



Patología basal en los obesos mórbidos del área de salud VII de la región de Murcia (España). Relevancia de su estudio

Fernández-López A.J; Tamayo- Rodríguez M ; González-Valverde F. M; Martínez-Sanz N; Luján-Martínez D; Sánchez-Cifuentes A;

Albarracín Marín-Blazquez A

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

✉ ajfloo7@gmail.com

Resumen: El aumento constante de la población obesa constituye un grave problema de salud pública. La obesidad se asocia frecuentemente a numerosas patologías médicas como diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial (HTA) y dislipemia entre otras. Este hecho supone globalmente un aumento del riesgo cardiovascular. El tratamiento exclusivo mediante dieta, actividad física y preparados farmacéuticos no consigue por sí solo alcanzar el objetivo de mantener la pérdida de peso ni la resolución de las comorbilidades asociadas a la obesidad. La cirugía bariátrica ha demostrado que puede conseguirlo, siendo el único tratamiento que mantiene estos resultados a largo plazo.

Palabras clave: obesidad; diabetes mellitus; cirugía bariátrica.

Abstract: The growing incidence of obesity is a serious public health problem. Obesity is often associated with numerous medical conditions such as type 2 diabetes mellitus (DM2), arterial hypertension (AHT) and dyslipidemia among others. This represents an overall increase in cardiovascular risk. The exclusive treatment through diet, physical activity and pharmaceutical preparations fails. Bariatric surgery has been shown to achieve this. It is the only treatment that keeps these long-term results.

Introducción

Puesto que la obesidad mórbida es una enfermedad crónica multifactorial asociada a multitud de otras patologías sistémicas, es importante un estudio exhaustivo de toda la patología basal previa a la cirugía. Esto permitirá conocer el riesgo anestésico-quirúrgico de los pacientes y permitirá saber qué beneficios se consiguen con la cirugía.

El objetivo de este trabajo es el estudio descriptivo de la patología médica basal de los pacientes obesos mórbidos intervenidos para cirugía bariátrica en los últimos 8 años en el Área de Salud VII de Murcia (España).

Material y métodos

Se incluyeron todos los pacientes obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica entre Noviembre de 2006 y Marzo de 2014. Todos ellos fueron valorados dentro de un programa multidisciplinar constituido por especialistas de Endocrinología, Nutrición, Psiquiatría, Psicología, Neumología, Digestivo, Cirugía y Anestesia.

Se incluyen un total de 315 pacientes. Los datos se han obtenido a través de las historias clínicas de Endocrinología, Nutrición, Psiquiatría, Neumología,

Digestivo, Cirugía, Anestesia así como de informes de alta de urgencias.

Se ha realizado un análisis de las variables cuantitativas: edad, índice de masa corporal (IMC) y riesgo anestésico (ASA). Se ha analizado la frecuencia de las siguientes variables cualitativas dicotómicas: sexo, estado civil, técnica quirúrgica, diabetes mellitus tipo 2(DM2), hipertensión (HTA), dislipemia (DLP), síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), enfermedad cardiovascular, reflujo gastroesofágico (RGE), insuficiencia vascular, hipotiroidismo, osteoartrosis.

Resultados

De los 315 pacientes, existe un predominio de mujeres (70,8%). La edad media es de 40,31 años (19-63 años). La media de los IMC previa a la cirugía era $45,99 \pm 5,90$ y un rango de 30 - 63,71 de IMC.

La técnica más realizada fue el Bypass gástrico con un 80,2%. Al 77,6% de las mujeres se les realizó un Bypass, frente al 86% de los hombres.



En relación con el riesgo anestésico, el 79% de los pacientes presentaron un ASA 3, el 10,8% un ASA 2 y el 9,8% un ASA 4.

Respecto a las comorbilidades que se encontraron en los pacientes en la valoración preoperatorio, destaca que el 52,4% de los pacientes eran HTA, el 31,4% DM2, el 25,2% DLP, el 62,9% padecían SAOS, el 7,3% enfermedad cardiovascular, el 28,6% RGE, el 19,7% eran hipotiroideos y el 28,3% presentaban osteoartritis o dolor articular incapacitante.

Discusión

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial fruto de la interacción entre genotipo y ambiente (1). El aumento constante de la obesidad mórbida en las sociedades industrializadas y en las que están en vías del mismo es el mayor reto para cualquier sistema sanitario (2).

El incremento paralelo de la frecuencia de la obesidad y del síndrome metabólico es un fenómeno mundial. Lo que ha posicionado a la obesidad en la segunda causa de mortalidad prematura evitable, después del tabaco (1).

Un paciente es considerado obeso con un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m², aunque también cuando el peso se encuentra por encima del percentil 85 de la distribución de la población de referencia (1).

La obesidad está asociada a numerosas comorbilidades médicas como cardiopatías, HTA, diabetes, dislipemia, asma, osteoartritis, determinados tipos de cáncer (3,4). La presencia de insulinoresistencia en el obeso, se ha descrito como predictor independiente para enfermedad cardiovascular, DM2 e HTA. Los estados de hiperinsulinemia y diabetes tipo 2 muchas veces son proporcionales al IMC (5). Cuando la diabetes, HTA, dislipemia e insulinoresistencia se encuentran en un paciente obeso se les denomina comorbilidades metabólicas de la obesidad (6).

De todas las medidas posibles, los cambios en el estilo de vida (dieta balanceada y equilibrada, así como actividad física regular) son la piedra angular en la prevención de la obesidad. Sin embargo, estas intervenciones no son tan importantes en cuanto a la eficacia a largo plazo para el tratamiento de la obesidad ya establecida.

La cirugía bariátrica se define como el conjunto de procedimientos quirúrgicos diseñados para lograr una pérdida significativa de peso corporal (5). Las dos técnicas más utilizadas hoy día y las que presentan más series que muestran sus beneficios son el bypass

gástrico en Y de Roux y la gastrectomía vertical (manga gástrica). La cirugía metabólica consiste en la aplicación de los procedimientos quirúrgicos encaminados al tratamiento de la DM2 y de los factores de riesgo cardiometabólicos susceptibles de mejorar con la disminución del peso. La cirugía metabólica debe ser realizada por unidades especialistas en cirugía bariátrica, debiendo cumplir unos estándares de calidad: mortalidad < 1%, morbilidad < 10% y un índice de reintervenciones < 2% anual (7).

La pérdida de peso es el objetivo primario de cualquier procedimiento de cirugía bariátrica. Las comorbilidades metabólicas asociadas a la obesidad también presentan una mejoría importante posterior a la cirugía (6). Tanto el bypass gástrico como la gastrectomía vertical superan claramente al tratamiento médico intensivo en pacientes obesos mórbidos con DM2 severa, consiguiendo resolver la misma en un 55-95% de los pacientes (2,6). Esta mejoría se constata con la mejora de las cifras de glucemia, hemoglobina glicosilada, medicación hipoglucemiante (2,5). Los beneficios en el resto de patologías asociadas a la obesidad y a la diabetes (HTA, dislipemia, osteoartritis, SAOS...) son difíciles de valorar a corto plazo y a menudo generan controversia, debido fundamentalmente a la gran variedad de definiciones existentes en la literatura para estas patologías (8). La mayoría de los estudios no aportan diferencias significativas en cuanto a la técnica quirúrgica empleada (2,9), y se sigue desconociendo el mecanismo por el que consiguen esa mejoría (10).

El seguimiento posterior a la cirugía así como la periodicidad de estas visitas dependerá del procedimiento bariátrico realizado así como de la severidad de las comorbilidades y siempre en el contexto de una unidad multidisciplinar.

Conclusión

Las patologías médicas en los pacientes obesos mórbidos tienen una alta prevalencia, son múltiples y se asocian a alto riesgo para la salud. La cirugía bariátrica ha demostrado ser una opción terapéutica válida para la reducción de peso y de las comorbilidades asociadas, ofreciendo una amplia posibilidad de mejora. Es fundamental conocer la patología basal del sujeto para ver su evolución tras la cirugía, debiendo de ser el abordaje de los pacientes obesos mórbidos candidatos a cirugía interdisciplinario desde el inicio.



Bibliografía

1. Rubio MA, Salas-Salvadó J, Monserrat BM, Moreno B, Aranceta J, Bellido D, et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes* 2007; 5 (3): 135-175.
2. Schauer PR, Kashyap SR, Wolski K, Brethauer SA, Kirwan JP, Pothier CE, et al. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy in Obese Patients with Diabetes. *N Engl J Med*. 2012; 366(17), 1567-1576.
3. Sánchez ZA, Arias HF, Gorgojo MJJ, Sánchez RS. Evolución de alteraciones psicopatológicas en pacientes con obesidad mórbida tras cirugía bariátrica. *Med Clin*. 2009;133(6):206–212.
4. García-García E, Llata-Romero M, Kaufner-Horwitz M, et al. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Sal Pub Mex*. 2008; 5(6): 530-547.
5. Santiago P, Heraldo G, Taroco L, Rappa J, Rodríguez JLI. Resultados metabólicos de la cirugía bariátrica en Uruguay. *Rev Latinoam Cir* 2014; 4(2):78-82.
6. Papapietro VK, Díaz GE, Csendes JA, Díaz JJ, Braghetto MI, Burdiles PP, et al. Evolución de comorbilidades metabólicas asociadas a obesidad después de cirugía bariátrica. *Rev Méd Chile* 2005; 133: 511-516.
7. Rubio MA, Monereo S, Lecube A, Resa J, Masdevall C, Cruz-Vigo F, et al. Posicionamiento de las sociedades SEEN-SECO-SEEDO-SED sobre la cirugía metabólica en la diabetes mellitus tipo-2. *Endocrinol Nutr*. 2013;60(10):547-548.
8. Brethauer SA, Kim J, Chaar M, Papasavas P, Eisenberg D, Rogers A, et al. Standardized Outcomes Reporting in Metabolic and Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2015; 25:587–606
9. Khandalavala BN, Geske J, Nirmalraj M, Koran-Scholl JB, Neumann-Potash L, McBride CL. Predictors of Health-Related Quality of Life After Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2015; 25 (4): 1-4.
10. Nguyen NT. Reply to Letter: “Research Priorities in Bariatric Surgery: Misplaced Emphasis on Innovation?”. *Ann Surg*. 2015; 261(2): 58.