ul>	<p><b>CENA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Igual a la comida</li> </ul>
<p><b>COMIDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un tazón de caldo vegetal, de pescado o de carne</li> <li>- Un vaso de leche desnatada (sola o con té) o de yogur líquido</li> </ul>	<p><b>AL ACOSTARSE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un vaso de leche o de yogur líquido</li> <li>Agua: puede tomar la que desee, sola o en forma de infusión.</li> </ul>

*Deberá mantener una dieta líquida durante al menos 3-5 días.*

**EJEMPLO DE DIETA TRITURADA.**

**EJEMPLO 1**

<p><b>DESAYUNO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un vaso de leche desnatada (sola o con té o café descafeinado)</li> <li>- Dos biscotes</li> </ul>	<p><b>MERIENDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un yogur líquido (preferentemente desnatado) o un vaso de leche desnatada</li> <li>- Dos galletas tipo Maria</li> </ul>
<p><b>A MEDIA MAÑANA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uno o dos yogures naturales desnatados</li> </ul>	<p><b>CENA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Puré de patata con pescado</li> <li>- Compota de manzana</li> </ul>
<p><b>COMIDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Puré de verduras, arroz y carne</li> <li>- Un zumo de fruta natural</li> </ul>	<p><b>AL ACOSTARSE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un vaso de leche desnatada</li> </ul>

**EJEMPLO 2**

<p><b>DESAYUNO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Yogur natural desnatado</li> <li>- Dos galletas tipo Maria</li> </ul>	<p><b>MERIENDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leche desnatada con café o té</li> <li>- Uno o dos biscotes</li> </ul>
<p><b>A MEDIA MAÑANA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un vaso de zumo de fruta natural</li> <li>- Dos galletas tipo María</li> </ul>	<p><b>CENA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Puré de pollo hervido con patatas y zanahorias</li> <li>- Compota de fruta (manzana, pera o melocotón)</li> </ul>
<p><b>COMIDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una taza de caldo vegetal</li> <li>- Puré de merluza con bechamel</li> <li>- Un yogur natural desnatado</li> </ul>	<p><b>AL ACOSTARSE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un vaso de leche desnatada o un yogur líquido (preferentemente desnatado)</li> </ul>

*Una vez finalizada la dieta líquida deberá seguir una dieta triturada durante al menos 7 días.*

### EJEMPLO DE DIETA BLANDA

#### EJEMPLO 1

<b>DESAYUNO</b> - Un vaso de leche desnatada (sola o con café descafeinado) - Galletas tipo Maria	<b>MERIENDA</b> - Un yogur líquido (preferentemente desnatado) o un vaso de leche desnatada
<b>A MEDIA 1v1AÑANA</b> - Una rebanada de pan del día anterior con poca miga - Una loncha de fiambre de pavo	<b>CENA</b> - Pescado cocido con patatas y zanahorias cocidas - Una rebanada de pan tostado - Compota de manzana
<b>COMIDA</b> - Arroz cocido - Albóndigas - Un plátano maduro pequeño - Una rebanada de pan tostado	<b>AL ACOSTARSE</b> - Un vaso de leche desnatada

#### EJEMPLO 2

<b>DESAYUNO</b> - Yogur natural desnatado - Una rebanada de pan tostado con un poco de aceite de oliva	<b>MERIENDA</b> - Uno o dos biscotes - Una loncha de queso fresco, preferentemente desnatado
<b>A MEDIA MAÑANA</b> - Leche desnatada con café descafeinado - Galletas tipo María	<b>CENA</b> - Verdura cocida - Una tortilla francesa de 1 huevo - Pera madura sin piel - Una rebanada de pan tostado
<b>COMIDA</b> - Sopa de pasta - Pollo cocido o al vapor - Manzana asada (sin tomar la piel) - Una rebanada de pan tostado	<b>AL ACOSTARSE</b> - Un vaso de leche desnatada.

*Una vez finalizada la dieta triturada deberá seguir una dieta blanda durante al menos 10-14 días.*