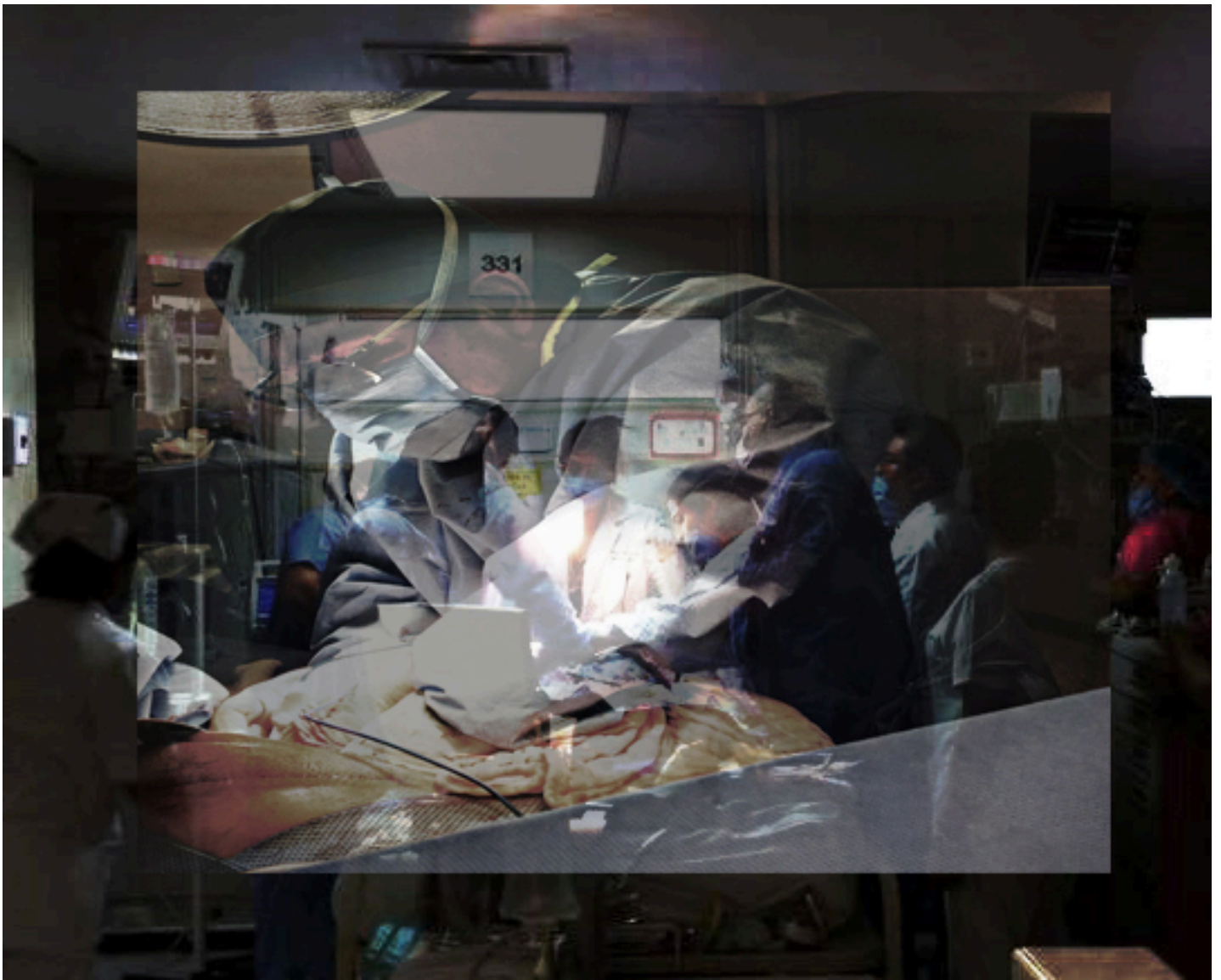




CIRUGÍA DE OBESIDAD

Manual para el paciente

"Una locura es hacer la misma cosa una y otra vez, esperando obtener resultados diferentes. Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo."

- Albert Einstein

INTRODUCCIÓN

El siguiente manual tiene como principales objetivos brindarle al paciente la mayor información posible, explicada en una forma sencilla y fácil de entender, sobre la obesidad como enfermedad y los riesgos por padecerla, su tratamiento quirúrgico y los cambios que involucra (anatómicos, fisiológicos, alimenticios, conductuales, sociales, entre otros), el proceso de preparación y recomendaciones previas a dicho evento. Además, permite facilitar los trámites administrativos a su llegada al hospital y que su experiencia sea lo más placentera posible.

No pretende ser un libro de medicina. Es una guía para el viaje que la persona realiza a su nueva vida. La información que compartimos fue obtenida en la literatura médica con bases científicas. Recuerda: siempre estaremos juntos en todo el camino, no te dejaremos solo.

La Epidemia del Siglo

La Obesidad constituye un problema de salud mayor, con serias consecuencias económicas y sociales a nivel mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha convertido en una epidemia mundial, afectando a más personas que el hambre. La prevalencia mundial se ha multiplicado a más del doble desde 1980 hasta la fecha, en donde más de 1,900 millones de adultos de 18 o más años tienen sobrepeso (39%), de los cuales, más de 600 millones son obesos (13%). La obesidad infantil es un problema serio, en donde más de 42 millones de niños menores de cinco años de edad tienen sobrepeso. A futuro hay que tener en cuenta que el 80% de los niños que sufren obesidad tienen el riesgo de ser obesos en la etapa adulta.



“El sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones que la desnutrición.”

MÉXICO PRIMER LUGAR A NIVEL MUNDIAL

Considerando las estadísticas mostradas por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en el 2016, el 72.5% de la población adulta tiene sobrepeso u obesidad lo que equivale a más de 50 millones de personas, lo que nos coloca en el primer lugar a nivel mundial en prevalencia de esta terrible enfermedad.



Definición y Clasificación

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula y se clasifica de la siguiente manera:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (en kilogramos)}}{\text{Talla (en metros)}^2}$$

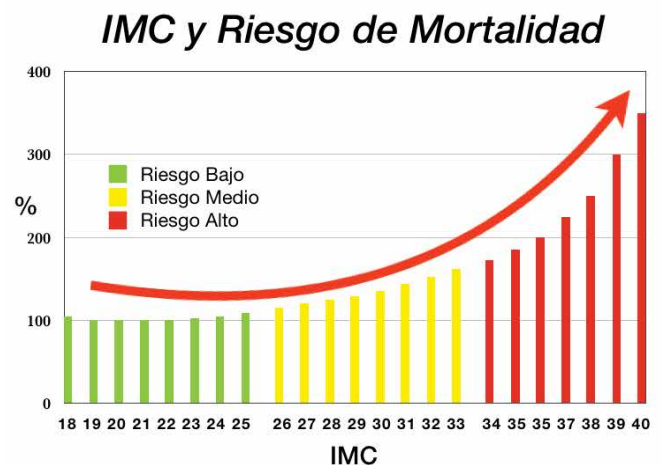
Clasificación del peso

Estado	Índice Masa Corporal
Peso Bajo	<18.5
Peso Sano	18.5 – 24.9
Sobrepeso	25 – 29.9
Obesidad Clase I	30 – 34.9
Obesidad Clase II	35 – 39.9
Obesidad Clase III	≥ 40
Súper Obeso	50-59.9
Súper Súper Obeso	60-69.9
Mega Obeso	>70

Índice Masa Corporal en kg/m²

La Obesidad nos preocupa porque los hombres y mujeres de cualquier grupo de edad tienen mayor riesgo de muerte prematura.

La expectativa de vida de un paciente con obesidad severa se encuentra reducida en un aproximado de 5 a 20 años. Entre mayor sea el IMC, mayor es el riesgo.



“La obesidad se ha convertido como la segunda causa de muerte prevenible después del tabaquismo”.



El Por qué... ?

Asumimos que las personas que tienen problemas con su peso corporal comen más y a la vez queman menos calorías por no realizar ejercicio, por ser sedentarios. Planteamos en un inicio que el peso corporal está determinado por una fórmula muy sencilla: si el número de calorías a través de lo que comemos es igual al número de calorías que gastamos, entonces el peso se mantiene equilibrado; si el número de calorías ingeridas es mayor se gana peso y si quemamos más de lo que consumimos entonces perdemos peso (la llamada ecuación del balance energético).

Si esto fuera tan sencillo, su solución sería muy simple: comer menos y hacer más ejercicio; pero el problema va más allá: En nuestro cerebro, específicamente en una área llamada hipotálamo, se encuentra un complejo sistema que regula en forma muy precisa la ingesta y el gasto de energía, para mantener un equilibrio en lo que se refiere a la cantidad de energía almacenada (teoría de punto de ajuste o equilibrio de la grasa corporal). Es algo que no podemos modificar conscientemente.



"Si todo fuera dejar de comer y hacer ejercicio:

¡No habría problemas en el mundo!"



Trata de realizar el siguiente ejercicio

Respirando en forma consciente, inhala y exhala 20 veces en un minuto (fácil verdad). Ahora, hazlo durante todo el día: **¡Imposible!** Esto es lo que pasa cuando una persona quiere mantener conscientemente su peso corporal.



Para entenderlo mejor, imagínate que funciona como un termostato, que mantiene la temperatura en una habitación en un parámetro determinado (si baja la temperatura se activa la calefacción para llegar a la temperatura establecida y visceversa cuando la temperatura sube, activando el aire acondicionado).

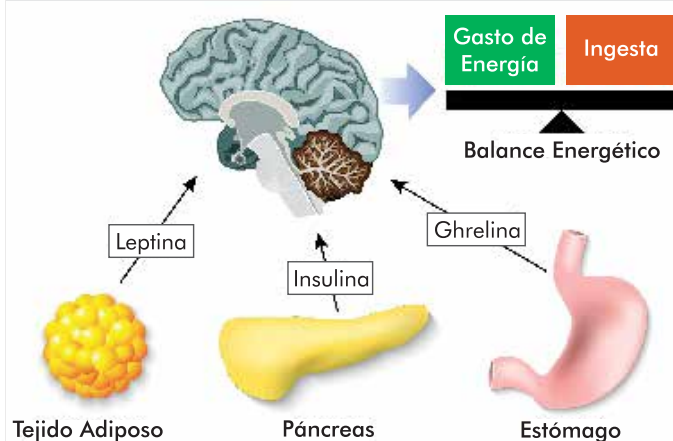


El balance de energía de nuestro cuerpo no es algo que se pueda controlar voluntariamente, tan fácil como hacemos con el termostato al fijar una temperatura deseada.



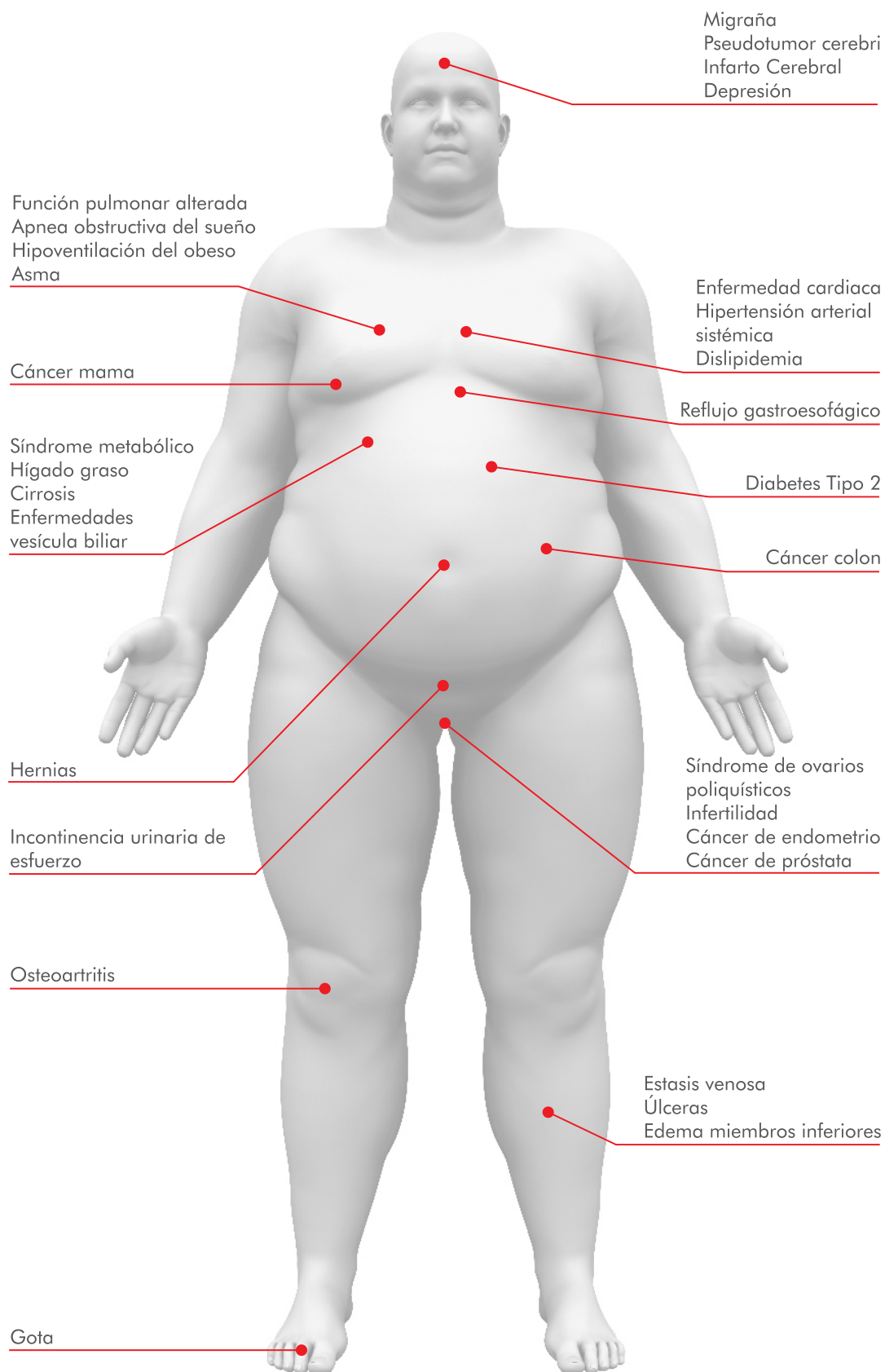
“La obesidad no es una elección al estilo de vida, no se da por falta de fuerza de voluntad. Es una respuesta biológica que involucra una gran cantidad de factores”.

Para cumplir con este equilibrio, nuestro cerebro necesita diferentes señales en forma de hormonas provenientes de diferentes aparatos y sistemas de nuestro cuerpo (como la misma grasa, hígado, músculos, aparato digestivo, etc).



¡La obesidad es una enfermedad y no una condición!

Enfermedades asociadas a la Obesidad



El Para qué...?

La obesidad es una enfermedad crónica degenerativa que predispone a una gran variedad de enfermedades que ponen en riesgo la salud y la vida de quien la padece.

El fin del tratamiento es mejorar la calidad y la esperanza de vida de los pacientes.

Es por salud y no por estética, pero como dice la Biblia: lo demás llegará por añadidura.

Sabías que...

Se ha comprobado que con la pérdida del 10% de peso corporal, disminuyen los niveles de azúcar en sangre, la presión arterial, colesterol, triglicéridos, mejora la función cardiopulmonar, etc.

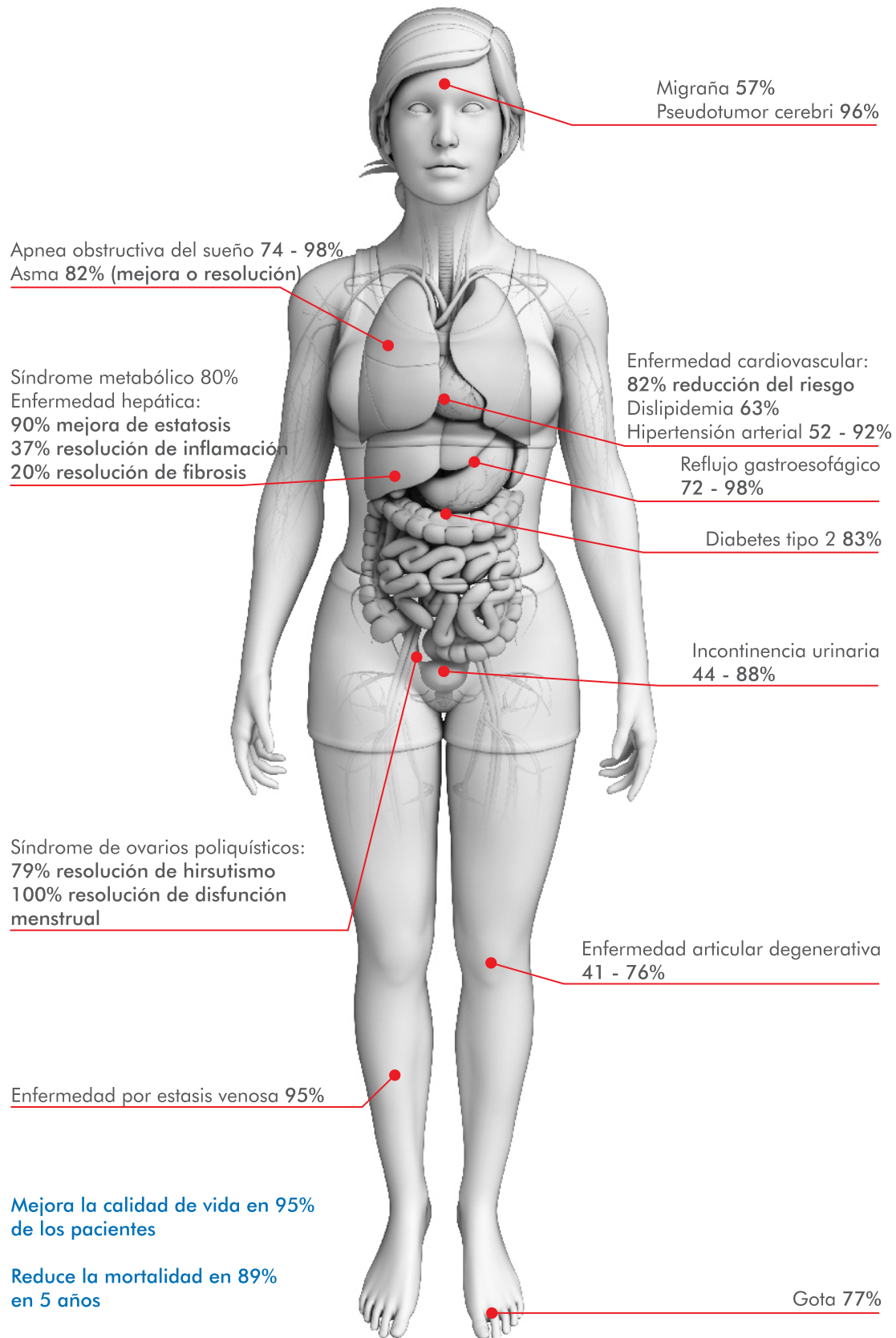
“Existe un gran beneficio en tu salud al bajar de peso”

Por lo tanto, el principal objetivo es la remisión o mejora de las enfermedades asociadas al problema de peso.

Análisis de Riesgos por Índice de Masa Corporal

	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
<i>Muerte (Todas las Causas) Comparación con IMC <19</i>			60%		110%			120%		
<i>Muerte por Enfermedad Cardíaca</i>			210%		360%			480%		
<i>Muerte por Cáncer Comparado con IMC <19</i>			80%					110%		
<i>Diabetes mellitus Tipo 2 Comparado con IMC 22-23</i>			1,480%		2,660%		3,930%		5,300%	
<i>Hipertensión Arterial Sistémica Comparado con IMC 23</i>		180%			260%			350%		
<i>Artritis Degenerativa Comparado con IMC <25</i>							400%			
<i>Piedras en la Vesícula Biliar Comparado con IMC <24</i>			150%				270%			

Resolución/Mejora de Enfermedades Asociadas



El Cómo...?

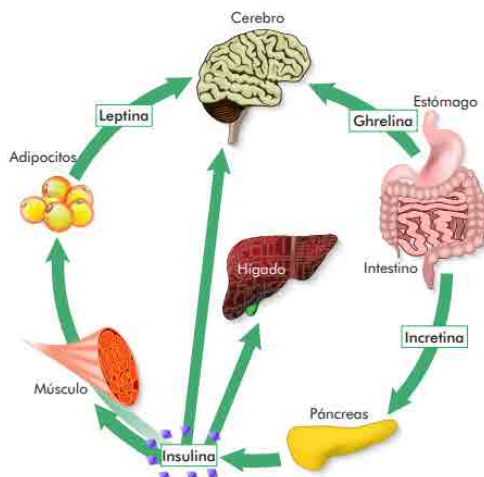
La Cirugía Bariátrica (del griego baros que significa peso) es una herramienta revolucionaria y poderosa para ayudar a las personas a perder peso y tomar el control de sus vidas.



Con esta nueva anatomía gastrointestinal, existe un cambio de algunas hormonas intestinales que producen disminución en la sensación de hambre y apetito, aumenta la sensación de saciedad, lo que lleva a la disminución en el deseo y frecuencia de comer.

“Gracias a estas respuestas hormonales se ha demostrado que aumenta la pérdida de peso al mantener o mejorar el gasto de energía (quema de calorías)”

La Cirugía de Obesidad (Bariátrica) funciona al realizar una modificación en el tracto gastrointestinal (estómago y sistema digestivo) apareciendo diferentes respuestas fisiológicas en el cuerpo que dan lugar a un cambio en el balance de energía y en el metabolismo de la grasa.



Anteriormente pensábamos que la cirugía de obesidad funcionaba por restringir la ingesta de alimento y en algunos tipos, disminuir la absorción de nutrimentos. Va mucho más allá que esto... ¡ES FISIOLÓGICO!: permite que nuestro cuerpo mande las señales adecuadas a nuestro cerebro y con esto determinar cuanta energía almacenada (en forma de grasa) tenemos.

Mitos y realidades de la Cirugía de Obesidad

En un inicio los pacientes se sienten confundidos, escuchan historias de personas que se hicieron la cirugía y créeme todo tipo de historias: que si no bajó de peso, que si después de los años volvió a recuperarlo, que si se complicó, en fin, muchos comentarios que son negativos.



La Cirugía Bariátrica data desde los años 50's, época en que se utilizaban técnicas diferentes a las que tenemos hoy en día, muchas de ellas experimentales (no se sabía el mecanismo por el cual actuaban).

Se operaban pacientes con un riesgo médico muy alto: con un exceso de peso extraordinario y múltiples enfermedades causadas por su obesidad extrema. Los procedimientos se hacían en forma convencional (por llamarle de alguna manera al tipo de abordaje “abierto”) con grandes incisiones, con mayor riesgo a complicaciones.

“Actualmente, el riesgo de una complicación mayor en Cirugía Bariátrica es menor al 2%”.



Técnicas quirúrgicas bariátricas en la actualidad

Han mostrado seguridad y eficacia. Se han ido estandarizando, comprobando al pasar de los años que es la herramienta más eficaz no solamente para perder el exceso de peso, sino también para mantener esa pérdida a lo largo del tiempo.



Al pasar de los años, se fueron descubriendo diferentes factores: anatómicos, fisiopatológicos, metabólicos y bioquímicos, hasta entender que la obesidad es una enfermedad, con múltiples causas y que nuestro cuerpo está diseñado para mantener o subir de peso, no para bajar y con esto, proteger a la raza humana de la extinción.



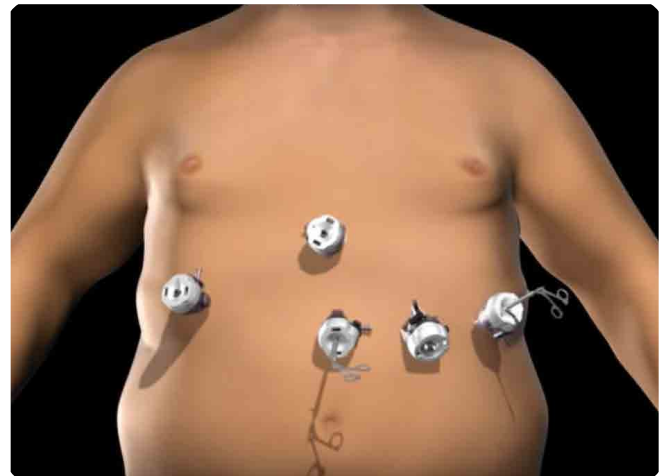
Existen diferencias entre los tipos de procedimientos empleados hoy en día, en términos de técnica, función y cambios posteriores tanto en el ámbito médico como psicosocial y nutricional.

Para determinar que tipo de procedimiento es mejor para el paciente tomamos en cuenta diferentes factores como son:

Enfermedades relacionadas, preferencias de alimentación, la decisión del paciente, entre otros.

“Con el advenimiento de la tecnología contamos con diferentes aparatos para hacer una cirugía menos invasiva” .

La Cirugía por laparoscopia es un tipo de abordaje en donde se realizan incisiones de menor tamaño, disminuyendo el trauma quirúrgico, permitiendo una recuperación más rápida, menor dolor y con menos riesgo de complicaciones.

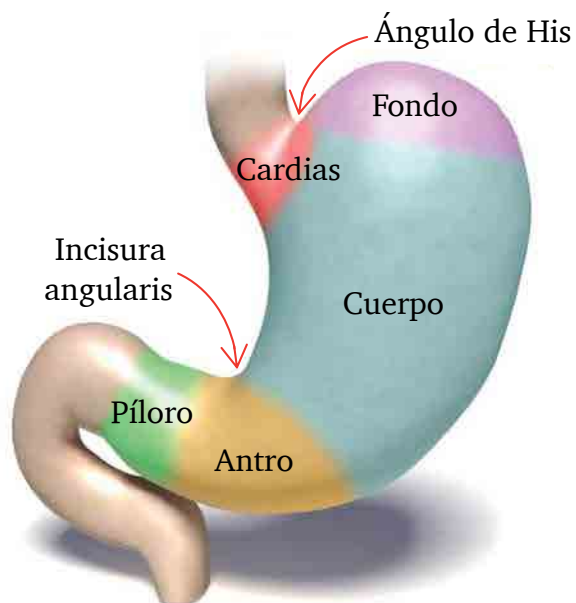
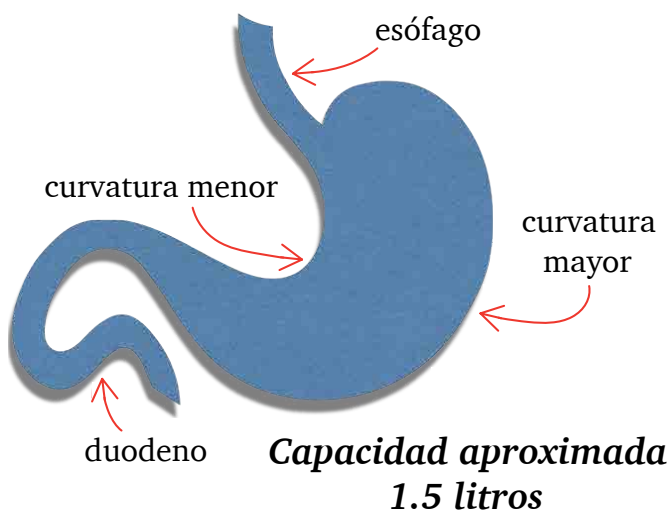


“Las Cirugías de Obesidad comparten el objetivo de proveer el mantenimiento de la pérdida de peso a lo largo del tiempo”

Conoce tu Estómago

El estómago es un órgano extraordinario, forma parte del tubo digestivo y tiene funciones digestivas, nutricionales y hormonales.

Se encuentra situado en la parte superior izquierda de tu abdomen. Está constituido por diferentes partes que se muestran en el siguiente esquema:



Obtiene sangre oxigenada gracias a 5 arterias principales. Tiene un amplio drenaje venoso y linfático, así como una rica red nerviosa. Algunas de sus funciones son:

- Almacena los alimentos
- Movimientos de mezcla y producción de sustancias para facilitar la digestión (ej: ácido clorhídrico) y absorción de los nutrientes ingeridos.
- Secreción de hormonas, como por ejemplo la Ghrelina, que viaja al cerebro para estimular la sensación de hambre.



Manga Gástrica

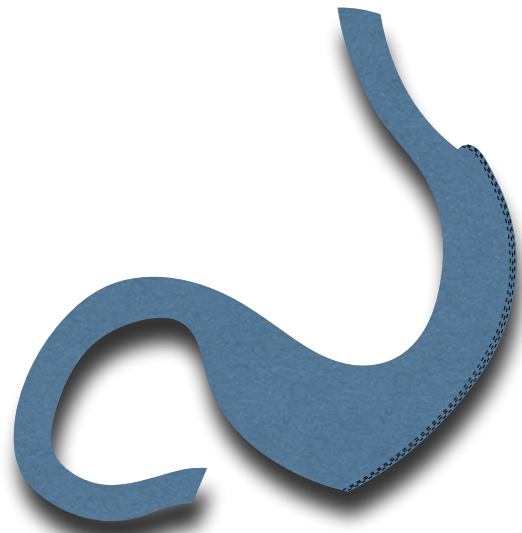
La Gastrectomía Vertical Tubular o en Manga involucra quitar una parte del estómago (70 a 80%), por lo que es no reversible.

Anteriormente se pensaba que solo tenía un efecto restrictivo, lo que quiere decir que disminuye el tamaño del estómago para que tenga menor capacidad y con esto, disminuir la cantidad de alimento que la persona ingiere. Sin embargo, ahora se sabe que también tiene un mecanismo hormonal.

En el fondo gástrico se produce una hormona llamada Ghrelina, que se encarga de llevar al cerebro (hipotálamo) la señal para producir la sensación de hambre”.

Al quitar esta parte del estómago, baja significativamente la producción de esta hormona, ayudando así al paciente a disminuir esta sensación.

Se crea un tubo gástrico con una capacidad aproximada de 150 a 200 ml, de ahí su nombre de manga gástrica, dejando la parte menos flexible del estómago. Al final, el estómago reseca se extrae por una de las heridas.



Capacidad aproximada 150 - 200 m

Se introduce una sonda (desde la boca hasta la luz del estómago) para poder “calibrar” y así, calcular la cantidad que se queda y la que se va a retirar. Con la sonda colocada, se realiza el engrapado y corte del estómago (casi en forma vertical). Posteriormente se refuerza la zona de corte (línea de grapas) con sutura.



Bypass Gástrico

También llamada Derivación gastroyeyunal en Y de Roux. En ésta, se conecta en forma “diferente” el aparato digestivo para poder realizar un puente (bypass) y con esto, evitar la entrada del alimento a gran parte del estómago y a la primera y parte de la segunda porción del intestino delgado (llamados duodeno y yeyuno respectivamente).

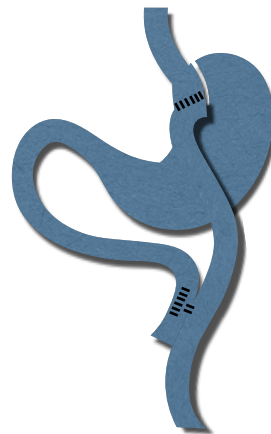
Anteriormente se pensaba que el efecto de esta cirugía comprendía solo limitar la cantidad de alimento que la persona come y disminuir su absorción (restricción y mala absorción, llamada cirugía de acción mixta) ¡Pero no es solo esto!.

Una de sus principales acciones es de tipo hormonal o efecto metabólico (cirugía metabólica). La respuesta se observa en los primeros días después de la cirugía, momento en que el paciente aún no ha perdido peso.

En el aparato digestivo se producen una serie de hormonas con distintos efectos en diferentes partes de nuestro cuerpo. Se ha comprobado que algunas de estas hormonas (que se producen con la estimulación del paso de alimento en la primera parte del aparato digestivo) pueden causar efectos negativos como la resistencia a la insulina.



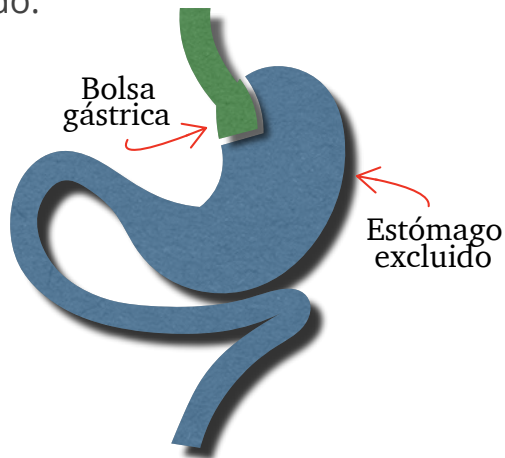
A su vez, la estimulación en forma “temprana” de la parte distal del intestino delgado por el paso de alimento, favorece la producción de hormonas con efecto positivo para el funcionamiento de diferentes componentes en nuestro cuerpo.



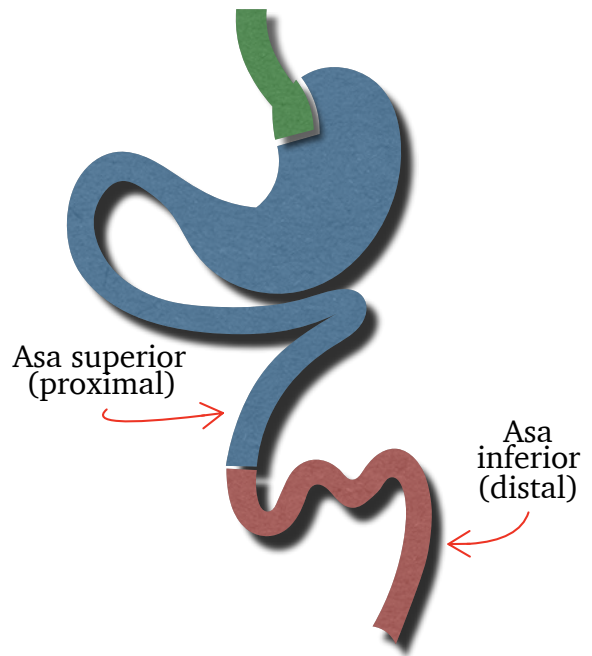
Bypass gástrico paso a paso

Sección del estómago en su parte superior con una engrapadora quirúrgica (engrapa y corta al mismo tiempo), creando una pequeña bolsa gástrica o “nuevo estómago” con un volumen aproximado de 30 a 40 ml.

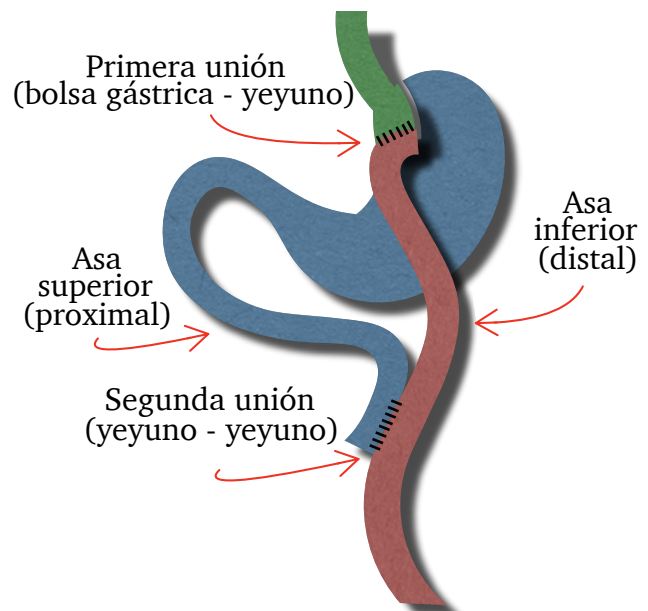
El resto del estómago se queda en su lugar al cual le llamaremos estómago excluido.



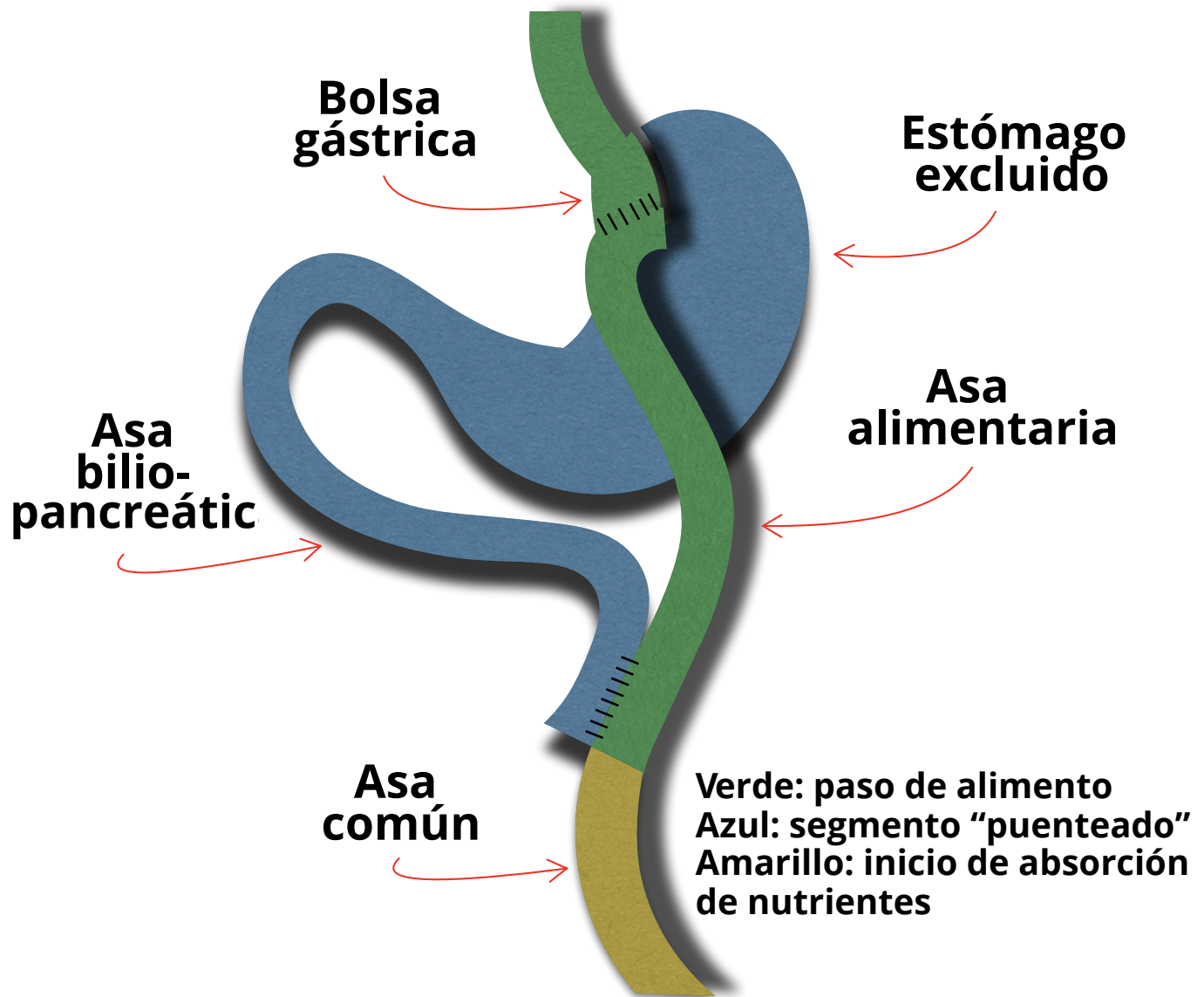
Localización del intestino delgado llamado yeyuno, a una distancia aproximada de 150 cm de su unión con el duodeno. A este nivel se engrapa y corta, teniendo como resultado 2 partes o segmentos: superior e inferior (también llamados proximal y distal).



Se crea la primera unión (anastomosis) entre el nuevo estómago y la parte inferior (distal). A esta unión le llamamos anastomosis gastro-yeyunal. Se realiza la segunda unión (anastomosis) para unir de nuevo el intestino: a una distancia de 75 a 100 cm de la unión gastro-yeyunal, uniendo el segmento superior o proximal con el segmento inferior o distal.



Con la nueva configuración se crean nuevos “espacios” en la parte del intestino por donde viajan los vasos sanguíneos (mesenterio). Estos se cierran con sutura quirúrgica para evitar en un futuro la formación de hernias internas.



Téngalo en cuenta

La gran mayoría de las vitaminas y minerales (micronutrientes) se absorben en la primera parte del intestino delgado, por lo que al excluir el paso de alimento por este segmento, existe la necesidad de suplementarlos (con especial atención al calcio y hierro).



Los pacientes que van a cirugía tienen que cumplir con una preparación en el ámbito médico, nutricional y psicológico. La valoración preoperatoria tiene como fin, establecer que los diferentes aparatos y sistemas corporales se encuentren en óptimas condiciones para el procedimiento.

Dependiendo de las enfermedades asociadas, se ordenan estudios de laboratorio y gabinete, ajuste de medicamentos y/o estudios especiales (ej: endoscopia, ultrasonido, etc).



La preparación nutricional es con el objetivo de mejorar el estado nutricional del paciente.

Se indica una dieta de bajas calorías durante un lapso de por lo menos 2 semanas para disminuir el tamaño del hígado y la grasa intra-abdominal con el fin de que la cirugía (técnicamente hablando) sea “más sencilla”.

Se suplementan vitaminas, minerales y omega 3.

“Muchos de los pacientes con obesidad sufre de desnutrición protéica y deficiencia de algunas vitaminas”.

En el ámbito psicológico, el paciente tiene que estar preparado para el “gran cambio”, estar consciente de las expectativas y metas planteadas. Entender que la cirugía es una herramienta y no la “píldora mágica”.



Es muy importante que familiares cercanos se involucren en el proceso, lo conozcan y resuelvan dudas junto con el paciente. Su apoyo es muy importante no sólo en la etapa preoperatoria, sino también posterior a la cirugía.

Situaciones importantes preoperatorias

El proceso de preparación involucra un especial compromiso hasta la llegada al quirófano. Pero tienes que entender que la cirugía en sí es solo el comienzo.

A todos mis pacientes les comento que la cirugía es como correr un maratón: para realizar el mejor papel y para terminarlo en primer lugar, se requiere compromiso y dedicación para prepararse antes de la carrera. Posteriormente, se necesita todo un proceso de recuperación.



Recomendaciones:

- No tomar medicamentos que contengan ácido acetil salicílico (Aspirina). Si lo está tomando, suspenderlo 10 días antes del procedimiento.
- Suspender consumo de bebidas que contengan cafeína (café, refrescos de cola, té negro, etc.) 10 días antes de la cirugía. Su consumo puede predisponer o

causar deshidratación, aumentando el riesgo de náuseas/vómito en el postoperatorio.

- Hidrátase muy bien: tomar por lo menos 2 litros de agua natural al día.
- Realizar ejercicios respiratorios con un inspirómetro incentivo. El fin es realizar inspiraciones profundas para la expansión adecuada de sus pulmones y mejorar su oxigenación.
- Suspender tabaquismo 3 semanas antes de la cirugía.
- Caminar 30 minutos continuos al día, 5 veces a la semana (si no existen contraindicaciones).
- Un día antes de su cirugía, suspender la vía oral a las 23:00 hr. En caso de tomar medicamentos, le indicaremos hasta cuando tomarlos y como hacerlo.
- Duerma adecuadamente y relájese.

Fumar aumenta el riesgo de eventos adversos postoperatorios: disminuye su oxigenación y cicatrización de los tejidos; aumenta el riesgo de sangrado, trombosis, eventos pulmonares, coronarios, entre otros.

Su llegada al hospital

La gran mayoría de los pacientes olvidan cosas administrativas, objetos personales o indicaciones por el estrés de la cirugía. No se preocupe, nosotros le ayudamos.



Trámites administrativos

Acuda con su carpeta completa de la clínica y/o estudios, valoraciones solicitadas y orden de internamiento, en donde se encuentran todas las indicaciones médicas y de enfermería por lo que el personal del hospital ya sabrá que hacer.



En caso que su seguro cubra el evento quirúrgico, no olvide traer su tarjeta de la aseguradora y la carta de autorización. En dicho caso el hospital le pedirá un depósito económico para cubrir algunas cosas que el seguro de gastos médicos no cubrirá.

Si usted cubrirá el total del procedimiento contratando el paquete con el que cuenta el hospital, le pedirán liquidarlo en su totalidad en el momento de su internamiento. Si no contrata el paquete, le pedirán un depósito inicial a su llegada.

Recomendaciones de objetos personales:

Acuda con ropa y zapatos cómodos (de preferencia deportivos) el día de su internamiento y un cambio de ropa para el día de su alta:

Sandalias para el baño

Pantuflas

Pijama / camisón y bata.

Artículos de higiene personal:

cepillo y pasta de dientes, desodorante, cepillo/peine para el cabello, shampoo, gel o spray para pelo.

El hospital le proporcionará toallas, jabón de tocador.



No es necesario traer: suplemento de proteína, vitaminas / minerales y medicamentos que toma regularmente.

En caso necesario, serán administrados en el hospital.

- **Recomendaciones médicas:**

El anestesiólogo pasará a valorarle el día de su cirugía, explicándole todo el proceso anestésico, riesgos y resolverá todas sus dudas.

No olvide que si utiliza CPAP o BiPAP en casa, deberá traerlo al hospital. Tendrá que dormir con él estando internado.



PREGUNTAS FRECUENTES

1. ¿Soy candidato para la Cirugía de Obesidad?

Las guías a nivel mundial mencionan que si cuentas con un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 40 es indicación para manejo quirúrgico, aún si no se cuentan con enfermedades asociadas a la obesidad. Si el IMC es mayor de 35 pero menor a 40, con enfermedades asociadas como presión alta, azúcar en sangre alta, reflujo gastroesofágico, alteración en el colesterol y triglicéridos, etc, eres candidato para la cirugía.

Existe un grupo de pacientes que se encuentran entre 30 y 34.9 de IMC, en quienes se tiene que individualizar la valoración, por lo que el grupo multidisciplinario te ayudará para encontrar el mejor tratamiento para tú exceso de peso.

2. ¿Qué cirugía es la indicada para mí?

Los criterios para realizar el tipo de cirugía se basan en la evaluación inicial así como en los hábitos de alimentación del paciente. Cabe mencionar que es se toma en cuenta la preferencia del paciente hacia algún procedimiento en particular.

3. ¿Qué procedimiento es el más seguro?

Actualmente gracias a la experiencia que se cuenta en cirugía de obesidad, los riesgos mayores se disminuyen a menos de el 2% en aquellas cirugías que involucran el corte y engrapado del aparato digestivo y al realizar uniones para re-establecer la continuidad del mismo.

4. ¿Cuáles son los riesgos de la cirugía de obesidad?

Existen riesgos propios del procedimiento quirúrgico como tal (anestesia general, sangrado e infecciones, laceraciones a estructuras vecinas o vasculares, fuga del contenido gastrointestinal, problemas cardiopulmonares, etc), aunque se han disminuido en un número muy considerable y riesgos relacionados a las enfermedades propias del paciente y a su edad.

Por eso, es de suma importancia la valoración de un grupo de expertos para disminuir en gran medida estos.

5. ¿Cuánto peso puedo perder después de la cirugía?

Los resultados son muy variables, dependiendo el tipo de procedimiento que se llegue a realizar, con un promedio entre el 60 a 80% de pérdida del exceso de peso. Es muy importante considerar que el apego del paciente es una de las claves para mantener la pérdida de peso a futuro.

6. ¿Qué puedo comer después de la cirugía? ¿Podré comer normal en un futuro?

La dieta se basa en la consistencia de los alimentos para su paso adecuado por el tracto gastrointestinal y evitar que se atoren estos, además de restringir el aporte calórico; el principal protagonista es la proteína. Las primeras 4 semanas es de consistencia líquida, de la cuarta a la sexta semana se progresa a papillas y a partir de la sexta se inicia dieta de consistencia sólida. La valoración por el departamento de nutrición es esencial para el adecuado aporte de nutrimentos.

7. ¿Se necesita tomar vitaminas después de mi cirugía? ¿Durante cuánto tiempo?

La respuesta es si. Las últimas guías nacionales e internacionales recomiendan la suplementación de vitaminas y minerales en todo tipo de cirugía de obesidad. En el bypass gástrico la suplementación de vitaminas, calcio y hierro es de por vida.

8. ¿Cuántos días debo permanecer en el hospital después de la cirugía?

Si la evolución del paciente es satisfactoria, los días de hospitalización van de 1 a 3 días (el promedio son 2 días).

9. ¿Cuántos días necesito para mi recuperación en casa después de la cirugía?

A la gran mayoría de nuestros pacientes se le recomienda reposo relativo en casa una semana, realizando actividades cotidianas sin esfuerzo y no manejar durante este tiempo.

10. ¿Puedo volver a ganar peso después de la cirugía?

Desgraciadamente la respuesta es sí. Se ha visto que pacientes después de su cirugía, quienes no tienen un cambio de hábito nutricional - conductual, pueden tener re-ganancia de peso. Esto es, subir más de 10 kg (o el 15%) del peso mínimo obtenido después de la cirugía cuando el peso corporal se estabiliza. Algunas personas piensan erróneamente que involucra recuperar todo el peso perdido y no es así; de ahí la importancia del seguimiento a largo plazo y el apego al manejo multidisciplinario.

11. ¿Mi seguro de gastos médicos paga la cirugía de obesidad?

Actualmente en nuestro país ya existen seguros de gastos médicos mayores que cubren la cirugía de obesidad. Contacte a su agente para verificar que cuente con este beneficio.

12. ¿Me puedo embarazar después de la cirugía? ¿Cuánto tiempo debo de esperar?

La cirugía de obesidad no tiene ningún mecanismo negativo que influya en la fertilidad femenina. Al contrario, en ocasiones pacientes que sufren problemas de infertilidad por la presencia de alteraciones hormonales (como el síndrome de ovarios poliquísticos) posterior a la cirugía mejoran. Por tal motivo, se recomienda el uso de ciertos métodos anticonceptivos después de la misma. El tiempo de espera sugerido para embarazarse es de mínimo un año y medio.

Si tienes alguna otra duda o pregunta, por favor no dudes en contactarnos:

dr.hugoballesteros@gmail.com