

Frecuencia de consumo de alimentos a los 12 y 24 meses de la cirugía bariátrica. Diferencias entre Gastrectomía Vertical y Bypass Gástrico en Y de Roux.

Víctor Fandos Martí¹, Rocío Martín O'Connor¹, Carla Cuevas Ortega¹, Nuria Beltrán López¹, José Andrés Matero², Rocío Delgado Iglesias², Angel Sanahuja Santafé³, Jose Vicente Ferrer Valls^{3,4}.

¹ Grado Nutrición Humana, ² Grado Psicología, ³ Cirujano Bariátrico y Metabólico, ⁴ Jefe de Servicio, Cirujano Bariátrico y Metabólico. Clínica Obésitas. Valencia/Madrid (España).

E-mail: consultas@obesitas.es

Recepción (primera versión): Noviembre-2021

Aceptación: Diciembre-2021

Publicación online: N° Diciembre 2021

Resumen:

La modificación de hábitos dietéticos es un proceso clave para asegurar el éxito de la cirugía bariátrica a largo plazo. Se trata de un estudio prospectivo que se desarrolló durante el período de abril de 2016 a noviembre de 2018 en pacientes de Gastrectomía Vertical (GV) y Bypass Gástrico en Y de Roux (BPGYR) y que compara las frecuencias de consumo alimentario a 12 y 24 meses postcirugía. La muestra se conforma por 4 grupos de pacientes: GVL 12 meses (n= 17), GV 24 meses (n=14), BPGYR 12 meses (n=11) y BPGYR (n=17). También se recogen las evoluciones de IMC desde el inicio hasta los 24 meses.

El material de recogida utilizado han sido los cuestionarios de frecuencia de consumo alimentario que cada paciente cumplimentó en las revisiones con ayuda del nutricionista. Tras el análisis de las modificaciones dietéticas se obtiene para GVL mejoría a 24 meses de los siguientes ítems: Agua, legumbres, arroz y pasta, frutas y verduras, huevos, pescados, refrescos con gas y picoteos. Mientras que para el grupo de BPGYR se obtiene mejoría a 24 meses de los siguientes ítems: lácteos, frutas y verduras, huevos, pescados, fritos y rebosados y picoteos.

Encontramos un aumento del consumo de gas (48%) y de dulces (17,1%) en BPGYR a los 24 meses post cirugía, siendo los pacientes de GV más disciplinados en estos grupos (2,5% y 5%, respectivamente), posiblemente por su menor tolerancia a estos alimentos.

Palabras clave:

- Tolerancia a los alimentos a largo plazo
- Bypass gástrico Y de Roux
- Gastrectomía vertical

Frequency of food consumption 12 and 24 months after bariatric surgery. Differences between sleeve gastrectomy and roux-en-y gastric bypass.

Abstract:

Dietary habit modification is a key process to ensure the long-term success of bariatric surgery. This is a prospective study that was developed during the period from April 2016 to November 2018 in Sleeve Gastrectomy (SG) and Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB) patients and compares dietary intake frequencies at 12 and 24-months post-surgery. The sample consists of 4 groups of patients: SG 12 months (n= 17), SG 24 months (n=14), RYGB 12 months (n=11) and RYGB (n=17). BMI evolutions from baseline to 24 months were also collected.

The collection material used was the food consumption frequency questionnaires completed by each patient at the check-ups with the help of the nutritionist. After analysis of the dietary modifications, improvement was obtained for SG at 24 months for the following items: Water, legumes, rice and pasta, fruits and vegetables, eggs, fish, carbonated soft drinks and snacks. While for the RYGB group, improvement was obtained at 24 months for the following items: dairy products, fruits and vegetables, eggs, fish, fried and battered foods and snacks.

We found an increase in the consumption of gas (48%) and sweets (17.1%) in RYGB patients at 24 months post-surgery, with SG patients being more disciplined in these groups (2.5% and 5%, respectively), possibly due to their lower tolerance to these foods.

Keywords:

- Long-term food tolerance
- Roux-en-Y Gastric Bypass
- Sleeve gastrectomy



Introducción

La epidemia de obesidad de finales del siglo XX e inicios del siglo XXI ha motivado a la búsqueda de soluciones frente al aumento de peso generalizado de la población. La cirugía bariátrica o de la obesidad se presenta como la herramienta más eficaz frente a la obesidad severa o superior.

La cirugía bariátrica implica cambios alimentarios. Estos cambios pueden deberse a las dietas postoperatorias inmediatas, a las intolerancias generadas o a las modificaciones alimentarias inculcadas a base de educación dietético-nutricional.

A largo plazo, las modificaciones alimentarias satisfactorias junto con la realización de actividad física pueden determinar el éxito de la cirugía. Además, poder disfrutar de la comida tras la cirugía juega un papel clave en la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos

Comparar diferencias de frecuencia de consumo de alimentos entre pacientes intervenidos de Gastrectomía Vertical (GV) y de Bypass Gástrico en Y de Roux (BPGYR) por laparoscopia, a los 12 y 24 meses postoperatorios.

Métodos

Estudio prospectivo sobre 4 grupos de pacientes: GV 12 meses (n= 17), GV 24 meses (n=14), BPGYR 12 meses (n=11) y BPGYR (n=17). Selección consecutiva de abril 2016 a noviembre 2018. Se distribuye a los pacientes un Cuestionario de Frecuencia de Consumo de alimentos que incluye 24 alimentos donde el paciente indica la frecuencia de consumo diaria, semanal o mensual. Recopilación de datos al 12º y 24º mes postoperatorio. Estudio de los cambios evolutivos y comparación entre GV y BPGYR.

Resultados

En los grupos intervenidos de Gastrectomía Vertical hay mejoría a los 24 meses para las variables de consumo de "agua" (13,5%), "legumbres" (6,3%), "arroz y pasta" (16,4%), "frutas y verduras" (6,7%), "huevos" (16,4%), "pescados" (6,7%), "refrescos con gas" (7,9%) y "picoteos" (16,4%). Por el contrario, hay empeoramiento en el consumo de "lácteos" (2,9%), carnes (7,1%), "dulces" (5%) y "fritos y rebozados" (2,5%). En los grupos intervenidos de Bypass Gástrico en Y de Roux hay mejoría a los 24 meses para las variables "lácteos" (6,9%), "frutas y verduras" (3,2%), "huevos" (3,2%), "pescados" (6,4%), "fritos y rebozados" (15,5%) y "picoteos" (9,6%). Por el contrario, hay empeoramiento en las variables de consumo a los 24 meses de "agua" (25,7%), "legumbres" (13,4%), "arroz y pasta" (11,2%), "carnes" (17,6%), "dulces" (17,1%) y "refrescos con gas" (48%).

Discusión

La cirugía bariátrica ha demostrado ser el tratamiento más eficaz para disminuir el peso a largo plazo y para mitigar la carga de comorbilidad y la mortalidad en pacientes con obesidad severa (1,2,3). A pesar de ello, estudios recientes sobre la efectividad de la cirugía bariátrica (1) detallan que se han subestimado los factores modificables

(alimentación, actividad física, etc.) en el éxito o el fracaso del tratamiento (recuperación del peso perdido tras la cirugía y reaparición de patologías). Y en cambio, se les da mucho valor a los factores no modificables como la genética principalmente.

Dentro de los factores modificables, la adherencia a un estilo de alimentación saludable puede predecir el futuro éxito de la cirugía a largo plazo (4,5); mantener el peso saludable alcanzado y mejorar el control sobre las patologías asociadas presentes previas a la cirugía bariátrica.

La bibliografía actual y la práctica clínica demuestran que parte de los cambios dietéticos que realiza el paciente son inducidos por la cirugía (6), como son las posibles intolerancias a alimentos y la restricción de cantidades derivada de la limitación gástrica. Sin embargo, existen modificaciones dietéticas que son resultado de la educación dietético-nutricional y que fundamentan la mejora en la calidad de la dieta del paciente. No son inducidas por la cirugía, sino por la concienciación y la educación en alimentación saludable. Se ha demostrado que estas mejoras junto con la cirugía bariátrica son la combinación de mayor éxito a largo plazo (6,7).

El BPGYR y la GV son las dos técnicas de cirugía bariátrica más realizadas en el mundo (8). Estudios recientes muestran como los pacientes de ambas técnicas experimentan cambios en la percepción del gusto y una menor preferencia por alimentos poco saludables (7).

Conclusiones

1- La distribución de alimentos y nutrientes es inadecuada a los 12 y 24 meses en aproximadamente el 10% de los pacientes en ambas técnicas. 2- En el mes 24 se aprecia una mejoría considerable en ambas técnicas quirúrgicas respecto del mes 12, con especial tolerancia al gas en los pacientes de BPGYR a largo plazo. 3- Los pacientes intervenidos de GV, muestran menos dificultades para seguir una dieta equilibrada. 4- Estos resultados muestran la importancia de que la dieta sea controlada y evaluada periódicamente, con especial hincapié en la cantidad, calidad, variedad y métodos de cocinado más favorables.

Bibliografía

1. Kaouk L, Hsu AT, Tanuseputro P, Jessri M. Modifiable factors associated with weight regain after bariatric surgery: a scoping review. *F1000Res* [Internet]. 2019 May [Consultado 05 noviembre 2021]; 3;8: 615. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32983412/>
2. Courcoulas A.P., King W.C., Belle S.H., Berk P., Flum D.R., Garcia L., Gourash W., Horlick M., Mitchell J.E., Pomp A., et al. Seven-Year Weight Trajectories and Health Outcomes in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) Study. *JAMA Surg* [Internet]. 2018 may [Consultado 05 noviembre 2021]: 153: 427-434. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29214306/>
3. Jakobsen G.S., Smastuen M.C., Sandbu R., Nordstrand N., Hofso D., Lindberg M., Hertel J.K., Hjelmessaeth J. Association of Bariatric Surgery vs Medical Obesity Treatment With Long-term Medical Complications and Obesity-Related Comorbidities. *JAMA* [Internet]. 2018 Jan [Consultado 05

noviembre 2021]: 319: 291–301. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29340680/>

4. Masood A, Alsheddi L, Alfayadh L, Bukhari B, Elawad R, Alfadda AA. Dietary and Lifestyle Factors Serve as Predictors of Successful Weight Loss Maintenance Postbariatric Surgery. *J Obes* [Internet]. 2019 Feb [Consultado 05 noviembre 2021]: 12; 7295978. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30891313/>
5. Kanerva N, Larsson I, Peltonen M, Lindroos AK, Carlsson LM. Changes in total energy intake and macronutrient composition after bariatric surgery predict long-term weight outcome: findings from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2017 Jul [Consultado 05 noviembre 2021]:106(1):136-145. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28515062/>
6. Figura A, Rose M, Ordemann J, Klapp BF, Ahnis. Changes in self-reported eating patterns after laparoscopic sleeve

- gastrectomy: a pre-post analysis and comparison with conservatively treated patients with obesity. Surgery for obesity and related diseases* [Internet]. 2016 March [Consultado 05 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01471213/full>
7. Nance K, Acevedo MB, Pepino MY. Changes in taste function and ingestive behavior following bariatric surgery. *Appetite* [Internet]. 2020 Mar [Consultado 05 noviembre 2021]: 1; 146:104423. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31473274/>
8. Estimate of Bariatric Surgery Numbers, 2011-2019. *ASMBS* [Internet]. 2021 March [Consultado 05 noviembre 2021]. Disponible en: <https://asmbs.org/resources/estimate-of-bariatric-surgery-numbers>

© 2021 seco-seedo. Publicado por bmi-journal. Todos los derechos reservados.