

Evolución psicológica a medio plazo: Bypass vs. Gastrectomía tubular

Melero Y, Amador L, Ferrer JV, Sanahuja A, Perez-Folqués JE, Hernando D.

Clínica Obesitas. Hospital 9 de Octubre de Valencia. ✉ dr.ferrer@clinicasobesitas.com

Resumen. Introducción: Analizar las diferencias en la evolución psicológica de pacientes intervenidos de gastrectomía tubular y bypass gástrico. Todos ellos con cirugía por laparoscopia y seguimiento postoperatorio multidisciplinar (cirujano, nutricionista y psicólogo). **Material y Método:** La muestra la componen dos grupos: 19 pacientes intervenidos de gastrectomía tubular y 19 de by-pass gástrico. La edad media inicial es de 37 años en ambos grupos. Entre los 12 y 24 meses después de la intervención, todos los pacientes cumplimentan la batería de tests psicológicos relacionados con la conducta alimentaria y la calidad de vida (BSQ, SF-36, QLI-SP y EDI-1). **Resultados:** No se observan diferencias estadísticamente significativas en ninguna escala. No obstante, en las escalas de *Función Física* y *Cambio de Salud*, los valores se acercan a la significatividad (siendo mejores en gastrectomía tubular que en by-pass gástrico). Todas las variables relacionadas con la calidad de vida, la gastrectomía tubular obtienen mejores resultados. No así en el área alimentaria. **Conclusiones:** No se puede concluir que una técnica consiga mejores resultados que otra, aunque en calidad de vida se obtienen mejores resultados con la gastrectomía tubular.

Presentado como comunicación en el I Congreso Español de SEEDO-SECO de Obesidad de Madrid 14.03.2013

Introducción:

En el presente estudio comparamos los resultados preliminares obtenidos entre dos grupos de pacientes; unos sometidos a gastroplastia tubular por laparoscopia (LVSG) y otros a bypass gástrico en Y de Roux por laparoscopia (RYGB). Ambos grupos recibieron seguimiento multidisciplinar -médico, nutricional y psicológico-. Nuestro principal objetivo es comparar la evolución psicológica observada entre uno y dos años; con el fin de definir las diferencias y semejanzas entre ambos grupos y poder así conocer más acerca de la eficacia e indicación de ambas técnicas.

La importancia de nuestro trabajo radica en que no existen estudios comparativos de la evolución psicológica entre ambas técnicas. Podemos encontrar otros que comparan el peso [1, 3,7], las consecuencias nutricionales [2], evolución en enfermedades físicas asociadas [4,7]...

Por otra parte, la mayoría de las razones por la que los pacientes desean intervenir se versan en torno a una importante merma en su calidad de vida/ estado de salud [1, 3, 7], una gran insatisfacción corporal y una pérdida de control respecto al propio peso e ingesta alimentaria [2, 4, 5, 6, 7,8]. Es por ello que hemos decidido tener en cuenta precisamente estas variables (calidad de vida/estado de salud y sintomatología bulímica), para comparar la evolución de ambos grupos de pacientes y comprobar así si se dan diferencias significativas en dichas áreas.

Material y método:

La muestra la componen dos grupos diferenciados: 19 pacientes intervenidos de LVSG (9 mujeres y 10 hombres) y 19 de by-pass gástrico (9 mujeres y 10 hombres). La media de edad es de 37 años, aproximadamente, en ambos grupos.

La selección de los pacientes se hizo de tal forma que ambos grupos fueran homogéneos en cuanto a edad y sexo de los pacientes.

Inicialmente, días previos a la intervención y tras realizar una anamnesis completa, todos los pacientes cumplimentan una serie de tests autoadministrados en la propia casa del paciente -bien vía online o en papel-: Body shape questionnaire BSQ. Cuestionario de salud SF-36. Índice de calidad de vida QLI-SP. Inventario de trastornos de la ingesta EDI-1. En las *Tablas 1 y 2*, se aporta una breve explicación de cada test, así como de sus pertinentes escalas.

Tras la intervención ambos grupos de pacientes reciben un seguimiento mensual (primeros 6 meses) y bimensual individualizado a nivel médico, dietético-nutricional y psicológico. Y a los 12 meses, vuelven a realizar una re-evaluación psicométrica (mismo protocolo de test).

Para conocer si las diferencias observadas entre ambos grupos son significativas, hemos utilizado, para cada escala estudiada, la prueba de Man Whitney.

Resultados:

El grupo de LVSG pasa de un IMC inicial medio de 44.35 a uno final de 28.88; mientras que el de RYGB pasa de un IMC inicial de 49.52 a uno de 31.12.

En los resultados a medio plazo (12 -24 meses de la intervención), no se observan diferencias estadísticamente significativas en ninguna escala entre ambos grupos. No obstante, en las escalas de *Función Física* y *Cambio de Salud*, los valores se acercan a la significatividad (con mejores en LVSG que en RYGB). Siendo la significatividad de 0.087 para *Función Física* y de 0.065 para *Cambio de Salud*.

Es importante señalar que en todas las variables relacionadas con la calidad de vida (tests SF-36 y QLI-SP), en LVSG se obtiene mejores resultados. En cambio, en área alimentaria (tests EDI-1 y BSQ) hay 6 escalas con mejor resultado en LVSG y 5 en RYGB.

Al final del artículo, en la *Tabla 3*, se pueden observar los resultados obtenidos.

Discusión:

No se puede concluir que una técnica consiga mejores resultados que otra. En el área alimentaria el comportamiento de ambas intervenciones es similar. Sin embargo, en calidad de vida se obtienen mejores resultados con LVSG influidos posiblemente por un IMC final inferior.

Creemos que es posible que cuando el tamaño de la muestra aumente, los valores en Función Física y Cambio de Salud podrían ser significativamente superiores en LVSG (generalmente al aumentar la muestra aumenta la significatividad de los resultados).

Por ello, podemos afirmar que la evolución psicológica en ambas técnicas es similar, dato relevante puesto que hasta la fecha no hemos encontrado otros estudios que comparen la evolución psicológica entre ambas técnicas. No obstante, sí que existen estudios que comparan ambas técnicas (respecto a otros parámetros distintos al psicológico), donde se aprecia que el porcentaje de peso perdido es similar a medio [3] y largo plazo [1], las dos técnicas acarrearán similares consecuencias nutricionales [2], habrán similares niveles de adipokine y mejoría de las enfermedades crónicas e inflamaciones asociadas a la obesidad [4], igual porcentaje de complicaciones serias [5,7]. En cuanto a tolerancia alimentaria y calidad de vida, sí que obtienen resultados ligeramente mejores en LVSG que en RYGB, pero esta diferencia es pequeña si se compara con otros tipos de cirugía bariátrica [6].

Sin embargo, también nos hemos encontrado un artículo que refiere mejores resultados del RYGB en pérdida de peso, calidad de vida y solución de diabetes [7].

Estos resultados difieren ya que la variable estudiada también lo es (se toma calidad de vida alimentaria y no calidad de vida general, parámetros que difieren sustancialmente) y el tipo de pacientes (por ejemplo, para un diabético el RYGB supondrá una mejor calidad de vida).

Conclusiones:

Todo ello nos puede llevar a afirmar que ambas cirugías aplicadas a perfiles adecuados de pacientes (picoteador, gran comedor, comedor de dulces, etc.) son igualmente efectivas y con resultados comparables entre sí.

Consideramos que la existencia de un equipo multidisciplinar es básica, puesto que “el éxito de la Cirugía Bariátrica depende en gran medida de las habilidades del paciente para cambiar su estilo de vida” [8]. Y es justamente gracias a una intervención multidisciplinar como conseguimos y potenciamos un estilo saludable en las diversas esferas de la vida del paciente.

Bibliografía:

1. Lim DM, Taller J, Bertucci W, Riffenburgh RH, O'Leary J, Wisbach G. *Comparison of laparoscopic sleeve gastrectomy to laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity in a military institution.* Surg Obes Relat Dis. 2012 Aug 30; 1550-7289(12)323-1.
2. Moizé V, Andreu A, Flores L, Torres F, Ibarzabal A, Delgado S, Lacy A, Rodríguez L, Vidal J. *Long-Term Dietary Intake and Nutritional Deficiencies following Sleeve Gastrectomy or Roux-En-Y Gastric Bypass in a Mediterranean Population.* J Acad Nutr Diet. 2013 Mar ; 113(3):400-10.
3. Paluszkiwicz R, Kalinowski P, Wróblewski T, Bartoszewicz Z, Białobrzaska-Paluszkiwicz J, Ziarkiewicz-Wróblewska B, Remiszewski P, Grodzicki M, Krawczyk M. *Prospective randomized clinical trial of laparoscopic sleeve gastrectomy versus open Roux-en-Y gastric bypass for the management of patients with morbid obesity.* Wideochir Inne Tech Malo Inwazyjne. 2012 Dec; 7(4):225-32.
4. Viana EC, Araujo-Dasilio KL, Miguel GP, Bressan J, Lemos EM, Moyses MR, de Abreu GR, de Azevedo JL, Carvalho PS, Passos-Bueno MR, Errera FI, Bissoli NS. *Gastric Bypass and Sleeve Gastrectomy: the Same Impact on IL-6 and TNF- α .* Prospective Clinical Trial. Obes Surg. 2013 Mar 10; 225-32.
5. Carlin AM, Zeni TM, English WJ, Hawasli AA, Genaw JA, Krause KR, Schram JL, Kole KL, Finks JF, Birkmeyer JD, Share D, Birkmeyer NJ; For the Michigan Bariatric Surgery Collaborative. *The Comparative Effectiveness of Sleeve Gastrectomy, Gastric Bypass, and Adjustable Gastric Banding Procedures for the Treatment of Morbid Obesity.* Ann Surg. 2013 Mar 6; 257(5):791-7.
6. Overs SE, Freeman RA, Zarshenas N, Walton KL, Jorgensen JO. *Food Tolerance and Gastrointestinal Quality of Life Following Three Bariatric Procedures: Adjustable Gastric Banding, Roux-en-Y Gastric Bypass, and Sleeve Gastrectomy.* Obes Surg. 2012 Apr; 536-43.
7. Campos GM, Rabl C, Roll GR, Peeva S, Prado K, Smith J, Vittinghoff E. *Better weight loss, resolution of diabetes, and quality of life for laparoscopic gastric bypass vs banding: results of a 2-cohort pair-matched study.* Arch Surg. 2011 Feb; 146(2):149-55.
8. Cánovas B, Sastre J, Moreno G, et al. *Effect of a multidisciplinary protocol on the clinical results obtained after bariatric surgery.* Nutr Hosp 2011; 26:116-21.

Tabla 1. Descripción de tests y sus escalas (I).

BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ)	Test autoadministrado que permite medir la preocupación corporal típica de la bulimia y anorexia nerviosa.
EATING DISORDERS INVENTORY (EDI-1)	Cuestionario autoadministrado utilizado para detectar la presencia de trastornos alimentarios.
Obsesión por la delgadez	Exceso de atención a las preocupaciones por el peso, la dieta y miedo a recuperar peso.
Bulimia	Episodios de ingesta compulsiva y purga.
Insatisfacción corporal	Insatisfacción con la propia apariencia física.
Ineficacia	Sensaciones de inadecuación, inseguridad, impotencia y descontrol sobre la propia vida.
Perfeccionismo	Insatisfacción con todo lo que no se considere perfecto.
Desconfianza interpersonal	Reticencia a relaciones íntimas y cercanas.
Conciencia introspectiva	Habilidad para discriminar las sensaciones, emociones y sensaciones de hambre y saciedad.
Miedo a la madurez	Miedo a enfrentar las demandas de la vida adulta.

Tabla 2. Descripción de tests y sus escalas (II).

CUESTIONARIO DE SALUD (SF-36) Test que explora 8 dimensiones del estado de salud.	
Función Física	Grado de limitación para hacer actividades físicas..
Rol Físico	Grado en el que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias..
Dolor	Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto dentro como fuera de casa.
Salud	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las expectativas de la salud futuras y la resistencia a enfermar..
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad frente a los de cansancio y agotamiento.
Función Social	Limitaciones en el funcionamiento social normal debido a problemas físicos y emocionales.
Salud Mental	Salud mental general, incluyendo las escalas de depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general.
Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo y actividades diarias.
QUALITY OF LIFE INDEX (QLI-SP) Breve instrumento que mide la calidad de vida en términos de satisfacción con ésta.	

Tabla 3. Resultados Obtenidos.

	LVSG		RYGB		SIG.
	Media rango	Suma Rango	Media rango	Suma Rango	
BSQ	17.660	335.50	21.34	405.50	.911
EDI-1					
Obsesión por la delgadez	19.37	367.50	19.66	373.5	.861
Bulimia	19.95	379.00	19.05	362.00	.920
Insatisfacción corporal	19.92	378.5	19.08	362.50	.743
Ineficacia	19.47	370.00	19.53	371.00	.177
Perfeccionismo	20.29	385.50	18.71	355.5	.894
Desconfianza interpersonal	17.74	337	21.26	404.00	.843
Conciencia introspectiva	22.24	422.50	16.76	318.50	.104
Miedo a la madurez	20.71	393.50	18.29	347.50	.312
SF-36					
Función Física	22.21	422.00	16.79	319.00	.087*
Límite de Rol Físico	20.84	396.00	18.16	345.00	.778
Dolor	20.95	398.00	18.05	343.00	.395
Salud	20.26	385.00	18.74	356.00	.218
Vitalidad	20.53	390.00	18.47	351.00	.102
Función Social	20.53	390.00	18.47	351.00	.207
Cambio de Salud	21.97	417.50	17.03	323.50	.065*
Salud Mental	20.89	397.00	18.11	344.00	.286
QLI-SP	20.11	382.00	18.86	359.00	.310

*Valores próximos a <0.05, pero no significativos.