

Urkund Analysis Result

Analysed Document: SUANY.docx (D42391998)
Submitted: 10/10/2018 9:57:00 PM
Submitted By: mpadillas@unemi.edu.ec
Significance: 3 %

Sources included in the report:

TFG_MIRIAM CERESO GOMEZ.pdf (D29759184)
tesis-Paola-Molina.docx (D28281084)
CAPÍTULO II marco teorico.docx (D13135559)
Anteproyecto de Tesis - Reyna CINDY.docx (D17697210)
<http://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/TDX:2452>

Instances where selected sources appear:

11

INTRODUCCIÓN

La obesidad resulta ser una patología de más alto índice a nivel mundial, esta se halla asociada a un sin número de enfermedades crónicas (diabetes mellitus, esteatosis hepática no alcohólica, hipertensión arterial) y discriminación, generando de esta manera tasas elevadas de morbilidad y mortalidad, creando así altos costes para los servicios de salud CITATION Gal17 \l 3082 (Galvis Aparicio, Bordignon, Bertolotti, & Marcellini Trentini, 2017). En un estudio reciente Cordero & Carolini (2017) mencionan que si esta tendencia de la obesidad sigue en aumento es probable que para el año 2025, el 19,5% de los hombres del planeta serán obesos y el 7,5% presentarán obesidad mórbida. Antes de programar la cirugía bariátrica en individuos con obesidad extrema es necesario que se hayan agotado recursos como el fracaso de la modificación de los estilos de vida (llevar un régimen dietético, actividad física diaria) CITATION Kat17 \l 3082 (Kathleen Mahan & L. Raymond, 2017). Si a pesar de todo esto el paciente sigue sin presentar resultados favorables en la reducción de su peso corporal la cirugía bariátrica resulta ser la opción más elegida por estos pacientes, siendo el tratamiento nutricional de vital importancia luego de la cirugía para de esta manera asegurar el éxito de la misma a largo plazo (Fantelli et al., 2014). Por ello, el tratamiento nutricional post-cirugía bariátrica desempeña un rol importante debido a que se busca el control del peso y reducción de las comorbilidades, ya que estudios indican que existe mayor probabilidad de que las personas presenten déficit nutricional y de micronutrientes, por ello es necesario implementar un seguimiento nutricional con el fin de complementar la recuperación y mantenimiento de las necesidades nutricionales de los pacientes. El objetivo de la presente investigación es desarrollar un análisis de revisión bibliográfica relacionada a la cirugía bariátrica para conocer el correcto manejo nutricional de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica. La metodología empleada en este estudio se enfoca en la triangulación de ideas considerando como criterios principales la obesidad, cirugía bariátrica y manejo nutricional mediante la utilización del método teórico y empírico para llevar a cabo el desarrollo de la investigación. Finalmente, con la revisión bibliográfica realizada se obtendrá información con sustento científico de diversos estudios en los cuales se discute el manejo nutricional en pacientes bariátricos, lo que permite un mejor abordaje dieto-terapéutico para futuras investigaciones.

CAPÍTULO 1 1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La obesidad es considerada como uno de los problemas de salud con mayor prevalencia a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años presentaban sobrepeso (índice de masa corporal [IMC] de 25 a 30 kg/m²), más de 600 millones eran obesos (IMC \geq 30 kg/m²), alrededor del 13% de la población adulta mundial (el 11% de

0: <http://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/TDX:2452>

70%

los hombres y el 15% de las mujeres) era obesa, y el 39% de los adultos de 18 o más años (

el 38% de los hombres y el 40% de las mujeres) tenían sobrepeso. La prevalencia de la obesidad a nivel mundial en las últimas décadas ha incrementado de manera exponencial entre el año 1980 y 2014 (Pampillon & Fantelli Pateiro, 2017, p.46).

Según la FAO, en la región de las Américas el 58 % de los habitantes vive con sobrepeso y obesidad lo que equivale alrededor de 360 millones de personas, siendo el país más predominante las Bahamas (69%), seguido de México (64 %) y finalmente Chile (63%), los que presentan las tasas más elevadas. A su vez, con estos datos se evidencia que la obesidad femenina es 10 veces mayor en porcentajes en comparación a los hombres (Malo, Castillo & Pajita, 2017).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en (2013), indica que existe una prevalencia del 62.8% de la población adulta entre 20 a 60 años que presenta sobrepeso y obesidad, lo que evidencia un latente problema de Salud pública a nivel local. Existen métodos tradicionales que favorecen la reducción del peso corporal total, entre ellos tenemos las dietas hipocalóricas estrictas, la actividad física y el consumo de fármacos. Desafortunadamente estos métodos en algunos casos no presentan resultados favorables, sobre todo en aquellos pacientes con un BMI por encima de 40 kg/m², convirtiéndose en candidatos para una cirugía bariátrica CITATION Sav13 \l 3082 (Savino , Zundel, & Carvajal, 2013). Luego que el paciente es sometido a cirugía bariátrica independientemente del tipo de técnica que se haya utilizado, si este no lleva un correcto abordaje nutricional pre y post quirúrgico va a tener un fracaso que se verá reflejado en posibles complicaciones en la suturas, déficit nutricionales e incluso con la recuperación del peso perdido luego de la cirugía (Cervera et al., 2004) & (Goñi et al., 2015). A partir de la problemática presentada, se puede identificar la aceptabilidad de la cirugía bariátrica como uno de las intervenciones quirúrgicas más eficaces para el tratamiento de la obesidad y la reducción de las comorbilidades a la que conlleva la misma. De allí surge la interrogante de ¿cuán importante es un adecuado manejo nutricional en los pacientes que se han sometido a una cirugía bariátrica?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La obesidad puede definirse como el desbalance entre las calorías consumidas y las calorías gastadas, lo que conlleva a un depósito de grasa corporal anormal o en exceso. Según organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la obesidad es uno de los problemas de salud con más prevalencia en todo el mundo, siendo uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, algunos tipos de cáncer, afecciones a la respuesta inmune, conduciendo a un mayor estado de morbilidad, mortalidad y ocasionando una disminución considerable de la esperanza de vida (Delgado Floody et al., 2015). Según Savino, Zundel, & Carvajal, (2013) hasta el momento, la cirugía bariátrica es considerada como uno de los tratamientos quirúrgicos de primera elección para la obesidad mórbida, ya que se alcanza una pérdida de peso importante en estos pacientes y además ha tenido gran impacto sobre algunas comorbilidades asociadas a la obesidad como, la diabetes mellitus II y la esteatosis hepática no alcohólica. Sin embargo, no lo garantiza en forma permanente y sostenida. Los pacientes que son sometidos a una cirugía bariátrica necesitan de un correcto abordaje

nutricional antes de la cirugía como parte de la preparación para la intervención, siendo de gran importancia la educación nutricional como un pilar para la modificación de los hábitos alimentarios, la adherencia a regímenes alimentarios restrictivos debido a que después de la intervención se presentan deficiencias de nutrientes CITATION Rub05 \l 12298 (Rubio, Rico , & Moreno, Nutrición y Cirugía Bariátrica, 2005). Además se necesita realizar un monitoreo y seguimiento a estos pacientes después de la cirugía para determinar acciones y conseguir cambios en los estilos de vida, que permitan proyectar la pérdida de peso en el tiempo y que favorezcan a los pacientes a no adquirir nuevamente la condición anterior CITATION Cof17 \l 12298 (Cofré Lizama, Delado Floody, Saldivia Mansilla, & Jerez Mayora, 2017). El estudio del manejo nutricional que requieren los pacientes que se han sometido a una cirugía bariátrica, es importante para evaluar el grado de cuan exitosa resulta la cirugía. En la actualidad, los procedimientos bariátricos han demostrado ser el tratamiento más eficaz y duradero para la obesidad. Estas cirugías se enfocan en las comorbilidades médicas más que en la obesidad como tal CITATION Arg16 \l 12298 (Argüelles Argüello & Valverde Zúñiga , 2016). El objetivo de esta investigación es realizar una revisión bibliográfica de múltiples artículos científicos, extrayendo las ideas más relevantes de los autores sobre el manejo nutricional de pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Por último, los resultados de esta investigación serán de utilidad para el desarrollo de futuras investigaciones, ya que hace énfasis en la importancia del tratamiento nutricional en pacientes bariátricos.

1.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL Desarrollar una revisión bibliográfica sobre manejo nutricional en pacientes sometidos a cirugía bariátrica: una propuesta de revisión.

OBJETIVOS ESPECIFICOS o Revisar artículos y documentos relacionados con el manejo nutricional en pacientes sometidos a cirugía bariátrica: una propuesta de revisión. o Analizar la relación existente entre el manejo nutricional y los resultados de la cirugía bariátrica.

CAPÍTULO 2 2.1 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL 2.1.1 MARCO LEGAL

En el Art. 13 de Constitución de la República del Ecuador (2008) menciona que: las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales.

Según la constitución de la República del Ecuador (2008) en el Título II; Capítulo 2; Sección séptima que habla sobre la Salud en su Art. 32 menciona que: La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Art. 281. La soberanía alimentaria constituye un objetivo estratégico y una obligación del Estado para garantizar que las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades alcancen la autosuficiencia de alimentos sanos y culturalmente apropiados de forma permanente. (Constitución del Ecuador, 2008).

Art. 358. El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integrales, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional. (Constitución del Ecuador, 2008).

La ley Orgánica de la Salud (2012) en su Capítulo III; que habla sobre los Derechos y deberes de las personas y el Estado en relación con la Salud en su Art. 7 menciona que toda persona tiene derecho:

o A ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados a la salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna.

o Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública. Según la Ley Orgánica de Salud (2012) en el Art. 16 menciona que: el estado establecerá una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de productos y alimentos propios de cada región y garantizará a las personas, el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos, inocuos y suficientes. El Plan Nacional de Desarrollo (2017) en su Objetivo 1 que habla sobre Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas, menciona en su Política 1.3: Combatir la malnutrición, erradicar la desnutrición y promover hábitos y prácticas de vida saludable, generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, la ciudadanía, el sector privado y los actores de la economía popular y solidaria, en el marco de la seguridad y soberanía alimentaria.

2.2 ANTECEDENTES El término

0: CAPÍTULO II marco teorico.docx

89%

cirugía bariátrica surge del griego "baros", que significa peso y "iatrein", que significa tratamiento;

dando así el significado de tratamiento de la obesidad a través de un procedimiento quirúrgico. Y "Cirugía Metabólica" representa una expansión del concepto de cirugía bariátrica y trata las enfermedades crónicas no trasmisibles, tales como diabetes, hipertensión o dislipidemias (Aniceto et al., 2017, p.981). Las observaciones de que tras la resección intestinal se produce una pérdida de peso data del siglo XIX. Fue en el año 1894 que Trzebicky publicó las alteraciones del balance nutricional tras resección intestinal en perros, mientras que Eiselsberg en el año 1985 comunicó la pérdida de peso en humanos tras la realización de una

resección gástrica o de intestino delgado. Si bien es cierto el tratamiento quirúrgico para la obesidad por distintas circunstancias se veía limitado (anestesia, desarrollo quirúrgico, etc.), comienza a mediados del siglo XX, sin embargo el tratamiento médico ya estaba bien establecido en la antigüedad CITATION Gon08 \l 12298 (González González, Sanz Álvarez , & García Baernardo , 2008). En los primeros años del decenio de 1950, es Payne quien realiza el primer procedimiento de cirugía bariátrica de técnica malabsortiva, la derivación yeyunocólica quien fue abandonada muy pronto debido a que produjo una alta incidencia de complicaciones (malabsorción proteico-calórica, insuficiencia hepática y renal, signos de desnutrición marcada) CITATION Por11 \l 12298 (Portie Felix, Navarro Sánchez , Hernández Solar , Grass Baldoquín , & Domloge Fernández, 2011). Henriksson realizó en Gotemburgo, Suecia la 1ª Derivación Yeyuno Ileal aislada en 1952, pero el campo de cirugía bariátrica realmente se inicia en 1953 en la Universidad de Minnesota por dos grupos, Varco y Buchwald y Kremen y Linner. Payne y otros cirujanos realizaban operaciones de malabsorción a partir de 1956. Buchwald en 1964, deriva el tercio distal del intestino delgado para tratar la hipercolesterinemia e inicia la CM. Edward Mason describe la Derivación Gástrica en 1967 (Aniceto et al., 2017, p.981). Según datos publicados por

0: Anteproyecto de Tesis - Reyna CINDY.docx

80%

la Asociación Americana de Cirugía Bariátrica y Metabólica, conforme el grado de experiencia en el tema fue aumentando de 13.365 intervenciones bariátricas en 1998 a casi 200.000 en el 2007, y de estos, el 80% correspondían a

Bypass Gástrico con Anastomosis en Y de Roux (González, 2014, p.87). 2.3 MARCO CONCEPTUAL

Actividad física: Considerada como cualquier tipo de movimiento corporal que es producido por los músculos esqueléticos exigiendo así un gasto de energía CITATION OMS18 \l 3082 (OMS, 2018).

Anastomosis: Resulta una conexión quirúrgica entre dos estructuras. En la mayoría de los casos se trata de una conexión creada entre estructuras tubulares, como por ejemplo los intestinos o los vasos sanguíneos CITATION Med18 \l 3082 (MedlinePlus, 2018).

Cirugía bariátrica: Consiste en el conjunto de procedimientos e intervenciones quirúrgicas que son empleados para el tratamiento de la obesidad CITATION Mar13 \l 3082 (Marnet, 2013).

Comorbilidades: Término que se utiliza para describir 2 o más patologías asociadas a enfermedades. También se asocia a la interacción de ambas enfermedades que ocasionan el desarrollo de las mismas CITATION Nat17 \l 3082 (National Institute on Drug Abuse, 2017).

Dieta: Resulta el conjunto y cantidades de los alimentos o mezclas de alimentos que se consumen diariamente (OMS, 2018).

Dietoterapia: Se define como la asimilación de los alimentos ingeridos a las distintas alteraciones metabólicas provocadas por alguna patología, y su planificación se lleva a cabo a través del equilibrio y cuidado de los alimentos CITATION Gat \l 3082 (Gatas).

Estado nutricional: Es el entorno en el que se halla una persona según su ingesta y adaptaciones fisiológicas que se dan tras asimilar los nutrientes CITATION Ali \l 3082 (Alimentación y Nutrición, 2005). **Evaluación del estado nutricional:** Se refiere a la acción de valorar la condición en la que se encuentra una persona según los cambios nutricionales que se han podido evidenciar tomando en cuenta varios parámetros nutricionales CITATION Ali \l 3082 (Alimentación y Nutrición, 2005).

Factor de riesgo: Resulta cualquier manifestación en la cual una persona sufra la posibilidad de padecer alguna enfermedad o lesión (OMS, 2018).

Farmacoterapia: Es una ciencia que estudia el uso entre la relación del fármaco y los seres vivos.

Grelina: Es la primera hormona de origen gastrointestinal, tiene la capacidad de la activación del apetito CITATION Mon17 \l 3082 (Monserrate Cervantes, 2017).

IMC – Índice de masa corporal: Este es una medida que sirve para determinar el estado nutricional de una persona es decir clasificarlas en: bajo peso, normopeso, sobrepeso, obesidad I, obesidad II, obesidad mórbida (OMS, 2018).

Laparoscopia: Técnica de intervención visual que permite observar la cavidad abdomino-pélvica mediante una lente denominado como laparoscopio, también utilizados para intervenciones quirúrgicas con resultados mínimamente invasivos CITATION Pér14 \l 3082 (Pérez Porto & Merino, 2014).

Malnutrición: Modificación durante el proceso de la nutrición, ya sea esta por déficit o exceso de energía que repercute en la desnutrición u obesidad CITATION Rav10 \l 3082 (Ravasco , Anderson , & Mardones, 2010).

Morbilidad: Es un dato estadístico que indica el número de personas que sufren alguna enfermedad en un espacio y tiempo determinado CITATION Faj17 \l 3082 (Fajardo Gutierrez , 2017).

Nutrición: Es la ingesta de alimentos acorde con las necesidades dietéticas del organismo. Una correcta nutrición (dieta suficiente y equilibrada acompañada de la actividad física diaria) es de mucha importancia para una buena salud CITATION OMS181 \l 3082 (OMS, 2018).

Obesidad: Se define como la acumulación anormal o excesiva de masa grasa que incide en el peso corporal total, la misma que puede ser perjudicial para la salud CITATION OMS \l 3082 (OMS, 2018).

Prevalencia: Estudio de la continuidad, expansión y determinantes de las patologías y condiciones de morbilidad en la especie humana CITATION Faj17 \l 3082 (Fajardo Gutierréz , 2017).

Restricción calórica: Resulta de la reducción de la cantidad de calorías que se ingieren en la dieta esta siempre debe ser realizada bajo la supervisión de un profesional CITATION Pon17 \l 3082 (Pons Sala , Drobnic Martínez, & Pons Biescas, 2017).

Sedentarismo: Estilo de vida habitual que se caracteriza por una escasa actividad física que incrementa el riesgo de padecer enfermedades CITATION Tom09 \l 3082 (Tomás , 2009).

2.4 FUNDAMENTOS TEÓRICOS OBESIDAD

Se define como el aumento de peso o la acumulación en exceso de masa grasa en relación con el peso estándar, la talla, el sexo y la edad. Sin embargo, es importante tener en cuenta que no siempre un aumento de peso significa obesidad como ocurre en el caso de pacientes con edema y ascitis CITATION Cer04 \l 3082 (Cervera , Clapés, & Rigolfas, 2004).

La obesidad es un problema complejo relacionado con el estilo de vida, el medio ambiente y el trasfondo genético. Estados Unidos es el país desarrollados con la más alta prevalencia de obesidad. Sin embargo, ha habido prevalencias de sobrepeso y obesidad a nivel del mundo CITATION Mah13 \l 3082 (Mahan, Escott-Stump, & Raymond, 2013). La etiología de la obesidad puede ser consecuencia de uno o más factores interrelacionados (Cervera et al., 2004).

Según la Organización Mundial de la Salud clasifica el sobrepeso y obesidad de acuerdo al índice de masa corporal. Tomando como base la relación que existe entre el peso actual y la talla del individuo en metros cuadrados CITATION Mor12 \l 3082 (Moreno, 2012).

Clasificación de IMC Bajo peso >18.5 Normalidad 18.5 – 24.9 Sobrepeso 25.00 -29.9 Obesidad I 30 – 34.9 Obesidad II 35.0 – 39.9 Obesidad III ≥ 40 Tabla 1. Clasificación del Índice de masa corporal

Causas de la obesidad Son muchos los factores que repercuten en el desarrollo de la obesidad, entre los que destacan el entorno familiar en donde las figuras paternas fomentan hábitos incorrectos que conllevan a una sobrealimentación y estas a su vez, se relacionan con el consumo de dietas altamente energéticas que superan las necesidades nutricionales del individuo; por otra parte el sedentarismo es otro de los factores que incrementan el riesgo de obesidad. Además también puede ser provocada por factores ambientales y genéticos CITATION Can17 \l 3082 (Cano Rodrigo, Soriano Del Castillo , & Merino Torres , 2017).

Comorbilidades asociadas a la obesidad Con el fin de demostrar la importancia que conlleva el tratamiento de la obesidad se citan algunas de sus comorbilidades: hipertensión arterial, dolor lumbar, trombosis venosa profunda, apnea obstructiva del sueño, hernias de pared abdominal, enfermedad articular degenerativa, reflujo gastroesofágico, coledoclitiasis, micosis cutáneas, úlceras por estasis venosa , diabetes tipo 2, dismenorrea, dislipidemias, asma, síndrome de hiperventilación-obesidad, arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca derecha,

migraña, depresión, pseudotumor cerebri, abscesos cutáneos, incontinencia urinaria, infertilidad, cáncer entre otras (Argüelles et al., 2016).

TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN OBESIDAD (PRE-CIRUGIA BARIATRICA) Entre el tratamiento para la reducción del peso en pacientes candidatos a cirugía bariátrica encontramos la modificación de los estilos de vida: dietas restrictivas, práctica de actividad física, y tratamiento farmacológico (Kathleen Mahan & L. Raymond, 2017). Es importante evaluar los hábitos alimentarios de los pacientes antes de la intervención, para conseguir la adherencia a un plan dietético equilibrado, para descartar trastornos de la conducta alimentaria así como el déficit de hierro, vitamina B 12, Vitamina D, los cuales deben corregirse antes de la cirugía. La pérdida de peso que se logre conseguir antes de la cirugía va a permitir reducir las complicaciones intraoperatorias CITATION deL12 \l 3082 (de Luis Roman , Bellido Guerrero, & Garcia Luna , 2012).

Modificación de los estilos de vida La modificación de la conducta de los pacientes que son candidatos a cirugía bariátrica constituye un pilar fundamental de la intervención en el cambio de los estilos de vida. Este se enfoca en reestructurar su entorno, la ingesta nutricional y la actividad de estos pacientes a través de la definición de sus objetivos, donde la mayoría de los programas conductuales se enfocan en lograr por semana una reducción de peso entre 0,25 a 0,5 kg mediante la reducción de la ingesta calórica y actividad física (Mahan et al., 2013). Según la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad Mórbida la reducción de peso que se consigue mediante la modificación de los estilos de vida, mejora la función cardiorrespiratoria, ayuda a controlar la glicemia y reduce el volumen hepático lo cual facilita técnicamente la cirugía y reduce riesgos de la misma CITATION Soc \l 3082 (Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad Mórbida, 2004).

Dietas restrictivas Como parte de la preparación de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica son sometidos a regímenes alimentarios estrictos, las dietas con restricción de energía es uno de los métodos más empleados para la reducción del peso corporal. Desde el punto de vista nutricional esta dieta es adecuada a excepción de la energía, la cual se va a reducir hasta cierto grado en que los depósitos de grasa se movilicen para que cubran las necesidades diarias de la misma; este déficit calórico va desde 500 a 1000 kcal de sus requerimientos energético total, para alcanzar el objetivo (Mahan et al., 2013). Los niveles de energía varían de acuerdo a la composición corporal y actividades del paciente y suelen ser alrededor de 1200 a 1800 kcal/día. Esta dieta debe ser individualizada en cuanto a los Hidratos de Carbono un aporte del 50 a 55% de las kcal totales las cuales van a ser cubiertas en la alimentación (consumo de verduras, frutas, legumbres y cereales integrales), el aporte de las Proteínas representa un 15 a 25 % de las kcal totales evitando así la conversión de la proteína en energía, mientras que el aporte de las grasas no debe superar el 30 % de las kcal totales. Sin embargo, existen dietas extremadamente restrictivas que aportan ≤ 800 kcal diarias y que pueden ser utilizadas como parte de la preparación en pacientes que serán sometidos a cirugía bariátrica (Mahan et al., 2013, p.474).

Actividad física Es básicamente uno de los componentes más variables del gasto energético total que favorece la reducción de peso. El Departamento de Agricultura de los Estados

Unidos (USDA) recomienda realizar actividad física durante 60 a 90 minutos diarios, lo que permite un equilibrio en el descenso de la masa corporal magra y la reducción de la tasa metabólica basal que va de la mano con la pérdida de peso intencional aumentando la masa corporal magra en relación a la masa corporal grasa (Mahan et al., 2013).

o Tratamiento farmacológico Un tratamiento farmacológico adecuado ayuda a potenciar la dieta, la actividad física y la terapia conductual en los pacientes. Estos medicamentos actúan reduciendo el apetito, estimulando la saciedad, disminuyendo así la intensidad de la absorción de las grasas o incrementar el gasto energético. No todos los pacientes responden de la manera deseada al tratamiento; en los que sí, los resultados según los diversos estudios clínicos se espera una reducción de 2 a 20 kg a lo largo de los 6 primeros meses, en general cuando se deja este tratamiento los pacientes suelen recuperar el peso de inmediato (Mahan et al., 2013) & CITATION Cer04 \l 3082 (Cervera , Clapés, & Rigolfas, 2004).

Cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida El tratamiento dietético en conjunto con las modificaciones de los estilos de vida, la actividad física, terapia conductual y el tratamiento farmacológico ayudan a conseguir una pérdida de peso de alrededor del 10% a medio plazo, contribuyendo al mejoramiento de las comorbilidades asociadas a la misma. Sin embargo mucho de los individuos con obesidad extrema no logran una reducción de su peso corporal convirtiéndose así en candidatos a cirugía bariátrica (Rubio et al., 2004).

CIRUGÍA BARIÁTRICA La cirugía bariátrica consiste en una terapéutica aceptada ante la obesidad extrema o también denominada obesidad mórbida, caracterizada por un IMC ≥ 40 o un IMC ≥ 35 siempre y cuando esté acompañado de comorbilidades asociadas a la obesidad (Mahan et al., 2013). Al hablar de cirugía bariátrica como tratamiento para la obesidad, los órganos implicados son: el estómago y el intestino delgado. El cirujano bariátrico es quien opera en el estómago para conseguir una reducción de la ingesta calórica (restricción), y / o en el intestino delgado, para provocar la mala absorción de nutrientes como consecuencia del acortamiento de la longitud del intestino útil para la absorción plena (desviando una parte). En las técnicas mixtas, se combinan los mecanismo restrictivos y malabsortivos (Aniceto et al., 2017).

Técnicas quirúrgicas en el tratamiento de la obesidad mórbida Los tipos de técnicas utilizadas para el manejo de la obesidad mórbida pueden variar desde técnicas restrictivas, malabsortivas y técnicas mixtas las mismas que se han fomentado según su grado de efectividad y menor riesgo de complicaciones CITATION Gon14 \l 3082 (González, 2014). o Técnica restrictiva: Es una técnica que consiste en la reducción de la capacidad de llenado del estómago que conlleva a una reducción de la ingesta de alimentos. Es una técnica fácil de realizar, sin embargo, a largo plazo puede fracasar lo que obligaría a una reintervención quirúrgica. Dentro de estas técnicas encontramos la Gastroplastia vertical anillada o bandeada, la banda gástrica ajustable o no y Gastrectomía lineal o tubular CITATION Gon14 \l 3082 (González, 2014).

o Técnicas malabsortivas: Estas reducen a la mitad la capacidad del llenado estomacal produciendo un cruce con el intestino causando de así una mala absorción de los alimentos ingeridos. Estas intervenciones resultan ser muy eficaces para la reducción del peso, pero

como consecuencias causan deficiencias vitamínicas y proteicas por lo tanto paciente se ve obligado a un estricto control médico-nutricional después de la cirugía. Dentro de estas técnicas encontramos By-pass yeyuno cólico y by-pass yeyuno ileal CITATION Gon14 \l 3082 (González, 2014).

o Técnicas mixtas: Son aquellas principalmente restrictivas y malabsortivas. Dentro de estas técnicas encontramos By-pass gástrico, Derivación bilio-pancreática y Cruce duodenal CITATION Gon14 \l 3082 (González, 2014).

TRATAMIENTO NUTRICIONAL POST-QUIRÚRGICO Todo paciente sometido a cirugía bariátrica sin importar el tipo de técnica utilizada necesita de soporte nutricional para evitar fallos en las suturas, a más de garantizar una correcta tolerancia oral, evitando déficits nutricionales o complicaciones médicas. La dieta post-cirugía bariátrica debe proporcionar al paciente todos los nutrientes, satisfaciendo al menos las cantidades mínimas de nutrientes necesarias para cumplir sus actividades diarias con un aporte de volumen reducido (Cervera et al., 2004) & (Goñi et al., 2015).

Posterior a la cirugía bariátrica el paciente intervenido, debe modificar sus hábitos alimentarios, los cuales se deben adaptar progresivamente su

0: CAPÍTULO II marco teorico.docx

76%

nueva condición tras la operación, permitiendo una pérdida de peso adecuada y un mantenimiento del peso

que se ha logrado obtener reduciendo así los riesgos de deficiencia nutricionales (De Luis Roman et al., 2012).

Fases de la dieta (modificaciones en la consistencia)

o Fase 1 dieta Líquida Durante los primeros 2 días post- cirugía la dieta consiste únicamente en líquidos tales como: agua, infusiones, zumos diluidos o caldos claros, estos serán ingeridos en pequeños sorbos distribuidos en varias tomas durante el día, esta dieta resulta incompleta al no cubrir con los requerimientos nutricionales, sin embargo al ser de corta duración no altera el estado nutricional del paciente. (Goñi et al., 2015).

o Fase 2. Dieta semi-sólida Se va introduciendo poco a poco purés y alimentos semi sólidos, de tal modo que se vaya consiguiendo una adaptación del

0: CAPÍTULO II marco teorico.docx

81%

volumen de las tomas al tamaño del reservorio gástrico, estos purés deben contener alimentos ricos en proteínas (pollo,

pescado y res) y no únicamente vegetales, en esta dieta se pueden incluir una mayor variedad de alimentos por lo que resulta ser completa, asegurando un aporte de nutrientes esenciales.

Según el tipo de intervención, esta dieta puede extenderse de 2 a 4 semanas, debido que el periodo de adaptación va a depender del componente restrictivo (De Luis Roman et al., 2012) & (Goñi et al., 2015). o Fase 3. Dieta solida

En esta fase de la progresión de la dieta se incluyen alimentos sólidos, ya sin triturar, la dieta debe ser equilibrada, saludable y variada, controlando las calorías, de volúmenes pequeños (hasta 200 ml por cada toma). Esta dieta debe fraccionarse de 5 a 6 comidas por día, es rica en proteínas y baja en grasas, con suficiente aporte de agua. En esta fase de la dieta se aconseja que el paciente siga consumiendo alimentos en forma de puré mientras incorpore un nuevo alimento solido en la dieta (Goñi et al., 2015).

COMPLICACIONES NUTRICIONALES POST CIRUGÍA BARIÁTRICA Dependiendo del tipo de cirugía, de la dieta y de otras características del paciente se van a presentar complicaciones nutricionales por los diversos mecanismos involucrados en la pérdida de peso (malabsorción y restricción). La disminución de la ingesta puede ser secundaria a anorexia, vómitos, trastornos de la conducta alimentaria y aversiones alimentarias; mientras que la mala absorción se presenta por la alteración de la anatomía del tracto digestivo CITATION Cer04 \l 3082 (Cervera , Clapés, & Rigolfas, 2004).

Deficiencias nutricionales (post- cirugía bariátrica) Dentro del manejo del paciente con cirugía bariátrica el profesional de nutrición debe evaluar el estado nutricional, determinar las deficiencias nutricionales y desarrollar las intervenciones apropiadas con la finalidad de corregirlas, creando un plan nutricional post- operatorio que contribuye a aumentar las probabilidades de éxito de la cirugía (Savino et al., 2013). Las técnicas de cirugía bariátrica en el post- operatorio conducen a una importante reducción de la ingesta de nutrientes lo cual puede asociarse a un riesgo de deficiencias nutricionales que va incrementando a lo largo de los años tras la cirugía CITATION Ama12 \l 3082 (Amaya García , Vilchez López, Campos Martín, Sánchez Vera, & Pereira Cunill, 2012).

o Desnutrición energética Se presenta cuando el paciente pierde una excesiva cantidad de peso, puede deberse a una mala selección de paciente ya sea que estos no tengan el grado de obesidad que amerite la cirugía bariátrica. (Amaya et al., 2012). o Desnutrición proteica Esta es una de las complicaciones más graves tras la derivación biliopancreática aunque también puede darse tras el by-pass gástrico, los factores que condicionan el riesgo de presentar este tipo de desnutrición son la dieta, el tipo de cirugía, la enfermedad intercurrente y complicaciones como fistulas y sobre el crecimiento bacteriano (Amaya et al., 2012). o

Deficiencia de vitamina B12 Es común en la gastro-yeyunostomía en Y de Roux y la derivación biliopancreática con cruce duodenal, ya que para la absorción de esta vitamina se necesita que el estómago, páncreas y el íleo terminal ese encuentren anatómica y funcionalmente (Amaya et al., 2012). o Deficiencia de ácido fólico Por otro lado, la deficiencia de ácido fólico ocurre en un 9 a 35% de los pacientes, aunque su absorción sea a través de todo el intestino delgado luego de los procedimientos bariátricos su ingestión es insuficiente (Savino et al., 2013). o Deficiencia de hierro El déficit nutricional del hierro es una de las complicaciones más

frecuentes en los pacientes bariátricos en un 47%. Esta deficiencia puede presentarse en los diferentes procedimientos, aunque haya absorción del hierro a lo largo de todo el intestino

delgado, es mucho más eficiente en el duodeno y yeyuno proximal, trayecto que se evita con la gastro-yeyunostomía e Y de Roux lo que conlleva a una disminución general de la absorción del hierro (Savino et al., 2013) & CITATION Gon14 \l 3082 (González, 2014).

o Deficiencia de tiamina El déficit de tiamina post-quirúrgica se presenta tanto en las técnicas restrictivas como en las técnicas malabsortivas, sin embargo, su deficiencia parece ser más frecuente en el by-pass gástrico que en la derivación biliopancreática. La mayoría desarrolla esta deficiencia entre los primeros tres meses tras la cirugía. Esta deficiencia afecta a varios sistemas y órganos manifestándose de tres formas típicas: Beriberi, síndrome de Wernicke-korsokoff y síndrome de Leigh (Amaya et al., 2012).

o Deficiencia de calcio Esta afecta en un 29% de los pacientes obesos sometidos a Cirugía Bariátrica, pues tienen un impedimento para la acidificación de los alimentos, paso limitante en la absorción de tiamina. Es más común en los pacientes sometidos a By-pass gástrico en Y de Roux, derivación biliopancreática y la complicación más temida es la encefalopatía de Wernicke-Korsakoff, la cual se manifiesta desde 6 semanas hasta 3 meses posterior a la técnica quirúrgica y tan tempranamente como 2 semanas en el postoperatorio (González, 2014, p.94).

o Deficiencia vitamina D Este déficit se presenta en un 25-80% de pacientes incluso antes de la cirugía, varía de acuerdo a la etnia (se da más en hispanos y afroamericanos), y los niveles de vitamina D son inversamente proporcionales al IMC, pues el exceso de tejido adiposo sirve como un "depósito de vitamina D" y disminuye su biodisponibilidad. Estos pacientes suelen tratarse con suplementos que contienen en promedio 500-600 mg de calcio (citrato o carbonato) y 400-500 UI de vitamina D (ergocalciferol D2 o colecalciferol D) (González, 2014, p.94).

o Deficiencia de Vitaminas A, E y K y ácidos grasos esenciales Es de mucha importancia considerar la suplementación de las vitaminas liposolubles, pues tras la cirugía bariátrica (principalmente, derivación gástrica gastro-yeyunostomía e Y de Roux, derivación biliopancreática y derivación biliopancreática con "cruce" duodenal), se producen alteraciones en la digestión de las grasas, esto implica un importante déficit en la absorción de ácidos grasos esenciales y así mismo deficiencias de las vitaminas liposolubles (Savino et al., 2013).

Los pacientes que han sido sometidos a procedimientos bariátricos, requieren el consumo de suplementos de vitaminas y minerales de por vida, si bien es cierto muchos de ellos cuando ya ven resultados en la pérdida de peso, no continúan con la suplementación, es por eso que fracasan luego de 3 a 5 años volviendo a ganar peso. (Savino et al., 2013)

CAPÍTULO 3 3.1 METODOLOGÍA La presente investigación tiene un enfoque cualitativo, empleando un método de estudio documental a través de la revisión bibliográfica de artículos científicos extraídos de plataformas virtuales como: Scielo, Redalyc, Google Académico, Revista Nutrición Hospitalaria, Revista Salud Pública, además, utilizando datos de la décimo tercera edición del libro Krause Dietoterapia, Alimentación y Dietoterapia, Temas de Nutrición Dietoterapia. En la realización de este trabajo de investigación se utilizaron los métodos "empírico y teórico" para la recolección de información concerniente al tema de investigación propuesto. El método teórico incluye: Para realizar el análisis se utiliza información de diversas fuentes similares y que guarden relación con las variables del tema propuesto. Para esto, se compararon diferentes estudios sobre cirugía bariátrica y su manejo nutricional como parte del tratamiento en la obesidad y comorbilidades asociadas a la misma. Además, se

realiza un conglomerado de las ideas principales, relacionando los diferentes puntos de vista de los autores en sus artículos para llegar a una síntesis de la investigación, permitiendo concluir el trabajo considerando las diferentes acotaciones de los autores. Se plantean antecedentes y definiciones que nos permiten conocer los orígenes e historia de la cirugía bariátrica, el manejo nutricional y la evolución de estas intervenciones hasta la actualidad, lo cual nos permite tener una amplia perspectiva sobre la problemática del tema de estudio a través de historia. Se utiliza la técnica de triangulación de ideas como parte del método empírico, esto nos ayuda a evitar la redundancia en la información, recopilando los métodos cualitativos empleados y seleccionando las acotaciones de mayor relevancia de los autores. Es decir, se buscan alternativas que permitan visualizar el problema investigado desde diferentes ángulos, para aumentar la validez del estudio y enriquecerlo, dando paso a que se puedan realizar nuevos estudios a partir del mismo. Una vez seleccionada la información relevante de diferentes fuentes, se determinan los criterios relacionados con el tema y el problema de investigación. Esto permite que haya una mejor comprensión de la investigación y desarrollar correctamente el estudio, tomando en consideración las diferentes fuentes bibliográficas. Criterios A) Obesidad B) Cirugía bariátrica C) Manejo nutricional

CAPÍTULO 4 4.1 DESARROLLO DEL TEMA

La obesidad es una patología degenerativa cuyo tratamiento resulta complicado y varía según su composición corporal, ésta a su vez se relaciona con una tasa de mortalidad elevada a temprana edad y cambios significativos en la calidad de vida CITATION Bra09 \l 3082 (Brasescos & Corengia, 2009). Además se asocia con la presencia de diferentes enfermedades crónicas, la aparición de alteraciones psicológicas e importantes repercusiones a nivel social como el aislamiento y la discriminación lo cual genera altas tasas de incapacidad, mortalidad y elevados costes para los sistemas de salud CITATION Gal171 \l 3082 (Galvis Aparicio M. , Bordignon, Bertolletti, & Marcelli Trentini, 2017).

Según la Organización Mundial de

0: tesis-Paola-Molina.docx

87%

la Salud, en el año 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso (

índice de masa corporal [IMC] de 25 a 30 kg/m²), más de 600 millones eran obesos (IMC \geq 30 kg/m²), alrededor del 13% de la población adulta mundial (el 11% de

0: <http://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/TDX:2452>

70%

los hombres y el 15% de las mujeres) era obesa, y el 39% de los adultos de 18 o más años (el 38% de

0: <http://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/TDX:2452>

65%

los hombres y el 40% de las mujeres) tenían sobrepeso. La prevalencia mundial de la obesidad se ha más que duplicado entre 1980 y 2014 (

Pampillon & Fantelli, 2017, p.46). Un reciente estudio afirma que si la tendencia de la obesidad se mantiene, para el año 2025 el 19,5% de los habitantes en el mundo serán obesos y un 7,5% presentará obesidad mórbida CITATION Cor17 \l 3082 (Cordero & Carolini , 2017).

Existen métodos convencionales para tratar la reducción de peso corporal en pacientes mórbidos, estos consisten en la modificación de hábitos alimentarios, la realización de actividad física y tratamiento farmacológico, sin embargo, a pesar de los distintos tratamientos para el control de la obesidad no se logran los resultados deseados CITATION Cor17 \l 3082 (Cordero & Carolini , 2017). Es por ello que a inicios de los años 50s se han venido implementando una gran variedad de técnicas quirúrgicas con el objetivo de controlar esta enfermedad y es así que fueron apareciendo técnicas como el by-pass gástrico también conocido como el "Gold Standard" como método para el manejo de la obesidad extrema y en la actualidad es uno de las técnicas más utilizados por sus resultados comprobados CITATION Bra09 \l 3082 (Brasescos & Corengia, 2009). Otro de los objetivos de la cirugía bariátrica según el estudio de Rubio et al., (2004) consiste en el monitoreo de las comorbilidades asociadas a la obesidad y la mejoría de la calidad de vida, mediante el mantenimiento del peso reducido. Específicamente se ha demostrado la reducción de algunos casos de diabetes, tendencia a la mejoría en pacientes con enfermedad del hígado graso no alcohólica, esteatosis hepática no alcohólica, reflujo gastroesofágico, hipertensión arterial, y dislipidemias así como una evidente mejoría a nivel cardiovascular CITATION Arg16 \l 3082 (Argüelles Argüello & Valverde Zúñiga , 2016).

Mediante la investigación de Mayo et al., (2017) que trata de "Experiencia del empleo sistemático de la dieta de muy bajo valor calórico para la optimización en el preoperatorio de la cirugía bariátrica" se encontró que para la optimización pre-quirúrgica se debe conseguir que el paciente candidato a cirugía bariátrica llegue al quirófano en las más óptimas condiciones posibles estas consisten en el abandono de hábitos tóxicos, psicoterapia respiratoria, realización de ejercicio físico que ejerza un gasto calórico, control de las comorbilidades y modificación de la dieta.

Acotando con lo anterior Martínez, Sachis & Escrig (2012) refiere en su estudio "

0: TFG_MIRIAM CEREZO GOMEZ.pdf

100%

Pérdida de peso preoperatoria en pacientes candidatos a cirugía bariátrica.
Recomendaciones basadas en la evidencia"

que las dietas bajas en calorías empleadas para obtener una pérdida de peso aguda en el preoperatorio de los pacientes, aportan entre 800 y 1500 kcal/día, habiendo una reducción en la ingesta de grasas y carbohidratos y manteniendo un aporte mínimo del 50% de proteínas. Sin embargo también se han visto utilizadas las dietas de muy bajo valor calórico, las cuales tienen un aporte de 600 kcal/día y que se consiguen generalmente en preparados

comerciales; la composición de esta dieta es muy ajustada, con un aporte alto de proteínas correspondiente a más del 33% de energía diaria, 22 % de grasas y el 45% de carbohidratos.

El tratamiento farmacológico no muestra resultado a largo plazo incluso si se interviene con otro tipo de terapias. No obstante, el tratamiento quirúrgico refiere mejorías en un 70% a largo plazo, reduciendo las probabilidades de morbilidad y mortalidad CITATION Bra09 \l 3082 (Brasescos & Corengia, 2009). Según el estudio de Savino, Zundel y Carvajal (2013) refieren que la cirugía bariátrica es visto como el tratamiento más eficaz para el manejo de la obesidad mórbida, debido a que se logra la pérdida de peso deseado. Sin embargo, existen pacientes en los cuales se evidencia resultados negativos como producto de un incorrecto manejo nutricional como parte de su tratamiento post-quirúrgico, lo que ocasiona la recuperación del peso perdido después de la cirugía. Por tal motivo es indispensable un correcto manejo nutricional como parte del tratamiento post-quirúrgico.

Arguelles y Valverde (2016) mencionan en su estudio que el tratamiento quirúrgico para combatir la obesidad tiene como base la creación de un balance energético negativo, éste se lleva a cabo mediante tres posibles métodos: reducción de la absorción calórica por medio de un bypass de intestino delgado o malabsorción, baja ingesta del consumo calórico a través de una restricción severa de la capacidad gástrica, o a través de una combinación de los anteriores.

Tras la cirugía bariátrica el tratamiento nutricional cumple un papel muy importante, ya que busca asegurar un aporte energético y nutricional adecuado que contribuya a una mejor recuperación posquirúrgica, interviniendo también en la preservación de la masa magra durante la mayor pérdida de peso y reduciendo el reflujo y la saciedad, maximizando así la pérdida de peso. Además es de gran importancia un abordaje correcto de estos pacientes, que permita reducir el riesgo de que se presenten deficiencias nutricionales que suelen ser muy comunes después de la cirugía CITATION Rub07 \l 3082 (Rubio & Moreno, 2007) & CITATION Hoy16 \l 3082 (Hoyos Duque & Salazar Maya, 2016).

Los estudios de Rubio y Moreno (2007), Consenso Argentino de Nutrición en Cirugía Bariátrica (2011), Álvarez, Espitaleta, Gutiérrez, Martí y Velasco (2012) coinciden en que la evolución de la dieta post-cirugía bariátrica debe ser de manera progresiva es decir, iniciar con alimentos de consistencia líquida (infusiones, caldos claros, zumos) esto en un lapso de 2 a 3, para luego pasar con alimentos semisólidos en forma de purés en esta se agregan de todos los grupos de alimentos y no solo vegetales, su tiempo de duración oscila entre las 2 a 4 semanas, para finalmente llegar a la consistencia sólida en donde ya se incorporan alimentos de todos los grupos sin necesidad de ser triturados, para cubrir las necesidades energéticas del paciente.

El modelo de alimentación propuesto para el periodo post-cirugía bariátrica debe cubrir los requerimientos del paciente, mediante una valoración previa individualizada. Las

es el macronutrientes que se debe controlar debido que facilita la cicatrización de las heridas y preserva la masa magra durante el periodo de pérdida de peso,

es por esto que se requiere

0: TFG_MIRIAM CEREZO GOMEZ.pdf

90%

al menos 1 g/kg de peso ideal/día lo que equivale a

consumir no menos de 60 gr de proteínas diaria CITATION Rub07 \l 3082 (Rubio & Moreno, 2007) & CITATION Con \l 3082 (Consenso Argentino de Nutrición, 2011). Sin embargo es necesario administrar un suplemento extra de proteínas debido a que los alimentos fuentes de proteínas como carnes, pescado, huevos y derivados lácteos no suelen ser tolerados en las primeras semanas tras la cirugía bariátrica. Por otro lado los hidratos de carbono constituirán más del 50% del aporte diario de energía, provenientes fundamentalmente alimentos como las frutas, verduras y en menos cantidad legumbres, arroz, papa, pan y productos de repostería, además se recomienda la ingesta de alimentos ricos en fibra soluble ya que son mejor tolerados y un aporte de grasa que no supere el 25 - 30% de energía total diaria CITATION Rub07 \l 3082 (Rubio & Moreno, 2007).

CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES o En base al análisis de las distintas revisiones bibliográficas se constató que la obesidad es un problema de salud pública que tiene repercusiones en el estado nutricional de las personas, ya que esta es considerada como el principal factor de riesgo desencadenante de patologías oportunistas.

o En la actualidad la cirugía bariátrica es uno de los tratamientos más eficaces en el tratamiento de la obesidad ya que además de la pérdida significativa de peso en estos pacientes, reduce las comorbilidades asociadas a la misma incrementando la esperanza de vida.

o Se realizó un análisis de los diversos estudios bibliográficos encontrados en los cuales relatan el manejo nutricional en pacientes sometidos a cirugía bariátrica, donde afirman que si los pacientes tienen una correcta adherencia a la dieta estos tendrán mejores resultados en la pérdida y mantenimiento del peso a corto, mediano y largo plazo.

o En conclusión la revisión bibliográfica realizada es un compendio de datos y diferentes puntos de vista de varios autores, sobre la importancia de un correcto manejo nutricional en los pacientes que se han sometido a una cirugía bariátrica, no solo post quirúrgico sino también un abordaje nutricional previo a la intervención para mejores resultados.

Hit and source - focused comparison, Side by Side:

Left side: As student entered the text in the submitted document.

Right side: As the text appears in the source.

Instances from: TFG_MIRIAM CEREZO GOMEZ.pdf

8: TFG_MIRIAM CEREZO GOMEZ.pdf 100%	8: TFG_MIRIAM CEREZO GOMEZ.pdf 100%
Pérdida de peso preoperatoria en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Recomendaciones basadas en la evidencia"	The source document can not be shown. The most likely reason is that the submitter has opted to exempt the document as a source in Urkund's Archive.
9: TFG_MIRIAM CEREZO GOMEZ.pdf 42%	9: TFG_MIRIAM CEREZO GOMEZ.pdf 42%
proteínas es el macronutrientes que se debe controlar debido que facilita la cicatrización de las heridas y preserva la masa magra durante el periodo de pérdida de peso,	The source document can not be shown. The most likely reason is that the submitter has opted to exempt the document as a source in Urkund's Archive.
10: TFG_MIRIAM CEREZO GOMEZ.pdf 90%	10: TFG_MIRIAM CEREZO GOMEZ.pdf 90%

al menos 1 g/kg de peso ideal/día lo que equivale a

The source document can not be shown. The most likely reason is that the submitter has opted to exempt the document as a source in Urkund's Archive.

Instances from: tesis-Paola-Molina.docx

5: tesis-Paola-Molina.docx

87%

la Salud, en el año 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso (

5: tesis-Paola-Molina.docx

87%

la OMS, en el año 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso,

Instances from: CAPÍTULO II marco teorico.docx

1: CAPÍTULO II marco teorico.docx 89%

cirugía bariátrica surge del griego "baros", que significa peso y "iatrein", que significa tratamiento;

3: CAPÍTULO II marco teorico.docx 76%

nueva condición tras la operación, permitiendo una pérdida de peso adecuada y un mantenimiento del peso

4: CAPÍTULO II marco teorico.docx 81%

volumen de las tomas al tamaño del reservorio gástrico, estos purés deben contener alimentos ricos en proteínas (pollo,

1: CAPÍTULO II marco teorico.docx 89%

The source document can not be shown. The most likely reason is that the submitter has opted to exempt the document as a source in Urkund's Archive.

3: CAPÍTULO II marco teorico.docx 76%

The source document can not be shown. The most likely reason is that the submitter has opted to exempt the document as a source in Urkund's Archive.

4: CAPÍTULO II marco teorico.docx 81%

The source document can not be shown. The most likely reason is that the submitter has opted to exempt the document as a source in Urkund's Archive.

Instances from: Anteproyecto de Tesis - Reyna CINDY.docx

2: Anteproyecto de Tesis - Reyna CINDY.docx 80%

la Asociación Americana de Cirugía Bariátrica y Metabólica, conforme el grado de experiencia en el tema fue aumentando de 13.365 intervenciones bariátricas en 1998 a casi 200.000 en el 2007, y de estos, el 80% correspondían a

2: Anteproyecto de Tesis - Reyna CINDY.docx 80%

la Asociación Americana de Cirugía Bariátrica y Metabólica, conforme el grado de experiencia en el tema fue aumentando se pasó de 13.365 operaciones en 1998 a casi 200.000 en el 2007, y de estos, el 80% correspondía a

Instances from: <http://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/TDX:2452>

0: <http://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/TDX:2452>
70%

los hombres y el 15% de las mujeres) era obesa, y el 39% de los adultos de 18 o más años (

6: <http://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/TDX:2452>
70%

los hombres y el 15% de las mujeres) era obesa, y el 39% de los adultos de 18 o más años (

7: <http://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/TDX:2452>
65%

los hombres y el 40% de las mujeres) tenían sobrepeso. La prevalencia mundial de la obesidad se ha más que duplicado entre 1980 y 2014 (

0: <http://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/TDX:2452>
70%

los hombres y un 15% de las mujeres) son obesos, y el 39% de los adultos de 18 o más años (

6: <http://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/TDX:2452>
70%

los hombres y un 15% de las mujeres) son obesos, y el 39% de los adultos de 18 o más años (

7: <http://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/TDX:2452>
65%

los hombres y un 40% de las mujeres) tienen sobrepeso. La prevalencia mundial de la obesidad se ha multiplicado por más de dos entre 1980 y 2014.