

Implicación de la patología psiquiátrica premórbida en la evolución postquirúrgica de pacientes con obesidad mórbida

García Blanco S¹, García Lacort M^{AJ1}, Goday Arno A², Ramon Moros JM³, Villatoro Moreno M², Trillo Urrutia L⁴, Ros Montalbán S¹
¹Servicio de Psiquiatría. ²Servicio de Endocrinología. ³Servicio de Cirugía. ⁴Servicio de Anestesia. Hospital del Mar. IMAS. Barcelona

Introducción

La cirugía bariátrica es la técnica de elección para el tratamiento a medio y a largo plazo de la obesidad mórbida. La importante pérdida de peso se asocia a una mejora de la comorbilidad médica (cardiopatía, HTA, DM) y de la clínica psicopatológica, que habitualmente se observa en el paciente obeso (menor autoestima, insatisfacción corporal y de la calidad de vida).

La mayor parte de los estudios describen la presencia de patología psiquiátrica en el paciente obeso destacando dos grupos: trastornos de la conducta alimentaria (bulimia, trastorno por atracón y conductas anómalas) y trastornos afectivos (depresión y ansiedad). Existen muy pocos estudios sobre la implicación de estos factores en la evolución postoperatoria.

Objetivo

Valorar la implicación de la patología psiquiátrica en el paciente con obesidad mórbida, en el seguimiento evolutivo de 1 y 2 años tras la intervención de cirugía bariátrica.

Material y método

Estudio longitudinal, de dos años de evolución. 40 pacientes han seguido un protocolo: entrevista psiquiátrica y tests psicométricos (EDI, BITE, MADRS, HARS, Test de Plutchik, SF-36). Tras la IQ se ha mantenido control de peso a los 3, 6, 9, 12 y 24 meses.

Resultados

Se han intervenido 40 pacientes (39 mujeres/1 hombre) con una media de edad de 46,30±7,30. Presentan un IMC inicial de 45±5,26, y un IMC previo a la IQ de 42,84±4,18. Todos los pacientes han sido explorados a partir de una entrevista psiquiátrica y psicométrica previa a la IQ.

Variables psicométricas

Test	Media	DE
EDI Impulso a la delgadez	7,24	4,18
Sintomatología bulímica	0,55	1,24
Insatisfacción corporal	16,13	7,14
Autoestima	3,06	5,91
Conciencia interoceptiva	3,65	3,16
BITE síntomas	7,17	5,75
MADRS	4,55	4,55
HARS	6,06	5,75
SF36 Función física	55	24,6
Rol físico	53,27	40,07
Dolor corporal	48,17	30,1
Salud General	56,82	24,74
Vitalidad	47,62	20,8
Función social	77,15	29,46
Rol emocional	73,51	41,23
Salud Mental	61,13	22

En la muestra intervenida destaca la presencia de insatisfacción corporal y baja autoestima que no se da en toda la muestra. Existen algunos comportamientos compulsivos hacia la comida sin ser significativos. No se evidencia sintomatología depresiva aunque sí ansiosa leve. Respecto a la calidad de vida no existen parámetros alterados.

Clínica

Grupo	Atracón	Impulsividad	Depresión	Ansiedad	Bulimia	Adaptativo
No	60,6	20	86,7	86,7	100	82,8
Sí	39,4	80	13,3	13,3	0	17,2

En el momento de la exploración se observa leve presencia de trastornos depresivos y adaptativos y tendencia importante a presentar conductas impulsivas alimentarias y en menor proporción episodios de atracón.

Variable clínica		↓ IMC pre IQ	1 año	2 años
Depresión	0	-2,29 (2,21)*	-15,65 (3,80)	-15,82 (4,62)
	1	0,14 (0,51)*	-13,73 (1,36)	-12,73 (3,38)
Impulsividad alimentaria	0	-3,42 (3,06)	-19,37 (5,68)*	-24,03 (0,83)*
	1	-1,41 (1,76)	-14,89 (3,71)*	-14,21 (3,40)*
T por Atracón	0	-2,44 (2,38)	-16,98 (4,08)*	-16,51 (4,87)
	1	-1,35 (2,01)	-14,08 (2,96)*	-13,40 (3,32)

*p<0,05

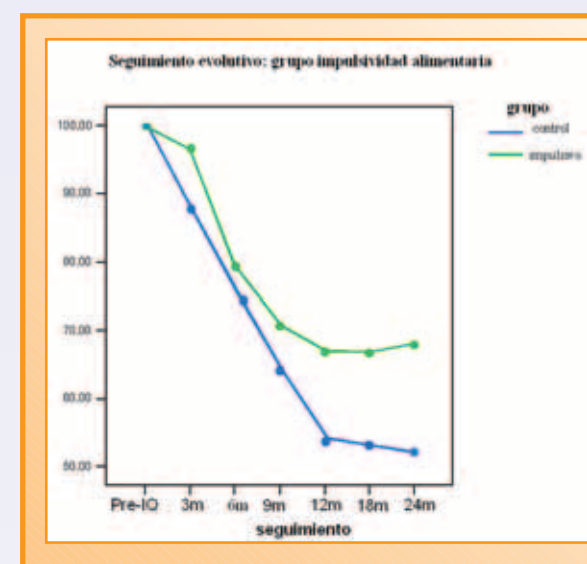
Conclusiones

- Los pacientes con trastorno depresivo previo a la IQ disminuyen menor IMC que el grupo de pacientes con trastorno alimentario, ello podría justificarse por la expectativa de intervención inminente del primer grupo, y la normalización de hábitos alimentarios en el segundo, al introducirse una pauta nutricional adecuada.
- Tras la IQ, el grupo depresivo sigue una evolución lineal y paralela al grupo sin depresión, con una menor pérdida a partir del segundo año; mientras que el grupo impulsivo se objetiva una pérdida del IMC durante el primer año significativamente inferior al grupo no impulsivo, que se detiene en el segundo año.
- Se objetiva una correlación entre aquellos pacientes que obtienen puntuaciones mayores en la MADRS y mayor afectación en la calidad de vida por trastorno mental y la menor pérdida porcentual al año y a los dos años.
- El estudio realizado apoya la hipótesis que la evolución de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica con antecedentes psiquiátricos es diferente a aquellos pacientes sin trastornos mentales previos. Es necesario incrementar la población de estudio y el tiempo de seguimiento para determinar el perfil de evolución de cada uno de los subgrupos estudiados.

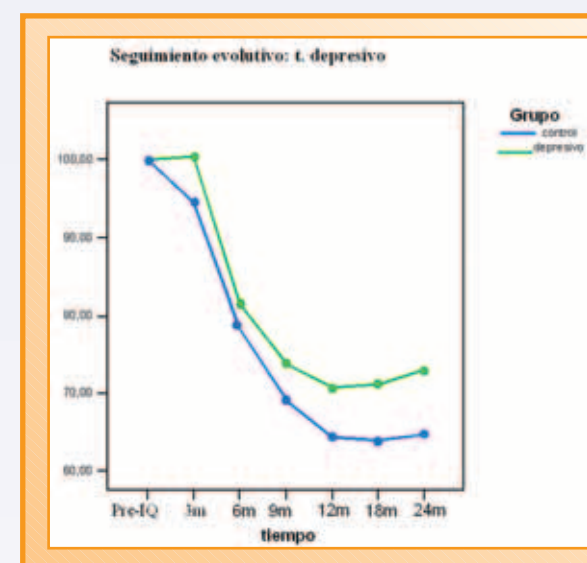
La tendencia general apunta hacia un descenso importante del IMC durante el primer año, siendo más débil a partir del segundo. Se obtienen diferencias significativas en el grupo de conductas impulsivas hacia la comida, pacientes con trastorno depresivo y trastorno por atracón previo a la IQ.

Los pacientes con impulsividad alimentaria tienden a bajar un porcentaje de IMC previo a IQ mayor que los pacientes con antecedentes depresivos y trastorno por atracón. Al año y dos años de seguimiento se intuye una estabilización del grupo alimentario mientras que el grupo depresivo sigue bajando el IMC de forma leve.

Si analizamos por grupos:



Se observa una disminución menor del IMC en el grupo impulsivo respecto al grupo no impulsivo. A partir del año se intuye una cierta estabilización del IMC mientras que los no impulsivos siguen disminuyendo.



El grupo con antecedentes depresivos disminuyen menor porcentaje de IMC previo a la IQ que es estadísticamente significativa. La pérdida porcentual del IMC es paralela al grupo no depresivo perdiéndose la significación al año de seguimiento.

Correlación variables psicométricas y seguimiento evolutivo del IMC

	Descenso IMC	IMC 12 meses	IMC 24 meses
MADRS	0,402*	0,456*	0,528*
EDI-autoestima	0,462*	0,582*	0,565**
SF-36 salud mental	-0,327	-0,454*	-0,512*

* p<0,05

** p<0,01

A mayor puntuación en la escala MADRS i en la subescala IBA del EDI (indicativas de mayor sintomatología depresiva y baja autoestima respectivamente) menor descenso de IMC. A menor puntuación en la subescala de salud mental del SF-36 menor pérdida porcentual del IMC.

Bibliografía

- Wadden TA, Sarver DB, Fabricatore AN, Jones L, Stack R, Williams NS. "Psychosocial and behavioral status of patients undergoing bariatric surgery: to expect before and after surgery". Med Clin North Am. 2007 May; 91(3):451-69, xi-xii
- Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcolas AP, Pilkonis PA, Ringham RM, Soulakova JN, Weissfeld LA, Rofey DL. "Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status". Am J Psychiatry 2007 Feb; 164(2):328-34 quiz 374
- Kinzl JF, Schrattecker M, Traweger C, Mattesich M, Fiala M, Biebl W. "Psychosocial predictors of weight loss after bariatric surgery". Obes Surg. 2006 Dec;16(12):1609-14
- Hrabosky JI, Masheb RM, White MA, Rothschild BS, Burke-Martindale CH, Grilo CM. A prospective study of body dissatisfaction and concerns in extremely obese gastric bypass patients: 6-and 12 month postoperative outcomes". Obes Surg 2006 Dec;16(12):1615-21