



REVISTA LATINOAMERICANA DE

CIRUGÍA BARIÁTRICA

METABÓLICA Y CIENCIAS AFINES

VOLUMEN 1- NÚMERO 02 - JULIO 2022



SACO
EDICIONES

Contenido

Cuerpo Editorial	05
Cirugía bariátrica en pacientes no inmunizados: Seguridad y eficacia de protocolos generales y de cribado durante la contingencia por COVID-19.	06
Impacto psicosocial por covid-19 en personas con obesidad en situación de aislamiento social.	16
Complicaciones de bypass gástrico de una anastomosis (Minigastric Bypass): Perforación del remanente gástrico debido a cáncer.	24
Resúmenes seleccionados	29
Incidencia de colelitiasis posterior a bypass gástrico laparoscópico. Análisis de factores de riesgo asociados	30
Asociación de síndrome metabólico y bocio nodular en pacientes en plan de Cirugía Bariátrica del Instituto ICONO de San Miguel de Tucumán.	31
Bypass Gástrico en Ancianos: ¿es la edad un factor determinante de nuestros resultados?	32
Cirugía de conversión de técnicas restrictivas a bypass gástrico en y de roux. nuestra experiencia	33
Descomplejización perioperatoria bariátrica - DPB con ERAS	34
El uso de liraglutide mejora la preparación prequirúrgica de los pacientes que realizan tratamiento multidisciplinario de cirugía bariátrica	35
Inteligencia artificial mejora los resultados a mediano y largo plazo en el tratamiento multidisciplinario de Cirugía Bariátrica	36
La Cirugía Bariátrica ambulatoria es factible y segura	37
Manejo del dolor postoperatorio en Cirugía Bariátrica: infusión continua de lidocaína asociado a infiltración intraperitoneal con bupivacaína vs bloqueo TAP	38
Cambios en la composición corporal en pacientes sometidos a cirugía	39
Hipovitaminosis D en pacientes Bariátricos del Instituto ICONO de San Miguel de Tucumán	40
Impacto de la pandemia por SARS-COV-2 sobre el comportamiento alimentario y su peso en el paciente Bariátrico de CCB	41
Trastornos de salud mental en pacientes con obesidad mórbida postbariátricos en un centro de atención especializado de Tucumán	42
Instrucciones a los autores	43



Cuerpo Editorial

Comité Editorial

Director General:

Dr. Estuardo Behrens (Guatemala)

Sub-director: Dr. Luis Poggi (Perú)

Editor general o responsable científico:

Dr. Carlos Esquivel (Argentina)

Editores Asociados de Sección Quirúrgica:

Dr. Sergio Aparicio (Bolivia)

Dr. Matías Quesada (Argentina)

Dr. Patricio Cal (Argentina)

Editores Asociados de Sección Clínico -Nutricional:

Dra. Susana Gutt (Argentina)

Lic. Claudia Carvajal (Colombia)

Dra. Tarissa Petri (Brasil)

Editores Asociados de Sección Salud Mental:

Lic. Silvina Castillo (Argentina)

Dra. Bárbara Graf (Chile)

Lic. Mary Ann Mosti (México)

Cirugía

Dr. Mariano Palermo (Argentina)

Dr. Luis Bustamante (Bolivia)

Dr. Antonio Carlos Valezi (Brasil)

Dr. Matías Sepúlveda (Chile)

Dr. Eduardo Silva (Colombia)

Dr. Francisco Poblete (Costa Rica)

Dr. Daniel Alfredo Guerrón (Ecuador)

Dr. José Arévalo Azmitia (Guatemala)

Dr. Roberto Antonio Esquivel (Honduras)

Dr. Hugo Sánchez (México)

Debbie Wong (Panamá)

Dr. Héctor Herrera (Paraguay)

Dr. Aurelio Gambirazio Keller (Perú)

Dr. Rafael González (República Dominicana)

Dr. Héctor Geninazi (Uruguay)

Dr. Luis Level (Venezuela)

Clínico Nutricional

Dra. Carla Musso (Argentina)

Lic. Patricia de Rosas (Argentina)

Licda. Patricia Castillo (Bolivia)

Licda. Silvia Pereira (Brasil)

Dra. Carolina Carrasco (Chile)

Licda. Claudia Angarita (Colombia)

Licda. Isolda Gutiérrez (Costa Rica)

Licda. María Isabel Cevallos (Ecuador)

Dr. José Gutiérrez Reyes (El Salvador)

Dra. Ximena Rodríguez de Fortuny (Guatemala)

Dra. Patricia Montserrat Elvir (Honduras)

Dra. Tania Nava (México)

Dra. Ana Espinosa (Panamá)

Dra. María Lis Alarcón Bernal (Paraguay)

Marylin Espantoso Neira (Perú)

Dra. María Bell (República Dominicana)

Dra. Mariana Elhordoy (Uruguay)

Dra. Zulema Rodríguez (Venezuela)

Comité Científico Internacional:

Asesores:

Dr. Natan Zundel (Colombia)

Dr. Juan Antonio López-Corvalá (México)

Dr. Ricardo Cohen (Brasil)

Dr. Pedro Martínez (Argentina)

Dr. Nelson Rodríguez (México)

Salud Mental

Licda. Viviana Lasagni (Argentina)

Licda. Mariana Sánchez (Bolivia)

Dra. Débora Kusunoki (Brasil)

Licda. María José Leiva (Chile)

Dra. Lucía Yepes (Colombia)

Licda. Estefanie Pirie (Costa Rica)

Licda. María Victoria González (Ecuador)

Licda. Isis Rosales Castillo (El Salvador)

Dr. Nery Ortiz (Guatemala)

Licda. Thelma Cárdenas Tavizón (México)

Dra. Bertha Aguilar (Panamá)

Licda. Marian Leticia Piñanez Scura (Paraguay)

Licda. Úrsula Calle Dorregaray (Perú)

Dra. Rhina Echavarría (República Dominicana)

Dra. María Elena Puig. (Uruguay)

Licda. Ana Teresa Hernández (Venezuela)

Cirugía bariátrica en pacientes no inmunizados: Seguridad y eficacia de protocolos generales y de cribado durante la contingencia por COVID-19.

Bariatric surgery in non-immunized patients: Safety and efficacy of general protocols and screening during COVID-19 contingency phase.

Carlos Zerrweck (1), Jerónimo Monterrubio (2), José G Rodríguez (3), Juan C Ramírez (4), Carol Ramírez (4), Antonio Herrera (1), Antonio G Spaventa (1), Arturo A Rodríguez MD (1), Paulina García (2).

(1) Departamento de Cirugía, Centro Médico ABC Santa Fe, Ciudad de México, México. (2) Departamento de Cirugía, Hospital Christus Muguerza Sur; Monterrey, Nuevo León. (3) Departamento de Cirugía, Hospital Ángeles Ciudad Juárez; Ciudad Juárez, Chihuahua. (4) Departamento de Cirugía, Hospital Ángeles Culiacán; Culiacán, Sinaloa.

Resumen

Introducción

Cierta cirugía electiva suele limitarse durante fases de contingencia por COVID-19 debido a la falta de datos y cuestiones de seguridad, especialmente en pacientes no vacunados. Esto será una amenaza constante durante un periodo largo de tiempo, por lo que los cirujanos tienen que adaptarse para brindar atención sin importar el estado de inmunización.

Material y Métodos:

Estudio multicéntrico con pacientes sometidos a cirugía bariátrica, y en quienes se aplicó un protocolo unificado de seguridad y cribado, durante mayo a agosto del 2020. Se establecieron medidas pre, peri y postoperatorias, así como el uso de pruebas diagnósticas estandarizadas (PCR y tomografía), y se analizaron los resultados.

Resultados:

362 pacientes iniciaron el protocolo y 350 fueron operados. En 28 (7,7%) se encontró PCR (+) preoperatoria y/o tomografía sospechosa (12 de 28 decidieron posponer tratamiento). La manga gástrica representó 69,7% de los procedimientos. Los pacientes con cribado positivo/sospechoso sometidos a cirugía (4,5%) no tuvieron morbilidad. Se registraron cinco (1,4%) infecciones postoperatorias, sin hospitalización ni mortalidad.

Conclusiones:

Los procedimientos bariátricos son seguros sin importar el estado de inmunización preoperatorio, aplicando protocolos rigurosos y doble cribado. Se recomienda PCR + TAC en pacientes no vacunados, basado en la baja tasa de infección posquirúrgica.

Abstract

Background

Some elective surgeries are avoided during the COVID-19 contingency phase because of lack of data and safety issues. This will be a constant threat for an unlimited period of time, so bariatric surgeons have to adapt themselves to continue elective cases despite the immunization status.

Methods:

Multicenter study with patients submitted to bariatric surgery, that implemented a unified safety and screening protocol from May to August 2020. Pre- peri-, and post-operative measures and COVID-19 screening (PCR + CT) were established, and outcomes were analyzed.

Results:

362 patients started the protocol and 350 underwent surgery. PCR (+) and/or suspicious CT was found in 28 (7.7%) of the candidates (12 of these 28 decided to postpone treatment). Sleeve gastrectomy represented 69.7% of the procedures. Patients with positive/suspicious screening submitted to surgery (4.5%) had uneventful outcomes. There were five (1.4%) postoperative infections, without hospitalization or mortality.

Conclusions:

If solid protocols are implemented, elective bariatric procedures can be continued safely despite immunization status. Double preoperative screening (PCR + CT) is strongly advised in unvaccinated candidates. The 30-days postoperative COVID-19 infection rate was low, and those infected had mild disease.

Introducción

Desde diciembre de 2019, cuando comenzó la pandemia de COVID-19 en China, el mundo de la medicina se ha enfrentado a múltiples desafíos. Además, se han implementado muchos protocolos para ofrecer seguridad a los pacientes y al personal médico para prevenir la diseminación de la enfermedad (1, 2). En particular, en el ámbito de la cirugía electiva, se han propuesto varios cambios y recomendaciones, desde la no realización de procedimientos electivos o laparoscópicos, hasta los protocolos estándar ahora adaptados de atención al paciente, con las debidas consideraciones sobre la pandemia en curso (3, 4). Estos protocolos consisten principalmente en aislar los centros de tratamiento de COVID-19, priorizar los casos quirúrgicos, examinar a los pacientes y al personal médico, y utilizar equipos de protección personal adecuados (3-5).

Se sabe que la obesidad y las enfermedades relacionadas con ella (como la diabetes y la hipertensión) son algunos de los principales factores de riesgo de complicaciones y letalidad asociados a la infección por COVID-19 (6-8). Actualmente se están investigando las asociaciones moleculares patológicas entre la obesidad y COVID-19, en las que la inflamación crónica desempeña un papel importante (6, 9). El tejido adiposo enfermo podría ser el objetivo del SARS-CoV-2 y servir de reservorio, así como de acelerador, reforzando la inflamación sistémica y la respuesta inmunitaria (6, 10). También hay una mayor secreción de ACE2 y DPP4, acompañada de una regulación al alza en el tejido adiposo de los receptores ACE2, DPP2 y CD17, así como de la proteasa furina para la entrada del SARS-CoV-2 (6, 10).

En México, los pacientes con obesidad, diabetes e hipertensión tienen una mayor proporción de

probabilidades (1,43, 1,87 y 1,77 veces respectivamente) de desarrollar infecciones graves por COVID-19 (11). Se están aplicando estrategias de salud pública para prevenir la obesidad, pero se necesitan acciones más sólidas para reducir el riesgo de infección grave por COVID-19 en lo que aumentan las tasas y velocidad de vacunación (12). Para muchos pacientes, la prevención es insuficiente y se requiere un tratamiento quirúrgico a pesar de la pandemia actual.

El primer caso documentado de COVID-19 en México (Ciudad de México) fue el 27 de febrero de 2020. Desde entonces, se han realizado muchos cambios en la práctica médica para los pacientes sin COVID-19. A mediados de marzo del mismo año se implementó un estado de emergencia nacional, se suspendieron todas las actividades no esenciales (por lo tanto, la cirugía electiva) y se estableció el estado de emergencia nacional. Las condiciones del estado de emergencia duraron dos meses (de mediados de marzo a mediados de mayo), con cierto grado de variación dentro de los estados. Desde entonces se han documentado 3 "olas" de contagios, incluidas diversas variables del mismo virus. De la misma forma, la vacunación en el país inició a principios de este año 2021, sin embargo, el ritmo y alcance continúa siendo insuficiente, por lo que un gran sector de la población candidata a cirugía bariátrica carece de vacuna. Durante la primera fase de confinamiento (abril a junio 2020) se llevó a cabo un protocolo para restablecer los casos bariátricos electivos, y se invitó a otros diversos centros privados a participar, con el fin de mejorar las estrategias y seguridad en los pacientes. En este estudio, presentamos el protocolo aplicado, el cribado realizado y los resultados de los pacientes que se sometieron a procedimientos bariátricos sin inmunización previa.

¿Qué?	¿Cuándo?	¿Cómo? / ¿Quién? / ¿Por qué?
Exclusión de pacientes	Primera consulta	Anticoagulantes IMC > 55 kg/m ² DM2 / Hipertensión no controlada TVP previa <18 y >60 años Fumadores activos Apnea del sueño Fármacos inmunosupresores
Aislamiento	7 – 14 días	Todos los pacientes en casa
Prueba PCR	48 – 72 horas antes qx	Hisopado
Tomografía computarizada (TAC)	48 – 72 horas antes qx	TAC simple (clasificación CO-RADS)
Radiografía de tórax	2 – 14 días antes qx	Incluido en la evaluación médica
Cuestionario relacionado con Covid	48 – 72 horas antes qx	Realizado por el Departamento de Radiología
PCR positiva y/o CO-RADS >3	En cualquier momento del preoperatorio	Consulta con el neumólogo. Nuevas pruebas en 2-3 semanas en función de la gravedad.

Figura 1A- Protocolo preoperatorio para pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Qx (cirugía); DM2 (diabetes mellitus tipo 2); TAC (tomografía axial computada).

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo multicéntrico (cuatro centros privados de tercer nivel) con pacientes sometidos a cirugía bariátrica del 25 de mayo al 30 de agosto de 2020. Los datos se recolectaron de manera prospectiva, y el objetivo principal fue analizar el impacto de un protocolo riguroso en los resultados a corto plazo después de la cirugía bariátrica, para establecer la seguridad y eficacia durante la pandemia de COVID-19. Se estableció un protocolo unificado para todos los centros antes de las cirugías, que incluía el cribado y el manejo pre, peri y postoperatorio (Figura 1). Los candidatos se seleccionaron inicialmente según los criterios de los Institutos Nacionales de Salud (13), pero se filtraron tras la primera consulta en función de los parámetros de exclusión del protocolo. Brevemente, se pidió a los pacientes que se sometieran a un autoaislamiento 7-14 días antes de la cirugía. El cribado preoperatorio de COVID-19 incluía una prueba de PCR (hisopo faríngeo/nasal) y una TAC de tórax (utilizando la clasificación CO-RADS) 48-72 horas antes de la hospitalización. Estas pruebas debían realizarse en el mismo hospital en el que se iba a realizar la cirugía. No hubo limitaciones en cuanto al IMC (salvo la exclusión de aquellos con IMC >55 kg/m²), las comorbilidades controladas o el tipo de cirugía. Durante la hospitalización, sólo se permitía la permanencia de un familiar en la habitación, y el alta se planificaba después de 36 horas, si era posible. Se utilizó trombotoprofilaxis química durante la estancia hospitalaria y al alta según la preferencia del cirujano. Las evaluaciones (cirugía, nutrición, psicología y endocrinología) fueron virtuales o presenciales, según las preferencias del equipo y del paciente. Las consultas

de seguimiento (virtuales o en el consultorio) se realizaron a los siete y 30 días. Sólo se analizaron los pacientes con registros completos y pruebas de laboratorio e imagen. Los pacientes con una PCR positiva y/o una TAC sospechosa fueron aislados durante dos semanas y, posteriormente, se solicitó una nueva prueba de PCR y TAC. Un neumólogo decidía el momento de la cirugía bajo el consentimiento del paciente. Si los cirujanos se sometían ellos mismos a las pruebas de PCR, también se informó en estos resultados. Todas las cirugías se realizaron durante la primera fase de contingencia, y después de dos meses (abril y mayo) de parada completa de los procedimientos electivos en los centros implicados.

Los datos analizados incluyeron datos demográficos, antropométricos y comorbilidades de base. También se analizaron los resultados del cribado preoperatorio, los resultados operativos y las complicaciones tempranas. Se incluyó un subanálisis de los pacientes con resultados positivos de PCR y/o un CO-RADS ≥3 por pruebas de TC. No se realizaron cirugías en pacientes menores de 18 años o mayores de 60 años, así como en aquellos que tomaban algún anticoagulante o tenían una TVP/TP previa. Se pidió a los fumadores activos que dejaran de fumar seis semanas antes de la cirugía. No se incluyeron los pacientes con antecedentes de COVID-19 (antes de la fecha del estudio). En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado para la cirugía bariátrica y el riesgo de COVID-19 (Anexo 1). Para este tipo de estudio no se requirió la Junta de Revisión Institucional

¿Qué?	¿Cuándo?	¿Cómo? / ¿Quién? / ¿Por qué?
Cuestionario relacionado con Covid	En admisión hospitalaria	Realizado por el personal administrativo
Medidas generales	En el hospital y en todo momento	Mascarilla para el paciente y el visitante
Medidas generales	En el hospital y en todo momento	Mascarilla para el personal del hospital (todos).
Visitantes del paciente	En el hospital y en todo momento	Sólo se permite un familiar para las visitas
Mascarilla N-95	Quirófano	Preferencia del cirujano
Pantalla facial, gafas, etc.	Quirófano	Preferencia del cirujano
Sistema de evacuación de humos	Quirófano	Preferencia del cirujano
Medidas de anestesia	Quirófano	Preferencia del anestesista
Duración de la estancia	-	Preferiblemente 36 horas
Tromboprolifaxis mecánica	En el hospital y en todo momento	Medias regulares y neumáticas
Tromboprolifaxis química	En el hospital	Preferencia del cirujano
Medidas generales	En el hospital y en todo momento	Deambulacion temprana; espirómetro; líquidos tempranos

Figura 1B- Protocolo perioperatorio para pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Qx (cirugía); DM2 (diabetes mellitus tipo 2); TAC (tomografía axial computada).

Análisis de las pruebas diagnósticas

El cribado de COVID en el laboratorio (mediante hisopo nasal y faríngeo) se realizó extrayendo los ácidos nucleicos con el RNeasy Mini Kit (Qiagen; Hilden, Alemania), y se llevó a cabo la amplificación por PCR en tiempo real para detectar el SARS-CoV-2 (Thermo Cycler 7500; Applied Biosystems™). Los resultados de la tomografía se interpretaron basándose en el sistema de clasificación CO-RADS (una clasificación propuesta por radiólogos holandeses) (14), de la siguiente manera CO-RADS 1 (COVID-19 es altamente improbable; la TC es normal o hay hallazgos que indican una enfermedad no infecciosa); CO-RADS 2 (El nivel de sospecha de infección por COVID-19 es bajo; hallazgos consistentes con otras infecciones); CO-RADS 3 (el diagnóstico de COVID-19 es inseguro o indeterminado; las anomalías de la TC indican una infección, pero no se sabe con certeza si se trata de COVID-19); CO-RADS 4 (el nivel de sospecha es alto); CO-RADS 5 (opacificación multifocal en vidrio deslustrado y consolidación). En un periodo de cuatro meses, se En

Análisis estadístico

Los datos se expresan como valores de media \pm desviación estándar (DE), y/o porcentajes. También se utilizaron la mediana y el IQR si era necesario. El análisis se realizó con NCSS 2007 (NCSS, Kaysville, Utah, EE.UU.).

Resultados

En un periodo de cuatro meses, se analizaron los historiales de 369 pacientes. Entre estos pacientes, siete tenían un protocolo previo de COVID-19, y fueron excluidos. Entre los 362 candidatos que iniciaron el protocolo, 28 (7,7%) tenían resultados de PCR (+) y/o TAC sospechosos; 12 decidieron posponer o cancelar sus tratamientos. Un total de 350 pacientes fueron finalmente sometidos a cirugía siguiendo el protocolo completo. La tabla 1 resume las características basales, las comorbilidades y el tipo de cirugía. La media de IMC fue de $40 \pm 7,3$ kg/m², siendo la hipertensión y la dislipidemia las comorbilidades asociadas más frecuentes. La gastrectomía en manga fue el procedimiento más común. Dieciséis pacientes (4,5%) tenían un resultado de PCR positivo y/o un CO-RADS ≥ 3 antes de la cirugía (todos asintomáticos). Las tasas de seguimiento a los 15 y 30 días fueron del 100% y del 93,4%, respectivamente. Los resultados del cribado COVID-19 y de la cirugía se encuentran en la tabla 2. El subanálisis con los pacientes que presentaron resultados de PCR positivos y/o CO-RADS ≥ 3 antes (operados o no) y después de la cirugía se muestra en la tabla 3. Sólo cinco pacientes (1,4%) tuvieron un resultado de PCR positivo durante el primer mes después de la cirugía; cuatro de ellos eran sintomáticos. Todos fueron casos leves y se trataron ambulatoriamente. Hubo siete cirujanos implicados en el protocolo, y sólo uno dio positivo (sintomático) durante el estudio. El resto de los cirujanos tuvieron al menos un resultado negativo de PCR (1-4 a pruebas realizadas por cirujano).

¿Qué?	¿Cuándo?	¿Cómo? / ¿Quién? / ¿Por qué?
Tromboprofilaxis mecánica	7-14 días	Medias de compresión
Tromboprofilaxis química	Preferencia del cirujano	Preferencia del cirujano (tipo/duración)
Medidas generales	7 días	Espirómetro; deambulación continua
Pulso-oximetría	7 días	Pulso-oxímetro 3 veces al día
Fiebre o síntomas respiratorios	7-14 días	Consulta inmediata

Figura 1C- Protocolo postoperatorio para pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Qx (cirugía); DM2 (diabetes mellitus tipo 2); TAC (tomografía axial computada).

Discusión

En este estudio multicéntrico, analizamos la seguridad y la viabilidad de realizar cirugía bariátrica durante la pandemia de COVID-19, en una época donde no existía vacunación. Observamos buenos resultados sin aumento de la morbilidad, basándonos en un protocolo estricto que incluía la selección de pacientes, preparación, pruebas diagnósticas, la gestión hospitalaria y seguimiento.

El COVID-19 ha llegado para quedarse. Desde el primer brote a finales de 2019 (15), esta enfermedad se ha extendido por todo el mundo causando un “tsunami” de problemas médicos, económicos y sociales. Se sabe que es extremadamente contagiosa y altamente letal, especialmente en ciertas poblaciones (16, 17). Durante la fase de contingencia, la mayoría de las cirugías electivas fueron canceladas en todo el mundo (18), y se priorizaron los procedimientos de emergencia y oncológicos (4, 5, 19, 20). Han pasado los meses y se ha reunido más información y conocimientos sobre cómo se puede tratar y prevenir esta enfermedad (21, 22). Las vacunas han demostrado alta efectividad (especialmente para casos graves), sin embargo, tomará tiempo el inmunizar completamente a gran parte de la población. Mientras esto ocurre, las cirugías electivas deben continuar. A parte de la vacunación con esquemas completos, se han propuesto varias estrategias y recomendaciones de seguridad para diversas especialidades y subespecialidades quirúrgicas (23-26).

La enfermedad por COVID-19 es más agresiva en los

pacientes con obesidad, hipertensión y DM2, por lo que la cirugía bariátrica podría ser hipotéticamente más peligrosa en pacientes no vacunados y los resultados superar los beneficios (27-29). Por otro lado, una pérdida de peso rápida y sustancial con control de las comorbilidades (o remisión) también puede ser beneficiosa si los pacientes están eventualmente expuestos al virus (30, 31). Dado que la cirugía bariátrica es el tratamiento más eficaz para lograr estos objetivos [38], es necesario demostrar que esta cirugía puede ofrecerse de forma segura en pacientes sin inmunización previa.

Las recomendaciones sobre cirugía bariátrica y metabólica durante COVID-19 han sido abordadas por la Sociedad Americana de Cirugía Metabólica y Bariátrica (ASMBS) y la Federación Internacional para la Cirugía de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas (IFSO) (23, 24), pero dichas recomendaciones no incluyen pacientes protocolizados y sus resultados. Como ya se ha establecido, la pandemia puede variar según la región y el país (32, 33). El Capítulo Latinoamericano de la IFSO (IFSO-LAC) ha publicado también las recomendaciones específicas para reanudar la práctica bariátrica (en época pre-vacunación) en nuestra región (34), y algunas de ellas son similares a nuestro protocolo, lo que da una fuerza adicional a este análisis. En cuanto a la selección de los pacientes, la mayoría coincide en que los pacientes con un riesgo superior a la “media” no deben ser considerados para la cirugía (obesidad extrema, ciertos medicamentos, edad extrema, comorbilidades no

Tabla 1. Análisis preoperatorio y distribución de cirugías de los pacientes sometidos a cirugía.

	N= 350
Sexo femenino; n (%)	263 (75.1)
Edad (años); media ± SD	38 ± 11
Peso (kg); media ± SD	110.1 ± 25.5
BMI (kg/m ²); media ± SD	40 ± 7.3
DM2; n (%)	22 (6.2)
Hipertensión; n (%)	55 (15.7)
Dislipidemia; n (%)	56 (16)
Fumadores activos; n (%)	18 (5.1)
Exfumadores; n (%)	58 (16.5)
Autoaislamiento 14 días; n (%)	303 (86.5)
Tipo de cirugía; n (%)	
Gastrectomía en manga	244 (69.7)
RYGBP	65 (18.5)
Cirugía revisional	34 (9.7)
OAGB	4 (1.1)
Emergencia*	1 (0.2)

*un paciente con hernia interna; IMC (índice de masa corporal); DM2 (diabetes mellitus tipo 2); RYGBP (bypass gástrico en Y-de-Roux); OAGB (bypass gástrico de una anastomosis)

Tabla 2. Cribado de COVID-19, tratamiento de los pacientes y resultados de los sometidos a cirugía

	N=350
PCR (+) y/o CO - RADS ≥ 3; n (%)	16 (4.5)*
Hospitalización 36 horas; n (%)	285 (81.4)
Cirujanos con N -95; n (%)	315 (90)
Cirujanos con pantalla facial o similar; n (%)	286 (81.7)
Sistema de evacuación de humos o similar; n (%)	234 (66.8)
Complicaciones mayores 30 días; n (%)	3 (0.8)***
Reoperaciones tempranas; n (%)	0
Readmisiones tempranas; n (%)	2 (0.5)‡
Fiebre postoperatoria en la primera semana; n (%)	9 (2.5)
Síntomas respiratorios postoperatorios primera semana; n (%)	3 (0.8) ††
Tromboprofilaxis química; n (%)	236 (67.4)
Mortalidad temprana por cualquier causa; n (%)	0

*un paciente probablemente con RPC falso-positivo; **CO-RADS 3 (resultados indeterminados) o superior; *** todos con hemorragia digestiva alta (sin reoperación); † una deshidratación y una hemorragia digestiva alta tardía; †† todos con pruebas de PCR negativas.

controladas, etc.). En contraste con estas recomendaciones, consideramos que la cirugía revisional (casos seleccionados) podría ser factible sin riesgos adicionales, así como la cirugía en aquellos con IMC < 55 kg/m². El principal criterio de inclusión fue que no coexistieran otras comorbilidades de alto riesgo en estos pacientes. En nuestra serie, estos candidatos tuvieron el mismo resultado que los demás. El cribado preoperatorio y las medidas intrahospitalarias son extremadamente importantes (3), y fueron coherentes con las recomendaciones; la adición de PCR+TAC (no más de 72 horas antes de la cirugía) en nuestro estudio condujo a resultados postoperatorios “normales” en la mayoría de los pacientes, lo que implica relevancia clínica. Esta combinación también se ha reportado como un cribado adecuado en pacientes asintomáticos antes de algunas cirugías electivas y de emergencia (3). De la misma manera, los protocolos ya establecidos por los hospitales con la vigilancia continua del personal y las medidas generales desempeñan un papel importante. Si a esto último le añadimos la vacunación con esquema completo de todo el personal de salud involucrado en la atención, los riesgos disminuyen aún más. Otro hallazgo interesante

obtenido en este estudio es el hecho de que no es necesario adoptar medidas “extremas” en quirófano. Después de los dos primeros meses de la cirugía, la mitad de los cirujanos dejaron de utilizar evacuadores de humo (o similares) y protectores faciales (o similares), sin que se produjera un aumento de las tasas de infección entre los pacientes o el personal. Además, en el 10% de los casos (todos en el cuarto mes del estudio), se usaron únicamente mascarillas quirúrgicas normales (tricapa). Inicialmente existía la preocupación de que se produjera una contaminación con gas laparoscópico y líquido peritoneal (35, 36), pero esto parece poco probable en las cirugías electivas con protocolos de seguridad (3, 20).

El “talón de Aquiles” para la estrategia de lucha y prevención de esta enfermedad es la propagación silenciosa y asintomática, inclusive a pesar de la inmunización. La principal prueba diagnóstica (hisopo nasofaríngeo con PCR) puede producir resultados falsos positivos y falsos negativos (37). Los falsos positivos son poco frecuentes (se estima que entre el 0,8% y el 4%), y pueden estar relacionados con el laboratorio (38). En nuestra serie, una paciente probablemente tuvo un resultado falso positivo

Tabla 3. Características de los pacientes que presentaron al menos una PCR positiva y/o CO-RADS ≥ 3 .

	N=350
PCR (+) y/o CO -RADS ≥ 3 ; n (%)	16 (4.5)*
Hospitalización 36 horas; n (%)	285 (81.4)
Cirujanos con N -95; n (%)	315 (90)
Cirujanos con pantalla facial o similar; n (%)	286 (81.7)
Sistema de evacuación de humos o similar; n (%)	234 (66.8)
Complicaciones mayores 30 días; n (%)	3 (0.8)***
Reoperaciones tempranas; n (%)	0
Readmisiones tempranas; n (%)	2 (0.5)‡
Fiebre postoperatoria en la primera semana; n (%)	9 (2.5)
Síntomas respiratorios postoperatorios primera semana; n (%)	3 (0.8) ††
Tromboprofilaxis química; n (%)	236 (67.4)
Mortalidad temprana por cualquier causa; n (%)	0

*Uno asintomático (la familia fue positiva).

basándose en las siguientes pruebas: todos sus familiares dieron negativo, tuvo un TAC normal y una prueba de PCR siete días después de la prueba inicial, y otras dos pruebas posteriores fueron todas negativas. Por el contrario, los resultados falsos negativos son extremadamente frecuentes y representan un reto multidisciplinar. Una revisión sistemática (cinco estudios con 957 pacientes) informó de tasas de resultados falsos negativos del 2 al 29%, pero se encontró una importante heterogeneidad entre los estudios (39). En nuestra serie, el 37,5% de los pacientes tuvieron resultados negativos de PCR, pero mostraron CO-RADS ≥ 3 , y fueron manejados como casos sospechosos. No se realizaron pruebas de anticuerpos durante esos meses (no hay registro gubernamental), por lo que no se puede determinar la tasa exacta de falsos negativos en nuestra serie. Lo previo es un problema de diagnóstico global (sobre todo en América Latina), por lo que la TAC es una herramienta complementaria de cribado eficaz (40). Una cohorte reciente de 1.014 pacientes chinos informó de tasas de detección del 59% y el 88% con una prueba de PCR y una TAC, respectivamente; si se tomaban como referencia los resultados de la PCR, la TAC tenía una sensibilidad de hasta el 96,5% (valor predictivo positivo del 65,3%, y negativo en el 83,3%) (40). El uso exclusivo de una prueba rápida de antígenos en pacientes no inmunizados como protocolo preoperatorio podría ser una opción "atractiva" y más sencilla, sin embargo, las tasas de falsos negativos son más altas que usando PCR.

A pesar de añadir información valiosa, nuestro estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, podría haber un sesgo dentro de los departamentos de radiología al realizar la clasificación CO-RADS, ya que existe una curva

de aprendizaje en la que intervienen la clínica y las pruebas de laboratorio de los pacientes. Esta podría ser una razón por la que hubo más casos CO-RADS 3 asociados a pruebas de PCR negativas en nuestro estudio. Otra clara limitación son las decisiones del neumólogo en cuanto al manejo del paciente tras una prueba positiva (o en casos sospechosos). Aunque el protocolo establecía la realización de nuevas pruebas a las dos semanas, los clínicos privados decidían qué pruebas realizar y la estrategia de tratamiento (ambas cambiaban constantemente en todo el mundo). Los clínicos también decidían el mejor momento y seleccionaban a los mejores candidatos para la cirugía tras la infección. Cuando analizamos este subgrupo de pacientes (operados con PCR positiva frente a no operados), los operados tenían menos comorbilidades que los que decidieron posponer o cancelar sus cirugías. Por último, será muy interesante disponer de pruebas postoperatorias (PCR y/o pruebas rápidas) para cada paciente, de forma que se puedan detectar los casos asintomáticos infectados perioperatoriamente. Esto puede determinar la tasa real de infección después de la cirugía, y puede constituir una base para crear directrices y algoritmos sólidos. Los resultados observados son prometedores, pero se pueden hacer más ajustes a medida que avanza el tiempo, la inmunización y la evidencia científica; por ejemplo, el eliminar la TAC de rutina para evitar radiación es clave dentro de estos ajustes nuevos. Es importante destacar que es necesario contar con una infraestructura hospitalaria completa para establecer y ejecutar los protocolos, y que estos resultados no pueden extrapolarse a centros pequeños o clínicas de bajo volumen.

Conclusión

La cirugía bariátrica durante la pandemia de COVID-19 es segura si se siguen protocolos y cribados estrictos en pacientes, especialmente en aquellos no inmunizados. La tasa de infección durante el periodo postoperatorio es baja. La selección de los pacientes, la comunicación estrecha, los recursos hospitalarios y el personal capacitado son imperativos para garantizar una morbilidad similar a los pacientes inmunizados o a aquellos sin infección.

1. Horn DM, Haas JS. Covid-19 and the Mandate to Redefine Preventive Care. *N Engl J Med*. 2020.
2. Fiorino G, Colombo M, Natale C, Azzolini E, Lagioia M, Danese S. Clinician Education and Adoption of Preventive Measures for COVID-19: A Survey of a Convenience Sample of General Practitioners in Lombardy, Italy. *Ann Intern Med*. 2020;173(5):405-7.
3. Puylaert CAJ, Scheijmans JCG, Borgstein ABJ, Andeweg CS, Bartels-Rutten A, Beets GL, et al. Yield of Screening for COVID-19 in Asymptomatic Patients Prior to Elective or Emergency Surgery Using Chest CT and RT-PCR (SCOUT): Multicenter Study. *Ann Surg*. 2020.
4. Qadan M, Hong TS, Tanabe KK, Ryan DP, Lillemo KD. A Multidisciplinary Team Approach for Triage of Elective Cancer Surgery at the Massachusetts General Hospital During the Novel Coronavirus COVID-19 Outbreak. *Ann Surg*. 2020;272(1):e20-e1.
5. Alagaratnam S, Shatkar V, Murphy P, Mukherjee D. A multidisciplinary approach to prioritise general surgical patients for elective surgery during COVID-19. *Br J Surg*. 2020.
6. Chiappetta S, Sharma AM, Bottino V, Stier C. COVID-19 and the role of chronic inflammation in patients with obesity. *Int J Obes (Lond)*. 2020;44(8):1790-2.
7. Nakeshbandi M, Maini R, Daniel P, Rosengarten S, Parmar P, Wilson C, et al. The impact of obesity on COVID-19 complications: a retrospective cohort study. *Int J Obes (Lond)*. 2020;44(9):1832-7.
8. Tartof SY, Qian L, Hong V, Wei R, Nadjafi RF, Fischer H, et al. Obesity and Mortality Among Patients Diagnosed With COVID-19: Results From an Integrated Health Care Organization. *Ann Intern Med*. 2020.
9. Wadman M. Why obesity worsens COVID-19. *Science*. 2020;369(6509):1280-1.
10. Ritter A, Kreis NN, Louwen F, Yuan J. Obesity and COVID-19: Molecular Mechanisms Linking Both Pandemics. *Int J Mol Sci*. 2020;21(16).
11. Denova-Gutierrez E, Lopez-Gatell H, Alomia-Zegarra JL, Lopez-Ridaura R, Zaragoza-Jimenez CA, Dyer-Leal DD, et al. The Association of Obesity, Type 2 Diabetes, and Hypertension with Severe Coronavirus Disease 2019 on Admission Among Mexican Patients. *Obesity (Silver Spring)*. 2020;28(10):1826-32.
12. Mandviwala T, Khalid U, Deswal A. Obesity and Cardiovascular Disease: a Risk Factor or a Risk Marker? *Curr Atheroscler Rep*. 2016;18(5):21.
13. Gastrointestinal surgery for severe obesity: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. *Am J Clin Nutr*. 1992;55(2 Suppl):615S-9S.
14. Prokop M, van Everdingen W, van Rees Vellinga

- T, Quarles van Ufford H, Stoger L, Beenen L, et al. CO-RADS: A Categorical CT Assessment Scheme for Patients Suspected of Having COVID-19-Definition and Evaluation. *Radiology*. 2020;296(2):E97-E104.
15. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382(8):727-33.
 16. Bello-Chavolla OY, Bahena-Lopez JP, Antonio-Villa NE, Vargas-Vazquez A, Gonzalez-Diaz A, Marquez-Salinas A, et al. Predicting Mortality Due to SARS-CoV-2: A Mechanistic Score Relating Obesity and Diabetes to COVID-19 Outcomes in Mexico. *J Clin Endocrinol Metab*. 2020;105(8).
 17. Mauvais-Jarvis F. Aging, Male Sex, Obesity, and Metabolic Inflammation Create the Perfect Storm for COVID-19. *Diabetes*. 2020;69(9):1857-63.
 18. Collaborative CO. Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. *Br J Surg*. 2020.
 19. Iacobucci G. Covid-19: all non-urgent elective surgery is suspended for at least three months in England. *BMJ*. 2020;368:m1106.
 20. Ji C, Singh K, Luther AZ, Agrawal A. Is Elective Cancer Surgery Safe During the COVID-19 Pandemic? *World J Surg*. 2020;44(10):3207-11.
 21. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>. Accessed October 12th, 2020.
 22. COVID-19 therapies and vaccine landscape. *Nat Mater*. 2020;19(8):809.
 23. Executive Council of A. Safer through surgery: American Society for Metabolic and Bariatric Surgery statement regarding metabolic and bariatric surgery during the COVID-19 pandemic. *Surg Obes Relat Dis*. 2020;16(8):981-2.
 24. Yang W, Wang C, Shikora S, Kow L. Recommendations for Metabolic and Bariatric Surgery During the COVID-19 Pandemic from IFSO. *Obes Surg*. 2020;30(6):2071-3.
 25. Dong Z, Zhang P, Zhu J, Bai J, Parmar C, Chen W, et al. Recommendations to Manage Patients for Bariatric Surgery in the COVID-19 Pandemic: Experience from China. *Obes Surg*. 2020;30(11):4623-6.
 26. Daigle CR, Augustin T, Wilson R, Schulz K, Fathalizadeh A, Laktash A, et al. A Structured Approach for Safely Reintroducing Bariatric Surgery in a COVID-19 Environment. *Obes Surg*. 2020;30(10):4159-64.
 27. Aminian A, Kermansaravi M, Azizi S, Alibeigi P, Safamanesh S, Mousavimaleki A, et al. Bariatric Surgical Practice During the Initial Phase of COVID-19 Outbreak. *Obes Surg*. 2020;30(9):3624-7.
 28. Marinari GM, Anselmino M, Tascini C, Bernante P, Foletto M, Gentileschi P, et al. Bariatric and metabolic surgery during COVID-19 outbreak phase 2 in Italy: why, when and how to restart. *Surg Obes Relat Dis*. 2020;16(10):1614-8.
 29. Uccelli M, Cesana GC, Ciccarese F, Oldani A, Zanoni AAG, De Carli SM, et al. "COVID-19 and Obesity: Postoperative Risk in Patients Who Have Undergone Bariatric Surgery. Preliminary Report from High Volume Center in Italy (Lombardy)". *Obes Surg*. 2020.
 30. Parmar C. Bariatric and Metabolic Surgery Can Prevent People with Obesity from COVID-19 Infection. *Obes Surg*. 2020.
 31. Landecho MMF, Fruhbeck G. Benefits of bariatric surgery prior to SARS CoV 2 infection in modulating the response to COVID-19. *Obesity (Silver Spring)*. 2020.
 32. Hallal PC. Worldwide differences in COVID-19-related mortality. *Cien Saude Colet*. 2020;25(suppl 1):2403-10.
 33. Shuchman M. Low- and middle-income countries face up to COVID-19. *Nat Med*. 2020;26(7):986-8.
 34. Behrens E, Poggi L, Aparicio S, Martinez Duartez P, Rodriguez N, Zundel N, et al. COVID-19: IFSO LAC Recommendations for the Resumption of Elective Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2020;30(11):4519-28.
 35. Ngaserin SH, Koh FH, Ong BC, Chew MH. COVID-19 not detected in peritoneal fluid: a case of laparoscopic appendectomy for acute appendicitis in a COVID-19-infected patient. *Langenbecks Arch Surg*. 2020;405(3):353-5.
 36. Emile SH. Should we continue using laparoscopy amid the COVID-19 pandemic? *Br J Surg*. 2020;107(8):e240-e1.
 37. Woloshin S, Patel N, Kesselheim AS. False Negative Tests for SARS-CoV-2 Infection - Challenges and Implications. *N Engl J Med*. 2020;383(6):e38.
 38. Surkova E, Nikolayevskyy V, Drobniowski F. False-positive COVID-19 results: hidden problems and costs. *Lancet Respir Med*. 2020.
 39. Arevalo-Rodriguez I, B-GD, Simancas-Racines D, et al. False-negative results of initial RT-PCR assays for COVID-19: a systematic review. (www.medrxiv.org/content/101101/2020041620066787v1)preprint April 21, 2020.
 40. Ai T, Yang Z, Hou H, Zhan C, Chen C, Lv W, et al. Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases. *Radiology*. 2020;296(2):E32-E40.

Impacto psicosocial por covid-19 en personas con obesidad en situación de aislamiento social

The psychosocial impact of covid-19 on people with obesity in a situation of social isolation

Lic. Lasagni Viviana (1) ; Lic. Palma Romina(1), Dr. Pablo Omelanczuk(2)

(1) Lic. en Psicología.

(2) Director Médico Cirujano Dr. Pablo Omelanczuk

Institución: Clínica Quirúrgica de la Obesidad (CQO), Mendoza, Argentina.

Dirección: Andrade Olegario A. 290, M5500 Mendoza - Argentina

Resumen

Se analizó el impacto psicosocial del covid-19 en personas con obesidad en situación de aislamiento social. Metodología: estudio descriptivo lineal (N: 410). Se recolectaron datos en línea mediante un cuestionario estructurado construido con Google. Se analizaron variables sociodemográficas; hábitos y conductas; indicadores emocionales; servicios de salud. Se determinaron porcentajes y frecuencias. Se concluyó que el 81,2 % se encontraba en tratamiento quirúrgico de la obesidad. El aumento de peso percibido fue de 3,06 Kg. Aumentó la ingesta de alimentos, disminuyó la actividad física y se alteró el sueño. El estado emocional osciló entre emociones positivas y negativas. La situación de aislamiento social aumenta la posibilidad de reganar peso. El apoyo psicológico es importante para disminuir la presencia de sintomatología ansiosa.

Abstract

the psychosocial impact of covid-19 on obese people in a situation of social isolation was analyzed. Methodology: linear descriptive study (N: 410). Data were collected online using a structured survey constructed with Google. Sociodemographic variables were analyzed as well as; habits and behaviors; emotional indicators; health services. Percentages and frequencies were determined. It was found that 81.2% were in surgical treatment of obesity. The increase in weight was 3.06 kg. Food intake increased, physical activity decreased and sleep was altered. The emotional state oscillated between positive and negative emotions. The situation of social isolation increases the possibility of gaining weight. Psychological support is important to decrease the presence of anxious symptoms.

Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica que disminuye la calidad y expectativa de vida de las personas. Existen diversos tratamientos para el control de enfermedad siendo el tratamiento quirúrgico lo más recomendado para obesidad mórbida. Se cree que el COVID 19 entre todos sus efectos negativos lleva al colectivo de personas que padecen obesidad a una situación de alta vulnerabilidad y fragilidad.

Fundamentación

La pandemia de COVID 19 puede influir sobre el control de una enfermedad crónica como es la obesidad. Diferentes artículos publicados refieren que el hecho de tener que resguardarse en los hogares hace a las personas con obesidad más vulnerables a comer en exceso y un estilo de vida más sedentario predispone al aumento de peso (Pearl R L; Puhl RM, Brownell KD citado por Bhasker, A. G., Greve, J. W 2020)¹. Las personas sometidas a cirugía bariátrica podrían experimentar una mayor angustia emocional, lo que provoca un aumento de la psicopatología relacionada a la alimentación y dificultades con la autogestión (Sockalingam S, Leung SE, Cassin SE, 2020)². Se sabe que existen determinados factores psicológicos asociados a la obesidad y otros que se desprenden de esta enfermedad y que la situación de pandemia puede desestabilizar a quienes presentan tal afección. Simonnet A, Chetboun M, Poissy J et al (2020) citada por Finer N, Garnett SP y Bruun JM (2020)³ establecen que las personas con obesidad pueden ser más propensos a desarrollar una enfermedad más grave, que requiere hospitalización y probablemente ventilación invasiva en el caso de contraer covid-19. Por lo expuesto, esta investigación se planteó los siguientes objetivos: 1- Determinar las variables socio demográficas de las personas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, clase social percibida); 2- Evaluar lugar de estadía, convivientes y características de la vivienda en la cual permaneció en cuarentena; 3- Indagar sobre la existencia y tipo de salidas realizadas durante el aislamiento social; 4- Explorar los hábitos desarrollados en cuarentena; 5- Analizar indicadores emocionales manifestados; 6- Explorar sobre las características de la comunicación mantenida, 7- Indagar sobre los servicios de salud utilizados, tipo de tratamiento para la obesidad y por último indagar el mayor temor presentado.

Método

El tipo de estudio que se desarrolló es descriptivo - lineal. Participantes: la muestra estuvo compuesta por 410 personas de 16 años y más de edad que reportaron presentar obesidad. Instrumento: para la recolección de datos se efectuó un cuestionario estructurado a través de

la cual se indagó las variables socio demográficas como lugar de residencia, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, clase social percibida; tipo de la vivienda en la que permaneció durante este periodo, número de integrantes; hábitos como los relacionados a la alimentación, al sueño, a la actividad física, a la higiene, consumo de medicamentos; indicadores emocionales como vitalidad, irritabilidad, felicidad, tristeza, agotamiento, soledad, temores; aspectos de la comunicación como medios, frecuencia, receptores; servicios de salud como si estaba bajo tratamiento y tipo, atención profesional, emergencias médicas. También se realizaron preguntas abiertas para indagar el mayor temor presentado. Procedimiento: Dicha investigación se llevó a cabo del 05 de junio al 30 de julio del año 2020. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario construido con Google con el cual se confeccionó un documento digital para recopilar información en línea y posteriormente procesar los datos para la obtención de resultados. El cuestionario fue enviado a personas que presentan obesidad. La mayoría concurren al Centro Quirúrgico de la Obesidad (CQO) Mendoza y se compartió el instrumento de medición con otros profesionales para ser aplicado en otras provincias del país. Ante la propagación del coronavirus y la declaración de la pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se pensó en la necesidad de indagar sobre la influencia de esta sobre las personas con obesidad. Análisis de datos: se analizaron frecuencias, porcentajes para las variables cualitativas y se obtuvieron medias para las variables cuantitativas. Para todos los estudios realizados se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Science), versión 11,5.

Resultados

Se exploraron las variables socio demográficas a fin de establecer un perfil de la muestra de personas con obesidad evaluadas en el periodo del 05 de junio al 30 de julio del año 2020. Se pudo determinar que la muestra (N=410) estaba compuesta por personas con una edad promedio de 43,50 años, residentes en las siguientes provincias: Mendoza el 79,5 % (n:326); en Córdoba el 8,8%(n: 36); en Buenos Aires el 3,4 % (n:14) y con igual frecuencia en Formosa; en San Luis el 1,7% (n:7); en las provincias de San Juan y la Rioja con el mismo valor el 0,7 % (n:3), en La Pampa, Neuquén y Salta con la misma frecuencia 0,5 % (n:2) y en Tucumán el 0,2 % (n:1). En su mayoría, estaba conformada por mujeres, de estado civil casadas, con estudios universitarios completos. A continuación, se presenta en la Tabla N° 1 las variables socio demográficas de la muestra a fin de ampliar la información.

Tabla N°1. Variables socio demográficas de la muestra

Variables socio – demográficas	Fr	%
Sexo		
Hombre	90	22,0
Mujer	320	78,0
Estado Civil		
Casado/a	215	52,4
Divorciado/a	28	6,8
Separado/a	5	1,2
Soltero/a	92	22,4
Unión Libre (concubinato)	62	15,1
Viudo/a	8	2,0
Escolaridad		
Primaria Completa	6	1,5
Primaria Incompleta	0	0
Secundaria Completa	73	17,8
Secundaria Incompleta	18	4,4
Universitario Completo	181	44,1
Universitario Incompleto	132	32,2

En cuanto a las áreas de trabajo donde se desempeñan las personas encuestadas se presentan los datos a través de la Tabla N° 2 sobre la ocupación siendo la mayor cantidad personal docente.

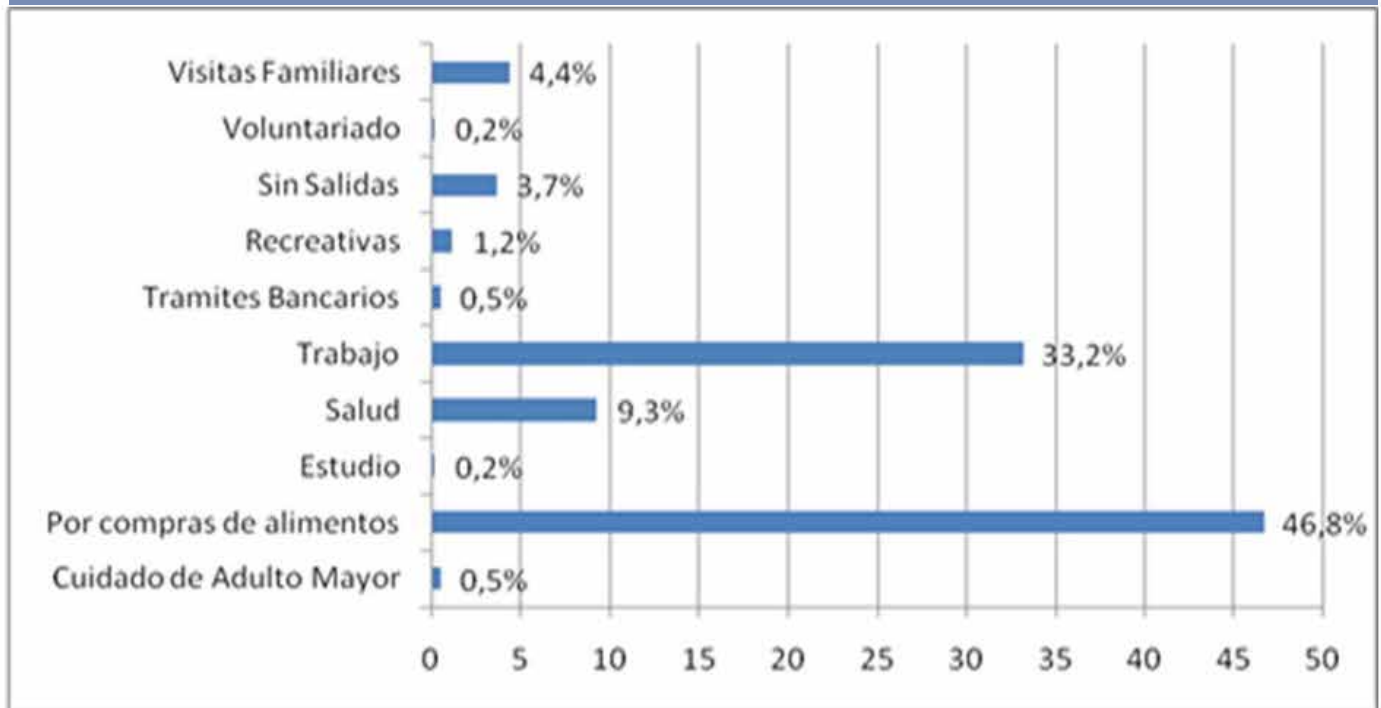
Tabla N° 2. Ocupación (N: 410)

Ocupación	Fr	%	Ocupación	fr	%
Ama de casa	43	10,5	Personal de seguridad	9	2,2
Desocupado	16	3,9	Personal de transporte	5	1,2
Jubilado / pensionado	12	2,9	Personal docente	74	18,0
Personal administrativo	45	11,0	Personal gastronómico	6	1,5
Personal contable	13	3,2	Personal judicial	9	2,2
Personal de comercio-ventas	45	11,0	Personal servicio de maestranza	4	1,0
Personal de obras públicas y privadas	2	0,5	Personal técnico	18	4,4
Personal de petróleo	4	1,0	Personal de casa particulares	3	0,7
Personal de salud	50	12,2	Otro	52	12,7

Otra de las variables analizadas fue la clase social “percibida por las personas”. El 86,3 % (n: 354) de las personas se clasificó como clase social media, el 8,8 % (n: 36) como clase social baja, el 3,2 % (n: 13) como clase social alta y el 1,5% (n:7) no saben. El número de convivientes en la vivienda durante la cuarentena fue de un promedio de 3,69 personas. En relación a la vivienda donde permaneció en la cuarentena, el 96,3 % (n: 395) se mantuvo en su vivienda propia, mientras que el 3,7 % (n: 15) permaneció en la vivienda de un familiar o amigo. En cuanto al lugar de residencia durante la cuarentena el tipo de vivienda donde permaneció se puede observar que el 86,1% (n: 353) se

alojó en una casa, el 13,7 % (n: 56) en un departamento y el 0,2 % (n: 1) en una pensión u hotel. En promedio estas viviendas contaban con 1,78 baños y 2,82 dormitorios. El 97,8 % (n: 401) tuvo siempre agua potable, el 1,5 % (n: 6) a veces y el 0,7 % (n: 3) nunca. El 92,9 % (n: 381) permaneció en la vivienda con su familia y el 7,1 % (n: 29) solo. Durante la cuarentena el 96,3% (n: 395) realizaron salidas y el 3,7 % (n: 15) no salieron. Las mayores salidas registradas fueron por compras de alimentos y por actividades laborales (Gráfico N°1.Tipo de salidas realizadas en el aislamiento social).

Gráfico N° 1. Tipo de salidas realizadas en el aislamiento social (%)



Posteriormente se indagó sobre los hábitos. En relación a los hábitos alimentarios el 6,8 % (n: 28) consideran que aumentaron la ingesta de alimentos extremadamente; el 29% (n: 119) mucho; el 35,1 % (n: 144) consideran que aumentaron la ingesta de alimentos en forma moderada; el 19,3 % (n: 79) un poco y el 9,8 % (n: 40) nada. Se indagó la cantidad de ingestas de alimentos por día y los entrevistados respondieron el 0,5% (n:2) realizaron solo una ingesta; el 1,7 % (n:7) solo dos ingestas; el 3,9% (n: 16) efectuaron 3 ingestas diarias; el 27,1% (n: 111) realizaron 4 ingestas; el 22,2% (n:91) realizaron 5 ingestas diarias; el 24,1% (n:99) realizaron 6 ingestas; el 7,1 % (n:29) realizaron 7 ingestas; el 5,1% (n: 21) realizaron 8 ingestas; el 1,2 % (n: 5) realizaron 9 ingestas; el 1,2 % (n: 5) más de 10 ingestas y el 5,9 % (n: 24) no posee registro del número de ingestas.

Con respecto a la ingesta de alcohol, el 1% (n: 4) refiere que aumentó la ingesta de alcohol en forma extremadamente; el 3,9 % (n: 16) mucho; el 9 % (n: 37) de manera moderada; el 13,7% (n: 56) un poco y el 72,4 % (n: 297) refiere que no aumentó la ingesta de alcohol. En cuanto al número de vasos diarios de alcohol consumido, los entrevistados refirieron el 78% (n: 321) no bebieron alcohol; el 13,9 % (n: 57) consumieron un vaso diario; el 4,4 % (n: 18) dos vasos diarios; el 2% (n:8) tres vasos diarios, el 1,2 % (n: 5) consumieron 4 vasos diarios, el 0,2 (n:1) consumió 6 vasos.

Otro indicador analizado fue el sueño. El 12 % (n: 49) manifestó que el sueño se alteró en que en forma extrema; el 26,3 (n: 108) mucho; el 26,6 % (n: 109) en forma moderada; el 21% (n: 86) un poco y el 14,1% (n: 58) nada.

Se consultó sobre la cantidad de horas de sueño y se observó que el 1,5 % (n: 6) durmió 3 hs; el 3,7% (n:15) durmió 4 hs; el 11,0 % (n:45) durmió 5 hs; el 21,5 % (n: 88) durmió 6 hs por día; el 16,1%(n:66) durmió 7 hs; el 24,6 % (n:101) concilió 8 hs de sueño; el 10,2% (n:42) durmió 9 hs; el 8,0% (n:33) durmió 10 hs; el 0,5 % (n:2) durmió 11 hs; el 1,2 % (n:5) durmió 12 hs y más de 12 hs durmió el 1,7% (n:7). Se indagó sobre la ingesta de medicación para insomnio y se constató que el 76,1 % (n: 312)

no tomó medicamentos para el insomnio, el 15,6 % (n: 64) tomó medicamentos para el insomnio y 8,3 % (n: 34) lo efectuó a veces. Se preguntó también cuantas horas independientemente del sueño las personas permanecieron en la cama y se constató que en promedio las personas manifestaron haber permanecido en la cama por día 7,45 hs.

Con respecto a la actividad física el 6,1 % (n: 25) de las personas refirieron haber hecho mucha actividad física; el 24,4 % (n: 100) realizaron en forma moderada; el 41,5 % (n: 170) de las personas refirieron haber hecho poca y el 28% (n: 115) no realizaron actividad física.

Se consultó sobre la medicación y se corroboró que el 0,5 % (n: 2) expresaron haber aumentado la medicación en forma extrema; el 1,2 % (n: 5) mucho; el 8,00% (n: 33) en forma moderada; el 16,6% (n: 68) un poco y el 73,7 % (n: 302) expresaron no haber aumentado la medicación. En relación a la medicación se exploró sobre la conducta de la automedicación. El 10 % (n:41) de la muestra refieren que se auto medicó y un 10,2 % (n: 42) refirió hacerlo a veces. El 79,8 % (n: 327) no registró esta conducta. De los que se auto-medicaron el 6,3% refirió tomar analgésicos.

Otro tema que se examinó fue el hábito de la higiene personal. El 2% (n: 8) refirió haber disminuido los hábitos de higiene mucho; el 7,3 % (n:30) en forma moderada; el 15,9% (n:65) un poco y el 74,9% (n: 307) refirió no haber disminuido los hábitos de higiene. En promedio los entrevistados manifestaron que se asearon 6,24 veces por semana.

En cuanto al aumento de peso percibido, el 64,4 % (n: 264) manifestó haber aumentado el peso y el 35,6% (n: 146) no. El promedio de peso percibido que las personas manifestaron haber aumentado es de 3,06 Kg

Posteriormente se consultó sobre las emociones manifestadas en este periodo como estar "decaído y triste", "tranquilo", "agotado y fatigado", "feliz", "soledad", "irritabilidad" y "vitalidad". Los resultados se pueden observar en la Tabla N°3. Emociones Reportadas.

Tabla N° 3. Emociones reportadas (%/fr)

	N=350
PCR (+) y/o CO -RADS \geq 3; n (%)	16 (4.5)*
Hospitalización 36 horas; n (%)	285 (81.4)
Cirujanos con N -95; n (%)	315 (90)
Cirujanos con pantalla facial o similar; n (%)	286 (81.7)
Sistema de evacuación de humos o similar; n (%)	234 (66.8)
Complicaciones mayores 30 días; n (%)	3 (0.8)***
Reoperaciones tempranas; n (%)	0
Readmisiones tempranas; n (%)	2 (0.5)‡
Fiebre postoperatoria en la primera semana; n (%)	9 (2.5)
Síntomas respiratorios postoperatorios primera semana; n (%)	3 (0.8) ††
Tromboprofilaxis química; n (%)	236 (67.4)
Mortalidad temprana por cualquier causa; n (%)	0

Se efectuó un análisis descriptivo por categoría sobre el mayor temor que presentó la gente encuestada y se podría decir que en primer lugar las personas presentaron mayor temor “a la difícil situación económica”, en segundo lugar “a contagiarse y contagiar a la familia” y en tercer lugar “a subir de peso”.

Se indagó sobre los medios de comunicación. El mayor medio utilizado para comunicarse fue en un 76,3 % (n: 313) el WhatsApp; en segundo lugar, llamadas telefónicas con dispositivo celular con un 11,7 % (n: 48); el 9,5% (n: 39) realizó video-llamadas; con el mismo porcentaje 0,7 % (n:3) se comunicaron por Facebook y Zoom y con igual porcentaje 0,5% (n:2) por correo electrónico e Instagram. De los encuestados el 94,6 % (n: 388) respondió que en su vivienda tienen servicio de internet y el 5,1 % (n: 21) no posee servicio. Uno no contestó.

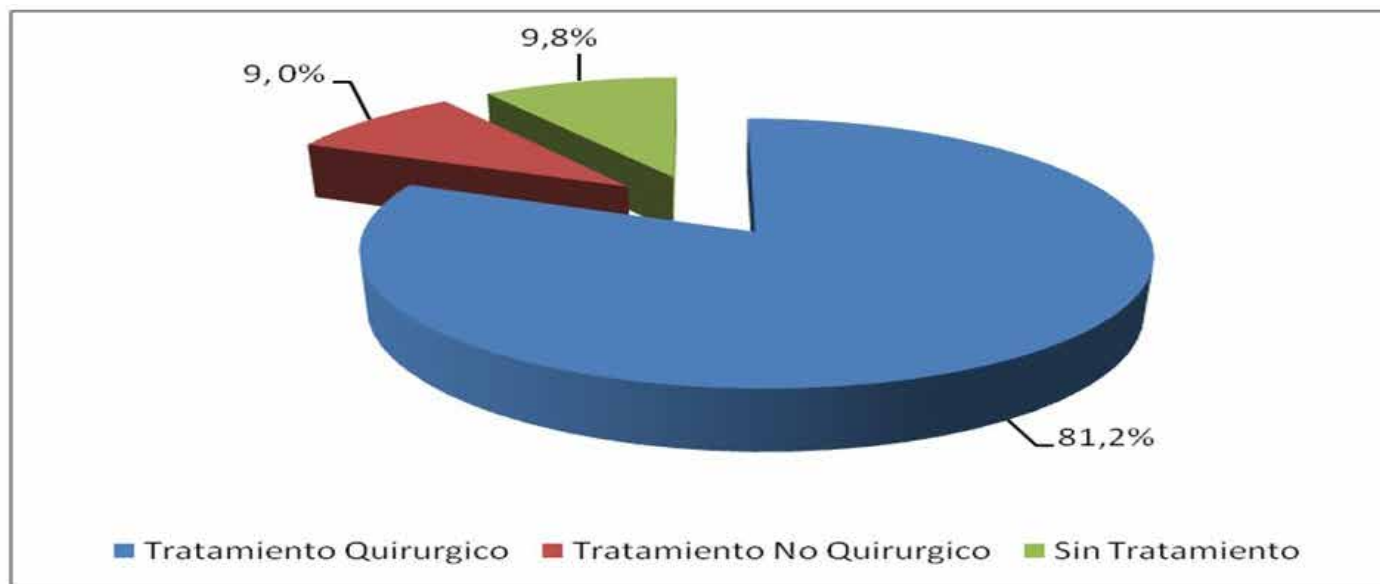
Los encuestados manifestaron que permanecieron frente

al televisor de 0 a 3 hs el 42 % (n:172), de 4 a 6 hs el 40,5 % (n:166), de 7 a 9 hs el 7,3 % (n:30), de 10 a 13 hs el 5,6% (n:23), de 14 a 16 hs el 1,2 (n:5) y más de 16 hs estuvo frente al televisor el 3,2 % (n:13). Uno (0,2%) refiere no saber.

En general, la comunicación “con amigos” se llevo a cabo siempre el 21,7 % (n: 89); muchas veces el 32%(n: 131); algunas veces el 34,9%(n: 143); casi nunca 10,2 % (n: 42) y nunca el 1,2 % (n: 5). “Con familiares” la comunicación se realizó siempre el 46,8 % (n: 192); muchas veces el 30%(n: 124); algunas veces el 20,2% (n: 83); casi nunca 2,4 % (n: 10) y nunca el 0,2 % (n:1).

Se consultó en relación al tratamiento de la obesidad. Los encuestados refirieron que el 90,2 % (n: 370) estaban en tratamiento y el 9,8 % (n: 40) no se encuentra en tratamiento. En su mayoría realizan “tratamiento quirúrgico” de la obesidad como se observa en el Gráfico N° 2. Tipo de tratamiento para la obesidad

Gráfico N° 2. Tipo de tratamiento para la obesidad (%)



En cuanto a las consultas a los profesionales de la salud se observó que el 62,2% (n:255) manifestaron haber realizado consultas al equipo de salud y el 37,8 % (n:155) no realizó consultas. De los que realizaron consultas a los profesionales de la salud el 25,9% (n:106) lo efectuó con plataformas como Zoom - Meet; el 17,1 (n: 70) realizó consulta presencial, el 12,7 % (n:52) realizaron videollamadas; el 8,3 % (n:34) vía telefónica; el 0,7 % (n:3) por whatsapp y el 0,5 % (n:2) recibió recetas por correo. El 34,9 % (n:143) manifestaron no recibir atención.

Las personas que completaron el cuestionario refieren que el 5,1% (n:21) utilizó servicios de emergencia y el 94,9% (n:389) no. De la muestra, el 26,8 % de los entrevistados realizaron consultas psicológicas siendo el motivo de consulta más prevalente los relacionados en primer lugar con el tratamiento quirúrgico de la obesidad, luego por angustia y ansiedad o para continuar con el tratamiento psicoterapéutico.

Discusión

Teniendo en cuenta el primer objetivo de esta investigación se puede manifestar que la muestra estudiada estuvo compuesta por 410 personas que presentan obesidad, con una edad promedio de 43,50 años residentes en su mayoría de la provincia de Mendoza, en segundo lugar, de la provincia de Córdoba, en tercer lugar, en Buenos Aires y un grupo reducido distribuido entre Formosa, San Luis, San Juan, La Rioja, La Pampa, Neuquén, Salta y Tucumán. En su mayoría la muestra está conformada por mujeres, de estado civil casadas, con estudios universitarios completos. En relación a la ocupación la mayoría son docentes, en segundo lugar, no declararon su ocupación, en tercer lugar, son personal de salud y en cuarto lugar desarrollan actividades comerciales. Las personas encuestadas expresaron pertenecer a la clase

social media, en segundo lugar, a la clase social baja y un grupo muy reducido a la clase social alta.

Como segundo objetivo del estudio, se constató que durante el periodo que duró la recolección de datos de este estudio, las personas se encontraban en sus viviendas con su grupo familiar conviviente de aproximadamente cuatro integrantes por hogar. El tipo de vivienda donde se alojaron es una vivienda clasificada como casa en primer lugar y en segundo lugar departamento. En promedio estas viviendas contaban con casi dos baños y tres dormitorios. Su mayoría poseía servicio de agua potable. El tercer objetivo fue indagar sobre la existencia y tipo de salidas realizadas durante el aislamiento social. La mayoría de estas personas realizaron salidas durante la cuarentena. Las mismas estuvieron relacionadas con el abastecimiento de alimentos y en segundo lugar por trabajo. Un número muy reducido efectuó salidas por salud.

El cuarto objetivo radicó en explorar los hábitos desarrollados en cuarentena. Con respecto a los hábitos alimentarios la mayoría consideró haber aumentado la ingesta de alimentos en forma moderada y mucho. Pareciera que muy pocos pudieron controlar la misma, aunque indagando sobre el número de ingesta realizadas en forma diaria, los mayores registros indicaron que realizaron de 4 a 6 ingestas. No se indagó sobre el volumen de las porciones lo cual podría haber impactado sobre el peso. Con respecto a la ingesta de alcohol más de la mitad de la muestra manifestó no haber consumido alcohol coincidentemente con lo expresado cuando se indagó sobre el número de vasos consumidos de alcohol en forma diaria.

Otro de los hábitos relacionados con el peso es el sueño. Según Chamorro, R. A., Durán, S. A., Reyes, S. C. et al 20114 una de las modificaciones comportamentales, cada vez más prevalentes, es la reducción del tiempo destinado al

sueño nocturno. La evidencia actual respalda la hipótesis de que este cambio afecta negativamente la regulación del peso corporal. Este indicador fue analizado y se observó que fue uno de los hábitos más afectados dado que la mayoría reportó haber sufrido alteración en el sueño. En especial se registra una disminución en las horas del sueño menor a ocho horas aunque en promedio los encuestados refirieron haber permanecido en la cama 7,45 hs diarias. Se ha identificado un incremento en la prevalencia de individuos con sobrepeso reflejado en la asociación con despertares nocturnos y alteraciones de ritmos circadianos (de León Arcila, R., 2018)⁵. Con respecto al insomnio, los participantes en primer lugar expresaron no consumir medicación para dicho trastorno y un número menor refirió haber consumido.

Se sabe que el sedentarismo no contribuye en el tratamiento de la obesidad motivo por el cual se exploró también los hábitos relacionados a la actividad física dado que esta implica un aumento en el bienestar físico, mental y social. Se observó que más de la mitad de la muestra refirieron haber hecho poca actividad física o nula. En cuanto a los hábitos de higiene la mayoría de la muestra manifestó no haber reducido la higiene personal y realizaron su aseo en forma total 6,24 veces por semana en promedio. Se analizó el consumo de la medicación y se corroboró que un porcentaje por debajo de la media expresó haber aumentado la medicación donde algunos recurrieron a la automedicación en especial al consumo de analgésicos.

Cabe agregar que los hábitos mencionados como los relacionados a la alimentación, actividad física y sueño impactan automáticamente sobre el peso.

Al valorar el peso, por encima de la media las personas expresaron haber aumentado el peso. En promedio refirieron haber aumentado 3,06 Kg desde el inicio de la cuarentena. Estos datos coinciden con los encontrados por Zachary, Z., Brianna, F., Brianna, L., et al 2020⁶ en su reciente estudio cuyo objetivo fue cuantificar el impacto que tiene la auto cuarentena en los comportamientos asociados con el aumento de peso. Los investigadores encontraron que los factores de riesgo relacionados con la auto cuarentena y el aumento de peso durante la pandemia de COVID-19 son el sueño inadecuado, los refrigerios después de la cena, la falta de restricción dietética, comer en respuesta al estrés y reducción de la actividad física. Por otro lado, los autores Sockalingam, S., Leung, S. E., Cassin, S. E., 2020² revelan que es imperativo que los pacientes sean monitoreados a causa de la desregulación emocional secundaria a la pandemia de COVID-19 para mitigar el comportamiento alimentario problemático y apoyar la mejora sostenida en peso y calidad de vida.

En cuanto al estado emocional de las personas, teniendo en cuenta las emociones negativas y positivas que manifestaron se percibe que las mismas fueron oscilando entre el agotamiento y la vitalidad, tristeza y felicidad y entre la tranquilidad e irritabilidad. La mayoría no se

sintió en soledad. Las personas en este periodo fueron regulando sus emociones a pesar de transitar por estados de irritabilidad, tristeza y agotamiento para hacer frente al estado emocional provocado por el aislamiento social como medida protectora por las consecuencias de la pandemia. Según Gross⁷ la regulación emocional se refiere a aquellos procesos por los cuales las personas ejercen influencia sobre las emociones que tienen, sobre cuándo las tienen y sobre cómo las experimentan y expresan. El mayor temor que presentaron las personas encuestadas y se podría decir que en primer lugar las personas presentaron mayor temor “a la difícil situación económica”, en segundo lugar “a contagiarse y contagiar a la familia” y en tercer lugar “a subir de peso”.

El sexto objetivo fue indagar sobre aspectos de la comunicación. El mayor medio utilizado para comunicarse fue el Whatsapp y casi la totalidad de las viviendas contaban con servicio de internet. En general se podría decir que la comunicación ha sido frecuente con amigos y familiares. Los encuestados manifestaron que permanecieron frente al televisor en su mayoría de 0 a 3 hs diarias, aunque casi en igual cantidad de personas manifestaron haber estado de 4 a 6 hs.

Por último, se consultó en relación al tratamiento de la obesidad y la mayoría reportaron estar en tratamiento quirúrgico de la obesidad no pudiendo diferenciar en que etapa del mismo se encontraban por lo cual se descartaron esos datos. Ante la situación de pandemia y considerando el aislamiento social una de las áreas afectadas fue la atención de la salud presencial. Los autores Sockalingam, S., Leung, S. E., Cassin, S. E., 2020² refieren que la consulta remota mediante modelos de atención virtual, incluidas las modalidades móviles y en línea, podría ampliar el alcance de los servicios psicosociales a individuos después de una cirugía bariátrica y mitigar la recuperación de peso o el deterioro de la calidad de vida. Por tal motivo se indagó sobre la modalidad en cuanto a la atención de salud recibida en este periodo de pandemia. En cuanto a las consultas a los profesionales de la salud se observó que la mayor cantidad de personas manifestaron haber realizado consultas al equipo de salud durante la cuarentena y en su mayoría lo hicieron en forma virtual a través de plataformas como Zoom – Meet y videollamadas. Un bajo número de personas accedió a consultas presenciales. Según los estudios de un grupo de investigadores como Wang, C. D., Rajaratnam, T., Stall, B., Hawa, R., Sockalingam, S., 2019⁸ el uso de la telemedicina para el seguimiento del paciente es importante para apoyar los cambios del comportamiento a largo plazo y para controlar posibles complicaciones. Se registraron un bajo número de consultas psicológicas siendo el motivo de consulta más relevante las relacionadas, en primer lugar, con el tratamiento pre y post quirúrgico de la obesidad, seguida a motivos como angustia y ansiedad o para continuar con tratamiento psicoterapéutico pre-establecido.

Conclusiones

El aislamiento social fue una medida de protección ante una pandemia con el fin de proteger la salud pública de la población. Esta medida ocasiona un impacto psicosocial en las personas que presentan una enfermedad crónica como es la obesidad lo cual puede afectar el control de la misma. El aumento de la ingesta de alimentos, la ausencia o baja actividad física y la alteración del sueño impactan negativamente sobre el peso. Este factor es perjudicial en pacientes que se encuentran en su mayoría en tratamiento quirúrgico de la obesidad dado que dichos factores pueden provocar una reganancia de peso o afectar la calidad de vida.

Esta situación puede agravarse por la presencia de sintomatología ansiosa como el insomnio, miedos, labilidad emocional, irritabilidad, agotamiento y decaimiento. A pesar de esto existe una baja demanda de los servicios de salud mental por parte de quien presentan esta sintomatología por lo cual se deberá analizar las causas dado que el apoyo psicológico es fundamental para disminuir la vulnerabilidad y prevenir posibles complicaciones. La implementación de servicios de telemedicina en todas sus especialidades aumenta la accesibilidad a los servicios de salud lo cual se podría combinar con el sistema presencial para lograr un mayor seguimiento y control a las personas que se encuentran en tratamiento para la obesidad. Por otro lado, se debe considerar que las personas fueron regulando sus emociones para poder adaptarse a esta situación. La pandemia enfrenta a la población a realizar grandes cambios en los estilos de vida como valorar más la salud y poner en práctica normas de AUTOCUIDADO que llegaron para quedarse.

Agradecimientos

Los autores agradecen a otros colegas que colaboraron en la distribución de la encuesta

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación a este artículo.

Bibliografía

1. Bhasker, AG; Greve, JW. Are Patients Suffering from Severe Obesity Getting a Raw Deal During COVID-19 Pandemic?. *Obes Surg.* 2020; 30(10):4107-4108. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04677-z>
2. Sockalingam, S; Leung, SE.; Cassin, SE. The Impact of Coronavirus Disease 2019 on Bariatric Surgery: Redefining Psychosocial Care. *The Obesity Society.* 2020; 28 (6): 1010-1012. Disponible en <https://doi.org/10.1002/oby.22836>
3. Finer, N; Garnett, SP.; Bruun, JM. COVID-19 and obesity. *Clinical Obesity.* 2020; 10 (3): 1758-8103. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/cob.12365>
4. Chamorro, RA., Durán, SA., Reyes, SC., Ponce, R., Algarín, CR., & Peirano, PD. La reducción del sueño como factor de riesgo para obesidad. *Rev méd. Chile.* 2011; 139(7), 932-940. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000700017>
5. De León Arcila, R. Trastornos del sueño y anormalidades del ciclo circadiano como factores asociados a la obesidad. *Arch Med Fam.* 2018; 20 (3): 131-137. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83514>
6. Zachary, Z., Brianna, F., Brianna, L., Garrett, P., Jade, W., Alyssa, D., & Mikayla, K. Self-quarantine and Weight Gain Related Risk Factors During the COVID19 Pandemic. *Obes Res Clin Pract.* 2020; 14(3):210-216. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2020.05.004>
7. Gross, JJ. Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion.* 1999; 13 (5): 551-573. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
8. Wang, CD., Rajaratnam, T., Stall, B., Hawa, R., & Sockalingam, S. Exploring the effects of telemedicine on bariatric surgery follow-up: A matched case control study. *Obes Surg.* 2019; 29(8): 2704-2706. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11695-019-03930-4>

Complicaciones de bypass gástrico de una anastomosis (Minigastric Bypass): Perforación del remanente gástrico debido a cáncer.

Minigastric Bypass: Perforated Gastric Remnant due to Cancer

Dra. Michelle Regal Ludowieg (1); Dr. Diego Alonso Romani Pozo.(1); Dr. Luciano Poggi Garland (2); Dr. Luis Poggi Machuca (3)

(1) Médico Cirujano en Departamento de Cirugía general y Laparoscópica - Clínica Anglo Americana.

(2) Staff en Departamento de Cirugía Laparoscópica y Bariátrica - Clínica Anglo Americana.

(3) Jefe del Departamento de Cirugía General y Laparoscópica - Clínica Anglo Americana.

Desarrollado en: Clínica Anglo Americana, Lima Perú

Resumen

Se estiman cien mil casos nuevos de cáncer gástrico a nivel mundial. La endoscopia digestiva alta es el método de tamizaje de elección, sin embargo, luego de una cirugía de bypass, el acceso al estómago remanente es complejo, lo cual retrasa el diagnóstico. Se presenta el caso de un paciente de 33 años con antecedente de cirugía de bypass hace 13 años. Presenta una semana de dolor abdominal, distensión y múltiples episodios de vómitos. La cirugía evidencia perforación en la curvatura mayor del remanente gástrico e infiltración tumoral. Las biopsias revelaron adenocarcinoma en anillo de sello. A pesar del tratamiento, falleció 11 meses después de realizado el diagnóstico. El estómago remanente sufre cambios histológicos postoperatorios, entonces es importante reconocerlo como un lugar probable de desarrollo de cáncer. El bypass resectivo no es la práctica estándar, pero se debe considerar dependiendo de la práctica de cada cirujano.

Palabras clave: Neoplasias gástricas, Derivación gástrica, Carcinoma de Células en Anillo de Sello

Abstract

One hundred thousand new cases of gastric cancer are estimated worldwide. Upper gastrointestinal endoscopy is the screening method of choice, however, after bypass surgery, access to the gastric remnant is complex, which delays diagnosis. The case of a 33-year-old patient with a history of bypass surgery 13 years ago is presented. He presents with one week of abdominal pain, distension and multiple episodes of vomiting. During surgery, perforation is evident in the greater curvature of the gastric remnant and tumor infiltration throughout the stomach. Biopsies revealed signet ring cell adenocarcinoma. Despite treatment, he died 11 months after diagnosis. Studies suggest that the gastric remnant undergoes postoperative histological changes, so it is important to recognize it as a likely site of cancer development. Although resective bypass is not standard practice, it should be considered depending on the practice of each surgeon.

Key words: Stomach neoplasms, Gastric bypass, Carcinoma Signet Ring Cell

Introducción

La cirugía bariátrica es cada vez más común a nivel mundial debido al aumento en la prevalencia de obesidad y los excelentes resultados de ésta en términos de pérdida de peso, mejora de comorbilidades relacionadas a obesidad y reducción de costos en salud.(1) El bypass gástrico de una anastomosis (BAGUA) y el bypass gástrico en Y de Roux sin resección del estómago remanente, han sido los métodos más utilizados a nivel mundial, sin embargo generan dificultad para la evaluación postoperatoria del segmento excluido.(2) El tubo gástrico remanente es difícil de hacer seguimiento ya que se encuentra excluido durante el periodo asintomático así que los casos de cáncer debutan con complicaciones. A pesar de esto, no existen recomendaciones claras respecto a la evaluación gástrica preoperatoria o el seguimiento a largo plazo del remanente gástrico posterior a la cirugía bariátrica. Se reporta el caso de un adenocarcinoma en anillo de sello en el remanente gástrico que se presenta 13 años luego de un BAGUA.

Caso clínico

Paciente varón de 33 años, con antecedente de tabaquismo pesado, colecistectomizado y bypass gástrico laparoscópico de una sola anastomosis no resectivo hace 13 años debido a obesidad mórbida. Cursó sin ninguna complicación durante el post operatorio, con pérdida de >50% exceso de peso en doce meses y endoscopia digestiva alta normal. Acude por emergencia tras presentar una semana de dolor abdominal, distensión, sensación de llenura y múltiples episodios de vómitos. Al examen físico se evidenció frecuencia cardiaca en 94 latidos por minuto, presión arterial en 120/70 mmHg, temperatura de 36.6oC e IMC de 24.69 kg/m². El abdomen estaba distendido, ruidos hidroaéreos escasos, rígido y doloroso a la palpación con signos peritoneales. En los exámenes de laboratorio resaltan una leucocitosis de 20850 cel/mm³ con 87% de segmentados, hemoglobina: 9.7 g/dL, PCR: 13.41 mg/dL y Procalcitonina: 2.64 ng/mL.

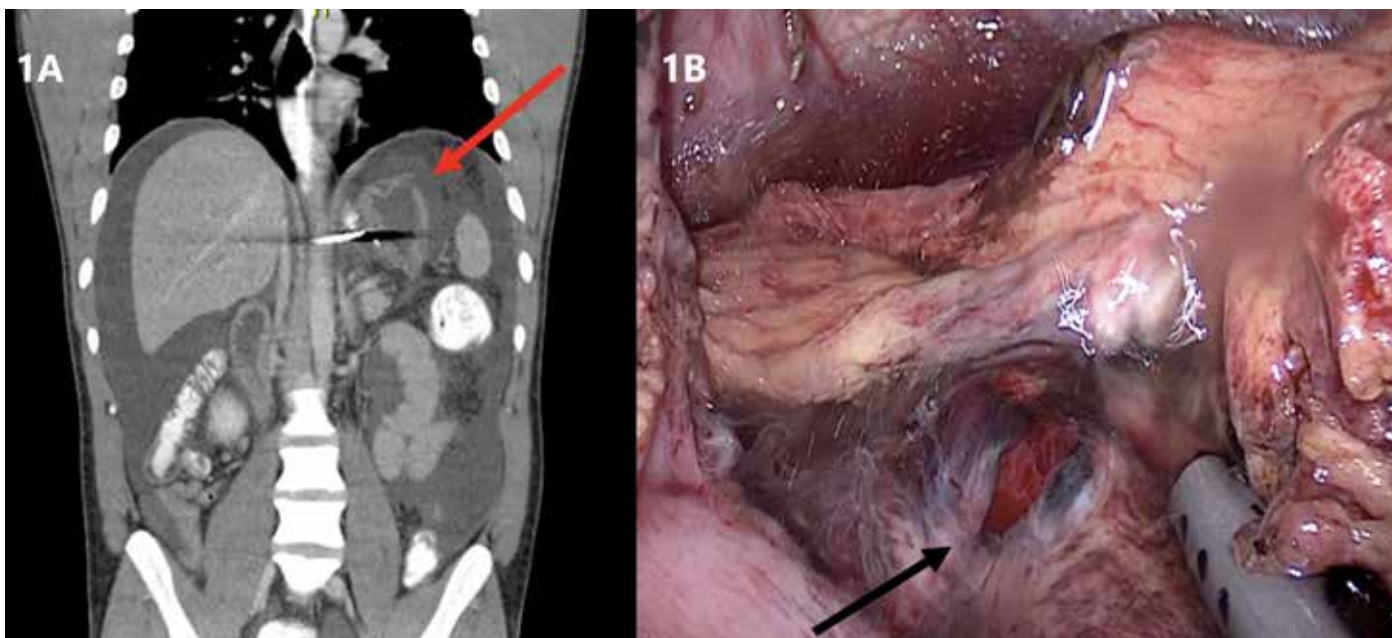


Figura 1. A: Tomografía abdominal donde se evidencia abundante líquido libre y probable perforación en el fondo del estómago remanente (Flecha roja), con engrosamiento de este en el antro y píloro. B: Se aprecia perforación en la curvatura mayor del remanente gástrico (Flecha negra).

La tomografía de abdomen (Figura 1A) evidencia abundante líquido libre en cavidad abdominal, y probable perforación en el fondo del estómago remanente, con engrosamiento de este en el antro y píloro. Con estos hallazgos se decide en primer lugar paracentesis evacuatoria con guía ecográfica y posteriormente una laparoscopia de emergencia por abdomen agudo y séptico. En los hallazgos operatorios se evidencia abundante líquido ascítico purulento con rasgos hemáticos, múltiples nódulos neoplásicos (Figuras 2 y 3) en peritoneo parietal, diafragmas, epiplón mayor, intestino delgado y grueso. Se encuentra una perforación (Figura 1B) en la curvatura mayor del remanente gástrico de 1.5 cm de diámetro. No se evidencia aire puesto que la tumoración impide la comunicación con el tubo digestivo. Se encuentra infiltración tumoral por todo el estómago remanente a predominio del antro pilórico que infiltra páncreas y vasos centrales por lo que se decide colocar tubo de gastrostomía de 34 french en el área de perforación. El estudio anatomopatológico de las biopsias resultó en adenocarcinoma de células en anillo de sello que infiltra al peritoneo, pared gástrica y epiplón.

El paciente se recuperó los primeros días en la Unidad de Cuidados Intensivos para monitoreo por el cuadro séptico con el que ingresó, inició tolerancia oral el día tercer día postoperatorio, y pasó a hospitalización regular al cuarto día post operatorio.

El paciente recibió tratamiento quimioterápico con Folfox y Nivolumab como parte de un ensayo clínico para tratamiento del cáncer gástrico avanzado. Al terminar, es intervenido para resección del tumor; sin embargo, la lesión se encontraba fija, comprometía la columna vertebral y vasos abdominales lo cual lo hicieron irresecable. Se decidió retirar el tubo de gastrostomía para una derivación en

asa del estómago remanente, que se encontraba excluido por el tumor, con el asa común del BAGUA. A pesar del tratamiento médico y alternativo que siguió, falleció 11 meses después de realizado el diagnóstico.

Discusión

Se estiman aproximadamente cien mil casos nuevos de cáncer gástrico anualmente a nivel mundial, con mayor incidencia en Asia, Latino América y Europa.(3) Actualmente representa la cuarta causa más común de malignidad y es la segunda causa de muerte a nivel mundial. (4) En países latinoamericanos como Perú, se estima una tasa de mortalidad de 14.7% en varones y 13.4% en mujeres. (5) En países como Chile, es la principal causa de muerte por tumores malignos, con una tasa de mortalidad de 19%, mientras que en Asia se estima una incidencia de 11.9% y una mortalidad de 13.4 por cada 100 mil habitantes.(6) La endoscopia digestiva alta es el método de tamizaje con mayor sensibilidad y especificidad, se recomienda la vigilancia anual en pacientes con alto riesgo de cáncer gástrico; entre ellos se encuentran los pacientes con antecedente de cirugía gástrica.(4) Sin embargo, en el caso de pacientes con antecedente de BAGUA, el estómago remanente es difícil de estudiar, lo que dificulta realizar la vigilancia y control de pacientes de riesgo. Debido a esto, es necesario un estudio endoscópico exhaustivo previo a la cirugía bariátrica. Una revisión sistemática realizada por Scozzari et al.(1) encontró que, entre los pacientes con bypass gástrico, el 22% de ellos se realizaron con la técnica BAGUA y 78% con la técnica en Y de Roux. Además, evidenciaron que en los pacientes con BAGUA, todos los tumores se localizaron

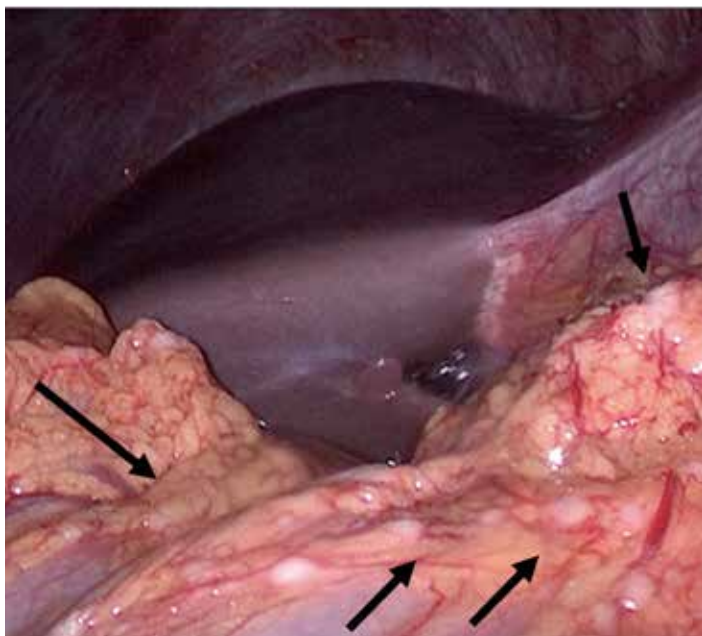


Figura 2: Tumoración e implantes peritoneales

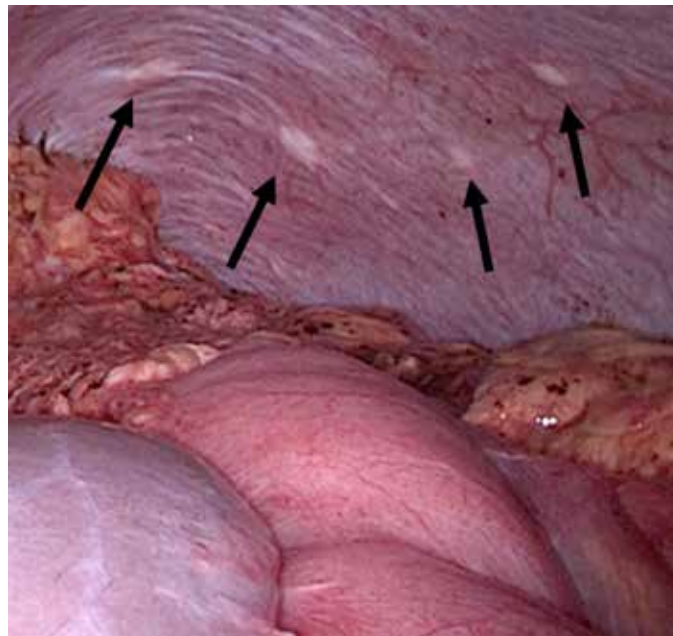


Figura 3: Implantes peritoneales en pared abdominal y diafragma

en el estómago remanente mientras que en los pacientes operados en Y de Roux los tumores se localizaron principalmente en el estómago (21% en el pouch y 36% en el estómago remanente) y esófago (43%).(1) A pesar que el cáncer gástrico siempre es de diagnóstico tardío, la cirugía BAGUA predispone a que el diagnóstico sea más tardío del habitual. El estudio REGATE (7) muestra que en América Latina la mayoría de pacientes (47.6%) tenían cáncer gástrico en estadio III al momento del diagnóstico, seguido por estadio II (32.4%), estadio I (13%) y finalmente estadio IV en un 5.6%. Si bien estudiar el estómago remanente presenta un desafío por vía endoscópica, se plantean otras opciones no quirúrgicas como el abordaje percutáneo con inyecciones de contraste en estudios radiológicos, colocación de tubos de gastrostomía, endoscopia retrógrada con colonoscopia pediátrica e incluso laparoscopia con endoscopia vía gastrostomía.(8) De Moura Almeida evaluó los hallazgos en endoscopias de rutina pre y post operatorias de cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida. Encontró que previo a la intervención quirúrgica un 71.4% de las endoscopias realizadas presentaban hallazgos normales. Por el contrario, en el estudio del estómago remanente post operatorio, se evidenció que el 74.3% presentaba alguna anomalía. La gastritis eritematosa, erosiva y/o hemorrágica fue el hallazgo más común en el estudio del estómago remanente.(8) Braghetto et al.(9) en un país con alta incidencia y similar a la peruana; investigó los hallazgos en cirugías BAGUA con resección del remanente. Dentro de sus hallazgos evidenciaron anomalías histológicas en un 77.25% de los pacientes, principalmente gastritis crónica, metaplasia intestinal y gastritis atrófica. Todos estos hallazgos son reconocidos como factores de

riesgo para el desarrollo de cáncer gástrico y coinciden con los estudios realizados por Moura Almeida. En los casos previamente reportados, se evidenció que el cáncer gástrico se desarrollaba aproximadamente 15 a 25 años luego de la gastrectomía original. Entre los factores de riesgo principales se encuentra la hipoclorhidria, hipergastrinemia, proliferación bacteriana e infección por H.pylori.(2) Además se ha encontrado que muchos pacientes son jóvenes y una exposición prolongada del remanente gástrico al reflujo biliar provoca degeneración mucosa, metaplasia intestinal y gastritis atrófica por desuso.(2) Con estos hallazgos, resulta lógico pensar en la resección del remanente al momento de la cirugía bariátrica, sin embargo, no hay consenso en diferentes organizaciones de cirugía gástrica. El motivo por el cual se suele dejar es por si es necesaria una reversión a futuro debido a una pérdida de peso exagerada, síndrome de "dumping" o hipoglucemia post prandial.(10) Ya que no es posible predecir estos resultados, muchas veces se prefiere mantener el remanente gástrico como medida preventiva. Sin embargo, no reseccionar el estómago aumenta el tiempo quirúrgico y el riesgo quirúrgico. Los autores recomiendan la gastrectomía selectiva en pacientes que presenten factores de riesgo previos a la cirugía bariátrica, como por ejemplo: metaplasia intestinal, úlceras gástricas o gastritis crónica e historia familiar de cáncer gástrico. Además, realizar una endoscopia preoperatoria en todos los pacientes, sobre todo en países con alta prevalencia de cáncer gástrico. Dependiendo de la población y su prevalencia, se debe tomar esta consideración para no dudar en reseccionar el remanente al momento de realizar el bypass gástrico.

Conclusión

A medida que haya mayor acceso a la cirugía bariátrica, es probable que el número reportado de estos casos aumente. Presentamos el caso de un paciente de 33 años que desarrolló un carcinoma de células en anillo 13 años luego de una cirugía bariátrica. El estudio post operatorio del estómago remanente continúa siendo de gran dificultad y muchas veces es ignorado. Muchos estudios sugieren que el estómago remanente sufre cambios histológicos post operatorios, entonces es importante reconocerlo como un lugar probable de desarrollo de cáncer y tener un acceso fácil a él, o incluso su resección temprana, aseguraría un diagnóstico temprano; incluso es posible evitarlos realizando una resección del remanente durante el bypass gástrico. A pesar que el bypass resectivo no es la práctica estándar, se debe considerar dependiendo de la práctica de cada cirujano.

Bibliografía

1. Scozzari G, Trapani R, Toppino M, Morino M. Esophagogastric cancer after bariatric surgery: Systematic review of the literature. *Surg Obes Relat Dis* [Internet]. 2013;9(1):133–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2012.10.002>
2. Braghetto I, Csendes A, Korn O, Gutierrez L, Brunet L, Lanzarini E, et al. Laparoscopic Resectional Gastric Bypass in Patients with Morbid Obesity: Experience on 112 Consecutive Patients. *J Gastrointest Surg*. 2011;15(1):71–80.
3. Pasechnikov V, Chukov S, Fedorov E, Kikuste I, Leja M. Gastric cancer: Prevention, screening and early diagnosis. *World J Gastroenterol*. 2014;20(38):13842–62.
4. Sitarz R, Skierucha M, Mielko J, Offerhaus GJA, Maciejewski R, Polkowski WP. Gastric cancer: Epidemiology, prevention, classification, and treatment. *Cancer Manag Res*. 2018;10:239–48.
5. Torres Smith JS, Grados Sánchez O. Cáncer gástrico en el Perú: una realidad susceptible de cambio. *Soc Gastroenterol del Perú* [Internet]. 2015;16(12):1. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v35n3/a13v35n3.pdf>
6. Rahman R, Asombang AW, Ibdah JA. Characteristics of gastric cancer in Asia. *World J Gastroenterol*. 2014;20(16):4483–90.
7. Bang YJ, Yalcin S, Roth A, Hitier S, Ter-Ovanesov M, Wu CW, et al. Registry of gastric cancer treatment evaluation (REGATE): I baseline disease characteristics. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2014;10(1):38–52.
8. de Moura Almeida A, Cotrim HP, Santos AS, Bitencourt AGV, Barbosa DBV, Lobo AP, et al. Preoperative upper gastrointestinal endoscopy in obese patients undergoing bariatric surgery: is it necessary? *Surg Obes Relat Dis*. 2008;4(2):144–9.
9. Braghetto I, Martinez G, Korn O, Zamorano M, Lanzarini E, Narbona E. Laparoscopic subtotal gastrectomy in morbid obese patients: a valid option to laparoscopic gastric bypass in particular circumstances (prospective study). *Surg Today* [Internet]. 2018;48(5):558–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00595-018-1625-z>
10. Shoar S, Nguyen T, Ona MA, Reddy M, Anand S, Alkuwari MJ, et al. Author's Accepted Manuscript. *Surg Obes Relat Dis* [Internet]. 2016; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2016.02.023>

Resúmenes seleccionados

DEL CONGRESO LATINOAMERICANO
IFSOLAC 2022 INTERMEDIO & 5º CONGRESO SACO
DE SAN MIGUEL DE TUCUMÁN - ARGENTINA

Incidencia de colelitiasis posterior a bypass gástrico laparoscópico. Análisis de factores de riesgo asociados

Autores: Roberto Carreño; Gastón Moisés; Patricio Finoli

Especialidad: Cirugía

Lugar de trabajo: ICONO. Instituto de Cirugía de la Obesidad del Norte, Tucumán, Argentina

Resumen: Introducción:

La obesidad y la litiasis vesicular son patologías muy frecuentes en nuestro medio. Posterior a una cirugía bariátrica, la frecuencia de formación de cálculos biliares aumenta en comparación con la población general por la rápida pérdida de peso. Aún no están claros los factores asociados a este resultado. La sobresaturación hepática de bilis con colesterol, el estasis de la vesícula biliar y el aumento de la concentración de mucina dentro de la bilis son posibles causas.

Objetivos:

Determinar la aparición de litiasis vesicular en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica en el primer año postoperatorio, y analizar los factores de riesgo asociados.

Diseño:

Estudio descriptivo, corte transversal.

Materiales y Métodos:

La muestra corresponde a 94 pacientes, sometidos a bypass gástrico laparoscópico, entre noviembre de 2019 y mayo de 2020. Seguimiento a 12 meses. La recolección de datos se realizó mediante revisión de registros clínicos, consignando sexo, edad, peso, talla, IMC y ecografía abdominal pre-cirugía, a los 6 meses y al año, presencia de dislipemia, HTA, % de pérdida de peso. El análisis fue realizado con el paquete estadístico EPI INFO 7.2.

Resultados:

Del total de pacientes (94), el 20,2% ya estaban colecistectomizados previamente. Al 16% se le diagnosticó litiasis vesicular en el preoperatorio y se decidió realizar colecistectomía previo a la cirugía bariátrica. Finalmente, de 60 pacientes con vesícula alitiásica que se sometieron a una cirugía bariátrica, la incidencia de LV fue del 60% a 12 meses, el 69% eran de sexo femenino, el promedio de edad fue de 39. El promedio de IMC pre-cirugía fue de 43,25 y en 12 meses 27,8, con un porcentaje de peso perdido de 34,3. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre aparición de LV post bypass gástrico y edad, sexo, Dislipemia, hígado graso, HTA, IMC y % PP. Resultados que coinciden con los publicados a nivel internacional

Conclusiones

Existe una elevada incidencia de colelitiasis en la población sometida a cirugía bariátrica. Se debe considerar un seguimiento cercano de esta patología durante el primer año postoperatorio. No están claros los factores asociados, por lo que continúan siendo motivo de investigación. La colecistectomía profiláctica es tema de debate y no existe en la actualidad consenso respecto a este tema.

Asociación de síndrome metabólico y bocio nodular en pacientes en plan de Cirugía Bariátrica del Instituto ICONO de San Miguel de Tucumán

Autores: Reartes Carreño; Lobo; Carreño; Moisés Carrera; Bianchini

Especialidad: Clínico-Nutricional

Lugar de trabajo: Instituto ICONO, San Miguel de Tucumán, Argentina

Resumen: Introducción:

El síndrome metabólico es una agrupación de trastornos metabólicos y obesidad abdominal asociada con un mayor riesgo de desarrollar diabetes, enfermedades cardiovasculares y mortalidad prematura. La fisiopatología está basada principalmente en la insulinoresistencia, Esta actúa como factor en la proliferación de células tiroideas, lo cual produce a un incremento del volumen de la glándula tiroidea.

Objetivos:

Determinar la asociación entre síndrome metabólico y enfermedad nodular tiroidea en pacientes que concurren al consultorio de endocrinología del Instituto Icono.

Diseño:

Estudio descriptivo de corte transversal.

Materiales y Métodos:

Se realizó durante los meses de junio y julio de 2021. Se incluyó a pacientes de 18 a 75 años estudiados en consultorio de endocrinología como parte de la evaluación prequirúrgica realizada a todos los pacientes bariátricos. El análisis estadístico fue realizado con el paquete estadístico EPI INFO 7.2. Los datos de variables cuantitativas se expresan en media (X) con su desviación estándar (DE), y los de variables cualitativas en porcentajes con sus intervalos de confianza al 95%. Las diferencias porcentuales se evaluaron con χ^2 . Un valor de $p < 0,05$ es considerado estadísticamente significativo.

Resultados:

Se incluyeron en el estudio 79 pacientes el 63, 2% de sexo femenino, el grupo etario predominante fue mayores de 40 años 54,4%. El 55,7% de los pacientes era obeso, el 65,8% presentó síndrome metabólico, se pudo observar una alta prevalencia de insulinoresistencia en un 68,3%. En la evaluación de la función tiroidea el 56,9% no presentaba patología y el 36,7% presentaba hipotiroidismo. El porcentaje de los pacientes que presentaron nódulo tiroideo fue 34,1%. El porcentaje de los pacientes que presentaban nódulo tiroideo fue mayor en los pacientes que presentaban síndrome metabólico y fue estadísticamente positivo $p = 0,001$. Se encontró asociación entre la existencia de nódulo tiroideo e insulinoresistencia y fue estadísticamente positivo $p = < 0,001$.

Conclusiones

El estudio reveló que el Síndrome Metabólico y la insulinoresistencia, tiene repercusión sobre la glándula tiroidea, tanto a nivel morfológico como funcional. EL efecto insulínico, estimularía la proliferación celular tiroidea produciendo nódulos tiroideos en estos pacientes. Las asociaciones encontradas demuestran el riesgo que ocasiona la obesidad y el sobrepeso como factor desencadenante de esta fisiopatología, por lo que se tiene que promover la prevención de la misma, poner énfasis en su control y tratamiento oportuno. También recomendamos el control con el examen físico y la ultrasonografía tiroidea a los pacientes que cumplan con estas características.

Bypass Gástrico en Ancianos: ¿es la edad un factor determinante de nuestros resultados?



Autores: Matías Turchi; Felipe Fiolo; Lucas Lopez

Especialidad: Cirugía

Lugar de trabajo: Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

Resumen: Introducción:

Mientras los pacientes envejecen y la prevalencia de obesidad aumenta en todo el mundo, la literatura sobre el impacto de la edad en los resultados después del bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux (LRYGB) es escasa. El equilibrio entre los riesgos quirúrgicos del LRYGB y los beneficios clínicos no está claro.

Objetivos:

Evaluar el impacto de la edad en las tasas de complicaciones postoperatorias, cambio de peso y remisión de comorbilidades para pacientes que se sometieron a LRYGB en un centro de alto volumen de cirugía bariátrica.

Métodos:

Se realizó un análisis retrospectivo de 582 pacientes que se sometieron a LRYGB. La cohorte se dividió en tres grupos según la edad: jóvenes (18-39 años), de mediana edad (40-59 años) y ancianos (>60 años). Las complicaciones postoperatorias, la pérdida de peso y las tasas de remisión de las comorbilidades (hipertensión, diabetes mellitus y dislipidemia) se analizaron de forma descriptiva para los grupos de edad. Se realizaron análisis de regresión logística lineal para evaluar el impacto potencial de la edad en el porcentaje de pérdida de exceso de peso (% EWL). Se realizaron análisis de regresión logística binaria multivariable para evaluar si la edad se asoció independientemente con el riesgo de complicaciones postoperatorias y la probabilidad de remisión de las comorbilidades.

Resultados:

Los pacientes con hipertensión eran más propensos a desarrollar complicaciones postoperatorias (OR 2.435, IC 95%: 1.241-4.777). Ningún otro factor se asoció con el riesgo de complicaciones postoperatorias. La edad avanzada se asoció significativamente con un menor %EWL en un seguimiento postoperatorio de 6 meses ($\beta = -0.116$, $P = 0.018$), 12 meses ($\beta = -0.227$, $P = <0.001$), 36 meses ($\beta = -0.219$, $P = 0.001$) y 60 meses ($\beta = -0.201$, $P = 0.028$). Sin embargo, en pacientes mayores de 60 años en el momento de la cirugía, se logró un %EWL de aproximadamente 60%. No se encontró que la edad estuviera asociada con la probabilidad o no de resolución de comorbilidad después de LRYGB. La remisión de la hipertensión fue menos probable en pacientes con coexistencia de diabetes mellitus (OR 0.334, IC 95%: 0.136-0.821) y una mayor duración del seguimiento postoperatorio (OR 0.982, IC 95%: 0.966-0.998).

Conclusiones

Aunque los pacientes de edad avanzada pierden significativamente menos peso, aún se benefician de la cirugía bariátrica. La edad no es un predictor independiente de complicaciones postoperatorias o la probabilidad de resolución de la comorbilidad. Por lo tanto, la edad sola no debería ser una contraindicación absoluta para el LRYGB.

Cirugía de conversión de técnicas restrictivas a bypass gástrico en Y de Roux. nuestra experiencia



Autores: Muriel, María Emilia; García, Manuel; Martínez Lascano, Fernando; Foscarini, José María; Esquivel, Carlos

Especialidad: Cirugía

Lugar de trabajo: Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina

Resumen: Introducción:

La gastrectomía en manga laparoscópica (MGL) y la banda gástrica (BGA) son cirugías bariátricas restrictivas, la BGA ajustable actualmente está en desuso en nuestro país, por el contrario, la MGL es la cirugía que se realiza con mayor frecuencia a nivel mundial. A largo plazo presentan complicaciones como ser enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y reganancia de peso. El objetivo de este trabajo fue valorar los resultados obtenidos a corto y mediano plazo luego de la conversión de MGL y BGA a bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico.

Materiales y métodos:

Estudio retrospectivo de una base de datos prospectiva en donde se incluyeron todos los pacientes a los que se les realizó cirugía de conversión de manga gástrica y banda gástrica a Bypass gástrico en Y de Roux desde 2010 a 2018 en Sanatorio Allende. Se analizaron las siguientes variables: evolución de peso, indicaciones de conversión, presencia de ERGE, esofagitis, evolución de comorbilidades (hipertensión, diabetes, dislipemia, SAOS).

Resultados:

La muestra total fue de 28 pacientes, 8 hombres (28,57%) y 20 mujeres (71,42%). La edad promedio fue de 32 años. Se analizaron 22 pacientes con Mangas gástricas (78,57%) y 6 con Bandas gástricas (21,42%). Se realizó cirugía de conversión en 12 pacientes por ERGE (42,85%), 3 casos por reganancia de peso (10,71%) y 13 casos por ERGE y reganancia (46,42%). El intervalo de tiempo promedio total hasta la cirugía de conversión fue de 52 meses. El tiempo de seguimiento promedio fue de 24 meses. El promedio EPP% a dos años post By pass gástrico fue de 84,6%. La remisión de ERGE luego de la cirugía de conversión fue del 100%. La remisión de las comorbilidades fue del 100% en insulinoresistencia, 66,66% en diabetes, 12,5% de hipertensión, 100% de hipercolesterolemia. Ningún paciente presentó síndrome de apnea del sueño previo a la cirugía de conversión.

Conclusiones

La cirugía de conversión laparoscópica de manga y banda gástrica a bypass gástrico en Y de Roux es segura y factible, aunque demanda de mayor experiencia en cirugía bariátrica y debería ser realizada en centros de alto volumen. A corto y mediano plazo parece ser eficaz en el tratamiento de la ERGE, la pérdida de peso y la remisión de las comorbilidades asociadas a la obesidad.

Descomplejización perioperatoria bariátrica – DPB con ERAS

Autores: Angles Luciano; Abud Camilo; Gonzalez Ignacio; Vignola Fabio; Salandri Nicolas

Especialidad: Cirugía

Lugar de trabajo: CCBP Centro Cirugía Bariátrica Pergamino- Clinica Pergamino SA, Buenos Aires, Argentina

Resumen: Introducción:

El protocolo ERAS o recuperación acelerada post quirúrgica es un conjunto de estrategias multimodales que tienen como objetivo disminuir los tiempos de internación, costos, complicaciones y dolor postoperatorio. Desde Junio de 2019, nuestro equipo multidisciplinario comenzó un entrenamiento para adherirse a las medidas del protocolo, cumplimentando así los 24 elementos del programa, creando una encuesta para medir los resultados. El trabajo se denominó descomplejización perioperatoria bariátrica, con el objetivo de disminuir al mínimo la agresión al paciente evitando el stress quirúrgico con pautas pre, intra y postoperatorias.

Objetivos:

Evaluar resultados obtenidos a un grupo de pacientes operados de cirugía bariátrica aplicando el protocolo ERAS.

Diseño:

Descriptivo prospectivo

Métodos:

Población de 100 pacientes sometidos a cirugía bariátrica entre Junio de 2019 y Enero de 2020. Confección de una encuesta para medir resultados ajustándose a ERAS. Consideración de variables demográficas, tiempo quirúrgico, dolor postoperatorio, estadía hospitalaria, entre otras. Cuantificación del dolor mediante escala visual analógica y verbal numérica. Los resultados se presentan mediante frecuencias, porcentajes o desvío estándar (DE) según corresponda.

Resultados:

Características demográficas: 81% mujeres, edad promedio 42.56 años (DE 10.74), talla promedio 163.45 m (DE 9.64), peso promedio 117.15 kg (DE 20.79), IMC promedio 43.86 (DE 7.18). Procedimientos: bypass gástrico 90%, gastrectomías verticales 7%, conversiones 2% y BAGUA 1 %. Tiempo quirúrgico promedio 78.4 min. (DE 23.28). Al 88% no se les colocó drenaje. Sin ser estadísticamente significativo (74% vs 64%), se observó una tendencia satisfactoria en pacientes acompañados por su psicólogo a la cirugía. El 94% no refirió dolor al despertar. En cuanto a los rescates de morfina el 58% no los requirió en las primeras 4 hs postoperatorias y durante la estadía hospitalaria el 34.34% solo recibió uno de 2 mg y el 39.39% ninguno. La escala visual numérica arrojó valores por debajo de 4 y la visual analógica por debajo de 40 en todas las mediciones. El 94% caminó antes de las 2 hs del postoperatorio. La estadía mínima fue de 18 hs y la máxima de 48 hs; el 75% fueron dados de alta antes de las 24 hs. Complicaciones quirúrgicas postoperatorias 2 %.

Conclusiones

La adherencia a un protocolo ha permitido que trabajemos en forma conjunta con un claro compromiso de todo el equipo. Con esta metodología se lograron muy buenos resultados en cuanto a la media del dolor postoperatorio, la estancia hospitalaria y el bajo índice de complicaciones obtenidas.

El uso de liraglutide mejora la preparación prequirúrgica de los pacientes que realizan tratamiento multidisciplinario de cirugía bariátrica

Autores: Tomas Jakob; Lucas Travieso; Carina Urdinola; Constanza Machain Barzi; Marta Dal Bo

Especialidad: Cirugía

Lugar de trabajo: IADT - Centro Medico Pilaes, Buenos Aires, Argentina

Resumen: Introducción:

El Tratamiento Multidisciplinario de Cirugía Bariátrica (TMCB) es el "gold standard" para la obesidad. Los resultados dependen de la preparación preoperatoria, la técnica quirúrgica y la adherencia de los pacientes en el postoperatorio, tanto a mediano como a largo plazo. Existe evidencia que recomienda el descenso previo a la cirugía de al menos el 5% del peso inicial. A veces no se alcanza dicho objetivo y la cirugía tiene que ser postergada o suspendida, implicando consecuencias negativas para pacientes, médicos y sistemas de salud. Algunos pacientes presentan mayor dificultad o resistencia al descenso de peso, lo cual puede deberse a causas metabólicas, limitación en la movilidad, farmacológicas, hormonales, de autoestima, emocionales o conductuales. Liraglutide 6mg/ml (SaxendaR) ha demostrado ser una droga efectiva para el descenso de peso.

Objetivos:

Evaluar la seguridad y efectividad del uso de liraglutide en la preparación prequirúrgica de pacientes con dificultad para el descenso de peso preoperatorio (PDDP).

Diseño:

Descriptivo, prospectivo, multicéntrico.

Materiales y Métodos:

Doce PDDP fueron medicados con liraglutide en la preparación prequirúrgica por un período de al menos 4 semanas. La dosis utilizada se ajustó a las indicaciones del estudio SCALE. Criterio exigido %PP previo a la cirugía: 8% IMC<40 y 10% IMC>40. Se indicó liraglutide cuando el paciente no cumplía con el 50% del descenso previo exigido 4 semanas antes en pacientes con IMC<45 y 6 semanas con IMC>45.

Resultados:

IMC inicial promedio 43,6(34,6-56,5). Siete hombres (58,3%); 4 pacientes (33,3%) con DMT2, de los cuales 2 (16,7%) presentaban 8 semanas previo a la cirugía niveles de HgA1c >9%. Doce pacientes (100%) lograron cumplir con objetivo %PP previo a la cirugía. Promedio %PP 10,5. Doce pacientes (100%) lograron llegar a la cirugía con niveles de HgA1c <8%. Efectos adversos: 1 caso reportó náuseas y 1 caso hipoglucemia. Las náuseas desaparecieron disminuyendo la dosis. La hipoglucemia ocurrió durante el día 5 de dieta líquida en un paciente con DMT2 el cual se resolvió suspendiendo 2 de los 3 hipoglucemiantes orales.

Conclusiones

La evidencia generada sugiere que el uso de liraglutide en la preparación prequirúrgica de pacientes en TMCB es seguro y eficiente. Contribuye a lograr las metas de descenso de peso y de HgA1c recomendados por las guías de cirugía bariátrica segura. Se necesitan estudios de mayor tamaño muestral y nivel de evidencia para poder obtener mejores conclusiones en cuanto a la indicación y resultados.

Inteligencia artificial mejora los resultados a mediano y largo plazo en el tratamiento multidisciplinario de Cirugía Bariátrica



Autores: Tomas Jakob; Sebastian Brito; Nicolas Taussig; Leonel Valentini; Mariana Prieto; Emilia García Vozzi; Viviana Maissonave; Lucia Rodriguez; Lucas Travieso

Especialidad: Cirugía

Lugar de trabajo: IADT - IPHOIDEAS, CABA -Argentina

Resumen: Introducción:

El abandono del tratamiento (Loss-of-Follow-Up“LOF”) es un problema mundial que padecen todos los equipos que realizan Tratamientos Multidisciplinarios de Cirugía Bariátrica(TMCB). Los resultados del tratamiento dependen de la preparación preoperatoria, la técnica quirúrgica y la adherencia de los pacientes en el postoperatorio, tanto a mediano como a largo plazo. La medicina en general, a través de la tecnología (TECH-MED), está experimentando una vertiginosa transformación en la forma en que se relacionan los pacientes y los médicos. La inteligencia artificial aplicada junto a la tecnología de las comunicaciones y potenciada por sistemas de “machine-learning” son herramientas muy prometedoras para optimizar los resultados de los tratamientos médicos, en especial aquellos para las enfermedades crónicas. Este fenómeno transformacional debe ser aprovechado por nuestra sociedad.

Objetivos:

Evaluar la efectividad del Asistente Médico Virtual Amanda-CareR en la adherencia y optimización de los resultados del TMCB.

Diseño:

Descriptivo, prospectivo, multicéntrico.

Materiales y Métodos:

Cincuenta y seis pacientes fueron contactados por AmandaR ejecutando el protocolo “Seguimiento de Bariátrica” de Amanda-CareR. Previo consentimiento, se cargaron nombre, peso inicial, fecha de cirugía y número de celular, resguardando los datos y garantizando la confidencialidad. La información fue estructurada en 10 preguntas incluyendo: peso actual, consumo de vitaminas y proteínas, niveles de hidratación y actividad física y

satisfacción de calidad de vida. También se programaron alarmas de recordatorio si el paciente necesitaba un turno o una receta. Amanda-CareR se encuentra hosteado en Google Cloud ServicesR. Main Code: Javascript. Soporte de conversación y machine learning montado sobre DialogFlowR. Interfase de usuario: WhatsappR. Gateway: TwilioR.

Resultados:

Cuarenta y seis pacientes (82,14%) interactuaron con AmandaR. El 95,7% (44 pacientes) respondieron correctamente todas las preguntas. Seis pacientes (10,7%) no recibieron el mensaje de WhatsApp y 4 (7,14%) leyeron el mensaje, pero no respondieron. Cinco pacientes (8,9%) que habían abandonado el tratamiento en los 14 meses previos fueron recuperados y retomaron el mismo. Todos los pacientes que respondieron a AmandaR dieron un feedback positivo.

Conclusiones

La evidencia generada sugiere que la asistencia médica virtual utilizando inteligencia artificial y machine learning contribuyen a aumentar la adherencia y mejorar los resultados de los TMCB. Es una tecnología económica, accesible, escalable y compatible con bases de datos médicas. Garantiza la privacidad, confidencialidad y protección de datos personales. AmandaR logró recuperar pacientes que habían abandonado el tratamiento y disminuir el índice LOF.

La Cirugía Bariátrica ambulatoria es factible y segura

Autores: Tomás C. Jakob; Lucas Travieso; Lic. Carina Urdinola; Lic. Constanza Machain Barzi; Lic. Marta Dal Bo

Especialidad: Cirugía

Lugar de trabajo: Bariátrica Online, Sanatorio Las Lomas, Buenos Aires, Argentina

Resumen: Introducción:

Gracias a los avances tecnológicos y al entrenamiento médico, los procedimientos mínimamente-invasivos y la disminución de los tiempos de internación se han ido consolidando. Los beneficios son el menor trauma y estrés para los pacientes, pérdida mínima de productividad, reducción de costos y menor riesgo de infecciones. La discusión científica radica en la viabilidad de la cirugía bariátrica ambulatoria.

Objetivos:

Evaluar factibilidad y seguridad de la cirugía bariátrica ambulatoria.

Diseño:

Prospectivo y descriptivo.

Materiales y Métodos:

Setenta y nueve Gastrectomías Tubulares (LSG) y 18 Bypass Gástrico de Una Anastomosis (OAGB) primarios fueron realizados entre octubre de 2018 y abril de 2021. El protocolo ambulatorio fue voluntariamente elegido por los pacientes y seguido por cirujanos, anestesiólogos y enfermeras. Los pacientes fueron entrenados durante la preparación multidisciplinaria preoperatoria. Abordaje laparoscópico. Deambulación 1-2 h después del procedimiento. Hidratación oral 4 h después de la operación. Los pacientes tenían acceso directo al celular de los cirujanos. Tiempo de internación medido desde la admisión hasta el alta. Tiempo quirúrgico de trócar a trócar. Criterios de alta: Tolerancia a líquidos, deambulación estable, dolor manejable vía oral.

Resultados:

OAGB: Edad media: 38,5 años (29-46); IMC medio: 49,1kg/m²(34,6-62,5); El 55,6% hombres. Ocho (44,4%) diabéticos. Tiempo operatorio medio: 73,6 minutos (52-114). Dieciséis (88,9%) pacientes fueron dados de alta en las primeras 12hs. Dos (11,1%) pacientes requirieron una estancia de 24h por dolor. Reingresos: 1 paciente en el día 12 postoperatorio (por 48 horas) presentando dolor epigástrico y taquicardia, tratamiento médico; 1 paciente por COVID-19 36hs POP, sin complicaciones.

LSG: Edad media: 40,8 años (17-72); IMC medio: 39,8kg/m²(31,6-53,9); El 74,7% mujeres. Dieciocho (22,8%) diabéticos. Tiempo operatorio medio: 38 minutos (29-70). Setenta y seis pacientes (96,2%) fueron dados de alta en las primeras 12h. Tres (3,8%) pacientes requirieron una estancia de 20 h, 1 por intolerancia a la dieta líquida y 2 por dolor. Sin readmisiones. Ningún paciente requirió un segundo procedimiento. 94,8% de los pacientes fueron dados de alta en las primeras 12h y el 5,2% en las primeras 24h.

Conclusiones

La evidencia generada sugiere que la cirugía bariátrica ambulatoria es factible y segura tanto para LSG como para OAGB. La capacitación de pacientes y personal es imprescindible, al igual que la comunicación con los cirujanos. Se necesitan series más grandes para obtener conclusiones más poderosas y universalizables.

Manejo del dolor postoperatorio en Cirugía Bariátrica: infusión continua de lidocaína asociado a infiltración intraperitoneal con bupivacaína vs bloqueo TAP

Autores: Muriel María Emilia; Zanatta Scattolini Julieta; García Manuel; Martínez Lascano Fernando; Esquivel Carlos Martín

Especialidad: Cirugía

Lugar de trabajo: Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina

Resumen: Introducción:

El adecuado control del dolor reduce la morbilidad, mejora los resultados quirúrgicos y disminuye los costos hospitalarios. Con la aparición de los protocolos de recuperación mejorada postoperatorios ha cambiado profundamente el enfoque de la atención perioperatoria en los procedimientos quirúrgicos mayores. Sin embargo, la literatura sobre la implementación de estos protocolos en cirugía bariátrica es aún escasa y el manejo del dolor postoperatorio es uno de los aspectos no bien definidos. El objetivo de este trabajo es comparar eficacia de infiltración intraperitoneal con bupivacaína asociada a infusión continua con lidocaína vs bloqueo del plano transverso de la pared abdominal en el postquirúrgico inmediato de cirugía bariátrica.

Materiales y Métodos:

Estudio analítico, prospectivo, aleatorizado realizado en el período comprendido entre mayo a septiembre de 2021. Dos grupos: (A) bloqueo TAP o (B) infusión continua de lidocaína e infiltración intraperitoneal con bupivacaína.

Resultados:

Se incluyeron un total de 50 pacientes (25/25). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a las variables demográficas, excepto en la variable SAHOS siendo mayor en el grupo B ($p=0.0475$). El puntaje de dolor promedio del Grupo B fue menor que para el Grupo A, al despertar y en casi todas las horas posteriores en la recuperación, salvo para las 24 horas siendo la comparación entre los grupos estadísticamente significativa (<0.001). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a náuseas, vómitos, uso de analgesia de rescate, movilización precoz y tiempo quirúrgico.

Conclusiones

La infusión continua de lidocaína intravenosa asociada a la infiltración intraperitoneal a nivel de los trócares podría ser una buena opción para la reducción del dolor postquirúrgico de cirugía bariátrica.

Cambios en la composición corporal en pacientes sometidos a cirugía

Autores: Gómez Juliana; Cases Jorgelina; Reynoso Clarisa; Antar Natalia; Curriá Marina

Especialidad: Clínico-Nutricional

Lugar de trabajo: Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina

Resumen: Introducción:

El objetivo del descenso de peso en pacientes con obesidad es la pérdida de masa grasa (MG), sin embargo, también se pierde una proporción de masa magra (MM) que contribuye a la tasa metabólica. El músculo esquelético (ME) es un componente importante de la MM y el mejor predictor de la tasa metabólica basal (TMB). Los resultados de la cirugía bariátrica (CB) en los cambios de composición corporal y TMB son controvertidos. La disminución de la TMB puede predisponer a reganancia de peso postquirúrgica. La bioimpedancia (BIA) es una técnica útil para medir la composición corporal.

Objetivos:

Evaluar los cambios en la composición corporal luego de CB.

Materiales y Métodos:

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se recabaron datos antropométricos y análisis de composición corporal previos a la CB y 12 a 24 meses luego de la misma. Se realizaron bypass gástrico (BPG) y gastrectomía vertical en manga (GVM)

Resultados:

Se incluyeron 20 pacientes, 16 femeninos (80%), 46,90±9.6 años. GVM en 12 pacientes (60%) y BPG en 8 (40%). Se muestran datos pre y postcirugía 12 a 24 meses respectivamente: MG (kg) 60,70±12,39 y 27,03±8,87(p<0,0001); ME (KG) 35,42±5,73 y 29,70±6,85(p<0,0001); MG (%)49,14±4,57 y 33,05±8,39(p<0,0001); TMB 1727,15±272,31 y 1537,252,68(p<0,0001); Relación Cintura/cadera 1,03±0,03 y 0,93±0,05(p<0,0001). La pérdida para ME, MG y TMB fue similar en BPG y GVM (p>0,05).

Conclusiones

La pérdida ponderal luego de la CB puede influir negativamente en la composición corporal. La disminución de ME se puede asociar a disminución en la TMB y predisponer a la recuperación de peso impactando en el resultado de la CB. En nuestro estudio la pérdida de ME fue significativa sin exceder el 22%, como muestran otros estudios. No se encontraron diferencias entre ambas técnicas quirúrgicas. En nuestro estudio la disminución de la TMB es proporcional a la disminución de ME ya que la fórmula que se utilizó para el cálculo de TMB implica la ME, pero otros autores que utilizaron otros métodos de medición para TBM han obtenido alta correlación entre estos parámetros, aunque estudios longitudinales no lo han confirmado. Las intervenciones nutricionales y la indicación de actividad física temprana podrían ser un recurso valioso para prevenir la pérdida de ME en pacientes sometidos a CB

Hipovitaminosis D en pacientes Bariátricos del Instituto ICONO de San Miguel de Tucumán

Autores: Lobo, L; Moisa Carrera, G; Reartes Carreño, A; Ruiz, L; Saab, M; Villarreal Galvez, M.

Especialidad: Clínico-Nutricional

Lugar de trabajo: Instituto ICONO , San Miguel de Tucumán, Argentina

Resumen: Introducción:

La obesidad está asociada con bajas concentraciones de vitamina D independiente de la raza y del sexo. En estudios observacionales se encontró relación inversamente proporcional entre vitamina D e IMC. Este déficit puede ser causado por: ingesta inadecuada, biodisponibilidad disminuida por secuestro en el tejido adiposo, y escasa exposición solar. La prevalencia de la deficiencia de vitamina D post cirugía bariátrica es alta, va del 7% al 60%. En estudios realizados dos años después de BGYR, se observó correlación significativa positiva entre peso perdido y Vitamina D. Esto también podría ser explicado por la suplementación vitamínica poscirugía.

Objetivo:

Determinar la prevalencia de hipovitaminosis D en la población estudiada, previo al BGYR. Conocer el nivel de vitamina D de los pacientes a los 6 meses de la cirugía, con suplementación oral de vit D. Relacionar el nivel de vit D pos BGYR con el descenso de peso logrado.

Diseño:

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

Materiales y Métodos:

Se recolectaron datos de historias clínicas de pacientes operados durante los años 2020-2021. Fueron registrados en una ficha de recolección de datos y posteriormente volcados a una hoja de cálculo Excel para su posterior análisis estadístico, realizado con el paquete estadístico EPI INFO 7.2.

Resultados:

Se estudiaron 110 pacientes en protocolo de cirugía bariátrica de los cuales el 77,3% correspondieron al sexo femenino, y el 64.5% eran mayores de 40 años. Los pacientes que presentaron obesidad mórbida precirugía fueron el 63,64%. El 50% presentó deficiencia de vitamina D, el 40,9% insuficiencia y el 9,09 % valores normales. A los 6 meses post BGYR se observó mejoría en los valores de vitamina D en 70.91% y descenso del IMC en el 91.82% de los pacientes. Se encontró asociación significativa entre la pérdida de peso y la normalización de los valores de vitamina D post cirugía, con $p < 0.0001$ con un intervalo de confianza del 95%.

Conclusiones

Se encontró alta prevalencia de déficit de vitamina D en pacientes con obesidad mórbida en plan de BGYR, mejorando sus valores luego del tratamiento quirúrgico y su correcta suplementación. Consideramos que sigue siendo la mejor estrategia en el seguimiento de estos pacientes el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado pre y post quirúrgico sostenido en el tiempo.

Impacto de la pandemia por SARS-COV-2 sobre el comportamiento alimentario y su peso en el paciente Bariátrico de CCBP

Autores: Marisol Tocci; Ana Laura Bulgarelli; Valeria Mayo; Eliana Rossi; Ma Jose Pastore

Especialidad: Clínico-Nutricional

Lugar de trabajo: Centro de Cirugía Bariátrica Pergamino, Buenos Aires, Argentina

Resumen: Introducción:

La pandemia ha causado cambios en el estilo de vida inimaginables. El confinamiento prolongado podría alterar los patrones alimentarios, ejercicio, descanso, estados emocionales que propiciarían variaciones en el peso.

Objetivo:

Analizar cambios en la alimentación y conducta alimentaria, movimiento físico, hambre emocional y descanso de los pacientes bariátricos, su relación con el peso, el seguimiento profesional e identificar las variables de mayor incidencia en tiempo de mayor confinamiento.

Diseño:

Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo.

Materiales y Métodos:

Pacientes no operados y operados atendidos por el equipo contactados telefónicamente.

Herramientas:

Encuesta de tipo autoadministrada con preguntas cerradas, opciones de respuestas múltiples y abiertas. El análisis descriptivo se realizó a través de tablas de frecuencias y gráficos de sectores/barras. Para las variables cuantitativas el gráfico de histograma. Para la comparación de variables, el test de hipótesis ($\alpha=0.10$).

Resultados:

Se analizaron los cambios de hábitos y variaciones en el peso de 111 operados y 51 no operado de ambos sexos entre 18 y 70 años. El 80 % refirió cambios en su alimentación. El 55% la calificó como poco saludable. El 60 % de los operados y un 32% no operados cocinó más comida casera. Alimentos más consumidos: harinas refinadas: 51%, carnes: 50%; vegetales C: 15% operados /40% no operados; vegetales: 31 % y frutas frescas: 37%.

El 47% comió más cantidad y un 40% incrementó el picoteo. Hambre emocional: aburrimiento 54%, angustia 44% e incertidumbre 31 %. El 30% abandonó su rutina de ejercicio. El 42% no realizó actividad física. El 40% refiere haber descansado peor. El 72 % de los operados que aumentaron no tuvieron seguimiento, el 61 % de los que mantuvieron o bajaron continuaron seguimiento virtual. El 66% de los no operados que bajaron de peso mantuvieron seguimiento., el 53% de los que subieron algo de peso mantuvieron el tratamiento. Media de variación de IMC inicio de pandemia y máximo de pandemia: 1,9

Conclusiones

El confinamiento generó cambios en la alimentación, movimiento físico, emociones y descanso con un impacto estadísticamente poco significativo en la variación del peso encontrando correlación favorable con el seguimiento del equipo.

Trastornos de salud mental en pacientes con obesidad mórbida postbariátricos en un centro de atención especializado de Tucumán

Autores: Alejandra Caram; Clara Mabel Alonso; Maria Silvia Guerrero; Emilia Igarza

Especialidad: Salud Mental

Lugar de trabajo: Centro Provincial de Trastornos Alimentarios, Tucumán, Argentina

Resumen: Introducción:

Los criterios de éxito terapéutico en el tratamiento de la obesidad mórbida no deben contemplar sólo la reducción de peso como producto final, sino también el proceso continuo de incorporación de hábitos y conductas que mejorarán la calidad de vida. Lograr conciencia de enfermedad y abordar los trastornos mentales, evita recaídas, tan frecuentes en este proceso.

Objetivo general:

Determinar la frecuencia de trastornos de salud mental asociados a obesidad mórbida en pacientes post bariátricos del CEPTA.

Objetivo específico:

- Describir los trastornos de salud mental, y su relación con edad, sexo.
- Describir trastornos más frecuentes de acuerdo al IMC

Tipo de estudio:

Descriptivo, observacional, de corte transversal.

Materiales y Métodos:

Se realizó el análisis de datos de historia clínica de pacientes con diagnóstico de obesidad mórbida, mayores de 18 años en seguimiento en Cepta desde el año 2018 al 2021, que fueron sometidos a cirugía bariátrica. Se realizó el análisis descriptivo de las variables en estudio. Todos los datos recogidos se incluyeron en una planilla de Excel y se realizó un análisis estadístico utilizando el programa STATA 11.1.

Resultados:

Se evaluaron 37 pacientes, 29 de sexo femenino y 8 masculino. El 49% corresponde al grupo etáreo de 20 a 40 años, y el 51% entre 40 y 60 años.

Ansiedad y depresión fueron los trastornos encontrados con mayor frecuencia (18.9% y 13.5%), en su mayoría de sexo femenino (88%), sin embargo, casi la mitad de los pacientes no presentan diagnóstico de trastorno mentales, por lo que la relación entre los mismos y los pacientes postbariátricos no es estadísticamente significativa.

En relación a la edad, el 61% de los pacientes entre 20 y 40 años presentan algún trastorno mental, y el 47% del grupo entre 41 y 60 años.

No se encontró relación significativa entre el IMC inicial y los trastornos mentales severos.

Conclusiones

En esta pequeña muestra no podemos observar relación estadísticamente significativa entre los trastornos mentales y los pacientes con obesidad mórbida operados, pero consideramos que es importante su pesquisa y abordaje, sobre todo en las mujeres. Apoyamos las intervenciones multidisciplinarias en los pacientes con obesidad para lograr mejores resultados a largo plazo.

Instrucciones a los autores

La Revista Latinoamericana de Cirugía Bariátrica, Metabólica y Especialidades Afines es la publicación científica oficial de los países miembros del Capítulo Latinoamericano y del Caribe de la Federación Mundial de Cirugía de la Obesidad (IFSO). Se edita con una frecuencia cuatrimestral en los períodos de cada año, enero-abril, mayo-agosto y septiembre-diciembre, la convocatoria es permanente es decir se pueden enviar artículos todo el año. La Revista publica artículos puntuales relacionados al tratamiento multidisciplinario de la obesidad y sus enfermedades asociadas (quirúrgico, clínico-nutricional y psicológico); artículos originales, ¿cómo lo hago yo?, artículos de revisión, comunicación breve, reporte de caso, serie de casos, cartas al editor y videos originales.

Los trabajos enviados deberán ser originales y no podrán publicarse total ni parcialmente en otra revista. Los mismos podrán ser enviados a revista@sacobariatrica.org serán evaluados por la Dirección y Comité Editorial de la revista de forma preliminar para determinar si cumple con los objetivos, la política editorial y las normas de presentación, seguido de un proceso de revisión por pares con un sistema de arbitraje doble ciego. Los artículos podrán ser: ACEPTADOS para su publicación, RECHAZADOS, o bien si requieren modificaciones solicitadas por los revisores los autores podrán decidir si siguen con el proceso para su aprobación o retiran el trabajo. El proceso de evaluación tiene una duración de hasta 2 meses.

Trabajo Original

Son artículos de investigación clínica o básica originales. Podrán tener hasta 3000 palabras. En su estructura deberán tener:

1- Portada:

- a) Título en español e inglés.
- b) Nombre y apellido de cada autor, categorías académicas de cada uno, cargos institucionales de cada uno.
- c) Departamento e Institución/es donde fue realizado el trabajo.
- d) Nombre completo, dirección, teléfono, e-mail del autor responsable. e) Fecha de envío.

2- Resumen:

De hasta 250 palabras en español e inglés, deberá contener: objetivo del estudio o investigación, procedimientos básicos, principales descubrimientos, conclusiones. Palabras clave: 3 a 5 palabras en español e inglés

3- Texto propiamente dicho:

- a- Introducción: debe contener el objetivo y una síntesis de los resultados y conclusiones.
- b- Material y método: describir criterios para selección de los sujetos del estudio, los métodos, técnicas y procedimientos con detalle suficiente que permita reproducir los resultados. Identificar en forma precisa las técnicas y drogas que se hubiesen utilizado. Deberá explicitarse la metodología estadística.
- c- Resultados: deberán seguir una secuencia lógica. Las tablas y gráficos deberán contener su título

correspondiente, especificar significancia estadística. NO deberán repetir en el texto la información que contienen las tablas o gráficos. Las mediciones hematológicas y químicas deberán seguir el SISTEMA INTERNACIONAL DE UNIDADES. Sólo usar abreviaturas estándar con el término completo precediendo la misma.

d- Discusión/Conclusiones: destacar aspectos de interés o novedosos, no repetir resultados.

4- Bibliografía/Referencias:

Numeradas en forma consecutiva, siguiendo el orden en el que aparecen en el texto. Se deben consignar según formato Vancouver.

5- Figuras, tablas e ilustraciones:

a- Figuras: hasta un máximo de 6 deberán enviarse en hoja por separado, escritas a doble espacio, numeradas en forma consecutiva según aparecen en el texto. Debe contener un título por cada figura.

b- Tablas: deberán enviarse en hoja por separado, escritas a doble espacio, numeradas en forma consecutiva según aparecen en el texto. Debe contener un título por cada tabla. Debe contener un breve material explicativo

c- Ilustraciones: fotografías profesionales, nítidas, a 300 dpi, pegadas en Word y enviadas en formato JPG, TIFF o EPS.

6- Declaración de conflictos de interés si los hubiera y consentimiento de Ética.

¿Cómo lo Hago? Innovación Tecnología o Técnica Quirúrgica

Artículo que describe una técnica quirúrgica determinada o una innovación (tecnológica o quirúrgica). Podrán tener hasta 1500 palabras (sin contar resumen). En su estructura deberán tener:

1- Portada:

- Título en español e inglés.
- Nombre y apellido de cada autor, categorías académicas de cada uno, cargos institucionales de cada uno.
- Departamento e Institución/es donde fue realizado el trabajo.
- Nombre completo, dirección, teléfono, e-mail del autor responsable.
- Fecha de envío.

2- Resumen:

De hasta 150 palabras en español e inglés, deberá contener: objetivo del estudio o investigación, procedimientos básicos, principales descubrimientos, conclusiones. Palabras clave: 3 a 5 palabras en español e inglés

3- Introducción:

Debe contener el objetivo y una síntesis de los resultados y conclusiones.

4- Material y método:

Describir criterios para selección de los sujetos del estudio, los métodos, técnicas y procedimientos con detalle suficiente que permita reproducir los resultados.

5- Resultados:

Deberán seguir una secuencia lógica. Las tablas y gráficos deberán contener su título correspondiente, especificar significancia estadística. NO deberán repetir en el texto la información que contienen las tablas o gráficos. Las mediciones hematológicas y químicas deberán seguir el SISTEMA INTERNACIONAL DE UNIDADES. Sólo usar abreviaturas estándar con el término completo precediendo la misma.

6- Discusión, conclusiones:

Destacar aspectos de interés o novedosos, no repetir resultados.

7- Bibliografía:

Numeradas en forma consecutiva, siguiendo el orden en el que aparecen en el texto. Se deben consignar según formato Vancouver.

8- Figuras, tablas e ilustraciones:

- Figuras: hasta un máximo de 6, deberán enviarse en hoja por separado, escritas a doble espacio, numeradas en forma consecutiva según aparecen en el texto. Debe contener un título por cada figura.
- Tablas: deberán enviarse en hoja por separado, escritas a doble espacio, numeradas en forma consecutiva según aparecen en el texto. Debe contener un título por cada tabla. Debe contener un breve material explicativo
- Ilustraciones: fotografías profesionales, nítidas, a 300 dpi, pegadas en Word y enviadas en formato JPG, TIFF o EPS.

9- Declaración de conflictos de interés si los hubiera y consentimiento de Comité de Ética.

Artículos de Revisión

Estos artículos consisten en una revisión de la literatura acerca de un tópico de interés. Podrán ser solicitados por el Comité Editorial a un autor destacado. Podrán tener hasta 3000 palabras. En su estructura deberán tener:

1- Portada:

- Título en español e inglés.
- Nombre y apellido de cada autor, categorías académicas de cada uno, cargos institucionales de cada uno.
- Departamento e Institución/es donde fue realizado el trabajo.
- Nombre completo, dirección, teléfono, e-mail del autor responsable.
- Fecha de envío.

2- Resumen:

De hasta 250 palabras en español e inglés, deberá contener: objetivo del estudio o investigación, procedimientos básicos, principales descubrimientos, conclusiones. Palabras clave: 3 a 5 palabras en español e inglés

3- Texto propiamente dicho:

- Introducción: debe contener el objetivo y una síntesis de los resultados y conclusiones.

b- Material y método: describir criterios para selección de los sujetos del estudio, los métodos, técnicas y procedimientos con detalle suficiente que permita reproducir los resultados. Identificar en forma precisa las técnicas y drogas que se hubiesen utilizado. Deberá explicitarse la metodología estadística.

c- Resultados: deberán seguir una secuencia lógica. Las tablas y gráficos deberán contener su título correspondiente, especificar significancia estadística. NO deberán repetir en el texto la información que contienen las tablas o gráficos. Las mediciones hematológicas y químicas deberán seguir el SISTEMA INTERNACIONAL DE UNIDADES. Sólo usar abreviaturas estándar con el término completo precediendo la misma.

d- Discusión/Conclusiones: destacar aspectos de interés o novedosos, no repetir resultados.

4- Bibliografía/Referencias:

Numeradas en forma consecutiva, siguiendo el orden en el que aparecen en el texto. Se deben consignar según formato Vancouver.

5- Figuras, tablas e ilustraciones:

a- Figuras: hasta un máximo de 6, deberán enviarse en hoja por separado, escritas a doble espacio, numeradas en forma consecutiva según aparecen en el texto. Debe contener un título por cada figura.

b- Tablas: deberán enviarse en hoja por separado, escritas a doble espacio, numeradas en forma consecutiva según aparecen en el texto. Debe contener un título por cada tabla. Debe contener un breve material explicativo

c- Ilustraciones: fotografías profesionales, nítidas, a 300 dpi, pegadas en Word y enviadas en formato JPG, TIFF o EPS.

6- Declaración de conflictos de interés si los hubiera y consentimiento de Ética.

Comunicación Breve / Reporte de Caso / Serie de Casos

Estos artículos consisten en una corta comunicación de una serie de casos o de un caso de sumo interés para la comunidad científica por su originalidad o rareza. Podrán tener un máximo de 1500 palabras. En su estructura deberán tener:

1- Portada:

a) Título en español e inglés.

b) Nombre y apellido de cada autor, categorías académicas de cada uno, cargos institucionales de cada uno. (Máximo 4 autores).

c) Departamento e Institución/es donde fue realizado el trabajo.

d) Nombre completo, dirección, teléfono, e-mail del autor responsable. e) Fecha de envío.

2- Resumen:

De hasta 150 palabras en español e inglés, deberá contener: objetivo del estudio o investigación, procedimientos básicos, principales descubrimientos, conclusiones. Palabras clave: 3 a 5 palabras en español e inglés

3- Texto propiamente dicho:

a- Introducción: debe contener el objetivo y una síntesis de los resultados y conclusiones.

b- Material y método: describir criterios para selección de los sujetos del estudio, los métodos, técnicas y procedimientos con detalle suficiente que permita reproducir los resultados. Identificar en forma precisa las técnicas y drogas que se hubiesen utilizado. Deberá explicitarse la metodología estadística.

c- Resultados: deberán seguir una secuencia lógica. Las tablas y gráficos deberán contener su título correspondiente, especificar significancia estadística. NO deberán repetir en el texto la información que contienen las tablas o gráficos. Las mediciones hematológicas y químicas deberán seguir el SISTEMA INTERNACIONAL DE UNIDADES. Sólo usar abreviaturas estándar con el término completo precediendo la misma.

d- Discusión/Conclusiones: destacar aspectos de interés o novedosos, no repetir resultados.

4- Bibliografía/Referencias:

Número máximo de 10 referencias bibliográficas. Numeradas en forma consecutiva, siguiendo el orden en el que aparecen en el texto. Se deben consignar según formato Vancouver.

5- Figuras, tablas e ilustraciones (hasta un máximo de 3):

a- Figuras: hasta un máximo de 4 deberán enviarse en hoja por separado, escritas a doble espacio, numeradas en forma consecutiva según aparecen en el texto. Debe contener un título por cada figura.

b- Tablas: deberán enviarse en hoja por separado, escritas a doble espacio, numeradas en forma consecutiva según

aparecen en el texto. Debe contener un título por cada tabla. Debe contener un breve material explicativo

c- Ilustraciones: fotografías profesionales, nítidas, a 300 dpi, pegadas en Word y enviadas en formato JPG, TIFF o EPS.

6- Declaración de conflictos de interés si los hubiera y consentimiento de Ética.

Cartas al Editor

Consisten en un breve reporte u opinión acerca de un artículo publicado en la revista. Podrán tener hasta 600 palabras. En su estructura deberán tener:

- a. Título.
- b. Formato variable.
- c. Bibliografía limitada a 5 referencias.
- d. Figuras hasta un máximo de 2.

Imagen seleccionada destacada

En cada número de la revista se podrá publicar una imagen seleccionada por el Comité Editorial. La misma será seleccionada por su rareza, relevancia y originalidad. Se permitirá un máximo de 200 palabras para su explicación y tres autores.

Características de la imagen: 300 dpi, pegadas en Word y enviadas en formato JPG, TIFF o EPS a consideración de la editorial.

Responsabilidades Éticas de los Autores

Las siguientes guías éticas deberán ser tenidas en cuenta por los autores antes de enviar un artículo para publicación en nuestra revista:

- 1) El manuscrito es original y solo será enviado a nuestra revista para su posible publicación.
- 2) El manuscrito no ha sido previamente publicado (total o parcialmente), a no ser que el nuevo sea la expansión de uno previo.
- 3) Ningún dato o resultado debe ser manipulado para soportar las conclusiones de los autores.
- 4) Ninguna figura o dato que no sea propio de los autores será remitido como si lo fuera.
- 5) Todos los autores deberán haber contribuido realmente en la investigación.

Lista de chequeo para enviar un artículo:

1. Título completo.
2. Autores con sus respectivas afiliaciones, cargos y número de ORCID.
3. Autor para correspondencia con su email completo.
4. Agradecimientos.
5. Texto manuscrito.
6. Resumen en castellano y en inglés (no aplica para cartas al editor).
7. Referencias en formato PubMed.
8. Declaración de conflictos de interés.
9. Tablas.
10. Leyendas de figuras si las hubiera.
11. Figuras se envían fuera del texto y no deben contener material que permita identificar un paciente.

Formato de texto:

- Letra Arial tamaño 11
- Doble espaciado
- Negrita o itálica para enfatizar información

Proceso editorial:

Los trabajos enviados a la Revista serán recibidos por la secretaría, quien luego de una revisión inicial que certifique que el proceso de sumisión es completo, lo enviará para su evaluación inicial por parte del Comité Editorial. Este tendrá la decisión, inapelable, de considerar o no el trabajo para su publicación.

En caso afirmativo, el trabajo en cuestión se enviará a una revisión anónima y ciega de pares (mínimo dos), quienes podrán sugerir cambios y emitir un dictamen acerca del mismo, dentro de un plazo máximo de 2 (dos) semanas. La revisión de pares podrá dictaminar:

- Necesidad de cambios menores
- Necesidad de cambios mayores
- Aceptación sin cambios
- Rechazo

El Comité Editorial informará al o los autores el resultado de la revisión de pares, con los cambios sugeridos para su publicación, si los hubiera. El o los autores deberán confirmar la recepción de esta información, comprometiéndose a realizar las modificaciones dentro de un plazo máximo de 5 (CINCO) semanas.

La revisión luego de los cambios será supervisada por el Comité Editorial, que tendrá la decisión final sobre el destino del trabajo en la Revista. El autor debe consignar que cede los derechos del trabajo a la Revista.



REVISTA LATINOAMERICANA DE

CIRUGÍA BARIÁTRICA

METABÓLICA Y CIENCIAS AFINES