

Análisis de los aspectos sociales y hábitos higiénico dietéticos en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica.

Ander Bengoechea Trujillo, María de los Ángeles Mayo Ossorio, Mercedes Fornell Ariza, Daniel Pérez Gomar, José Manuel Pacheco García.

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cadiz. España.

Recepción (primera versión): 30-Noviembre-2019

Aceptación: Enero-2020

Publicación online: N° Octubre 2020

Resumen:

Se analizaron 88 pacientes realizando un estudio transversal durante el seguimiento en la consulta específica de Cirugía de obesidad mórbida entre los 6-12 meses de la cirugía y manteniendo un año de seguimiento. Se valoró la edad, género, IMC pre y postoperatorio y el tipo de cirugía realizada. Además, se estudiaron los aspectos sociales y hábitos dietéticos de los pacientes.

El 70,5% (n=62) son mujeres, con una edad de $45,01 \pm 8,55$ años. El IMC antes de la intervención era de $47,29 \pm 5,54 \text{kg/m}^2$ siendo de $34,52 \pm 6,48 \text{kg/m}^2$ al año de la cirugía. Se realizaron 79 gastrectomías verticales y 9 bypass gástricos. Socialmente, el 30,2% (n=27) tenía solo estudios primarios, así mismo el 26,7% (n=23) estaba en situación de desempleo y el 15% (n=13) estaba discapacitado. El 81,6% (n=72) admitía realizar alguna actividad física. 12 pacientes (12,9%) continúa con la ingesta de comida rápida y 18 pacientes (20,7%) continúa comiendo bocadillos la mayoría de los días. La gran mayoría tiene buen apoyo familiar.

Creemos importante el conocimiento del entorno social y familiar de los pacientes en nuestro medio y su influencia en la consecución de buenos resultados de la cirugía bariátrica y la elección de la técnica quirúrgica.

Palabras clave:

- Obesidad
- Aspectos sociales
- Hábitos dietéticos
- Actividad física

Analysis of social aspects and dietary hygienic habits in patients undergoing bariatric surgery.

Summary:

We analyzed 88 patients who performed a transversal study during the follow-up in the morbid obesity surgery specific consultation between 6-12 months of surgery and maintenance of one year of follow-up. Age, gender, pre and postoperative BMI and the type of surgery performed were assessed. In addition, we study the social aspects and dietary habits of patients.

70,5% (n = 62) are women, with an age of $45,01 \pm 8,55$ years. The BMI before the intervention was $47,29 \pm 5,54 \text{kg / m}^2$ being $34,52 \pm 6,48 \text{kg / m}^2$ a year after surgery. 79 vertical gastrectomies and 9 gastric bypass were observed. Socially, 30,2% (n = 27) had only primary studies, 26,7% (n = 23) were unemployed and 15% (n = 13) were disabled. 81,6% (n = 72) admitted to perform some physical activity. 12 patients (12,9%) continue to eat fast food and 18 patients (20,7%) continue to eat sandwiches most days. The vast majority have good family support.

We believe important knowledge of the social and family support of patients in our environment and their influence in achieving good results of bariatric surgery and the choice of surgical technique.

Keywords:

- Obesity
- Social aspects
- Dietary habits
- Physical activity

Introducción

La obesidad es producida por múltiples factores (1) principalmente determinada por el desbalance entre la ingesta y la quema de calorías a favor de la primera. Este desbalance puede estar favorecido a parte de factores psicológicos o conductuales por múltiples factores sociales que pueden determinar el horario y el control alimentario,

la comprensión de la dieta y las características de la misma (2). Así mismo, la realización de actividad física es otro de los factores claves en la determinación de los resultados (3). El cambio de hábitos alimentarios a veces es difícil de llevar a cabo en estos pacientes, siendo la implicación familiar un pilar fundamental de cara a llevar un orden alimentario y una adhesión firme a la dieta.



Material y métodos

Se ha realizado un estudio poblacional observacional retrospectivo de todos los pacientes intervenidos durante el periodo de tiempo comprendido entre 2012 y 2019, entre estos, 88 pacientes se han podido recoger todos los datos del estudio. Posteriormente se han analizado con el sistema SSPS statistics 25.0 en los cuales se estudió el género, la edad media y la pérdida ponderal medido en forma de IMC de los pacientes durante el año de seguimiento. Los aspectos sociales medidos fueron los estudios académicos obtenidos, siendo primarios los que hacen referencia a la educación obligatoria y secundarios al bachillerato. También se registró si el paciente presentaba alguna minusvalía o discapacidad y también la realización de algún tipo de actividad física realizada de forma regular. Se preguntó durante el seguimiento por la implicación familiar en la elaboración de los alimentos y por la continuidad de ingesta de comida rápida y bocadillos mediante un cuestionario de frecuencia de consumo de distintos tipos de alimentos.

Resultados

El 70,5% (n=62) son mujeres, con una edad media de 45,01 ± 8,55 años. El IMC antes de la intervención era de 47,29 ± 5,54kg/m² siendo de 34,52 ± 6,48kg/m² al año de la cirugía. En cuanto a la técnica quirúrgica se realizaron 79 gastrectomías verticales y 9 bypass gástricos. Socialmente, el 30,2%(n=27) tenía solo estudios primarios elementales o secundarios no universitarios y el 60,8% presentan estudios medios (tabla 1), así mismo el 26,7%(n=23) estaba en situación de desempleo y el 15%(n=13) presentaba algún grado de discapacidad. El 81,6%(n=72) admitía realizar alguna actividad física. El 12,9 % (n=12) continúa con la ingesta de comida rápida y el 20,7% (n=18) continúa sustituyendo alguna de las comidas principales por la ingesta de bocadillos de forma regular. La gran mayoría, el 90,2 % (n=80) tiene buen apoyo familiar (tabla 2).

	Nivel de estudios
Primarios	30,2%
Secundarios	60,8%
Universitarios	9%

Tabla nº 1: Nivel de estudios de los pacientes estudiados

Variables Estudiadas	Resultados
Desempleo	26,7%
Discapacidad	15%
Ejercicio físico	81,6%
Comida Rápida	12,9%
Bocadillos	20,7%
Apoyo familiar	90,2%

Tabla nº 2: Características de hábitos higiénico dietéticos y laboral de los pacientes del estudio

Discusión

La obesidad es cada vez más prevalente en todo el mundo siendo en España las cifras de obesidad de las más altas (4). Es sabido que el tratamiento más efectivo que consigue una mayor pérdida ponderal mantenida en el tiempo es la cirugía bariátrica con cualquiera de sus técnicas. Pero muchas veces los resultados obtenidos no son tan buenos como los que esperamos. Cuando la técnica ha sido adecuada tenemos que pensar que puede haber uno o más factores, que puedan ensombrecer nuestros objetivos. Entre estos factores, creemos que es fundamental conocer los aspectos sociales del paciente, como el nivel de estudios, la situación laboral, así como la realización de alguna actividad física de forma regular, también muy influenciada por las diferentes discapacidades que puedan tener estos pacientes debidos a la obesidad, sobre todo a nivel locomotor.

Un nivel socio cultural bajo está relacionado con una mala alimentación y niveles más altos de obesidad (5), la situación de desempleo creemos también importante, ya que los tratamientos continuados postoperatorios en base de suplementos vitamínicos o nutricionales orales son una fuente de gasto económico que pueden llevar al abandono del tratamiento y a la aparición de complicaciones o fracaso ponderal (6,7). En cuanto a la actividad física, sobran palabras para recalcar la importancia de la realización de forma regular de actividad física con la ayuda de la pérdida ponderal una vez intervenido como ayuda a la técnica quirúrgica (8). Esta actividad física está relacionada si el paciente presenta previamente algún tipo de discapacidad o minusvalía debido a su obesidad de tipo locomotor o por otras causas diferentes (9).

Es por todo esto, que igualmente que deberíamos conocer, como hemos hecho en nuestro estudio, estos factores una vez intervenidos, deberíamos conocerlos previamente a la cirugía, de cara a intentar corregir y optimizar, igual que hacemos a nivel de peso y metabólico, a nivel social y físico, realizando unas terapias conductuales de aprendizaje y enseñando a realizar actividad física adaptada a su peso (10). Así mismo, debemos de adecuar la técnica quirúrgica a realizar teniendo en cuenta también estos factores, ya que, realizar una técnica malabsortiva, más demandante a nivel de tratamiento suplementarios y a veces, con mayor nivel de alteraciones intestinales da lugar a complicaciones

durante el seguimiento postoperatorio. Por otro lado, realizar técnicas restrictivas puras en pacientes con poca movilidad y que no son capaces de mantener una dieta adecuada con alta ingesta de grasas y comida rápida puede abocarnos a una pérdida de peso menor de lo esperado.

Es de destacar que un alto porcentaje de los pacientes reconocen mantener una alimentación en base a comida rápida (con alto contenido graso) y con bocadillos, generalmente de embutidos procesados, conocer esta alimentación es necesaria para corregir estos malos hábitos alimenticios con el propósito de aumentar la pérdida ponderal (11,12).

Por último, todos estos pacientes necesitan un buen apoyo familiar que les ayude, les anime y se solidaricen con ellos en el mantenimiento de la dieta postoperatoria, y que les refuerce en su actitud durante todo el proceso (13).

Conclusión

En los resultados de la cirugía bariátrica influyen multitud de aspectos no sólo estrictamente médicos. Conocer el estado laboral, social y las distintas pautas higiénicas-dietéticas creemos que es fundamental y, por tanto, debemos incidir en la evaluación de los pacientes en todos estos factores de cara a la correcta indicación de la técnica, el momento de la cirugía y quizás comprender mejor el fracaso o el éxito de los resultados obtenidos tras la cirugía bariátrica.

Bibliografía

1. Bellisle F. *Meals and Snacking, diet quality and energy balance. Physiol Behav.* 2014; 134:38.
2. Drewnowski A, Rhem CD, Solet D, et al. *Disparities in obesity rates: analysis by ZIP code area. Soc Sci Med.* 2007; 65(12):2458-2463.
3. Maher Ca, Mire E, Harrington DM, et al. *The independent and combined associations of physical activity and*

sedentary behavior with obesity in adults: NHANES 2003-06. Obesity 2013; 21: E730.

4. GBD 2015 Obesity collaborators, Afshin A, Forouzanfar MH, et al. *Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. N Engl J Med* 2017; 377:13.

5. Dobowitz T, Ghosh-Dastidar MB, Steiner E, Escarce JJ, Collins RL. *Are our actions aligned with our evidence? The skinny on changing the landscape of obesity.. Obesity.* 2013; 21 (3):419.

6. Muschitz C, Kocijan Rm Haschka J, et al. *The impact of vitamin D, calcium, protein, supplementation, and physical exercise on bone metabolism after bariatric Surgery: The BABS Study. J Bone Miner Res.* 2016 Mar;31(3):672-82.

7. Monsivais P, Martin A, Suhrcke M, et al. *Job-loss and weight gain in British adults: Evidence from two longitudinal Studies. Soc Sci Med.* 2015 Oct; 143:223-31.

8. King WC, Hsu JY, Belle SH, et al. *Pre- to postoperative changes in physical activity: report from longitudinal assessment of bariatric surgery-2 (LABS-2). Surg Obes Relat Dis.* 2012 Sep; 8(5):522-32.

9. Fonseca-Junior SJ, Sa CG, Rodrigues PA, et al. *Physical exercise and morbid obesity: A systematic Review. Arg Bras Cir Dig.* 2013;26 Suppl 1:67-73.

10. Wadden TA, Butryn ML, Hong PS, Tsai AG. *Behavioral treatment of obesity in patients encountered in primary care settings: a systematic review. JAMA* 2014; 312:1779.

11. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, et al. *The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. Lancet* 2011; 378:804.

12. Mozaffarian D, Hao T, Rimm EB, et al. *Changes in diet and lifestyle and long-term weight gain in women and men. N Engl J Med* 2011; 364:2392.

13. Kurtzman GW, Dat SC, Small Ds, et al. *Social incentives and gamification to promote weight loss: The LOSE IT randomized, controlled trial. J Gen Intern Med.* 2018;33(10):1669.

© 2020 seco-seedo. Publicado por bmi-journal. Todos los derechos reservados.