

# BARIATRICA

*Revista*

## **Dermolipectomía Abdominal**

mejor forma del abdomen,  
mayor tersura cutánea y  
fortalecimiento de la musculatura abdominal



PSICOLOGIA BARIATRICA

**Saludablemente  
El peso de la imagen...**

Año 1 - Nº 001 - Septiembre de 2012  
Medio de difusión del universo bariátrico

# EN ESTA EDICION

3 EDITORIAL

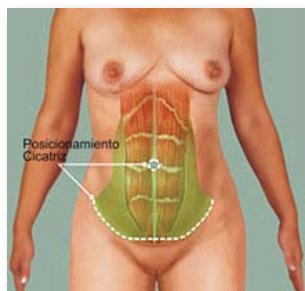
4 CIRUGÍA BARIÁTRICA  
La cirugía bariátrica en diabéticos tipo 2 obesos:  
¿Algo más que bajar de peso?

7 PSICOLOGÍA BARIÁTRICA  
Saludablemente....El  
peso de la imagen.



9 NOTICIAS & SOCIEDAD  
Los hospitales publicos bonaerenses ya hacen cirugias  
bariatricas.  
Un plan contra la obesidad.

11 NUTRICIÓN BARIÁTRICA  
Conocimientos y manejo  
de los alimentos light.



13 CIRUGÍA REPARADORA POST BARIÁTRICA  
Dermolipectomía Abdominal

17 ENTRENAMIENTO BARIÁTRICO  
¿Qué es el Entrenamiento Bariátrico (EnBa)?

## STAFF

**Director**  
Walter Oscar Vega

**Editora Responsable**  
Mónica Viviana Villarreal

**Redacción Publicitaria**  
Mónica Viviana Villarreal

**Arte**  
Equipos creativos de MyW Soluciones  
y Estudio Pionero

**Área Comercial y Publicidad**  
Mónica V. Villarreal

**Propietarios**  
Mónica V. Villarreal y Walter O. Vega  
Olivos. Buenos Aires. Argentina.  
011-2059-5946  
011-47909446  
011-15-6610-9809  
www.mywsoluciones@gmail.com  
info@bariatricarevista.com.ar

Prohibida la reproducción total o parcial del  
material contenido en esta publicación.  
Inscripción en el Registro de la Propiedad  
intelectual en trámite.

Hace justamente tres años, abrimos un espacio interactivo en Internet: [www.encuentrobariatrico.com](http://www.encuentrobariatrico.com) y dábamos a conocer la idea fuerza que nos movió desde entonces.

Vincular al paciente obeso mórbido con los profesionales que pudieran tendernos una mano y guiarnos por el camino de una práctica casi desconocida que nos pusiera de nuevo en la senda de la salud recuperada.

Y decíamos: “Nos mueve el claro entendimiento de que no es necesario formar parte de alguna empresa o mecanismo similar para poder llevar este mensaje a quienes como nosotros, han decidido un cambio profundo de vida, y a todos aquellos que necesitan imperiosamente hacerlo y por desconocimiento, falta de información adecuada y hasta temores lógicos ante lo “desconocido” todavía tienen dudas.

Creemos que el Encuentro de Profesionales y Pacientes Bariátricos es posible.

Contamos con profesionales de excelencia en muchas Obras Sociales, Empresas de Medicina Prepaga, Sanatorios, Hospitales Públicos y Privados.

Todos merecen nuestro respeto y gratitud”.

Han pasado muchas buenas cosas desde entonces:

Los Profesionales de la Salud, nucleados en los equipos multidisciplinarios de todo el país se han multiplicado cubriendo el territorio y poniendo cada vez más cerca de los pacientes esta herramienta de recuperación y salud.

Hoy vemos con alegría que estos equipos verdaderamente interdisciplinarios buscan unirse, intercambiar experiencias, compartir investigaciones, enseñar, aprender.

Por eso proponemos hoy un nuevo espacio de contacto y difusión dedicado a todos aquellos profesionales que han hecho de esta disciplina nueva una especialidad, y necesitan herramientas de comunicación e intercambio entre pares y con el público interesado.

De eso se trata BARIATRICA Revista.

Publicada en formato de REVISTA VIRTUAL, para ser leída y consultada on line y con la posibilidad de ser reenviada en formato pdf. a todos.

Un par de clic la pone en el escritorio del lector que nos interesa.

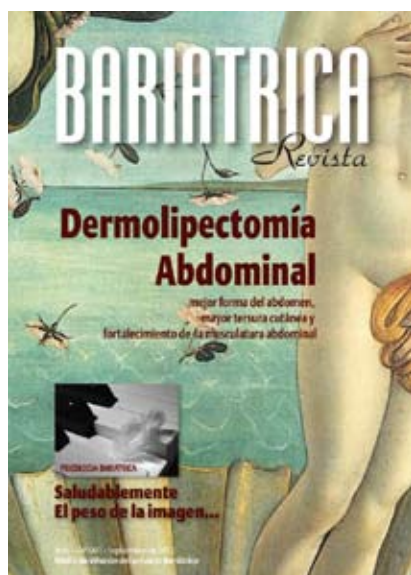
El que está viendo es nuestro Número 0.

Esperamos contar con todos ustedes para el número 1.

Y repetir la buena experiencia de [www.encuentrobariatrico.com](http://www.encuentrobariatrico.com) y Foro encuentro bariátrico en Facebook de vincular a todos aquellos que tengan experiencias y formación de calidad para brindar.

La propuesta está abierta, como las páginas de esta: BARIATRICA Revista.

¡Gracias!



# La cirugía bariátrica en diabéticos tipo 2 obesos: ¿algo más que bajar de peso?

Se sabe que la obesidad contribuye a la aparición de la diabetes tipo 2 (DT2) en individuos genéticamente predispuestos a ser diabéticos. El abordaje terapéutico de la DT2 plantea alcanzar objetivos metabólicos como HbA1c, glucemias de ayunas y posprandiales, o bien determinados niveles de presión arterial y lípidos, pero los algoritmos no ofrecen con frecuencia alternativas terapéuticas para alcanzar el normopeso, en pacientes obesos.

Sin embargo, el tratamiento para descender de peso es el que se acompaña con más éxito para controlar los objetivos metabólicos (glucemia de ayunas, posprandial y HbA1c), que supera a algunos fármacos. Y este éxito es proporcional a la magnitud de la obesidad de donde se parte.

Por ejemplo, se observó, en diabéticos obesos mórbidos tratados con cirugías bariátricas (CB), que una vez que alcanzaban la reducción de más del 65% de peso, remitía la hiperglucemia y prescindían de tratamiento farmacológico para la DT2 (fármacos orales o insulina) en el 85% de los pacientes (revisión de 22.000 pacientes)<sup>1</sup>.

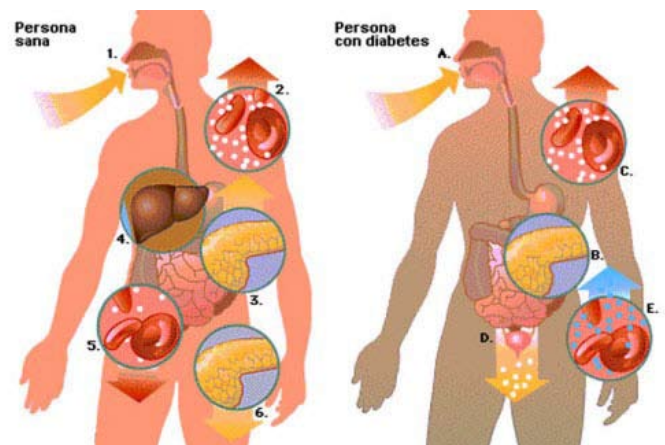
En experiencias argentinas, también se logró la suspensión de fármacos orales o insulina en el 75% de los DT2 sometidos a CB<sup>2</sup>.

El descenso de peso en DT2 obesos sometidos a CB generó una reducción del 30% en el riesgo de mortalidad total. Es decir, los beneficios en cuanto a bajar la tasa de mortalidad, alcanzar la euglucemia y prescindir del tratamiento farmacológico son incomparables versus otras terapéuticas en esta población de pacientes, luego de una CB.

## Los resultados de las diferentes CB, ¿son similares?

Se realizan diferentes CB, algunas son restrictivas puras (restringen el volumen de

alimentos posibles de ingerir, generando una rápida saciedad) como la Banda Gástrica Ajustable (BGA) o la Gastroplastia con Bandeado Vertical. Estas CB logran reducir el exceso de peso, entre el 32 y el 70% la BGA, y del 48 al 93% la segunda, al primer año. Otras son predominantemente restrictivas y malabsortivas, como el By Pass Gástrico Roux en Y (BPG), cirugías que pueden alcanzar una reducción del exceso de peso entre el 33 y el 77%, pero durante un tiempo más prolongado que las anteriores<sup>1</sup>. Un tercer grupo de CB son predominantemente malabsortivas, por ejemplo, la cirugía de Derivación Bilio Pancreática (DBP), cirugías que suelen lograr el mayor porcentaje de pérdida del exceso de peso, entre el 62 y el 75% y lo mantiene bajo durante el mayor tiempo vs. las anteriores CB<sup>6</sup>. Es decir, los resultados de descenso de peso pueden ser similares en cuanto a la magnitud del descenso, pero la velocidad de la pérdida de peso, su duración y los beneficios metabólicos son mayores en los procedimientos malabsortivos.



## ¿Qué cambios metabólicos provocan las CB en diabéticos obesos mórbidos?

La pérdida de peso por enfermedad, por ayuno o por resección de tejido graso (dermolipectomías, liposucción, etc.) no se acompaña de disminución de la insulinoresistencia (IR). Mientras que toda pérdida de peso con reducción de la grasa ectópica o visceral (de hígado, músculo, etc.) sí impacta significativamente incrementando la insulinoresistencia. En esta grasa ectópica se sintetizan adipocitoquinas que facilitan la IR (TNF-alfa, Retinol Binding Protein).

Cualquiera de los procedimientos bariátricos, tanto restrictivos como malabsortivos, provocan un rápido e importante descenso de la IR proporcional al descenso del índice de masa corporal (IMC) (la disminución del 30% del IMC se acompañó de un descenso del 50% de la IR), que se mantuvo en el tiempo. Lo más destacable es que con descensos del IMC del 10% en las primeras semanas, ya se acompañaron de una disminución del 50%, fundamentalmente en el caso del procedimiento malabsortivo DBP. Por otro lado, también un balance calórico negativo sostenido en el tiempo mejora la insulinoresistencia, independientemente de los cambios en el peso.

Evaluar el impacto de las CB sobre el funcionamiento de la célula beta es más dificultoso, ya que no hay un gold standard y, en consecuencia, menos investigaciones la evaluaron. No obstante, algunos ensayos incluyeron evaluaciones como la capacidad del control glucémico, el área bajo la curva de insulina, el índice insulínico. Todos estos parámetros fueron restituidos a la normalidad, simultáneamente con la normalización de la insulinoresistencia, luego de las diferentes CB, tanto restrictivas como malabsortivas. Sin embargo, hay que destacar que luego de la DBP, estos beneficios sobre la función de la célula beta se observaron a menos de un mes de la cirugía.

Cuáles son los mecanismos intrínsecos que explicarían dicha mejoría en la función de la célula beta o en la acción insulínica, son motivo de investigación actual. Se observaron en diversos trabajos cambios en algunas enterohormonas, tales como un aumento en la concentración de hormonas entéricas, principalmente el Glucagon Like Peptide-1 (GLP-1), luego del BPG y de la DBP, que por su

acción secretagoga de insulina contribuiría a mejorar la función de la célula beta o a restituir el primer pico secretor de insulina (ausente en DT2). Pero no explicaría la restitución rápida hasta la normalidad de la insulinoresistencia a tan corto plazo en las cirugías malabsortivas. Tampoco los descensos de grelina son consistentemente encontrados en las diferentes CB realizadas en DT2 (en individuos sanos, su elevación favorece la RI), por lo tanto, no explicaría la significativa disminución de IR que se observa precozmente. Tal vez, además del descenso de la grasa visceral y en consecuencia de las adipocitoquinas que producen, existirían otros factores como los cambios anatómicos de las diferentes CB (en BPG o DP), que excluyen duodeno solo o con yeyuno, impidiendo en consecuencia el contacto de los alimentos con el intestino proximal (duodeno solo o también de yeyuno) y de esta manera, evitarían la producción de mediadores o señales entéricas (desconocidas) que provocarían IR en diabéticos (hipótesis foregut).

Por otro lado, el contacto de los alimentos prácticamente no digeridos con el intestino distal generaría o produciría señales o sustancias entéricas que mejorarían la insulinoresistencia (hipótesis hindgut).

## ¿Qué comentarios o conclusiones podríamos realizar a partir de las CB en diabéticos obesos?

- 1) Que las CB son altamente efectivas para provocar la remisión rápida y prolongada de la hiperglucemia, de la IR y del requerimiento farmacológico de hipoglucemiantes orales o insulina.



- 2) La mejoría de la sensibilidad a la insulina es más precoz que un cambio significativo en el peso.
- 3) La reducción de la grasa visceral es la principal promotora en la mejoría de la insulinosensibilidad.
- 4) Existiría un eje entero-insular y entero-insulinosensibilizador con señales humorales, hormonales, neurales, muy complejas y aún bastante desconocidas, que participan tanto en la disfunción de la célula beta como en la acción insulínica.
- 5) Una vez más, identificados o conocidos los mecanismos entérico-participes en la etiopatogenia de la diabetes tipo 2, seguramente nuevas técnicas quirúrgicas en pacientes diabéticos menos obesos o normopeso, serían también evaluadas y avaladas.
- 6) Obesos con muchos años de diabetes sometidos a CB también se acompañan de remisión completa de hiperglucemias y suspensión de tratamientos farmacológicos. Esto evidencia que endiabéticos, independientemente del tiempo de diagnóstico, el número de células beta es suficiente para restituir la euglucemia, evidenciando que el problema mayor en los pacientes diabéticos tipo 2 sería la disfunción de la célula beta y no tanto el número de ellas.
- 7) Los médicos que asistimos a pacientes diabéticos obesos mórbidos (IMC >35) deberíamos incluir a las CB en los algoritmos terapéuticos para control y tratamiento de la DT2.
- 8) La decisión del tipo de cirugía bariátrica más conveniente para un paciente diabético tipo 2 debería tomarse teniendo en cuenta edad del paciente, riesgos quirúrgicos, comorbilidades asociadas, experiencias del equipo quirúrgico en sus diferentes variedades, riesgo de recidiva de la obesidad y otros antecedentes que deberían discutirse siempre en forma interdisciplinaria antes del procedimiento, así como también el seguimiento posoperatorio debería efectuarse mediante un equipo interdisciplinario en el cual la participación del diabetólogo es esencial en las instancias previas, intra y posoperatorias.

*Dr. Luis A. Grosembacher*

*Médico endocrinólogo del Servicio de Endocrinología y Metabolismo del Hospital Italiano.*

*Coordinador de Internación de Endocrinología, del Hospital Italiano.*

*REV. SOC. ARG. DE DIABETES*

# Saludablemente El peso de la imagen...

El peso de la imagen y una construcción deficitaria... el modo de pensar y de sentir es una cualidad individual de cada sujeto, pero esta signada por una pluralidad de variables, por tal motivo para poder explicar la construcción de la imagen corporal del sujeto obeso nos valemos de las expresiones de Slade (1985), que propone, la imagen corporal como una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo.

Esta definición incluye factores históricos, pautas culturales y sociales, que condicionan subjetivamente la construcción de la imagen corporal. Si nos detenemos especialmente en el concepto de Imagen Corporal de la persona obesa, observaremos con mayor claridad la incidencia de los factores arriba mencionados, en el armado o constructo de su propia imagen. ¿Cómo y de qué manera?, este sistema de creencias, transmitida desde la cultura de occidente, pasando por la religión cristiana, que supo dejar también su impronta, hasta nuestros días, cultura y sociedad, actual inciden en su procesamiento de información y valoración en el mundo subjetivo.

Estos eslabones invisibles de alguna forma, tienden a forjar y marcar el concepto que el obeso tiene de sí. Es que, el sujeto grueso, del que se habla, rompe los axiomas clásicos de armonía, simetría y belleza, tan apreciado por occidente renacentista, donde las nuevas sensibilidades y técnicas artísticas, destacan la idealización del cuerpo humano, ejemplo de ello es el famoso dibujo realizado por Leonardo da Vinci, el hombre de vitruvio, acompañado de notas anatómicas, donde el dibujo representa, la perfección, de las formas y proporciones del cuerpo humano.

Otro concepto interesante para analizar, es la clasificación de los vicios, que surge de las enseñanzas cristianas, en los pecados capitales uno



de ellos, representa LA GULA, una impronta que supera la barrera de lo personal para impactar en el imago colectivo, dejando entrever en el invisible social, que lo gordo, viene acompañado de sucio, pecaminoso, lisonjero y trasgresor.

Interesante es también evaluar, el aporte poblado de mensajes implícitos y explícitos de los paradigmas actuales de la cultura y sociedad, la delgadez, es sinónimo de belleza, éxito y eterna juventud.

El gordo no, cabe, en estas máximas, por lo tanto daría la impresión que no pertenece ni a la cultura ni a la sociedad.

Y si agudizamos los sentidos, llegamos a ver, el comportamiento de la familia del obeso, siendo este el ámbito socializador por excelencia, los tipos de mensajes que proporcionan al niño o niña obesa, lo que Bateson (1980), define como doble vínculo, son las secuencias comunicacionales, imbricadas entre la lógica discursiva y la secuencia analógica del mensaje.

Un ejemplo de ello... te amo.... pero me río de la redondez de tu rostro... Esta cordialidad, falseada donde un mensaje contradice al otro, forma parte de los canales discursivos de estas familias.

Esto no hace más que socavar subterráneamente y subliminalmente la autoimagen, que el sujeto tiene de sí. La soledad, del destierro, crea una muralla infranqueable, adaptando para cada escena el mejor disfraz, el de solidario, animador de fiestas, el que siempre zafa con un chiste, el que calla por vergüenza, hace lo posible e imposible para ser aceptado.



La cirugía de la obesidad puede dar alternativas positivas a todo este sufrimiento, siempre y cuando no se la piense con el brillo mágico de solución inmediata y definitiva. Debe ser pensada como una herramienta eficaz que encontró la medicina para mejorar la calidad de vida del sufriente, acompañada de una aceptación, comprensión y puesto en práctica de una nueva actitud frente a la vida, si esto no se da, difícilmente el proceso quirúrgico, tendrá el éxito esperado.

*Lic. Maria Teresa Taiariol  
mttaia@yahoo.com.ar*

*Si estas pasando por esta situación  
y tienes dudas infórmate.*



■ Los hospitales publicos bonaerenses ya hacen cirugias bariaticas

# Un plan contra la obesidad

*Los hospitales públicos empezaron a efectuar cirugías bariátricas, incluso a través de vías naturales. Las intervenciones forman parte del Plan Provincial de Alimentación Saludable, que se propone cambiar las conductas alimentarias, empezando por los niños.*

¿Pueden las mujeres apelar a sus vaginas para combatir la obesidad? Sí, y no sólo por el tradicional método de gastar calorías en la actividad sexual: pronto, para las más gorditas, empezará a

efectuarse, en un hospital público bonaerense, una intervención de cirugía bariátrica por vía transvaginal. La operación formará parte de un plan que ya incluye la realización de cirugías bariátricas convencionales en hospitales de la provincia. Pero, se sabe, el sobrepeso depende básicamente del comportamiento y ayer se lanzó un Plan Provincial de Alimentación Saludable, que se propone cambiar las conductas alimentarias, empezando por los niños. Su coordinadora, en diálogo con este diario, confió algunos tips para alimentarse mejor: por ejemplo, llevar frutas secas en vez de galletitas para picar entre las comidas; elogió el yogur, no importa que sea entero, pero desmintió que exista algún yogur o alimento que, por sí mismo, haga bajar el colesterol. El 49,5 por ciento de la población



argentina tiene sobrepeso o es obesa. Y un estudio norteamericano muestra que, si los chicos vieran la tele 38 minutos menos cada día, podría controlarse la obesidad infantil.

“Estamos dispuestos a iniciar próximamente la cirugía bariátrica por vía de orificios naturales”, anunció a Página/12, Alberto Ferreres, jefe de cirugía del Hospital Bocalandro, en Loma Hermosa, partido de Tres de Febrero, y precisó: “Hay dos líneas de investigación, en las que hemos participado, en distintos centros universitarios del mundo. Una es por la boca, mediante un procedimiento endoscópico que permite efectuar así el bypass gástrico; la otra opción, para pacientes de sexo femenino, es efectuar la intervención por vía transvaginal; la Universidad de California en San Diego ha acumulado experiencia en esta cirugía”.

Las cirugías bariátricas convencionales ya vienen practicándose en los hospitales San Martín, de La Plata, El Cruce, de Florencio Varela, y el Bocalandro. “Cada paciente es evaluado por un equipo interdisciplinario: muchas veces resulta suficiente un tratamiento que, con apoyo psicológico y de especialistas en actividad física, modifique hábitos alimentarios y sedentarismo”, puntualizó Ferreres. Pero, “en ciertos casos de obesidad mórbida, cuando el sobrepeso supera el 35 por ciento del índice de masa corporal correspondiente a su talla, con complicaciones y fracasos en tratamientos previos, puede ser indicada la cirugía bariátrica” para reducir la capacidad de absorción del aparato digestivo; se la efectúa hasta ahora “por vía mínimamente invasiva, con pequeños orificios en la pared del abdomen”, puntualizó Ferreres.

Mónica López, coordinadora del Plan de Alimentación Saludable bonaerense, señaló que el objetivo es “mejorar las conductas hábitos de alimentación de la comunidad”. Desde el año pasado, en la provincia existe una ley que exige a los restaurantes suprimir el salero en las mesas y ofrecer sales con bajo contenido en sodio. Además, “si se trata de ‘picar’ entre comidas, es preferible reemplazar los alfajores o galletitas por frutas secas, más fáciles de llevar que las frutas frescas”.

“También –agregó la especialista– fomentamos el consumo de lácteos y yogures.” ¿Descremados? “No hace falta: los alimentos enteros valen si se consumen en la medida justa.” En cuanto a los yogures que supuestamente combaten el colesterol, “puede ser que sus ácidos grasos no generen

colesterol de más, pero no que lo hagan bajar. Para lograrlo hay que comer menos grasas de origen animal y hacer ejercicio”.

La coordinadora del Plan destacó el valor de los talleres de alimentación para chicos, que empezaron a hacerse en las escuelas: allí, por ejemplo, “aprenden que puede estar bueno comer una manzana, o media manzana, y no siempre un alfajor. Es más fácil cambiar hábitos en los chicos que en los adultos, y ellos lo transmiten a sus familias”, explicó.

*Por Pedro Lipcovich  
Diario Página 12*

# Conocimientos y manejo de alimentos light

Los productos light colman de sabor y variedad la dieta de quienes están a régimen para equilibrar su peso o para reducirlo.

La mayor demanda de alimentos light por una sociedad cada vez más preocupada por el peso y la figura corporal, más afectada por las patologías crónicas prevalentes y factores de riesgo (1,2,3,4), pero también más presionada por factores socioculturales, ha dado lugar a su incorporación en forma creciente por la industria alimentaria (5,6). Sin embargo lejos de solucionar los problemas, la continua avalancha de productos light en los mercados coincide con el ascenso de las tasas de obesidad en el mundo (1,2,3,4,7,8).

El problema comienza cuando las personas se encuentran frente a la diversidad de productos dietéticos “reducidos en lípidos”, “sin azúcar agregada”, “liviano”, “diet”, “light”, “0% colesterol y grasas trans”, “bajo”, etc. y no poseen suficientes conocimientos sobre sus propiedades y contenidos.

Esto, sumado al bombardeo de mensajes televisivos que los asocian a una vida más saludable, un cuerpo esbelto y atractivo, hace que muchos consumidores los vean como sinónimos, como adelgazantes, libres o bajos en calorías y en consecuencia los consuman en exceso, obteniendo incluso efectos contrarios. Este quizás es el punto más difícil de manejar por las personas que sustituyen los alimentos tradicionales por las versiones Light.

Los alimentos que se comercializan con las denominaciones dietético y light, reducido, libre, etc. vienen creciendo en forma exponencial en la industria alimentaria. Esta tendencia se refleja en su progresiva disponibilidad en las góndolas de los mercados, el bombardeo publicitario y la demanda en aumento de estos productos (6,14,15,16). Este fenómeno se desarrolla en un contexto donde el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades relacionadas con ella afectan a gran parte de la

Amount/Serving	% DV
Total Fat 16g	25%
Sat Fat 2.5g	12%
Trans Fat 0g	

población (1,2,4) y el paradigma de la estética ejerce una fuerte presión sobre el cuerpo (delgado) que debemos tener para ser aceptados socialmente (5,17,13). En los últimos años, las distintas marcas se han encargado de crear lo que ellas llaman alimentos “sanos”, y es a partir de un buen marketing y sobre todo publicidad efectiva, que la nueva cultura de productos light ha tenido un gran auge (5,6,15,18).

Frente a esta situación, investigar y analizar los conocimientos y el manejo que hace la población de los alimentos light, resulta de gran utilidad para identificar si realmente está capacitada para hacer un correcto uso de estos alimentos y evitar resultados indeseados.

La moda, los medios de comunicación, la publicidad y muchos otros factores socioculturales, contribuyen a que la delgadez corporal se asocie a prestigio social, autoestima alta, belleza, elegancia, aceptación social, estar en forma, búsqueda de perfección, y juventud. Esta sistemática asociación es lo que ha hecho que la delgadez se convierta en un fin en sí misma, en un valor.

La presión por adelgazar se ejerce mayoritariamente sobre las mujeres.

## Alimentos Light: complementos de la dieta

El consumo de alimentos light no es indispensable, y no es preciso recurrir siempre a ellos para reducir el contenido energético de la alimentación.

Estos son recomendables como complemento de una sana alimentación ya que si bien pueden tener menos calorías que su equivalente normal, esto no los convierte en adelgazantes. Por comer sólo este tipo de alimentos las personas no bajan de peso, ya que influyen muchos otros aspectos.

Lógicamente, consumir alimentos que contengan menos calorías que los normales puede ayudar a controlar el peso o a seguir una dieta de adelgazamiento, pero no se puede pretender que con solo comerlos se vaya a adelgazar.

*Deben formar parte de una dieta variada y equilibrada y también hay que tener en cuenta que comer porciones exageradas de light puede significar ingerir más calorías que tomar el mismo producto normal.*

Es decir que si se abusa de la cantidad de consumo, sus efectos resultan completamente contrarios a lo que se busca, produciendo incluso aumento de peso (11,31,32,33,37).

Para adelgazar, cada persona debe ajustarse a una dieta hipocalórica acorde a su peso, edad, contextura, sexo, actividad, historia dietética. Esta debe ser variada y armónica, incluyendo todos los grupos de alimentos, tales como frutas, verduras, cereales y los de origen animal, en proporciones adecuadas. La alimentación debe seguir un fraccionamiento normal (4 comidas diarias), se deben eliminar o limitar marcadamente las fuentes calóricas concentradas, incorporar alimentos ricos en fibra y bajos en calorías (frutas y verduras) y adoptar cambios en la preparación de los alimentos. Se debe consumir alimentos Light como complemento y lógicamente acompañar la dieta con un plan de actividad física regular (37, 40, 41,42).

Los alimentos "bajo en calorías" o "sin azúcar" no solucionan los problemas de obesidad. La introducción en el mercado de más de 5.000 alimentos bajos en grasas, o sin grasas en la última década ha coincidido con la epidemia de obesidad en Estados Unidos, según la Asociación Estadounidense del Corazón (AHA). La creciente avalancha de productos ligeros en los supermercados coincide con el ascenso de las tasas de obesidad en los diferentes países.

## Recomendaciones

Luego de haber realizado este trabajo se propone en primer lugar, ampliar y/o corregir los conocimientos existentes en la población con respecto al tema de los alimentos light y dietéticos por medio de la educación alimentaria 45 oportuna. En segundo lugar, sería muy enriquecedor extender las líneas de investigación hacia otras poblaciones y ampliar con futuros trabajos, estudiando de manera más específica las características de la alimentación total de la población "consumidora de alimentos Light. Finalmente, a partir de estos trabajos, determinar si realmente las personas saben incluir los alimentos light de manera adecuada para complementar una dieta saludable.

*"Conocimientos y manejo de alimentos light en la población femenina de Curuzú Cuatiá, Corrientes".*

*Autor: María Belén Escudero*

*Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación H. A. Barceló, Santo Tomé, Corrientes*

*Directora: Lic. en Bromatología Noemí Pavó*

*Recomendamos leer el trabajo completo en:  
<http://190.210.85.171/uploads/contenido/dd5363447e99c65693e94890eb828d66.pdf>*

# Abdominoplastia o Dermolipectomía abdominal

La Abdominoplastia o Dermolipectomía Abdominal (Reducción del abdomen flácido) es la intervención que se lleva a cabo para reducir el sobrante de piel y de tejido graso en la mitad inferior del abdomen, además de fortalecer la musculatura abdominal y procurar aplanar el abdomen.

La meta es pues, conseguir, por medio de la eliminación de piel y grasa, una mejor forma del abdomen, mayor tersura cutánea y fortalecer además la musculatura abdominal.

La intervención está indicada cuando la flacidez ha alcanzado un grado en que constituye una limitación para la actividad física o el deporte y acarrea problemas en el vestir, o cuando afecta psicológicamente por su desviación del patrón estético.

No es posible realizar una dermolipectomía sin dejar algunas cicatrices que serán permanentes. La mejoría estética compensa prácticamente siempre las secuelas cicatriciales, salvo en aquellas pacientes con una sensibilidad y aversión exageradas hacia la presencia de una cicatriz.

La abdominoplastia no es un sustituto para una reducción de peso en caso de obesidad. En pacientes con sobrepeso se debe intentar tratar antes este problema. Una vez alcanzado un peso cercano al normal, ya podría ser posible realizar una abdominoplastia. Por supuesto, y como en cualquier intervención de cirugía estética, el estado general de la paciente debe ser adecuado para minimizar los riesgos operatorios.

En principio, se desaconseja realizar esta intervención en mujeres que tengan previstos nuevos embarazos, ya que la distensión abdominal producida puede afectar posteriormente un buen resultado operatorio.

Existen pacientes con menor flacidez abdominal, o con una implantación alta del ombligo, en quienes no es posible realizar la intervención completa, sino que hay que recurrir a una técnica limitada, que más adelante se describe.

En esta intervención, las estrías que se

encuentren en la parte inferior del abdomen desaparecerán, ya que esta piel se elimina durante la operación. Las que queden resultarán menos visibles, al estar la piel más tensa, pero no se borrarán.

Cuando el exceso cutáneo y graso es acentuado, es necesario un tipo de intervención más completa, que sería una dermolipectomía propiamente dicha. La cicatriz transversal en la parte baja del abdomen adopta la forma de una amplia "W" ondulada cuya parte central se encuentra en el límite del vello púbico y cuyos extremos llegan hasta cerca de las caderas. Toda la piel, entre los extremos de la incisión y el ombligo se reseca en línea recta, de modo que si hubiera una cicatriz vertical de cesárea o de apendicectomía, serían eliminadas junto con la piel sobrante. Se practica una incisión circular alrededor del ombligo -que permanece entonces adherido al plano muscular- y se libera la piel del abdomen superior hasta alcanzar el límite inferior de las costillas. Luego se fortalece la musculatura abdominal mediante la aproximación y sutura de los músculos rectos abdominales, cuando están separados. El ombligo se fija igualmente a la pared muscular para hacer que quede adecuadamente hundido. Una vez terminado este tiempo operatorio, se coloca a la paciente en posición semisentada para facilitar el descenso de la piel del abdomen superior hasta el pubis, procediéndose a la sutura de las incisiones en el abdomen inferior en varias capas.

La sutura final externa es continua y se realiza dentro de la piel para evitar que se vean marcas de puntos posteriormente. Antes de cerrar totalmente, se practica un orificio de forma especial en la pared abdominal, a nivel del ombligo, que se hace emerger y se sutura a la piel del abdomen.

Se colocan unos tubos finos de drenaje que se mantienen durante unos días y se coloca un vendaje adhesivo y compresivo que se reemplazará luego por una faja abdominal.

La paciente puede levantarse el primer o segundo día postoperatorio y es dada de alta hospitalaria

hacia el tercer día. En casa, debe realizar un reposo relativo, pudiendo reanudar en general su actividad normal hacia la tercera o cuarta semana.

La cicatriz resultante en la dermolipectomía abdominal completa suele constar de dos componentes:

La primera es una cicatriz inferior, que va desde un hueso de la cadera al otro, inclinándose hacia abajo en el centro para pasar sobre el pubis. Esta cicatriz, sujeta a la fuerte tracción que se precisa para aportar nueva tensión al abdomen, puede ensanchar algo y ser visible.

La segunda es pequeña y aproximadamente circular, alrededor del ombligo.

Aparte de la historia clínica y de la exploración realizada durante la primera consulta y de posibles exámenes complementarios individuales, deberá acudir a una consulta de pre-anestesia para que le exploren y le indiquen las pruebas y análisis que son necesarios.

Se suele solicitar un electrocardiograma y un análisis de sangre como ante cualquier intervención quirúrgica y puede estar indicado realizar una radiografía de tórax en pacientes de más de 40 años, o en fumadoras.

Desde 15 días antes de la intervención, debe abstenerse de tomar medicamentos que contengan ácido acetilsalicílico o salicilatos {Aspirina® o sus derivados}, ya que favorecen el sangramiento quirúrgico y la formación de hematomas

postoperatorios.

También tienen este efecto los antiinflamatorios, la Vitamina E y el aceite de Onagra.

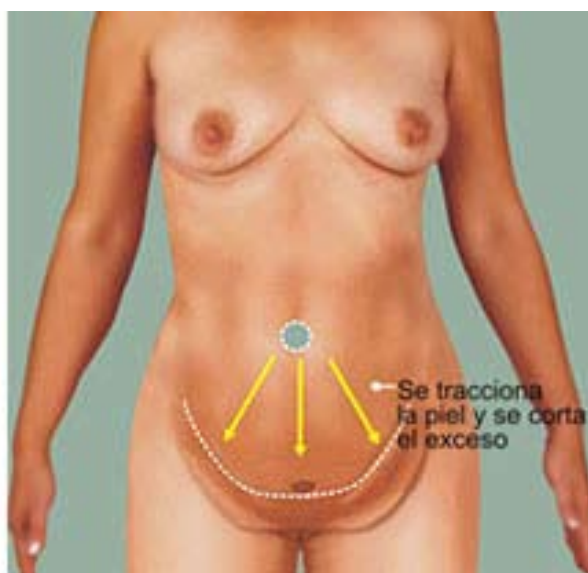
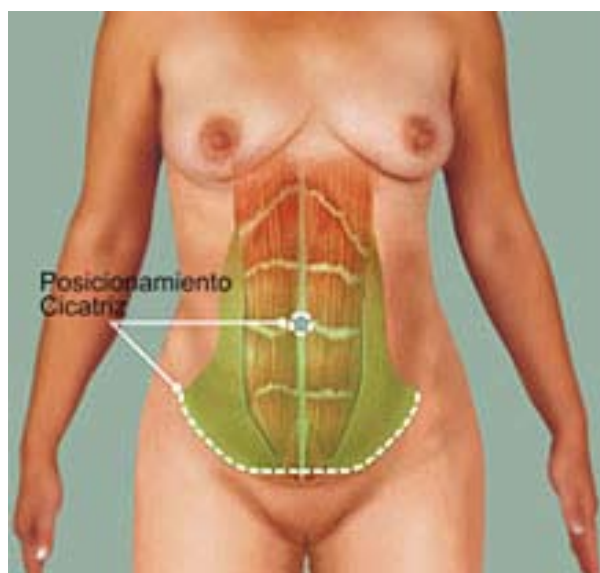
Si necesita tomar alguna medicación, consulte a su médico antes de hacerlo. El día que se le haya señalado para la intervención, deberá acudir en ayunas, es decir, sin haber tomado ningún alimento -ni siquiera agua-, desde al menos 6 horas antes de la intervención.

No debe aplicarse lociones o cremas de belleza, facial ni corporal, maquillaje, lápiz de labios y ojos, así como laca de uñas: lleve las uñas sin pintar.

Se recomienda abstenerse de consumir bebidas alcohólicas desde tres días antes de la intervención.

Si es Ud. fumadora, debería interrumpir el consumo de tabaco como mínimo 15 días antes de la operación. El consumo de tabaco añade riesgos muy significativos en esta intervención, no sólo en el ámbito anestésico, sino en el propio resultado de la cirugía. El ideal sería dejar de fumar unos 4 meses antes de la intervención.

En general, la intervención dura entre dos a tres horas, dependiendo del tamaño del abdomen, el tipo de intervención a realizar, la cantidad de piel sobrante y la separación de los músculos rectos abdominales. Las suturas consumen una gran parte del tiempo, ya que deben realizarse meticulosamente, asegurándose de obtener una unión resistente de los rectos abdominales -cuando se sutura la musculatura- y esmerándose para obtener un perfecto afrontamiento de los bordes



cutáneos para que la cicatriz sea lo mejor posible.

En cuanto a la situación y forma del abdomen, las pacientes suelen estar muy complacidas. En cuanto a las cicatrices residuales, su calidad varía considerablemente de paciente en paciente. Es necesario que previamente esté informada de que no se puede realizar una cirugía de este tipo sin que queden cicatrices. El cirujano realiza la sutura con el mayor cuidado, pero no se puede garantizar con seguridad la calidad de la cicatriz, ya que dependerá en gran medida de la cicatrización individual de cada paciente.

En general, la cicatriz alrededor del ombligo suele ser poco visible una vez transcurridos unos meses. La cicatriz inferior es larga y habitualmente más evidente, si bien se coloca de tal manera que pueda situarse dentro de los límites de la parte inferior de un bikini. Si fuera necesario, a los 6 a 12 meses de la operación, podría retocarse bajo anestesia local con el fin de intentar mejorar su situación y calidad. Al no tener que soportar tanta tensión como en la intervención original, hay mayores probabilidades de que la calidad cicatricial sea algo mejor, aunque no se pueda dar una seguridad sobre esto.

Al final de la intervención, se dejan unos drenajes y se coloca un vendaje adhesivo en el abdomen. Los drenajes evitan que se acumule sangre y líquido en el área operada, minimizando el riesgo de infección y reduciendo los cardenales en el postoperatorio. El postoperatorio es habitualmente poco doloroso, aunque los esfuerzos abdominales tales como la tos suelen producir molestias. Cualquier dolor puede ser tratado con analgésicos que le permitirán tener un postoperatorio confortable. Habrá también alguna molestia (presión, picor) causada por el vendaje adhesivo.

Con frecuencia se colocan unas vendas en las piernas para evitar que se acumule sangre en ellas y reducir la posibilidad de problemas venosos. Con este mismo fin deberá mover con frecuencia los pies y los dedos de los pies mientras permanezca en cama. Es frecuente que se le mantenga al principio con las caderas semi-flexionadas para reducir la tensión en la zona abdominal. Le daremos de alta habitualmente al tercer día siguiente de la intervención, después de retirar los drenajes. Al darle de alta, deberá guardar un relativo reposo durante algunos días y tomar la medicación que se le indique. Mientras tenga puntos, no se podrá duchar, y durante estos días notará una sensación de

tirantez en el abdomen. Entre el cuarto y sexto día se sustituye el vendaje elástico adhesivo por unas gasas a nivel del ombligo y de la cicatriz inferior, y una faja compresiva.

Los puntos se retiran dependiendo de los tipos de sutura que se hayan utilizado, desde el 5º día del postoperatorio hasta la tercera semana. Una vez retiradas todas las suturas ya podrá Ud. ducharse normalmente. Hacia las seis semanas puede reanudar una actividad normal. La actividad física más intensa, tal como deportes y gimnasia se deberá ir instaurando paulatinamente, de acuerdo con el criterio que le dicten las molestias que esta actividad le ocasione.

Es normal que durante los primeros días o semanas haya alguna hinchazón (edema), de modo que el abdomen disminuirá ligeramente de volumen posteriormente. Igualmente es normal que se produzcan algunos cardenales que irán desapareciendo en las primeras semanas, paulatinamente. Es absolutamente normal que la región inferior del abdomen, en especial en su parte central, se encuentre acorchada e insensible, durante un tiempo más o menos largo. Esto se debe a la sección inevitable de los pequeños nervios que dan sensibilidad a esta zona, y que tardarán en reinervarla. Pueden, en ocasiones, quedar alteraciones permanentes de la sensibilidad, (acorchamientos) sobre todo en la porción central del abdomen inferior.

El mayor inconveniente es la cicatriz transversal a nivel de la parte baja del abdomen, cuya visibilidad dependerá fundamentalmente de la calidad de cicatrización de cada paciente. Aunque la sutura se realiza con la mayor meticulosidad para que la cicatriz sea lo menos visible posible, la cicatriz es inevitable. Al estar sometida a tensión, puede tener tendencia a ensanchar. No obstante, en la mayor parte de las pacientes, al cabo de uno o dos años queda -después de palidecer- de una coloración parecida a la de la piel circundante, y si la cicatrización fue buena, de una visibilidad reducida. De todas formas, a veces puede ser ocultada, si no por un tanga, sí por un bikini. En algunas pacientes, los extremos de la cicatriz inferior pueden quedar abultados durante algún tiempo. Si esta alteración perdurara más de un año, es en ocasiones susceptible de corrección bajo anestesia local.

Durante algunos meses después de la intervención la piel de la mitad inferior del abdomen

tendrá menos sensibilidad por la sección obligada de los pequeños nervios sensitivos. Debido a la disminución de la sensibilidad, debe tenerse cuidado en la exposición postoperatoria al sol durante este tiempo.

Esta intervención puede ver sus efectos desvirtuados por circunstancias que obliguen nuevamente a la piel abdominal a estirarse por encima de sus límites de elasticidad. Las causas más frecuentes serían un aumento significativo del peso corporal y/o un embarazo. Si tiene previsto quedarse embarazada en el futuro, es preferible que posponga esta intervención hasta después del embarazo.

Ninguna intervención quirúrgica o tratamiento médico están libres de riesgos o de que se produzca alguna complicación. Sin embargo, el porcentaje de complicaciones no es elevado y está compensado por el resultado que se puede conseguir. Naturalmente, se toman las medidas necesarias para que el índice de complicaciones se mantenga reducido a un mínimo.

Aparte de las complicaciones de índole general, inherentes a cualquier intervención quirúrgica, las complicaciones más frecuentes son las siguientes:

Puede aparecer un hematoma postoperatorio que exija su drenaje y evacuación. No es frecuente. Igualmente rara es una infección, que se combatiría con antibióticos y medidas locales, pudiendo llegarse a precisar cirugía.

En intervenciones como ésta, donde se realizan amplios despegamientos de la capa dermo-grasa, existe siempre un riesgo de seromas (acumulación de suero bajo la pared cutánea). Si ocurriera, pueden precisarse curas locales prolongadas, y en ocasiones, de cirugía adicional.

El amplio despegamiento cutáneo que requiere esta cirugía implica un riesgo de riego sanguíneo insuficiente, en especial en la porción central inferior de la piel abdominal, que constituye una zona de máxima tensión en la que a veces puede haber algún sufrimiento cutáneo. Si ocurriera, puede haber desde un retraso en la cicatrización hasta la pérdida de un segmento de piel de la parte inferior del abdomen, que podría requerir cirugía abdominal y comprometer, a veces de forma importante, el resultado estético. Este riesgo, normalmente poco probable, se incrementa notablemente en pacientes fumadoras. También se ha demostrado su mayor incidencia cuanto mayor es el sobrepeso de la

paciente.

La zona del ombligo es otro punto más sujeto a retrasos de cicatrización y a infecciones. Si estos ocurrieran serán tratados localmente hasta su curación. Una infección a este nivel puede dar lugar a una cicatriz umbilical más visible. La calidad de la cicatriz alrededor del ombligo puede alterarse en el postoperatorio, bien expandiéndose o estrechándose, según la forma particular de cicatrizar de cada paciente.

La intervención refuerza la línea de unión entre las dos bandas musculares centrales del abdomen, dando una pared abdominal más tensa y firme. Sin embargo, en casos muy aislados podría ceder este refuerzo y excepcionalmente dar lugar a una hernia abdominal que podría requerir un nuevo procedimiento quirúrgico.

Si la calidad final de la cicatriz no fuera aceptable, puede precisarse en alguna paciente algún retoque postoperatorio -generalmente bajo anestesia local- una vez transcurridos 6 a 12 meses de la operación.

Ya se ha mencionado anteriormente la posibilidad de una cicatriz hipertrófica o queloidea que pudiera exigir la infiltración de corticoides en la cicatriz, o incluso una corrección quirúrgica secundaria a partir de los 6-12 meses de la intervención.

La producción de coágulos en las venas de la zona operada o en las extremidades inferiores pudiera ser causa de tromboembolismo pulmonar (coágulos que se desprenden de venas de las piernas o de la pelvis y que terminan taponando arterias pulmonares). Esta complicación es infrecuente pero potencialmente grave y puede requerir tratamiento médico intensivo. Las pacientes con mayor sobrepeso tienen un riesgo mayor de sufrir este tipo de complicaciones. La prevención de la formación de coágulos pasa por la utilización de medias de compresión, movilización precoz de la musculatura de las piernas, volver a caminar cuanto antes y por la administración de medicamentos anticoagulantes. El problema de los medicamentos anticoagulantes es que, a la vez que reducen el riesgo de formación de coágulos, aumentan significativamente el riesgo de hemorragias, hematomas o seromas.



# ¿Qué es el Entrenamiento Bariátrico (EnBa)?

El Entrenamiento Bariátrico (EnBa) es un proceso de preparación en la vida cotidiana para el paciente bariátrico, antes, durante y después –en el corto, mediano y largo plazo- de la intervención quirúrgica.

La singularidad de cada historia de obesidad, demanda un diseño individualizado de este proceso, según las necesidades y los obstáculos que cada persona vaya enfrentando en su proceso de recuperación de la enfermedad.

El objetivo del proceso de coaching es acompañar al paciente bariátrico a aprender a tomar el mayor provecho posible de la herramienta para la superación física y emocional de la situación de obesidad.

La experiencia del Coaching acompaña en el camino entre lo que el paciente es, y lo que desea ser respecto de su cuerpo -sus sensaciones y necesidades-, su relación con la alimentación, sus vínculos sociales y sus emociones. Coadyuva en la vida cotidiana del paciente, con la tarea del equipo quirúrgico, nutricional, psiquiátrico, y psicológico.

- Conocerse para tomar mejores decisiones;
- buscar y sacar lo mejor de sí mismo en pos de la recuperación de la obesidad;
- disfrutar del proceso;
- ampliar los esfuerzos a partir de disfrutar de los logros saludablemente mensurados;
- despertar la curiosidad por la trascendencia de los propios límites;
- reconocer lo perfecto en cada situación imperfecta de la vida;
- orientarse rumbo a lo importante;
- percibir y comunicar con claridad las necesidades;
- explorar siempre territorios nuevos de la propia vida;
- diseñarse entornos favorables;
- respetar la propia dignidad

Son los mojones sobre los que se orienta el proceso de coaching.

- Entrevistas personales Presenciales o A Distancia (Chat),
- intercambio de mails,
- actividades prácticas,
- talleres personalizados,
- lecturas,
- grupo de pares,
- Diario Intimo Bariátrico

Son herramientas sobre las que se trabaja en un proceso dinámico, acorde a cada momento y necesidad específica, en un trabajo conjunto con las diferentes disciplinas médicas, nutricionales y psicológicas que intervienen en el proceso de recuperación de la obesidad del paciente bariátrico.

*María Adela Mondelli*

*VivirMejorOnline.com.ar*

*Consultora Psicológica - Coach Bariátrico*

*Obesa bariatrizada*

*Mónica Viviana Villarreal*

*Obesa bariatrizada*

*www.encuentrobariatrico.com*

*www.guiabariatrica.com.ar*

*Foro encuentro bariátrico en Facebook*

*Bariátric@ ¿y después? en Facebook*

**Entrenamiento Bariátrico (EnBa)**

*www.entrenamientobariatrico.com*

*info@entrenamientobariatrico.com*

bienvenido, Invitado  
por favor Identificarse

transr

ña olvidada?

Foro Encuentro Bariátrico  
(1 viendo) (1) Invitado

Categorías

Foro general

Temas Respuestas Último mensaje

Foro general

10/11 4629

Re: Alguien  
10/01/12 ??  
por Paula17 |

Foro Ceremonias

Descripción: Esta categoría incluye información sobre el proceso de inscripción y el protocolo de paciente bariátrico. Incluye descripciones de procedimientos quirúrgicos, enfermedades, Todos los som

Foro

www.

Temas Respuestas

Foro Testimonio

ENCUENTRO BARIÁTRICO

.com

Foro Estudio

Descripción: Si tiene alguna inquietud sobre cualquier estudio de requerimientos previos a la cirugía, o si necesita más información, entre otros, brindarle un

Foro Estudios previos

nuestro lugar en la web

Foro Legales / OsSs

Descripción: El camino hacia la cirugía bariátrica está plagado muchas veces de trámites y procedimientos burocráticos que nos alejan de la ansiada recuperación desde nuestra mesa de todos.

Foro

Temas Respuestas Último mensaje

Legales / OsSs

40%

AYUDA.ME  
OBRA SOC  
por Me ina86 |