

Análisis por grupos de edad de la cirugía bariátrica en nuestro centro.

Analysis by age groups of bariatric surgery performed at our center

Jordi Gironés Vilá, Manel Puig Costa, J.I. Rodríguez Hermosa, José Roig García, Antoni Codina Cazador Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta ✉ jgirones.girona.ics@gencat.cat

Resumen: Objetivo. Analizar los resultados de nuestra serie de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica, agrupándose por décadas de vida. **Material y método:** El grupo de estudio está formado por los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro servicio desde enero 2013 y con un seguimiento mínimo de un año. Se han incluido a los mayores de 18 años y los menores de 65 años. Se han estudiado las variables clínicas, variables quirúrgicas. **Resultados:** Se han incluido un total de 117 pacientes, 85 mujeres y 32 hombres. Los grupos de edad más amplios han sido los correspondientes a la quinta década y a continuación la sexta década de vida. No se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre las distintas variables de estudio. La tendencia ha sido que los que presentado mejor respuesta al año de tratamiento quirúrgico han sido los menores de 40 años con valores de IMC entre 29 y 29.6. **Conclusiones:** A pesar de no ser estadísticamente significativo podemos decir que la tendencia, en el primer año de seguimiento, es que los pacientes obesos menores de 40 años presentar mayor pérdida ponderal que los mayores de 40 años.

Palabras clave: Obesidad mórbida, Sleeve gastrectomy, bypass gástrico, factores pronósticos.

Abstract: Objective: To analyze the results of our patients who underwent bariatric surgery, grouping by decades of life. **Patients and methods:** The study group consists of patients who underwent bariatric surgery in our department from January 2013 and with a minimum follow-up of one year. They have included patients over 18 and under 65 years. We studied clinical and surgical variables. **Results:** We included a total of 117 patients, 85 women and 32 men. The broader age groups have been those for the fifth decade and then the sixth decade of life. We found no statistically significant differences between the study variables. The trend has been that those who presented better response to year of surgical treatment have been under 40 years with BMI values between 29 and 29.6. **Conclusions:** Although not statistically significant, we can say that the trend in the first year of follow-up, is that under 40 obese patients present greater weight loss than those over 40 years.

Keywords: Morbid obesity, Sleeve gastrectomy, gastric bypass, prognostic factors.

Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica y de tendencia epidémica en los países industrializados, con una tendencia aumentar su prevalencia cada año. Además de todas las comorbilidades asociadas existe una importante repercusión psicosocial que implica una reducción de la calidad de vida. La cirugía representa la única posibilidad terapéutica a largo plazo una vez fracasados los tratamientos dietéticos y farmacológicos (1). Los resultados de la cirugía bariátrica a corto-medio plazo son muy potentes por la pérdida de peso y la mejoría de las comorbilidades asociadas. Resultados favorables en la respuesta a la cirugía en estos periodos nos pueden orientar si las indicaciones y las técnicas que se aplican son las adecuadas. A largo plazo, los resultados determinarán el éxito de la indicación quirúrgica, y además confirmarán la capacidad del paciente para mantener unos hábitos de vida saludables (2).

Por este motivo nos hemos planteado como objetivo analizar los resultados de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica con un seguimiento mínimo de un año, agrupando los pacientes por grupos de edad.

Material y método

El grupo de estudio está formado por todos pacientes intervenidos en la unidad de cirugía bariátrica del Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, desde enero del 2013 y con un seguimiento mínimo de un año. Se han incluido todos los pacientes entre 18 y 65 años. La unidad está formada por un grupo multidisciplinar y la decisión de la técnica quirúrgica es compartida por todos, endocrinólogo, dietista y cirujano.

Las variables clínicas incluidas en el estudio han sido edad, sexo, hábitos alimentarios (picoteados, grandes



comedores o mixtos), antecedentes personales (presencia de síndrome metabólico), IMC (Índice Masa Corporal) prequirúrgico y postquirúrgico, PEPP (Porcentaje de exceso de peso perdido, considerando peso ideal el que corresponde a un IMC de 25 kg/m²). Definimos síndrome metabólico como aumento de la grasa visceral y al menos 2 de los siguientes 4 componentes: aumento triglicéridos circulante, colesterol HDL < 40, HTA y alteración glicemia en ayunas.

Las variables quirúrgicas incluidas han sido el bypass y el sleeve gástrico, que son las dos técnicas que realizamos en nuestro centro en función del IMC y comorbilidades asociadas.

El seguimiento postquirúrgico en consultas externas se realiza al mes, y después de manera trimestral hasta el año, y posteriormente se realiza cada 6 meses. El propósito para valorar los resultados a sido por grupos de edad, analizando principalmente los valores de IMC y PEPP. La agrupación por edad ha sido: menores de 30 años, 30-39 años, 40-49 años, 50-59 años y mayores 60 años.

Análisis estadístico: Los datos fueron recogidos de forma prospectiva durante el seguimiento e introducidos en la base datos de Microsoft Office Access realizada para tal fin. Los datos se actualizaban después de cada visita en consultas externas para su análisis estadístico posterior. Las variables cuantitativas se expresaron mediante media o mediana según sigan distribución normal o no. Las variables categóricas se expresaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Para comparar proporciones (frecuencias) de variables cualitativas entre grupos se utilizaron métodos de contingencia: prueba Chi-cuadrado. Los datos se analizaron con el programa estadístico Staidistical Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL V15.0 para Windows).

Los pacientes firmaron el consentimiento habitual para los enfermos diagnosticados de obesidad mórbida, y así mismo se les informó que se utilizarían sus datos clínicos, quirúrgicos y evolutivos para posibles estudios posteriores, siendo estos de forma totalmente anónima por parte del equipo investigador, siendo cada paciente identificado por un número.

Resultados

Se han incluido un total de 117 pacientes, 85 mujeres y 32 hombres. La distribución por grupos de edad ha objetivado que la quinta y la sexta década de vida son los grupos que incluyen mayor número de pacientes 37 y 35, respectivamente. En el grupo de los menores de 30 años hay 7 pacientes, la cuarta década incluye 19 pacientes, y 9 pacientes forman el grupo de mayores de 60 años.

En la tabla 1 se describen los datos de los tipos de intervenciones realizados y distribuidos por grupos de edad. Se han realizado 55 bypass y 62 sleeve gástricos, destacando que ha medida que aumenta la edad hay predominio de indicación del sleeve gástrico.

En la tabla 2 se muestra la evolución del IMC según los grupos de edad. En la tabla se puede observar que a partir de los doce meses hay una menor disminución del IMC.

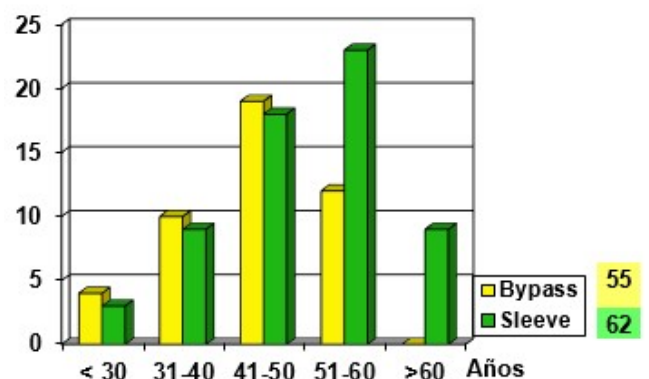


Tabla 1. Tipos de intervención según grupos de edad.

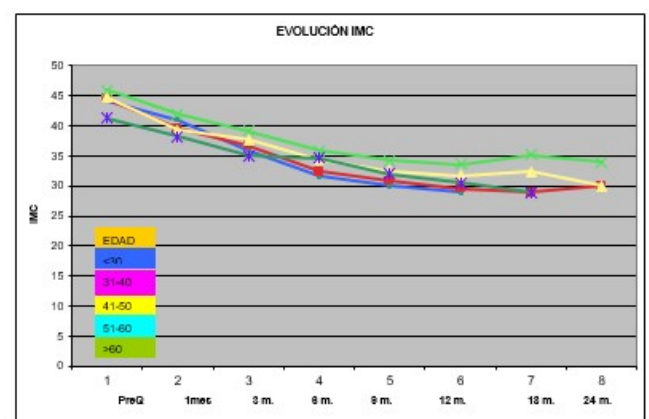


Tabla 2. Evolución del Índice Masa Corporal (IMC) postoperatorio por grupos de edad.



En la tabla 3 se muestra la evolución de la PEPP en porcentaje por grupos de edad. Se puede destacar que los mayores valores de PEPP se obtienen en los menores de 40 años, y que porcentualmente la mayor pérdida de peso tiene lugar los primeros 6 meses.

En los análisis estadísticos no se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos, ni en los hábitos alimentarios, ni en la técnica quirúrgica, ni en los valores de IMC y PEPP determinados durante el seguimiento en consultas externas. La tendencia ha sido que los que presentaron mejor respuesta al año de tratamiento quirúrgico fueron los menores de 40 años, con valores de IMC de 29 en el grupo correspondiente a la tercera década de vida y de 29.6 en la cuarta década de la vida.

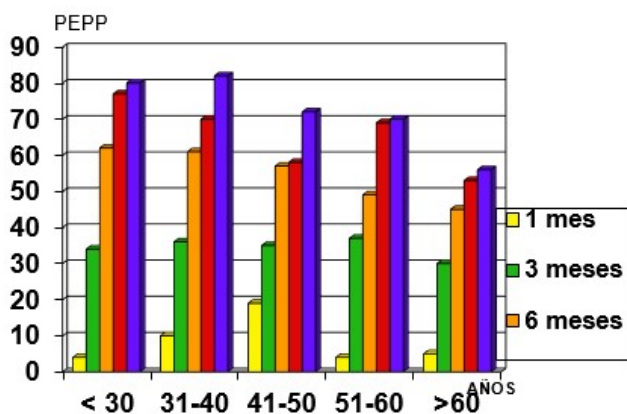


Tabla 3. Evolución del porcentaje de Porcentaje de Exceso Peso Perdida (PEPP) en el primer año posquirúrgico según grupos de edad.

Discusión

Para el tratamiento de la obesidad mórbida para IMC superiores a 40 kgs/m² puede considerarse la cirugía bariátrica la técnica de elección para su tratamiento, en todos aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión recomendados por las distintas sociedades quirúrgicas (1). En 2004 Buchwald et al, publicaban un metanálisis en el que se incluían más de 22.000 pacientes donde describían la evolución de los pacientes intervenidos. Observaban una pérdida del exceso de peso del 61% con una marcada mejoría de las comorbilidades. Refiriendo que la estabilización del peso suele alcanzar el máxima antes de los dos primeros años y que las técnicas derivativas suelen ser más eficaces que las puramente restrictivas. Manteniéndose estos criterios en la actualidad (3). Por tanto, los primeros análisis de las series nos permiten

una evolución de nuestros resultados tanto en referencia a las técnicas y seguimiento de los pacientes.

Se considera ideal la técnica que beneficie a más del 75% de los pacientes a largo plazo, proporcionando una buena calidad de vida, conllevando pocos efectos secundarios, reduciendo la mortalidad y aumentando la supervivencia en el paciente obeso (4). A pesar de considerar a la cirugía la técnica ideal hemos de tener en cuenta estamos tratando al paciente de manera multidisciplinar. Por tanto hemos de tener en cuenta que el paciente precisa una educación sanitaria y una supervisión que puede incluir terapias de grupo y apoyo psicológico para afrontar la cirugía y conseguir mejores resultados. Esta intervención de terapia de comunicación y atención intensiva a quedado demostrado en el estudio TRAMOMTANA (Tratamiento Multidisciplinar de la Obesidad Mórbida: Medicamentos, Terapia de comportamiento, Apoyo Nutricional y Actividad física), en el que al primer años de terapia consiguen importantes porcentajes de pérdida de exceso de peso (5). Este factor nos puede hacer considerar los resultados que podemos obtener después del primer año de seguimiento. Posiblemente tendríamos que personalizar los seguimientos de los pacientes que consiguen una reganancia de peso, aplicando las distintas terapias descritas en el citado estudio.

Estudios recientes no encuentran diferencias en los resultados al primer año según las técnicas quirúrgicas indicadas. En un artículo alemán de Otto M et al, el análisis de la covarianza no encuentra diferencias respecto al PEPP comparando los resultados del bypass y el sleeve gástrico al año de la intervención, concluyendo que la PEPP se encuentra altamente influenciada por el IMC inicial (6). En un estudio suizo multicéntrico de Peterli et al, que compara también el bypass y el sleeve muestra resultados preliminares al año de la intervención equiparables al del estudio alemán (7).

Los resultados obtenidos por grupos de edad en nuestro grupo coincidirían con los publicados en la literatura, al año los valores de PEPP oscilan alrededor del 55% (8). Se han descrito distintos factores que hacen que los pacientes más adultos obtengan peores resultados en referencia a la pérdida de exceso de peso. A medida que envejecemos tenemos una menor capacidad metabólica que supone unos menores



requerimientos energéticos, que unido a una menor actividad física aparece una predisposición a ganancia ponderal (9, 10,11).

La principal limitación de nuestro estudio son los pocos pacientes que han completado un año de seguimiento y consecuentemente el número desciende más a los que hemos podido controlar a los dos años. Pero los resultados obtenidos al primer año de seguimiento nos hacen suponer que posteriormente los resultados seguirán siendo mejores en el grupo menor de 40 años.

La conclusión final sería que a pesar de no obtener resultados estadísticamente significativos podemos decir que la tendencia, en el primer año de seguimiento, es que en los pacientes obesos menores de 40 años presentan una mayor pérdida ponderal.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Díez I, Martínez C, Sánchez-Santos R, Ruiz JC, Frutos MD, De la Cruz F, Torres AJ. Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica y metabólica (Declaración de Vitoria-Gasteiz, 2015). *BMI*-2015, 5.3.3 (842-845).
2. Burguera B, Ruiz de Adana JC. Repercusiones a largo plazo de la cirugía bariátrica. *Cir Esp* 2012; 90(5):275-276.
3. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E et al. Bariatric Surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004; 292:1724-37.
4. Sánchez-Santos R, Sabench F, Estévez S et al. ¿Es rentable operar a los obesos mórbidos en tiempos de crisis? Análisis coste-beneficio de la cirugía bariátrica. *Cir Esp* 2013; 91(8):476-84.
5. Tur JJ, Escudero AJ, Alos MM et al. One year weight loss in the TRAMOMTANA study. A randomized controlled trial. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2013 Dec;79(6):791-9.
6. Otto M, Elrefai M, Krammer Jet et al. Sleeve gastrectomy and roux-en-Y gastric bypass lead to comparable changes in body composition after adjustment for initial body mass index. *Obes Surg* 2016; 26:479-485.

7. Peterli R, Borbély Y Kern B et al. Early results of the Swiss Multicentre Bypass or Sleeve Study (SM-BOSS). A prospective randomized trial comparing laparoscopic sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass. *Ann Surg* 2013; 258:690-5.

8. Giordano S, Victorzon M. Bariatric surgery in elderly patients: a systematic review. *Clin Interv Aging* 2015; 10:1627-1635.

9. Scozzari G, Passera R, Benvenga R, Touppino M, Morino M. Age as a long-term prognostic factor in bariatric surgery. *Ann Surg* 2012; 256(5):724-28.

10. Contreras JE, Santander C, Court I, Bravo J. Correlation between age and weight loss after bariatric surgery. *Obes Surg* 2013; 23(8):1286-89.

11. Elfhag K, Rossner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev* 2005; 6(1):67-85