

Su guía de decisión para la cirugía de peso

Qué hace realmente cada operación, qué dicen de verdad los resultados publicados, cómo funciona el seguro, y las preguntas que vale la pena hacer antes de comprometerse a nada.

CERTIFICADO POR EL CONSEJO

ENTRENAMIENTO DE SUBESPECIALIDAD

FASMBS

CENTRO MBSAQIP

Roger Eduardo, MD, FASMBS

Cirujano bariátrico, del esófago y estómago, y de venas
Omnia Health, Newnan, GA

EMPIECE AQUÍ

Usted no está fallando. Su cuerpo está defendiendo un punto fijo.

Si ha perdido peso y lo ha recuperado, lo más útil que puede entender es que eso es el resultado fisiológico esperado, no un defecto de carácter.

Cuando usted pierde una cantidad importante de peso, su cuerpo responde como si estuviera bajo amenaza. Las hormonas del apetito se desplazan hacia el hambre, las señales de saciedad se debilitan, y el gasto de energía en reposo baja.

La parte incómoda es cuánto dura. En un estudio muy conocido, esos cambios hormonales todavía se podían medir un año completo después de haber perdido el peso, en personas que lo habían mantenido.¹

Por eso la pregunta honesta no es «puedo perder peso». La mayoría de la gente puede. La pregunta es qué cambia el punto fijo al que su cuerpo insiste en regresar. Solo dos categorías de tratamiento lo logran de forma confiable: los medicamentos GLP-1, que cambian la señal hormonal mientras usted los toma, y la cirugía bariátrica, que la cambia de forma estructural y duradera.

LA IMPLICACIÓN PRÁCTICA

Cualquier plan que dependa de fuerza de voluntad sostenida contra un viento hormonal en contra es un plan con fecha de caducidad. Esta es la idea más importante de esta guía, y es la razón por la que la obesidad se trata como una enfermedad crónica y no como un problema temporal.

LO QUE DE VERDAD PREDICE EL ÉXITO A LARGO PLAZO

- ◆ Un tratamiento que atienda la biología, no solamente las calorías.
- ◆ Seguimiento que continúe por años, no por semanas. Aquí es donde fracasan en silencio la mayoría de los programas.
- ◆ Proteína y entrenamiento de fuerza durante la pérdida de peso, para que lo que pierda sea grasa y no músculo.
- ◆ Tratar las condiciones que acompañan al peso: apnea del sueño, reflujo, diabetes tipo 2.
- ◆ Un plan que pueda cambiar. Medicamento primero y cirugía después es un camino legítimo, y al revés también.

¿CUMPLE USTED LOS CRITERIOS HABITUALES?

La mayoría de los pacientes son candidatos a cirugía bariátrica con un IMC de 35 o más, o con un IMC de 30 o más cuando existe una condición relacionada con el peso, como diabetes tipo 2. Los programas médicos de pérdida de peso generalmente empiezan en un IMC de 27 o más. Estos son puntos de partida para una conversación, no un veredicto: la evaluación real incluye su historial, sus condiciones y sus intentos previos.

COMPARACIÓN

Cuatro operaciones, cuatro trabajos distintos

No existe un único procedimiento mejor. Existe el mejor procedimiento para su anatomía, sus condiciones y sus metas, y esa decisión se toma con un cirujano después de una evaluación adecuada.

PROCEDIMIENTO	QUÉ HACE	CUÁNDO SE ELIGE	QUÉ HAY QUE PESAR
Manga gástrica	Extrae la mayor parte del estómago y deja una manga estrecha. Reduce la capacidad y baja las hormonas del hambre.	El primer procedimiento más común. Buenos resultados con una operación más sencilla.	Puede causar o empeorar el reflujo en algunos pacientes.
Bypass gástrico	Crea una bolsa gástrica pequeña y redirige una porción del intestino delgado.	IMC más alto, diabetes tipo 2, o reflujo importante, que suele mejorar.	Más complejo. Exige vitaminas y monitoreo de por vida.
SADI-S / switch duodenal	Combina una manga con un bypass intestinal más largo, para un efecto metabólico más fuerte.	IMC más alto o enfermedad metabólica difícil donde se necesita más efecto.	La opción más potente y la más exigente en el seguimiento nutricional.
Cirugía de revisión	Convierte o repara una operación previa de pérdida de peso que ya no está funcionando.	Recuperación de peso después de un procedimiento previo, o una complicación como reflujo nuevo.	Técnicamente más difícil que una primera operación. Requiere un cirujano que las haga con regularidad.

UNA PREGUNTA QUE VALE LA PENA HACERLE A CUALQUIER CIRUJANO

«Si yo fuera su familiar, cuál de estas me recomendaría, y cuál es el argumento más fuerte en contra?» Un cirujano que responde las dos mitades es un cirujano que le está dando una evaluación real y no una preferencia.

LO QUE LAS CUATRO TIENEN EN COMÚN

- ◆ Se realizan por laparoscopia o con asistencia robótica en casi todos los casos, con incisiones pequeñas.
- ◆ Normalmente una noche en el hospital, a veces dos, según el procedimiento y su estado de salud.
- ◆ Una dieta por etapas después: líquidos, luego alimentos blandos, luego un patrón de alimentación duradero.
- ◆ La mayoría regresa a trabajo de oficina en unas dos semanas, y a actividad completa en cuatro a seis.
- ◆ Seguimiento de por vida. Esto no es opcional, y es la parte que protege su resultado.

LA COMPARACIÓN REAL

GLP-1 contra cirugía, con honestidad

Omnia ofrece las dos cosas, lo que significa que no tenemos ningún motivo para empujarlo hacia una. Aquí está la comparación tal como la presenta la evidencia publicada.

	MEDICAMENTO GLP-1	CIRUGÍA BARIÁTRICA
Pérdida de peso en estudios	Alrededor del 15% del peso corporal con semaglutida 2.4 mg a las 68 semanas. ² Alrededor del 21% con tirzepatida 15 mg a las 72 semanas. ³	Comúnmente del 25% al 30% del peso corporal, con el mayor efecto del bypass y del SADI-S.
Lo que muestran los datos del mundo real	Menos que en los estudios. Un análisis grande del mundo real encontró cerca del 8% al año con semaglutida y del 15% con tirzepatida entre los pacientes que siguieron en tratamiento. ⁴	Duradera a los 5 y a los 10 años en datos de registro, con alguna recuperación esperada con el tiempo.
Si usted lo suspende	El peso se recupera con frecuencia, porque la señal hormonal que el medicamento estaba aportando se detiene.	El cambio anatómico permanece. Los hábitos y el seguimiento siguen determinando el resultado a largo plazo.
Efecto en la diabetes tipo 2	Mejoría importante del control de la glucosa mientras dura el tratamiento.	Frecuentemente lleva a remisión, a veces en los primeros días después de la cirugía, antes de haber perdido mucho peso.
Compromiso	Una inyección semanal, un costo continuo, y efectos secundarios que suelen ser manejables pero reales.	Una operación, un periodo de recuperación, y seguimiento y suplementos de por vida.

CÓMO LEER ESTA TABLA

El medicamento es un tratamiento serio y legítimo, y para muchos pacientes es el primer paso correcto. La cirugía produce más pérdida de peso y la mantiene mejor. El marco equivocado es cirugía contra medicamento como rivales. El marco correcto es cuál le sirve donde usted está ahora, con la opción de cambiar de rumbo después. Los resultados individuales varían en las dos direcciones.

UNA ADVERTENCIA IMPORTANTE

Si opta por terapia GLP-1, insista en medicamento de marca aprobado por la FDA. Los GLP-1 preparados en farmacias de compuestos no pasan por la misma verificación de identidad, potencia y pureza, y los errores de dosis con ellos han causado daño real. Omnia Health receta únicamente medicamento de marca.

EL DINERO, SIN RODEOS

Qué preguntarle a su plan, en el orden que importa

La cobertura casi nunca es un sí o un no simple. Es una lista de condiciones, y conocer la lista temprano le ahorra meses. Llame a su seguro y pregunte esto, en este orden.

¿LA CIRUGÍA BARIÁTRICA ES UN BENEFICIO CUBIERTO EN MI PLAN ESPECÍFICO?

No en los planes de mi aseguradora en general. En el mío. Los planes de empleador muchas veces excluyen esto por completo, y esa respuesta cambia todo lo que sigue.

¿QUÉ CRITERIOS DE IMC Y DE CONDICIONES APLICAN?

Pida los umbrales reales, y si una condición documentada los modifica.

¿SE REQUIERE UN PERIODO DE MANEJO DE PESO SUPERVISADO PRIMERO, Y DE CUÁNTO TIEMPO?

Los requisitos de tres y de seis meses son los dos comunes. Empezar ese reloj temprano es lo que más tiempo ahorra en todo el proceso. Pregunte en la misma llamada qué documentación exigen, que suele ser evaluación psicológica, consulta de nutrición e historial de peso, y cuáles procedimientos cubren: algunos planes cubren manga y bypass pero excluyen SADI-S o revisiones.

¿MI CIRUJANO Y MI HOSPITAL ESTÁN EN LA RED, Y CUÁL ES MI DEDUCIBLE ESTE AÑO?

Pregunte por los dos, por separado. Un cirujano dentro de la red en un hospital fuera de la red es una sorpresa común y costosa. Pida también su deducible, coaseguro y máximo de gastos de bolsillo, porque programar el procedimiento en relación con el año de su plan puede cambiar bastante lo que usted paga, y cuánto tarda la autorización previa, para planear sus días libres.

SI SU PLAN DICE QUE NO

Una negación es muchas veces un requisito que falta y no una respuesta final, y esos se pueden corregir con frecuencia. Si es realmente definitiva, pida una cotización de pago propio por escrito y las opciones de financiamiento. Desconfíe de cualquier práctica que le dé un precio único sin conocer su caso.

LO QUE HACEMOS DE NUESTRO LADO

- ◆ Verificamos sus beneficios específicos antes de que se comprometa a nada.
- ◆ Le damos su exposición de deducible y coaseguro en números reales.
- ◆ Si paga por su cuenta, recibe una cotización por escrito.

TRAIGA ESTO CON USTED

Doce preguntas que separan un buen programa de uno ocupado

- 1 ¿Cuántos de estos procedimientos realiza usted personalmente cada año?
- 2 ¿Quién maneja mi nutrición, y es parte de su práctica?
- 3 ¿Va a ser usted el cirujano en el quirófano, y lo voy a ver en el seguimiento?
- 4 ¿Cómo manejan la recuperación de peso si ocurre más adelante?
- 5 ¿El hospital está acreditado para cirugía bariátrica, y por quién?
- 6 ¿Ofrecen también pérdida de peso médica si la cirugía no es lo indicado para mí?
- 7 ¿Cuál es su tasa de complicaciones, y cómo manejan una si ocurre?
- 8 ¿Qué pasa con mi reflujo, mi diabetes o mi apnea del sueño después de este procedimiento?
- 9 Según mi historial, cuál procedimiento me recomendaría, y por qué no los otros?
- 10 ¿Cuál es el rango realista de resultados para alguien con mi punto de partida?
- 11 ¿Cómo es el seguimiento al año y a los cinco años?
- 12 ¿Qué me haría un mal candidato, y lo soy?

REFERENCIAS

1. Sumithran P, et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. N Engl J Med. 2011;365(17):1597-1604.

2. Wilding JPH, et al. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity (STEP 1). N Engl J Med. 2021;384(11):989-1002.

3. Jastreboff AM, et al. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity (SURMOUNT-1). N Engl J Med. 2022;387(3):205-216.

4. Rodríguez PJ, et al. Semaglutide vs tirzepatide for weight loss in adults with overweight or obesity. JAMA Intern Med. 2024;184(9):1056-1064.

Importante. Esta guía es educación médica general, no es consejo médico, y no crea una relación médico paciente. Los resultados individuales varían: las cifras de arriba son promedios de población tomados de estudios publicados, no predicciones sobre usted. Tanto los tratamientos quirúrgicos como los médicos tienen riesgos que se deben discutir con un médico que haya revisado su historial. El Dr. Eduardo habla español a nivel conversacional y atiende directamente a pacientes de habla hispana; para el consentimiento y las instrucciones antes y después de la cirugía usamos apoyo de traducción para que nada quede en duda.

Omnia Health

110 Oak Hill Blvd, Suite 100, Newnan, GA 30265
(470) 742-1832 • info@omniahealthga.com • omniahealthga.com