



¿QUÉ REQUISITOS DEBIESE CUMPLIR EL PACIENTE BARIÁTRICO PARA OPERARSE?

Dra. Katrina Lolas Tornquist MSc.

Bibliografía

1. Rubio F, et al. *Definition and diagnostic criteria of clinical obesity*. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025.
2. ASMBS & IFSO, *Indications for Metabolic and Bariatric Surgery*, SOARD, 2022.
3. 2. Salminen P, et al. *IFSO Consensus on Definitions and Clinical Practice Guidelines for Obesity Management*. Obes Surg. 2023.
4. Santos JL, Galgani JE. *Obesidad en adultos: guía de práctica clínica adaptada para Chile*. Medwave. 2022;22(10):e2649.
5. Mechanick JI, et al. *Clinical Guidelines – Perioperative Support in Bariatric Surgery*. Endocr Pract. 2019.
6. El Ansari W, et al. *Weight Regain and Insufficient Weight Loss After Bariatric Surgery: A Scoping Review*. Obes Surg. 2021.
7. Sjöström L, et al. *Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery*. N Engl J Med. 2004;351:2683–93.
8. Clapp B, et al. *Long-term outcomes of sleeve gastrectomy: meta-analysis*. Surg Obes Relat Dis. 2018.
9. Courcoulas AP, et al. *Seven-year outcomes in the LABS study*. JAMA Surg. 2018.
10. Simancas-Racines D, et al. *Preoperative Nutrition in Bariatric Surgery*. Nutrients. 2024;16(3):566.
11. Frias-Toral E, et al. *Optimizing Nutritional Management Before and After Bariatric Surgery*. Nutrients. 2024.
12. Gugliotti D, et al. *Cardiac risk assessment in bariatric patients*. Obes Surg. 2008.
13. Catheline JM, et al. *Cardiac and pulmonary assessment before bariatric surgery*. Obes Surg. 2008.
14. Hennis PJ, et al. *CPET predicts outcomes after gastric bypass*. Br J Anaesth. 2012.
15. Leiva MJ, et al. *Manejo psicológico en cirugía bariátrica: Consenso chileno*. Rev Med Chil. 2020.
16. Nielsen MS, et al. *Predictors of weight loss after bariatric surgery—a cross-disciplinary approach*. Int J Obes. 2020.
17. Livhits M, et al. *Preoperative Predictors of Weight Loss Following Bariatric Surgery*. Obes Surg. 2012.

Cirugía bariátrica: Rol del Cirujano

- Obesidad clínica se define como enfermedad crónica y sistémica causada por exceso de adiposidad que altera la función de tejidos, órganos o del organismo completo, recidivante y de origen **multifactorial**^{1,5}.
- Actualmente, la cirugía bariátrica (CB) es reconocida como el tratamiento más efectivo para la obesidad a nivel mundial².
- WR descrita, según técnica quirúrgica, hasta 40% a más de 5 años de seguimiento ^{3,4}.
- Importancia de **selección adecuada del paciente** y la técnica quirúrgica → Rol del cirujano en la evaluación integral.

Crerios Clínicos

2

Dan Eisenberg et al. / Surgery for Obesity and Related Diseases ■ (2022) 1–12

Major updates to 1991 National Institutes of Health guidelines for bariatric surgery

- Metabolic and bariatric surgery (MBS) is recommended for individuals with a body mass index (BMI) ≥ 35 kg/m², regardless of presence, absence, or severity of co-morbidities.
- MBS should be considered for individuals with metabolic disease and BMI of 30-34.9 kg/m².
- BMI thresholds should be adjusted in the Asian population such that a BMI ≥ 25 kg/m² suggests clinical obesity, and individuals with BMI ≥ 27.5 kg/m² should be offered MBS.
- Long-term results of MBS consistently demonstrate safety and efficacy.
- Appropriately selected children and adolescents should be considered for MBS.

(Surg Obes Relat Dis 2022;■:1–12.) © 2022 The Author(s). Published by Elsevier Inc on behalf of American Society for Metabolic & Bariatric Surgery (ASMBS) and Springer Nature on behalf of International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords: Obesity; Metabolic and bariatric surgery; IFSO; ASMBS; Criteria; Indications

Crterios Clínicos

2

Dan Eisenberg et al. / Surgery for Obesity and Related Diseases ■ (2022) 1–12

Major updates to 1991 National Institutes of Health guidelines for bariatric surgery

- Metabolic and bariatric surgery (MBS) is recommended for individuals with a body mass index (BMI) ≥ 35 kg/m², regardless of presence, absence, or severity of co-morbidities.
- MBS should be considered for individuals with metabolic disease and BMI of 30-34.9 kg/m².
- BMI thresholds should be adjusted in the Asian population such that a BMI >25 kg/m² suggests clinical obesity and individuals with BMI ≥ 27 .

Suitability for MBS

Overall, there was consensus that MBS should be offered to individuals with the following:

- BMI 30-35 kg/m² and T2DM who do not achieve substantial, durable weight loss and diabetes improvement with reasonable nonsurgical methods.
- BMI 30-35 kg/m² and obesity-related complications, but no T2DM, who do not achieve substantial, durable weight loss and improvement in their complications with reasonable nonsurgical methods.
- BMI 30-35 kg/m² and no obesity-related complications who do not achieve substantial, durable weight loss with reasonable nonsurgical methods.

• Long-term results of MBS
• Appropriately selected
(Surg Obes Relat Dis 2016;30:1-12)
Metabolic & Bariatric Surgery
Obesity and Metabolic
creativecommons.org/licenses/by/4.0/
Keywords: Obesity;

Evaluación preoperatoria

- Historia clínica y examen físico completos (obesity related)¹.
- Laboratorio de rutina → nutrient screening¹.
- Evaluación Cardiopulmonar^{5,6}.
- Evaluación GI → EDA (test ureasa/ protocolo sydney), Eco abdominal.
- Evaluación por Nutriología/ endocrinología, nutrición, psicología (red de apoyo)^{2,3,4}.
- *Otros: Consentimiento informado, información financiera

→ **ENFASIS:** baja peso pre operatoria, suspensión tabaquismo, control glicémico, asesoría en relación a embarazo, screening cáncer¹.

Evaluación preoperatoria

- Historia clínica y examen físico completos (obesity related)¹.
- Laboratorio de rutina → nutrient screening¹.
- Evaluación Cardiopulmonar^{5,6}.
- Evaluación GI → EDA (test ureasa/ protocolo sydney), Eco abdominal.
- Evaluación por Nutriología/ endocrinología, nutrición, psicología (red de apoyo)^{2,3,4}.
- *Otros: Consentimiento informado, información financiera.

- Comorbilidades asociadas
- Causas de obesidad
- IMC
- Historia de baja de peso
- Compromiso
- Contraindicaciones cirugía

→ **ENFASIS:** baja peso pre operatoria, suspensión tabaquismo, control glicémico, asesoría en relación a embarazo, screening cáncer¹.

Evaluación preoperatoria

- Historia clínica y examen físico completos (obesity related)¹.
- **Laboratorio de rutina → nutrient screening¹.**
- Evaluación Cardiopulmonar^{5,6}.
- Evaluación GI → EDA (test ureasa/ protocolo sydney), Eco abdominal.
- Evaluación por Nutriología/ endocrinología, nutrición, psicología (red de apoyo)^{2,3,4}.
- *Otros: Consentimiento informado, información financiera

- Glicemia, P. lipídico,
- F(x) renal, P. hepáticas, BUN/crea
- P. coagulación
- Grupo y Rh
- TSH, T4L
- *Vit B12/ D

→ **ENFASIS:** baja peso pre operatoria, suspensión tabaquismo, control glicémico, asesoría en relación a embarazo, screening cáncer¹.

Evaluación preoperatoria

- Historia clínica y examen físico completos (obesity related)¹.
- Laboratorio de rutina → nutrient screening¹.
- **Evaluación Cardiopulmonar^{5,6}.**
- Evaluación GI → EDA (test ureasa/ protocolo sydney), Eco abd
- Evaluación por Nutriología/ endocrinología, nutrición, psicología
- *Otros: Consentimiento informado, información financiera

- Anamnesis dirigida
- ASA/ RCRI
- Poca utilidad eco cardio T-T por mala ventana
- *Cateterismo cardiaco en pacientes de riesgo
- Espirometría y RxTx no cambia manejo
- Polisomnografía c/ factor riesgo

→ **ENFASIS:** baja peso pre operatoria, suspensión tabaquismo, control glicémico, asesoría en relación a embarazo, screening cáncer¹.

Evaluación preoperatoria

- Historia clínica y examen físico completos (obesity related)¹.
- Laboratorio de rutina → nutrient screening¹.
- Evaluación Cardiopulmonar^{5,6}.
- **Evaluación GI → EDA (test ureasa/ protocolo sydney), Eco abdominal.**
- Evaluación por Nutriología/ endocrinología, nutrición, psicología (red de apoyo)^{2,3,4}.
- *Otros: Consentimiento informado, información financiera

→ **ENFASIS:** baja peso pre operatoria, suspensión tabaquismo, control glicémico, asesoría en relación a embarazo, screening cáncer¹.

Evaluación preoperatoria

- Historia clínica y examen físico completos (obesity related)¹.
- Laboratorio de rutina → nutrient screening¹.
- Evaluación Cardiopulmonar^{5,6}.
- Evaluación GI → EDA (test ureasa/ protocolo sydney), Eco abdominal
- **Evaluación por Nutriología/ endocrinología, nutrición, psicología (red de apoyo)^{2,3,4}.**
- *Otros: Consentimiento informado, información financiera

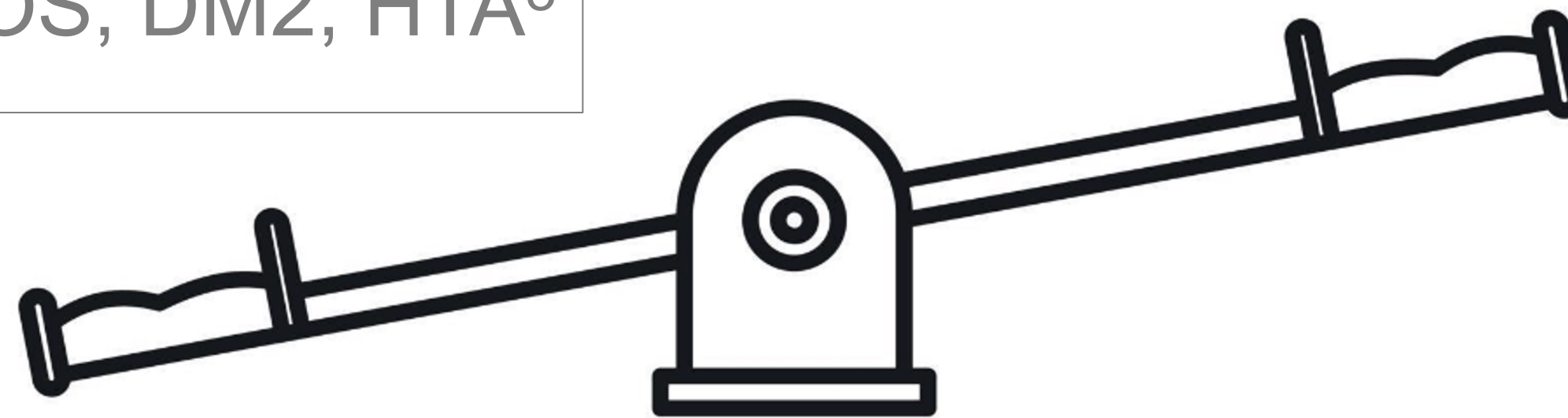
- Adherencia al tratamiento **nutricional**
 - 6-12 semanas régimen hipocalórico pre op
 - Baja peso $\geq 10\%$
- Adherencia al tratamiento por **psicología**
 - ≥ 2 sesiones pre op
 - Identificar riesgos, cambios conductuales, mejorar adherencia

→ **ENFASIS:** baja peso pre operatoria, suspensión tabaquismo, control glicémico, asesoría en relación a embarazo, screening cáncer¹.

Factores de éxito

- **(-)** con baja de peso
 - IMC/ IMC > 50 (< % EWL)
 - Trastornos de la personalidad
 - *edad³
 - Comorbilidades: SAHOS, DM2, HTA³

- **(+)** con baja de peso¹
 - Tipo de cirugía → > Bypass gástrico
 - Baja de peso pre operatoria → >10%²
 - Sexo femenino
 - < 3 miembros en el hogar



Selección quirúrgica rigurosa

- La indicación quirúrgica debe sustentarse en criterios clínicos y funcionales.
- La **evaluación preoperatoria multidisciplinaria** es indispensable.
- El cirujano tiene un rol central como garante de la **seguridad y pertinencia**.
- La cirugía bariátrica requiere una estrategia a largo plazo, centrada en el paciente.