

# Intervención nutricional en pacientes con cirugía bariátrica

Rosario Garland<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Nutricionista. Clínica Angloamericana.  
Email: rosariogarland@gmail.com

**Capacidades adquiridas:** Al finalizar este artículo, los lectores podrán:

- Diferenciar los diferentes tipos de cirugía bariátrica existentes.
- Comprender los objetivos nutricionales del tratamiento de pacientes con cirugía bariátrica.
- Aplicar la información obtenida en su práctica diaria.

**Palabras clave:** *cirugía bariátrica, manga gástrica, tratamiento nutricional, dumping.*

## Introducción

La cirugía bariátrica o cirugía para perder peso, se refiere a los diferentes métodos quirúrgicos que se realizan para tratar la obesidad modificando el tracto gastrointestinal para reducir la ingesta de nutrientes y/o su absorción. Puede ser de 3 tipos:

- Restrictiva. Limitación en capacidad, Ejm: Balón, Banda gástrica ajustable, Tubo o Manga Gástrica (fig. No 1)
- Malabsortiva. menos limitación de cantidad, mas problemas de absorción . Scopinaro clásico y derivación biliopancreática sin gastrectomía distal, así como cruce duodenal.

- Intervención mixta. Limitación en capacidad limitación en absorción de diferentes nutrientes. Bypass gástrico en Y de Roux (combina la restricción de estómago pequeño con la malabsorción al "bypasear" un segmento de intestino delgado proximal de 1-1,5 metros).

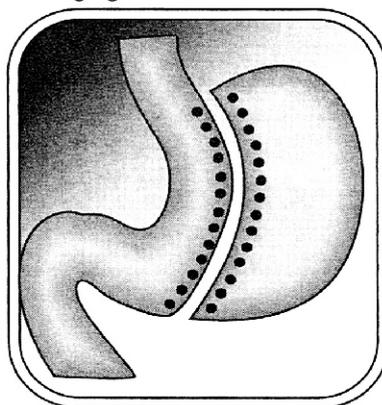
## Objetivo del tratamiento nutricional

Se busca evitar la desnutrición del paciente a largo plazo dividiéndose el tratamiento en 3 fases.

### Fase I. Dieta Liquida

- Proteger la cirugía
- No hay beneficio nutricional (solo se mantiene la hidratación del paciente)

Fig. No 1  
Manga gástrica



**Fase II. Dieta Semi-liquida**

- Tolerancia de alimentos por capacidad reducida
- beneficio nutricional bajo

**Fase III. Dieta Normal**

- Satisfacer requerimientos mínimos de nutrientes vitaminas y minerales diarios recomendados por el DRI, en un volumen reducido.)
- Modificar hábitos alimentarios.
- Mantener el peso perdido

**Características de la Dieta**

El aporte energético durante los Primeros 3 meses será de 400 a 800 kcal (Fase II y III) y de 1000 a 1200 kcal en los meses posteriores. La dieta se administrará en pequeñas porciones con incremento de cantidad según tolerancia.

En cuanto a los aspectos nutricionales, se debe considerar el aporte de agua; proteínas (carnes, huevos y lácteos); vitaminas y minerales (frutas y verduras); carbohidratos complejos y fibra (cereales, leguminosas y frutos secos) y simples; y grasas (aceites)

Las proteínas facilitan la cicatrización y ayudan a preservar la masa magra. Su aporte ideal está en 0.8g/k/peso ideal. Las fuentes proteicas que muestran mayor tolerancia incluyen pescado, pollo, pavo clara de huevo, yogurt descremado queso blanco descremado, mientras que las de menor tolerancia incluyen a las carnes rojas

En relación a los carbohidratos, se debe restringir los almidones al principio. Se debe priorizar el consumo de vegetales y frutas. La mayor tolerancia se da con las cremas y purés mientras que la menor tolerancia se da con azúcar, por lo que deben restringirse, incluso porque pueden condicionar la aparición de dumping.

La fibra soluble es mejor tolerada que la insoluble. Esta última además, reducen la absorción de Ca, Fe y Zn, por la presencia de fitatos.

Se debe promover el consumo de ácidos grasos mono y polinsaturados (omega 3) y restringir los alimentos ricos en grasa saturada. En general, las grasas deben restringirse por su elevado valor calórico; endentecer el vaciado gástrico; generar dolores abdominales y generar esteatorrea, flatulencia.

En relación a vitaminas y minerales, ambos grupos deben ser suplementados de manera general por el aporte alimentario disminuido. Se debe monitorizar B12, D, A, B9, Fe, Ca, Zn.

El agua es indispensable y se recomienda de 1 a 1 ½ lt/día. Esto evita el incremento de niveles de ac úrico, la formación de litiasis renal. Su ingesta debe ser constante e independiente de la sed