

bariátrica – bariatrics

Authored by
memjavad

November 5, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *bariátrica – bariatrics*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=2818>

Bariátrica

Primary Disciplinary Field(s): Medicina, Cirugía, Nutrición, Endocrinología, [Salud Pública](#).

1. Definición Central y Alcance

La bariátrica es la rama de la medicina dedicada al estudio, prevención y tratamiento de la [obesidad](#) mórbida y sus enfermedades asociadas. El término abarca un enfoque multidisciplinario que incluye no solo la intervención quirúrgica, conocida como cirugía bariátrica o cirugía metabólica, sino también la gestión integral a largo plazo que implica la modificación del estilo de vida, el apoyo nutricional, la terapia psicológica y el seguimiento endocrinológico. El objetivo fundamental de la bariátrica es lograr una pérdida de peso significativa y sostenida en pacientes con obesidad severa, mejorando sustancialmente las comorbilidades relacionadas, tales como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión, la dislipidemia y la apnea obstructiva del sueño. Este campo se ha expandido considerablemente en las últimas décadas debido al reconocimiento global de la obesidad como una epidemia crónica y progresiva que requiere intervenciones médicas potentes y bien coordinadas para mitigar sus efectos devastadores sobre la salud individual y los sistemas sanitarios.

Aunque la bariátrica se asocia primariamente con la cirugía, es crucial entender que el tratamiento quirúrgico es solo una herramienta dentro de un programa terapéutico mucho más amplio. La cirugía bariátrica está reservada para aquellos pacientes en quienes las terapias conservadoras, como la dieta y el ejercicio, han fracasado consistentemente, y cuyo índice de masa corporal (IMC) o la presencia de comorbilidades graves justifican una intervención de alto impacto. La decisión de proceder con la cirugía se toma tras una rigurosa evaluación que asegura que el paciente no solo es médicamente apto para la operación, sino que también está psicológicamente preparado para los cambios permanentes en la dieta y el estilo de vida que son esenciales para el éxito a largo plazo. La complejidad de la obesidad exige que los equipos bariátricos incluyan cirujanos, endocrinólogos, dietistas, psicólogos y especialistas en ejercicio físico, trabajando de manera coordinada para abordar todos los aspectos de la enfermedad.

2. Etimología y Desarrollo Histórico

El término **bariátrica** proviene de las palabras griegas *baros* (peso) e *iatros* (médico), significando literalmente la medicina del peso. Si bien la preocupación por el exceso de peso ha existido a lo largo de la historia de la medicina, el desarrollo de la bariátrica como especialidad quirúrgica y médica moderna se remonta a mediados del siglo XX. Las primeras intervenciones quirúrgicas destinadas a la pérdida de peso fueron procedimientos experimentales de derivación intestinal, iniciados en la década de 1950, que buscaban inducir la malabsorción de nutrientes para reducir el peso corporal. Estos procedimientos iniciales, como el *bypass* yeyunoileal, aunque efectivos

para la pérdida de peso, a menudo resultaban en complicaciones metabólicas graves, hepáticas y nutricionales, lo que llevó a su eventual abandono o modificación drástica.

La evolución de la técnica quirúrgica marcó hitos importantes. En la década de 1960, el Dr. Edward E. Mason desarrolló la derivación gástrica (*gastric bypass*), un procedimiento que combinaba la restricción del estómago con una cierta malabsorción intestinal controlada, ofreciendo resultados superiores con menos complicaciones a largo plazo en comparación con los *bypasses* puramente intestinales. Este procedimiento, particularmente la técnica de **Roux-en-Y**, se convirtió en el estándar de oro de la cirugía bariátrica durante décadas. La introducción de la laparoscopia a finales del siglo XX transformó radicalmente el campo, permitiendo que las cirugías bariátricas, que antes requerían grandes incisiones y largas recuperaciones, se realizaran de manera mínimamente invasiva. Esta transición redujo significativamente la morbilidad perioperatoria, el tiempo de hospitalización y el dolor postoperatorio, haciendo que la cirugía fuera accesible a un mayor número de pacientes y consolidando la bariátrica como una subespecialidad quirúrgica reconocida.

3. Criterios de Elegibilidad y Evaluación Preoperatoria

La selección de pacientes para la cirugía bariátrica es un proceso riguroso y estandarizado, dictado por directrices consensuadas por organizaciones médicas internacionales. Generalmente, los candidatos deben cumplir con criterios específicos de **Índice de Masa Corporal (IMC)**. Los criterios tradicionales, establecidos por los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de EE. UU. en 1991 y posteriormente adaptados, indican que la cirugía es apropiada para individuos con un IMC igual o superior a 40 kg/m² (obesidad mórbida), o para aquellos con un IMC entre 35 y 39.9 kg/m² (obesidad severa) que también presenten una o más comorbilidades graves relacionadas con la obesidad, como la diabetes tipo 2 mal controlada, hipertensión severa o enfermedad articular incapacitante. Recientemente, las guías se han ampliado para considerar la cirugía en pacientes con un IMC tan bajo como 30 kg/m² si tienen diabetes tipo 2, reflejando el cambio de enfoque hacia la cirugía metabólica.

La evaluación preoperatoria es exhaustiva y tiene como objetivo principal garantizar la seguridad del paciente y maximizar el éxito postoperatorio. Este proceso requiere la participación de un equipo multidisciplinario. El cirujano evalúa los riesgos quirúrgicos y selecciona el procedimiento más adecuado. El endocrinólogo o internista evalúa y optimiza el control de las comorbilidades preexistentes. El dietista proporciona educación intensiva sobre los cambios nutricionales necesarios antes y después de la cirugía, incluyendo el uso de suplementos vitamínicos y minerales de por vida. Fundamentalmente, el psicólogo o psiquiatra evalúa la comprensión del paciente sobre el procedimiento, la capacidad de adherencia a las complejas demandas postoperatorias y la presencia de trastornos alimentarios o psiquiátricos no controlados que podrían contraindicar la cirugía. Solo después de la aprobación de todos los miembros del equipo

se considera al paciente apto para la intervención.

4. Tipos de Procedimientos Bariátricos

Los procedimientos bariátricos modernos se clasifican generalmente en restrictivos, malabsortivos o una combinación de ambos, aunque la comprensión actual enfatiza sus potentes efectos metabólicos. Los procedimientos más comunes y con mejor evidencia de eficacia a largo plazo son la gastrectomía en manga, la derivación gástrica en Roux-en-Y y, en menor medida, la derivación biliopancreática con cruce duodenal.

Gastrectomía en Manga (Sleeve Gastrectomy): Este es actualmente el procedimiento bariátrico más realizado a nivel mundial. Implica la remoción quirúrgica de aproximadamente el 75-80% del estómago, dejando un estómago tubular o "manga". Su principal mecanismo es la restricción del volumen de alimento que puede ingerirse. Sin embargo, también tiene un poderoso efecto metabólico al eliminar la porción del estómago (el fondo) que produce la **grelina**, la hormona del hambre, lo que resulta en una disminución del apetito.

Derivación Gástrica en Roux-en-Y (Roux-en-Y Gastric Bypass, RYGB): Este procedimiento crea una pequeña bolsa gástrica (restrictiva) que se conecta directamente al yeyuno (el intestino delgado medio), desviando el paso de los alimentos lejos de la mayor parte del estómago y el duodeno (malabsorción). El RYGB es altamente efectivo no solo para la pérdida de peso, sino también para la resolución de la diabetes tipo 2, debido a los rápidos y profundos cambios hormonales que resultan de la reprogramación del tránsito intestinal.

Derivación Biliopancreática con Cruce Duodenal (Biliopancreatic Diversion with Duodenal Switch, BPD/DS): Este es un procedimiento más complejo que incluye una gastrectomía en manga y una derivación intestinal extensa que maximiza la malabsorción. Si bien ofrece la mayor pérdida de peso a largo plazo, también conlleva el riesgo más alto de deficiencias nutricionales graves y, por lo tanto, se reserva generalmente para pacientes con obesidad extrema (superobesidad) o aquellos que han fallado en procedimientos bariátricos menos invasivos.

5. Mecanismos de Acción y Efectos Fisiológicos

Durante mucho tiempo se creyó que la cirugía bariátrica funcionaba simplemente mediante la restricción de la ingesta calórica o la malabsorción de nutrientes. Si bien estos mecanismos contribuyen, la investigación moderna ha revelado que los efectos más potentes y duraderos derivan de la modulación de los ejes hormonales y nerviosos que controlan la saciedad, el metabolismo de la glucosa y el almacenamiento de grasa. Por esta razón, la cirugía bariátrica se denomina cada vez más **cirugía metabólica**, especialmente cuando se realiza con el objetivo primario de tratar la diabetes tipo 2, incluso en pacientes con IMC más bajos.

Los cambios fisiológicos clave incluyen la alteración de la producción de hormonas intestinales.

Tras un *bypass* gástrico, por ejemplo, los alimentos llegan más rápidamente al intestino distal, estimulando la liberación temprana y aumentada de péptidos como el **GLP-1** (Péptido 1 similar al glucagón) y el **Péptido YY (PYY)**. El GLP-1 es un potente incretina que no solo aumenta la secreción de insulina de manera glucosa-dependiente, mejorando el control glucémico, sino que también promueve la saciedad y reduce la motilidad gástrica. PYY también contribuye a la sensación de plenitud. Conjuntamente con la supresión de la grelina (hormona que estimula el apetito) observada en procedimientos como la gastrectomía en manga, estos cambios hormonales reajustan el punto de equilibrio del peso corporal, reduciendo el hambre y aumentando la saciedad de manera que las dietas por sí solas no pueden lograr.

6. Resultados Clínicos y Beneficios a Largo Plazo

La bariátrica ofrece resultados clínicos que superan con creces cualquier otra intervención para la obesidad severa. La métrica primaria es la pérdida de peso, que se mide típicamente como el porcentaje de exceso de peso perdido (%EWL) o el porcentaje de pérdida de peso total (%TWL). Dependiendo del procedimiento, los pacientes pueden esperar perder entre el 50% y el 80% de su exceso de peso, siendo la gastrectomía en manga y el *bypass* gástrico los procedimientos más comunes y predecibles en términos de resultados.

Sin embargo, el beneficio más significativo de la bariátrica es la remisión o mejoría de las comorbilidades. La cirugía metabólica es, hasta la fecha, el tratamiento más eficaz para la **diabetes mellitus tipo 2** en pacientes obesos, con tasas de remisión que a menudo superan el 60% después del *bypass* gástrico. Otros beneficios incluyen la resolución de la hipertensión arterial, la normalización de los perfiles lipídicos, la curación de la apnea obstructiva del sueño (a menudo eliminando la necesidad de dispositivos CPAP), y una notable mejoría en la movilidad y la función física. Estos resultados no solo prolongan la esperanza de vida del paciente, sino que también mejoran drásticamente su **calidad de vida**, su salud mental y su reintegración social, justificando la inversión en estos complejos procedimientos.

7. Riesgos, Complicaciones y Manejo Postoperatorio

Como cualquier cirugía mayor, los procedimientos bariátricos conllevan riesgos inherentes, aunque las tasas de mortalidad y morbilidad han disminuido significativamente con la estandarización de las técnicas laparoscópicas y la experiencia de los centros especializados. Los riesgos perioperatorios incluyen el riesgo de fuga anastomótica (falla en la línea de sutura, una complicación grave que requiere intervención inmediata), hemorragia, infección de la herida y tromboembolismo pulmonar. La mortalidad operatoria actual en centros de excelencia es comparable o inferior a la de procedimientos comunes como la colecistectomía.

Las complicaciones a largo plazo requieren un manejo riguroso y continuo. Debido a las

alteraciones del tracto digestivo, especialmente en procedimientos malabsortivos como el *bypass* gástrico, los pacientes están en riesgo de desarrollar **deficiencias nutricionales** crónicas. Estas deficiencias pueden incluir anemia por falta de hierro o vitamina B12, osteoporosis por falta de calcio y vitamina D, y deficiencia de tiamina. El manejo postoperatorio, por lo tanto, exige la suplementación vitamínica y mineral de por vida y un seguimiento bioquímico anual estricto. Otras complicaciones a largo plazo pueden incluir la formación de úlceras marginales, hernias internas, estenosis (estrechamiento) de las anastomosis y el síndrome de *dumping*, una reacción gastrointestinal desagradable a la ingesta rápida de azúcares simples.

8. Impacto Sociosanitario y Desafíos Éticos

El impacto sociosanitario de la bariátrica es profundo. Al ser la obesidad una enfermedad que consume vastos recursos médicos y reduce la productividad laboral, la cirugía bariátrica ha demostrado ser una intervención **costo-efectiva** a largo plazo. Al resolver o mitigar comorbilidades caras de manejar (como la diálisis por insuficiencia renal diabética o el tratamiento de la enfermedad cardiovascular), la cirugía a menudo se amortiza en unos pocos años. Además, el aumento de la longevidad y la mejora en la calidad de vida de los pacientes contribuyen positivamente a la sociedad.

No obstante, la bariátrica enfrenta importantes desafíos éticos y de acceso. La necesidad de una evaluación psicosocial rigurosa puede plantear dilemas sobre la autonomía del paciente versus la responsabilidad médica. Además, la percepción pública de la cirugía bariátrica, a veces vista erróneamente como una "salida fácil" en lugar de un tratamiento médico serio para una enfermedad crónica, puede llevar a la estigmatización. El mayor desafío ético y práctico sigue siendo el acceso: a pesar de la creciente prevalencia de la obesidad mórbida, la mayoría de los pacientes que cumplen los criterios médicos para la cirugía no tienen acceso a programas bariátricos de calidad debido a limitaciones geográficas, económicas o la falta de cobertura de seguros de salud. Asegurar que la bariátrica sea tratada como una intervención médica vital, y no electiva, es crucial para abordar la crisis global de obesidad.

Further Reading

[Obesidad \(Wikipedia\)](#)

[Salud Pública \(Wikipedia\)](#)

[Gastrectomía en Manga \(Wikipedia\)](#)