

Grupos de apoyo preoperatorios, ¿juegan un papel realmente eficaz en los resultados de la cirugía bariátrica?

Preoperative support groups: do they truly play a role in bariatric surgery outcomes?

**Grupos de apoyo preoperatorios, ¿juegan un papel
realmente eficaz en los resultados de la cirugía
bariátrica?**

*María Arteaga¹, Mónica Mogollón^{1,2}, Jennifer Triguero^{1,2}, Cristina Plata¹, Jesús
María Villar^{1,2}, María Jesús Álvarez¹.*

*Sección de Cirugía Esofagogástrica y Bariátrica. Hospital Universitario Virgen
de las Nieves (Granada)¹.*

Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (IBS. Granada)².

María Arteaga.

E-mail: arteagaledesmamaria@gmail.com.

Grupos de apoyo preoperatorios, ¿juegan un papel realmente eficaz en los resultados de la cirugía bariátrica?

Resumen

El objetivo del estudio fue evaluar la influencia que la asistencia a los grupos de apoyo preoperatorios (GAP) tiene sobre la optimización preoperatoria del peso en pacientes candidatos a cirugía bariátrica (CB), así como el efecto en la pérdida ponderal y resolución de comorbilidades tras CB.

Se diseñó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico con 87 pacientes sometidos a CB entre los años 2020 y 2022. 32 pacientes asistieron a sesiones de GAP y 55 no asistieron.

La asistencia a GAP favoreció una mayor y mejor pérdida de peso preoperatoria asociando una menor estancia hospitalaria. Respecto a la resolución de comorbilidades y pérdida ponderal postoperatoria, los resultados fueron significativamente mejores en la remisión y mejora de síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) así como en el porcentaje de peso total perdido al 1º y 3º mes tras la cirugía en el grupo de pacientes sin asistencia a GAP.

Palabras clave: grupos de apoyo preoperatorios, optimización, resultados

Introducción

La cirugía bariátrica (CB) es actualmente el tratamiento más eficaz para los pacientes con obesidad (1).

Si bien, resulta necesario llevar a cabo una adecuada optimización preoperatoria para conseguir unos resultados exitosos y seguros. Dicha optimización tiene dos objetivos: reeducar al paciente fomentando la adquisición de hábitos de vida saludables y, por otra parte, intentar estabilizar sus comorbilidades para reducir el riesgo de una descompensación en el período perioperatorio.

Numerosos centros han incorporados grupos de apoyo como parte integral de los programas de cirugía bariátrica (1-3). Sin embargo, se desconoce si la asistencia a estos grupos es mejor antes o después de la operación, así como los resultados de los mismos (4,5).

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la influencia que la asistencia a los grupos de apoyo preoperatorios tiene sobre la optimización preoperatoria del peso en pacientes candidatos a CB, así como el efecto en la pérdida ponderal y resolución de comorbilidades tras CB.

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico realizado sobre una cohorte de pacientes sometidos a CB entre Septiembre de 2020 y Febrero de 2022. El seguimiento mínimo fue de 1 año.

Incluimos pacientes entre 18 y 65 años que cumplieran criterios generales para CB. Los pacientes fueron estratificados en 2 grupos: asistencia a GAP vs. no

asistencia. Los criterios de inclusión a los GAP fueron: mala adherencia al tratamiento nutricional, cirugía revisional y/o índice de masa corporal (IMC) ≥ 50 Kg/m². Los GAP constaron de 7 sesiones, semanales, realizadas durante el año previo a la CB.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del hospital y se realizó bajo los principios de la declaración de Helsinki. Los sujetos participantes firmaron el debido consentimiento informado.

Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes y las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. En el estudio estadístico se utilizó el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS 20.0 (SPSS, Armonk NY).

Resultados

Se incluyeron 87 pacientes: 32 (36,8%) asistieron a sesiones de GAP y 55 (63,2%) no asistieron. La mediana de IMC previo a la asistencia a los GAP fue de 50,1(45-56,3) Kg/m².

En la tabla 1 se expresan las diferentes variables analizadas estratificadas según la asistencia o no a los GAP.

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la mayor parte de las comorbilidades preoperatorias analizadas, salvo una mayor presencia de dislipemia ($p=0,006$) en los pacientes que no asistieron a los GAP.

De los 32 pacientes que asistieron a los GAP, 26 (81,2%) presentaron pérdida ponderal preoperatoria; y de los 55 pacientes que no asistieron solo 27 (49,1%) consiguieron dicha pérdida.

	Asistencia GAP (n=32)	No asistencia GAP (n=55)	P- valor
Edad	51(38,5-57)	50(39-54)	0,540
Sexo			
-Mujer	24(75%)	30(54,5%)	0,046
-Varón	8(25%)	25(45,5%)	
Comorbilidades			
-HTA	18(56,3%)	28(50,9%)	0,399
-DM	9(28,1%)	17(30,9%)	0,491
-Dislipemia	5(15,6%)	24(43,6%)	0,006
-SAOS	19(59,4%)	38(69,1%)	0,246
Evolución peso lista de espera (LE)	26 (81,2)	27 (49,1)	0,003
-Pérdida	6 (18,7)	28 (50,9)	
-Reganancia			
% Pérdida ponderal LE	5,1 (1,5-7,8)	3,2 (1,2-4,8)	<0,00 1
% Reganancia ponderal LE	3,4 (1,1-6,2)	4,5 (3,1-7,8)	<0,00 1
IMC preoperatorio	49 (42,8-52,3)	47,9(43,03-49,8)	0,329
Técnica quirúrgica			
-GVL	22(68,8%)	37(67,3%)	0,322
-BGPL	5(15,6%)	14(25,5%)	
-BGPL revisional	5(15,6%)	4(7,3%)	
Dindo-Clavien			
-I-II	32(100%)	53(96,4%)	0,397
-II-IV	0(0,0%)	2(3,6%)	
-V	0(0,0%)	0(0,0%)	
Estancia hospitalaria (días)	2(2-3)	3(2-4)	0,016
Remisión HTA			0,192
-No	3(18,8%)	8(26,7%)	
-Parcial	5(31,3%)	3(10%)	
-Total	8(50%)	19(63,3%)	
Remisión DM			0,852
-No	2(22,2%)	5(27,8%)	
-Parcial	1(11,1%)	3(16,7%)	
-Total	6(66,7%)	10(55,6%)	
Remisión dislipemia			0,481
-No	1(50%)	5(25%)	
-Total	1(50%)	15(75%)	
Remisión SAOS			0,014
-No	10(62,5%)	8(21,6%)	
-Parcial	3(18,8%)	11(29,7%)	
-Total	3(18,8%)	18(48,6%)	

Porcentaje peso total perdido	8,07(6,14-11,03)	11,9(8,57-14,49)	0,004
-1 ^o mes	11,03	18,7(16,49-26,07)	0,028
-3 ^o mes	14,8(10,67-20,76)	27,8(22,90-31,92)	0,101
-6 ^o mes	20,76	33,3(29,86-36,39)	0,085
-1 ^o año	25,7(20,37-28,82)	36,6(27,92-40,90)	0,392
-2 ^o año	29,3(21,70-34,83)		
	32,9(24,87-40,98)		

HTA: hipertensión arterial. DM: diabetes mellitus tipo 2. SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño. IMC: índice de masa corporal. GVL: gastrectomía vertical laparoscópica. BGPL: bypass gástrico proximal laparoscópico.

Tabla 1. Resultados del análisis univariante.

Además, la pérdida ponderal preoperatoria conseguida fue mayor en el grupo de pacientes que asistieron a los GAP frente a los que no lo hicieron (5,1% vs 3,2%, respectivamente).

La técnica quirúrgica realizada en la mayoría de los pacientes fue la GVL, sin detectarse diferencia estadísticamente significativa en la morbimortalidad entre ambos grupos. Por el contrario, la estancia hospitalaria fue significativamente menor en el grupo de pacientes que asistieron a los GAP ($p=0,016$).

Respecto a la resolución de comorbilidades y pérdida ponderal postoperatoria, los resultados fueron significativamente mejores en la remisión y mejora de SAOS así como en el porcentaje de peso total perdido al 1^o y 3^o mes tras la cirugía en el grupo de pacientes sin asistencia a GAP.

Discusión

La asistencia a los GAP ha demostrado ser una estrategia eficaz para la optimización preoperatoria de los pacientes candidatos a CB en nuestra

cohorte. Con respecto a la pérdida ponderal postoperatoria y control de comorbilidades, nuestros resultados no han sido exitosos.

Actualmente han surgido diferentes alternativas terapéuticas, tales como la colocación de balón intragástrico, la terapia con agonistas GLP-1 o los grupos de apoyo, cuyo objetivo común es la optimización preoperatoria del paciente bariátrico, así como alcanzar resultados postoperatorios más favorables.

Los grupos de apoyos, virtuales o presenciales, constituyen una de las estrategias analizadas y publicadas en la literatura (1-5). Sin embargo, no existe un consenso que indique cuándo llevar a cabo, a quiénes y los resultados que podemos esperar de dicha terapia (4,5).

Los estudios publicados son muy heterogéneos ya que incluyen pacientes con IMC, comorbilidades y asistencia a las terapias de apoyo muy diferentes entre sí. No obstante, todos los grupos coinciden en la importancia de llevar a cabo esta estrategia y la eficacia que en la mayoría de las series tiene.

En relación a la optimización preoperatoria, este estudio coincidió con los resultados publicados en la literatura. Sin embargo, con respecto a la resolución de comorbilidades y pérdida ponderal postoperatoria, nuestros resultados difieren de los publicados.

Algunas limitaciones de nuestro estudio son el carácter retrospectivo del mismo y el pequeño tamaño muestral.

Conclusiones

En nuestra experiencia, los GAP son eficaces como parte integral de la optimización previa a la CB, pero no asocian mayor pérdida ponderal postoperatoria ni un mejor control de las comorbilidades. Potenciar la asistencia

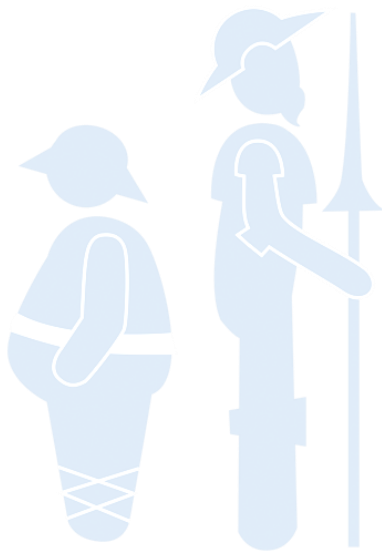
a los grupos de apoyo tanto en el periodo preoperatorio como postoperatorio y su inclusión como parte integral del programa de cirugía bariátrica, podría ser una estrategia óptima para mejorar los resultados de la CB a corto y largo plazo.

Bibliografía

1. Athanasiadis DI, Carr RA, Smith C et al. Social support provided to bariatric surgery patients through a facebook group may improve weight loss outcomes. *Surg Endosc* 2022; 36(10):7652-7655.
2. Nijland LM, Reiber BM, Montpellier V et al. The association between patient attendance to a perioperative group-based lifestyle program and weight loss after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2022; 18(6):747-754.
3. Orth W, Madan A, Taddeucci R, Coday M, Tichansky D. Support group meeting attendance is associated with better weight loss. *Obes Surg* 2008; 18(4):391-4.
4. Lier H, Biringer E, Stubhaug B, Tangen T. The impact of preoperative counseling on postoperative treatment adherence in bariatric surgery

patients: A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2012; 87(3):336-42.

5. Leahey T, Bond D, Irwin S, Crowther J, Wing R. When is the best time to deliver behavioral intervention to bariatric surgery patients: before or after surgery?. *Surg Obes Relat Dis* 2009; 5(1):99-102.



bmi journal
seco-seedo