

Factores asociados al éxito en la pérdida de peso en pacientes con cirugía bariátrica en un hospital público de la provincia de Buenos Aires (2020-2023)

Factors associated with successful weight loss among patients undergoing bariatric surgery in a public hospital in the province of Buenos Aires (2020-2023)

Au

Ailen Astiz 1
Micaela Belén Acosta 1
Camila Babino Puppato 1
Valeria Soledad Bianculli 1
Carolina Noemí Insfran Domínguez 1
Karen Johana Mikuskiewicz 1
Viviana Verónica Vitteli 1

Licenciada en Nutrición
Licenciada en Nutrición
Licenciada en Nutrición
Licenciada en Nutrición
Licenciada en Nutrición
Licenciada en Nutrición
Licenciada en Nutrición

1 Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Alberto Eurnekian" de Ezeiza, Argentina

karenmikuskiewicz@gmail.com

Rs

RESUMEN

Introducción: La obesidad (OB) es un problema de salud pública de origen multifactorial. La cirugía bariátrica (CB) es la estrategia de tratamiento más eficaz para la OB mórbida y sus comorbilidades. Sin embargo, algunos pacientes no logran un resultado exitoso, con evidencia contradictoria respecto a los factores influyentes. Se considera éxito a un porcentaje de exceso de peso perdido mayor al 50%. **Objetivos:** Identificar la proporción de pacientes operados de CB en el Hospital Eurnekian de Ezeiza, que alcanzaron un resultado exitoso y los posibles factores influyentes. **Métodos de estudio:** Se realizó un estudio observacional, analítico, ambispectivo, de corte longitudinal y descriptivo con una muestra de 38 pacientes adultos que realizaron CB entre 2020 y 2023, con un tiempo mayor a la cirugía de 18 meses. Se estudiaron variables sociodemográficas, conductuales, quirúrgicas y factores motivacionales autopercebidos por los pacientes. **Resultados:** El 71% de los pacientes alcanzaron el éxito. Un alto porcentaje de la muestra se encontraba desocupada, con inseguridad alimentaria o sin cobertura de salud. Sin embargo, esto no fue determinante para el éxito. Un factor significativo para el éxito fue vivir en un hogar con 2 o más integrantes. Con respecto a los factores motivacionales autopercebidos por los pacientes, se mencionaron el acompañamiento familiar/profesional y el seguimiento por el equipo de salud. Asimismo, los pacientes que tuvieron éxito realizaron, en promedio, mayor cantidad de controles pre y pos operatorios. En relación con el tipo de cirugía, los pacientes con Bypass Gástrico en Y de Roux, tuvieron mayor tasa de éxito que la gastrectomía vertical en manga. Respecto a los hábitos conductuales no se observó que hayan influido significativamente en el resultado. **Discusión:** Los factores sociodemográficos no influyeron en el éxito de la CB, aún en un contexto de vulnerabilidad social. En cambio, el acompañamiento familiar, social y la adherencia al seguimiento por el equipo de salud, se asociaron con mejores resultados. Asimismo, se discute la pertinencia de utilizar el Porcentaje de Exceso de Peso Perdido (%EPP) como único criterio de éxito, señalando la necesidad de incorporar indicadores nutricionales y de composición corporal. **Conclusiones:** Conocer las características de la población asistida y abordar integralmente los factores clínicos y sociales, permitiría orientar intervenciones oportunas que favorezcan resultados sostenidos a largo plazo. Los hallazgos invitan a reflexionar sobre las limitaciones del %EPP como único indicador de éxito quirúrgico.

Palabras clave: Cirugía Bariátrica; Inseguridad Alimentaria; Salud Pública; Obesidad; Pérdida de Peso; Conducta Alimentaria; Factores Económicos

Ab

ABSTRACT

Introduction: Obesity (OB) is a multifactorial public health problem. Bariatric surgery (BS) is the most effective treatment strategy for morbid OB and its associated comorbidities. However, some patients fail to achieve successful outcomes, and evidence regarding the factors influencing successful outcomes remains inconsistent. Surgical success is defined as excess weight loss (%EWL) greater than 50%. **Objectives:** To identify the proportion of patients who achieved a successful weight loss after BS at Hospital Eurnekian de Ezeiza and to determine the potential influencing factors. **Methods:** An observational, analytical, ambispective, longitudinal, and descriptive study was conducted with a sample of 38 adult patients who underwent BS between 2020 and 2023, with a postoperative follow-up period exceeding 18 months. Sociodemographic, behavioral, and surgical variables were examined, along with patient-perceived motivational factors. **Results:** Seventy-one percent of patients achieved a successful outcome. A high proportion of the sample was unemployed, experienced food insecurity, or lacked health insurance coverage; however, these factors were not predictive of surgical success. Living in a household with two or more members was identified as a significant predictor of success. Among the patient-perceived motivational factors, family and professional support, as well as follow-up by the healthcare team, were most frequently reported. Furthermore, patients who achieved successful outcomes attended, on average, a higher number of pre- and postoperative consultations. Regarding the type of procedure, patients who underwent Roux-en-Y Gastric Bypass showed a higher success rate than those who received sleeve gastrectomy. Behavioral habits were not found to significantly influence surgical outcomes. **Discussion:** Sociodemographic factors did not influence surgical success, even in a context of social vulnerability. In contrast, family and social support, as well as adherence to follow-up provided by the healthcare team, were associated with better outcomes. Additionally, the appropriateness of using Percentage of Excess Weight Loss (%EWL) as the sole criterion for surgical success is discussed, highlighting the need to incorporate nutritional and body composition indicators as complementary measures of outcome. **Conclusions:** Understanding the characteristics of the patient population and comprehensively addressing clinical and social factors would allow for timely interventions that promote sustained long-term outcomes. The findings highlight the limitations of %EWL as the sole indicator of surgical success and support the need for a more integral and multidimensional approach to the evaluation of bariatric surgery results.

Keywords: Bariatric Surgery; Food Insecurity; Public Health; Obesity; Weight Loss; Feeding Behavior; Economic Factors

In

INTRODUCCIÓN

La obesidad (OB) es una enfermedad crónica que se define por una acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, afectando alrededor del 16% de la población adulta mundial (1). En Argentina, la prevalencia en adultos es del 33,9% (2). Es considerada un problema de salud pública, debido a que se asocia con una serie de enfermedades no transmisibles como hipertensión (HTA), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), dislipidemia y trastornos respiratorios, entre otros (2). A su vez, es considerada una patología de origen multifactorial, vinculada a variables socioeconómicas, demográficas, psicosociales, variantes genéticas y a un entorno obesogénico (3). Este último, se relaciona con factores estructurales que limitan la disponibilidad de alimentos saludables a precios asequibles a nivel local; la posibilidad de realizar cierta actividad física y la implementación efectiva de políticas públicas, que regulen dichos entornos (1). Por otro lado, el acceso limitado o incierto a alimentos adecuados (inseguridad alimentaria) que padecen las familias de bajos recursos, conlleva a mayores tasas de OB en adultos (3).

Aunque la terapia conservadora con dieta, ejercicio y algunos fármacos es ampliamente utilizada, la evidencia señala que, en las personas con OB mórbida e índice de masa corporal (IMC) > 40 kg/m², estos métodos rara vez obtienen resultados satisfactorios en un porcentaje aceptable de pacientes. En estos casos, la cirugía bariátrica (CB) es el único tratamiento con el que se han obtenido resultados halagadores en el manejo de la OB mórbida, no solo en cuanto a reducción de peso, sino también en el manejo de las distintas comorbilidades (4-5).

A pesar de la marcada pérdida de peso que se produce después de una CB, algunos pacientes no logran una pérdida de peso exitosa o experimentan una recuperación de peso a largo plazo (6). No hay consenso sobre la mejor manera de reportar el éxito en CB. En la literatura, el Porcentaje de Exceso de Peso Perdido (%EPP) es una de las medidas de resultado que se utiliza con más frecuencia (7). En el presente trabajo, se utilizó el %EPP >50% entre 1 y 2 años después de la CB, como criterio de éxito (6).

De acuerdo al Consenso Argentino Intersociedades de Cirugía Bariátrica y Metabólica, las técnicas quirúrgicas¹ se clasifican en tres grupos (8):

1) Solo modificación gástrica:

- a. Gastrectomía vertical en manga (GVM)
- b. Banda gástrica ajustable (BGA)

2) Modificación gástrica e intestinal de una sola anastomosis:

- a. Mini gastric bypass (BAGUA)
- b. SADI (Single Anastomosis Duodenal Interposition; interposición duodenal de anastomosis única)

3) Modificación gástrica e intestinal de dos anastomosis:

- a. By-pass gástrico en Y de Roux (BGRY)
- b. Derivación biliopancreática clásica o con switch duodenal (DBP/DBP-SD) (8).

Se considera como técnica quirúrgica ideal aquella que, entre otros factores, resulta exitosa en al menos el 75 % de los pacientes (9).

La derivación gástrica en Y de Roux, puede ofrecer tasas de éxito superiores al 70% relacionadas a la pérdida de peso y remisión de enfermedades asociadas, en comparación con otros procedimientos (10).

Diferentes factores se consideran influyentes en los resultados de la CB: anatómicos, quirúrgicos, hormonales, genéticos, psicológicos, demográficos, sociales, conductuales, adherencia a los controles/seguimiento a largo plazo, inactividad física y el apoyo social (11). Otros predictores que se asocian al %EPP son el IMC preoperatorio y el tipo de cirugía, siendo el BGRY más eficaz en la pérdida de peso (PP) que la GVM (11).

El objetivo de este estudio es identificar la proporción de pacientes operados de CB en el Hospital Interzonal de Agudos "Dr. Alberto Eurnekian" de Ezeiza que alcanzaron un resultado exitoso y los posibles factores que influyeron en el mismo.

¹ GVM: consiste en la creación de un pouch gástrico mediante el uso de suturas mecánicas y resección del estómago remanente.

BGA: técnica de cirugía bariátrica que ha caído en desuso debido a la alta tasa de complicaciones. Consiste en la colocación de un dispositivo ajustable mediante la técnica de la "pars flácida", la cual consiste en labrar un túnel retrogástrico cargando el estómago por su cara posterior y deslizando la banda por detrás del estómago para encastrarla y trabarla.

BAGUA: técnica que se basa en la confección de un pouch gástrico a expensas de la curvatura menor y la realización de una gastroyeyunoanastomosis laterolateral en continuidad antecólica tipo Billroth II.

SADI: consiste en la confección de una GVM realizando luego una única anastomosis entre el duodeno y el íleon, quedando un canal común de 200 a 250 cm de longitud.

BGRY: consiste en la creación de un pouch gástrico no mayor de 60 cc de capacidad separado del resto del estómago (estómago remanente), que queda sin tránsito. Posteriormente, se secciona el yeyuno y el asa eferente (asa alimentaria, se asciende para la anastomosis gastroyeyunal con el pouch gástrico. A continuación se realiza la anastomosis de esta con el extremo del asa aferente -asa biliopancreática-). Desde esa unión hasta la válvula ileocecal se denomina asa común.

DBP: se efectúa la resección del estómago distal, quedando una capacidad gástrica de 300 cc, y se realiza una reconstrucción en Y de Roux larga (anastomosis ileo gástrica) quedando un intestino no absorbente de 3 metros con un canal común de 80 a 120 cm.

DBP-SD: técnica en la que queda un estómago en manga, un asa absorbente de 150 CM y un asa común de 100 cm.

Mts

METODOLOGÍA

Diseño y enfoque metodológico

Se trata de un estudio observacional, analítico, descriptivo, ambispectivo y de corte longitudinal (12).

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años que se realizaron CB en el Hospital Interzonal de Agudos “Dr. Alberto Eurnekian” durante el período marzo 2020 a agosto 2023.

Criterios de exclusión:

- Pacientes operados que continuaron realizando seguimiento en otras instituciones 37% (n = 38).
- Pacientes con CB de conversión que realizaron la cirugía primaria en otra institución 4% (n = 4).
- Pacientes que no respondieron la encuesta enviada por el equipo de Nutrición o no aceptaron el consentimiento informado 11% (n= 12).
- Pacientes que abandonaron el tratamiento 11% (n = 12).

Estrategia de muestreo

Se diseñó una muestra no probabilística por conveniencia². De un total de 104 cirugías realizadas durante el período estudiado, la muestra quedó conformada por 38 pacientes (37%).

Definición de variables

La mayoría de las variables indagadas en la encuesta fueron politómicas, con preguntas de opción múltiple o con casilla de verificación, a excepción de la descripción de los integrantes del hogar y los factores autopercebidos por los pacientes. En las preguntas que indagaron sobre dichas variables, el paciente podía expresarse en una respuesta abierta.

Factores conductuales y de estilo de vida

Dentro de los factores alimentarios, se tuvieron en cuenta variables como la cantidad de comidas realizadas en el día, si los pacientes tenían el hábito de “picotear” entre las mismas y si las elecciones de dichos alimentos fueron saludables o no.

Estrategia de recolección y análisis de datos

Para el relevamiento de datos, se utilizó una hoja de cálculo de Google Drive, de elaboración propia. Los datos, tanto clínicos como quirúrgicos, se recabaron de las Historias Clínicas en formato papel de cada uno de los pacientes atendidos en la institución. La información que responde a factores socioeconómicos, conductuales y estilo de vida del paciente, se relevó mediante una encuesta de Google Forms, de elaboración propia, que se envió a cada uno de ellos por vía telefónica. Previo a la realización de la misma, se solicitó consentimiento informado para utilizar los datos de las historias clínicas y personales.

Para evaluar inseguridad alimentaria, se utilizó la encuesta de la FIES, la cual consta de ocho preguntas breves, que refieren a las experiencias y comportamientos relacionados con dificultades para acceder a los alimentos debido a recursos limitados (13).

Análisis y estadística

Para el análisis estadístico, se utilizó el programa MedCalc, aplicando la prueba exacta de Fisher³. La misma se realizó sobre las variables sexo, tipo de hogar según cantidad de integrantes, inseguridad alimentaria, tipo de cirugía y hábitos conductuales.

Consideraciones éticas

La investigación realizada presenta “bajo riesgo”, debido a su naturaleza observacional. Asimismo, se trata de un estudio retrospectivo, utilizando datos ya registrados. Para el análisis de variables socioeconómicas y conductuales del paciente se utilizó un cuestionario de elaboración propia, previa aceptación del consentimiento informado.

Las investigadoras se comprometieron a mantener la confidencialidad de los datos personales de los adultos entrevistados, omitiendo los datos que pudiesen identificar a las personas al consolidar los resultados para el análisis estadístico, ya que dichos datos fueron “anonimizados”, respondiendo a la Ley 25.326 de Protección de Datos Personales.

² Técnica de selección muestral en la que las personas se incluyen según su accesibilidad y disponibilidad, sin que sea de forma aleatoria ni probabilidad conocida de inclusión.

³ Test estadístico que evalúa si existe una asociación significativa entre dos variables categóricas, generalmente en tablas de contingencia de 2x2. Se utiliza principalmente para muestras pequeñas cuando las frecuencias esperadas son demasiado bajas para aplicar el test de Chi-cuadrado.

Rs

RESULTADOS

La muestra se conformó por 38 pacientes, de los cuales el 71 % (n = 27) fueron mujeres. La edad media fue de 50,5 años \pm 8.3 y el IMC preoperatorio medio de 48,8 \pm 9.

El 60,5% (n = 23) fueron sometidos a GVM, el 31,6% (n = 12) a BGYR y el 7,9% (n = 3) fueron conversiones de GVM a BGYR.

Del total de pacientes, el 71% (n = 27) presentaron el éxito de la CB.

Factores socio-demográficos

En relación con el sexo biológico, el 70% (n = 19) de las mujeres alcanzaron el éxito, mientras que los hombres lo hicieron en una proporción similar 72,7% (n = 8) (p = 1).

En cuanto a la condición laboral, presentaron éxito el 87,5% (n = 7) de los pacientes con empleo en blanco, el

20% (n = 1) de los monotributistas y 75% (n = 6) de los desempleados.

El 42,1% (n = 16) de la muestra total no contó con cobertura de salud, de los cuales el 87,5% (n = 14) presentó éxito. De aquellos que contaban con prepaga u obra social (incluida PAMI) alcanzaron el éxito de la cirugía un 68,1% (n = 15). (p = 0,7).

Se observó que el 63,1% (n = 24) de los pacientes presentaron algún grado de inseguridad alimentaria (IA), de los cuales el 75% (n = 18) tuvieron éxito en el resultado de la cirugía. Del total de pacientes sin IA, el 64,2% (n = 9) obtuvo éxito (p = 0,7).

Por último, se observó que aquellos que conformaban un hogar multipersonal (dos o más integrantes) obtuvieron un 80% (n = 24) de resultado exitoso (p = 0.03), mientras que los hogares unipersonales alcanzaron el 37,5% (n = 3) de éxito. Los datos sociodemográficos de la muestra se resumen en la Tabla N° 1.

Tabla N° 1. Características sociodemográficas de la muestra

Variable	Categorías	N	ÉXITO	NO ÉXITO
Total de pacientes		38		
FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES				
Sexo	Femenino	27 (71%)	19 (70%)	8 (30%)
	Masculino	11 (29%)	8 (73%)	3 (27%)
Condición laboral	Desempleado	8 (21%)	6 (75%)	2 (25%)
	Empleado en blanco	8 (21%)	7 (88%)	1 (12%)
	Monotributista	5 (13%)	1 (20%)	4 (80%)
	Informal	9 (24%)	7 (78%)	2 (22%)
	Jubilado/pensionado	8 (21%)	6 (75%)	2 (25%)

Cobertura de salud	Obra social (incluye PAMI)	19 (50%)	13 (68%)	6 (32%)
	Prepaga	3 (8%)	2 (67%)	1 (33%)
	No tiene obra social, prepaga ni plan estatal de salud	16 (42%)	12 (75%)	4 (25%)
	Programas o planes estatales de salud	0	0 (0%)	0 (0%)
Plan social	Sí	4 (11%)	3 (75%)	1 (25%)
	No	34 (89%)	24 (71%)	10 (29%)
Vivienda	Propia	26 (69%)	17 (65%)	9 (35%)
	Prestada	5 (13%)	5 (100%)	0 (0%)
	Alquilada	7 (18%)	5 (71%)	2 (29%)
Integrantes del hogar	Vive acompañado/a	30 (79%)	24 (80%)	6 (20%)
	Solo/a	8 (21%)	3 (38%)	5 (62%)
Energía del hogar	Gas natural	27 (71%)	20 (74%)	7 (26%)
	Gas envasado	7 (18%)	5 (71%)	2 (29%)
	Electricidad	4 (11%)	2 (50%)	2 (50%)
Agua del hogar	Red pública (agua corriente)	26 (68%)	20 (77%)	6 (23%)
	Pozo	11 (29%)	7 (64%)	4 (36%)
	Ambas	1 (3%)	0 (0%)	1 (100%)
Inseguridad Alimentaria	Sin inseguridad alimentaria	14 (37%)	9 (64%)	5 (36%)
	Inseguridad alimentaria leve	4 (10%)	4 (100%)	0 (0%)
	Inseguridad alimentaria moderada	19 (50%)	13 (68%)	6 (32%)
	Inseguridad alimentaria severa	1 (3%)	1 (100%)	0 (0%)

Fuente: Elaboración propia.

Factores clínicos y quirúrgicos

Respecto al tipo de cirugía realizada, se observó éxito en el 60,8 % (n = 14) de los pacientes sometidos a SG, mientras que el porcentaje de éxito del BGYR fue del 91,63 % (n = 11) (p = 0,1). Con respecto al IMC prequirúrgico, mostraron un resultado exitoso el 72,7% (n = 16) de los pacientes con IMC kg/m² <50 y el 68,7% (n = 11) aquellos pacientes con un IMC kg/m² >50 (p = 1) (Ver Tabla N° 2). A su vez, se

asoció la cantidad de controles con el equipo multidisciplinario y el éxito de la cirugía. Los pacientes con éxito en la pérdida de peso realizaron un promedio de 7,2 ± 3,5 controles prequirúrgicos, mientras que los pacientes sin éxito realizaron en promedio 6,4 ± 3,6 controles. En cuanto a los controles posquirúrgicos, los pacientes con éxito realizaron un promedio de 10,1 ± 3,3 controles, mientras que los pacientes que no lo alcanzaron, realizaron en promedio 8,8 ± 2,9 control.

Tabla Nº 2. Factores clínicos y quirúrgicos de la muestra

Variable	Categorías	N	ÉXITO	NO ÉXITO
Tipo de CX	SG	23 (60%)	14 (61%)	9 (39%)
	BGYR	12 (32%)	11 (92%)	1 (8%)
	Conversión (SG a BGYR)	3 (8%)	2 (67%)	1 (33%)
IMC al inicio (preoperatorio)	IMC <50	22 (58%)	16 (73%)	6 (27%)
	IMC >50	16 (42%)	11 (69%)	5 (31%)

Fuente: Elaboración propia.

Factores conductuales y de estilo de vida

Se observó que el 73,6% (n = 28) de la población, realiza al menos cuatro comidas en el día, el 63,1% (n = 24) tiene el hábito de picotear y, dentro de ese grupo, solo el 28,9% (n = 11) elige alimentos saludables como lácteos, huevo,

frutos secos, frutas y verduras, etc. Además, se indagó sobre los hábitos conductuales de los pacientes al momento de comer, que se resumen en la Tabla Nº 3.

En cuanto al consumo de suplementos vitamínicos y minerales indicados, el 94,7% (n = 36) refiere consumirlos.

Tabla Nº 3. Características conductuales de la muestra

Variable	Categorías	N
Hábitos conductuales a la hora de comer	Comen apurado	11 (29%)
	Comen con distracciones (televisión, teléfono)	18 (47%)
	Comen parados	3 (8%)
	Comen realizando otras actividades	6 (16%)
Consumo de alcohol	No consumen	22 (58%)
	Consumen 1 vez por semana	4 (10%)
	Consumen 2-3 veces por semana	1 (3%)
	Consumen esporádicamente	11 (29%)
Hábito tabáquico	Fuman	10 (26%)

Fuente: Elaboración propia.

Al relacionar el hábito de “picoteo” con el éxito de la cirugía, se obtuvieron resultados similares entre los que picoteaban alimentos saludables 72,7% (n = 8) y poco saludables 69,2% (n = 9).

En lo que respecta a la actividad física, el 71% (n = 27) refirió realizar algún tipo de actividad de al menos una hora por semana. De éstos, el 74% (n = 20), alcanzaron el éxito de la cirugía, mientras que de los que no realizaban actividad física el éxito fue del 63,6% (n = 7) (p = 1). Los factores conductuales y de estilo de vida se resumen en la Tabla Nº 4.

Por último, se indagó sobre los factores autopercebidos por los pacientes, que influyeron positivamente en el cumplimiento del tratamiento y aquellos que obstaculizaron el mismo. Dentro de los factores motivacionales, se mencionaron principalmente el acompañamiento tanto del entorno familiar como de los profesionales y los talleres de alimentación saludable dictados por el equipo multidisciplinario en el hospital. En menor proporción, se mencionaron la voluntad y la preocupación por su salud.

Tabla 4. Factores conductuales y de estilo de vida

FACTORES CONDUCTUALES Y DE ESTILO DE VIDA				
Variable	Categorías	N	ÉXITO	NO ÉXITO
Cantidad de comidas que realiza	Al menos 4 comidas	28 (74%)	21 (75%)	7 (25%)
	Menos de 4 comidas	10 (26%)	6 (60%)	4 (40%)
Hábito de picoteo	Picotea saludable	11 (29%)	8 (73%)	3 (27%)
	Picotea no saludable	13 (34%)	9 (69%)	4 (31%)
	No picotea	14 (37%)	10 (71%)	4 (29%)
Hábitos conductuales saludables (comer sentado, despacio, sin realizar otras actividades, no consumo de alcohol, no consumo de tabaco)	Si	11 (29%)	9 (82%)	2 (18%)
	No	27 (71%)	18 (67%)	9 (33%)
Consumo de suplementos	Si	36 (95%)	26 (72%)	10 (28%)
	No	2 (5%)	1 (50%)	1 (50%)
Actividad física	Realizan actividad física (al menos 1 h por semana)	27 (71%)	20 (74%)	7 (26%)
	No realiza actividad física	11 (29%)	7 (64%)	4 (36%)
Factores motivacionales autopercebidos	Acompañamiento (del entorno, profesionales, etc.)	33 (87%)	24 (73%)	9 (27%)
	Talleres de alimentación saludable	14 (37%)	12 (86%)	2 (14%)
	Voluntad	3 (8%)	3 (100%)	0 (0%)
	Preocupación por su salud	1 (3%)	0 (0%)	1 (100%)
Factores obstaculizadores autopercebidos	Desorganización/ no adherencia al tratamiento, picoteo, elecciones alimentarias inadecuadas, falta de motivación	8 (21%)	5 (63%)	3 (37%)
	Problemas económicos/carga laboral, problemas laborales, condiciones personales	10 (26%)	5 (50%)	5 (50%)
	Falta de acompañamiento (familiar/profesional)	3 (8%)	2 (67%)	1 (33%)

Fuente: Elaboración propia.

Ds

DISCUSIÓN

Según el Consenso Argentino Intersociedades de Cirugía Bariátrica y Metabólica, son múltiples los factores que influyen en el éxito o la reganancia de peso después de la CB (8). En este trabajo, se propone analizar los distintos factores que pudieron influir en un resultado exitoso de la CB en pacientes operados en el Hospital Interzonal de Agudos "Dr. Alberto Eurnekian".

Con respecto a los factores sociodemográficos, se observó que, pese a estar frente a una población vulnerable, con altas tasas de desempleo, trabajo informal, sin cobertura de salud y/o con IA, el resultado de la cirugía no estaría influenciado por los mismos y no debería ser un factor a tener en cuenta para la elegibilidad de los pacientes candidatos, al igual que concluyeron Wilkerson et al. (14) en su estudio la eficacia de la CB. Sin embargo, resulta necesario replantear la forma en que se define el éxito quirúrgico. La mayoría de los estudios, incluyendo el presente trabajo, utilizan el %EPP como indicador principal de resultado. Esta definición reduce un proceso sumamente complejo a una única variable antropométrica, dejando de lado dimensiones igualmente relevantes como la composición corporal, el estado nutricional y la calidad de vida. En este sentido, Larrad et al. (15) señalan que los criterios de éxito a largo plazo en cirugía bariátrica deberían ser multidimensionales, incorporando no solo la pérdida de peso sino también indicadores metabólicos, funcionales y de bienestar general. Esta limitación adquiere especial relevancia en la población estudiada, donde el descenso de peso podría producirse en un contexto de IA, con riesgo de pérdida de masa muscular, déficit de micronutrientes y deterioro del estado nutricional global. En estos casos, un %EPP >50% podría interpretarse como resultado exitoso cuando podría estar enmascarando un estado de malnutrición.

Por otra parte, en relación con los factores clínicos y quirúrgicos, se observó una amplia diferencia en el éxito de la cirugía en aquellos pacientes a los que se le realizó BGYR, reflejado también en otros estudios donde el BGYR presenta mejores resultados ponderales en comparación con los resultados de la GVM (16). Si bien esta diferencia no alcanzó significancia estadística en el presente trabajo ($p = 0,1$), probablemente debido al tamaño muestral ($n = 38$), la tendencia observada es clínicamente relevante. Cabe mencionar también que los pacientes que tuvieron éxito en la cirugía realizaron, en promedio, mayor cantidad de controles pre y posoperatorios, resaltando la importancia del seguimiento por parte del equipo multidisciplinario a largo plazo. Lecaros et al. (16, p. 1511), mencionan que "la adherencia a los controles y el seguimiento profesional después de la cirugía resulta fundamental, por la psicoeducación que requiere cualquier paciente ante una intervención médica" y en su estudio también se menciona

la adherencia a los controles como un factor que influye en el éxito de la CB (17). Con lo que respecta al IMC (kg/m^2) preoperatorio menor a 50 y su asociación a mejores resultados post quirúrgicos, no presentó grandes diferencias con el grupo de pacientes con IMC (kg/m^2) preoperatorio mayor a 50, en coincidencia con lo reportado por otros autores (11).

Respecto a los factores conductuales y de estilo de vida, no se observó que el hecho de mantener hábitos considerados "poco saludables", como "picotear" alimentos hipercalóricos, consumir alcohol, fumar, hacer pocas comidas o no realizar actividad física, hayan influido significativamente en el éxito de la cirugía. Este hallazgo, aunque contraintuitivo, podría explicarse en parte por el efecto restrictivo propio de la cirugía, que durante el período de seguimiento evaluado actúa como un condicionante fisiológico de la ingesta independientemente de los hábitos del paciente.

Dentro de los factores motivacionales autopercebidos, el acompañamiento, tanto del entorno familiar como del equipo profesional, fue el más frecuentemente mencionado, y los pacientes que lo percibieron tuvieron mayor porcentaje de éxito. Este dato se correlaciona con el hallazgo sociodemográfico de que quienes viven en hogares multipersonales alcanzaron resultados significativamente superiores ($p = 0,03$). Según Lecaros et al. (17), los principales factores sociales asociados al éxito y/o fracaso en la baja y mantención del peso serían el apoyo familiar y del grupo de amigos, adherencia a los controles, seguimiento y acompañamiento profesional durante el período posoperatorio. En su estudio se menciona, en relación al apoyo social, la importancia del entorno cercano al paciente en reafirmar la decisión de haberse operado, especialmente en aquellos casos donde la persona experimenta malestares físicos o restricciones alimentarias que pueden generar dudas o sentimientos de arrepentimiento (17). En resumen, se concluye que el factor social más significativo para sostener la pérdida de peso a largo plazo es la presencia de una red de apoyo durante el período posterior a la cirugía, el cual implica una etapa de adaptación, recuperación y cambio personal. Esta idea coincide con lo señalado por Livhits et al. (18), quienes, a través de una revisión sistemática, concluyeron que existe una relación positiva entre la participación en grupos de apoyo y la pérdida de peso tras la CB (18).

Entre las limitaciones de este estudio, el tamaño muestral ($n = 38$) es la más relevante, lo cual pudo impedir que factores como el tipo de cirugía ($p = 0,1$) o la actividad física ($p = 1$) muestren significancia estadística, a pesar de las diferencias que se observan en los porcentajes. Por otro lado, algunas preguntas del cuestionario podrían haber

generado dificultades de comprensión en los participantes. En relación con los lineamientos para futuras intervenciones, se considera relevante profundizar en el desarrollo de una herramienta que permita valorar la cirugía de modo integral (resolución de comorbilidades, calidad de vida y descenso de peso). Por otro lado, resulta

necesario evaluar el estado nutricional a mediano y largo plazo de los pacientes operados, sobre todo los que se encuentran inmersos en un entorno de vulnerabilidad social y/o económica, garantizando de esta manera que el descenso de peso se acompañe de una alimentación adecuada en cantidad y calidad nutricional.

Cn

CONCLUSIONES

Los resultados de este trabajo sugieren que los factores sociodemográficos, incluso en un contexto de marcada vulnerabilidad social, no constituyen un determinante del éxito de la cirugía bariátrica, por lo que no deberían ser utilizados como criterio de exclusión en la selección de candidatos. En cambio, el acompañamiento familiar y social, junto con la adherencia al seguimiento por el equipo de salud, se mostraron como los factores más consistentes asociados a mejores resultados.

A su vez, los hallazgos invitan a repensar el modo en que se define el éxito quirúrgico. Reducir exclusivamente al %EPP implica ignorar aspectos centrales del estado de salud, como la composición corporal, el estado nutricional y la calidad de vida, dimensiones especialmente críticas en poblaciones en situación de vulnerabilidad. Avanzar hacia criterios de evaluación multidimensionales, que incluyan

marcadores nutricionales y de bienestar general, no solo permitirá una comprensión más real del impacto de la intervención, sino que contribuirá a garantizar que el descenso de peso se traduzca en una mejora genuina y sostenida de la salud de los pacientes.

Finalmente, se considera que es necesario conocer la población que asiste a la institución, para poder entender cuáles son los obstáculos, debilidades y fortalezas presentadas al momento de afrontar el tratamiento y así adecuar las intervenciones y diseñar estrategias que favorezcan el éxito a largo plazo.

Indagar y analizar integralmente los factores que pudieran influir en la recuperación del paciente, permitirá orientar el tratamiento, realizando intervenciones oportunas y adecuadas a cada uno de ellos.

Ag

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Alberto Eurnekian", a la Sala de Alimentación y Dietética y a la Licenciada en Nutrición Paula Das Neves por el acompañamiento y la colaboración brindados para el desarrollo del presente trabajo.

**Autoras y autores
no manifiestan conflictos de interés.**

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [Acceso feb. 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2): indicadores priorizados. Septiembre 2019 [Internet]. Buenos Aires; Secretaría de Gobierno de Salud; 2019. [Acceso abr. 2026]. Disponible en: <https://www.fagran.org.ar/documentos/seccion/otros/2020/01/2-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-ennys-2/>
3. Zapata M, Roviroso A, Carmuega E. Cambios en el patrón de consumo de alimentos y bebidas en Argentina, 1996-2013. Salud Colectiva [Internet]. 2016 [Acceso feb. 2025]; 12(4):473-86. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/scol/2016.v12n4/473-486/es/>
4. Rodríguez Saborío LD, Vega-Vega M. Cirugía bariátrica: tratamiento de elección para la obesidad mórbida. Acta Méd Costarric [Internet]. 2006 [Acceso feb. 2025]; 48:(4):162-71. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022006000400005
5. Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas (SECO). Guidelines IFSO-ASMBS 2022: indicaciones para la cirugía bariátrica y metabólica [Internet]. Madrid: SECO; 2022 [Acceso feb. 2025]; Disponible en: <https://www.seco.org/images/site/guias-consenso/GUIDELINES-SECO.pdf>
6. Kim EY. Definition, mechanisms and predictors of weight loss failure after bariatric surgery.. J Metab Bariatr Surg [Internet]. 2022 [Acceso mar. 2025]; 11(2):39-48. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10011675/>
7. Díaz R, Sapiain S, Nielsen J, Figueroa Ú, Adjemian D. Recurrencia de peso después de la cirugía bariátrica: definiciones, diagnóstico y estrategias de manejo. Parte 1. Rev Med Chile [Internet]. 2026 [Acceso abr. 2026];154(3):413-22. Disponible en: <https://mail.revistamedicadechile.cl/index.php/rmedica/article/view/11254>
8. Asociación Argentina de Cirugía. Consenso argentino intersociedades de cirugía bariátrica y metabólica. Rev Argent Cirug [Internet]. 2021 [Acceso feb. 2025];113 Supl 1. Disponible en: <https://revista.aac.org.ar/index.php/RevArgentCirug/article/view/179>
9. Rubio MA, Martínez C, Vidal O, Larrad Á, Salas-Salvadó J, Pujol J, et al. Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. Rev Esp Obes [Internet]. 2004 [Acceso mar. 2025]; 2(4):223-49. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/255655862_Documento_de_consenso_sobre_cirugia_bariatrica
10. Sayay Tenesaca EN, Yamazca Muñoz CC, Delgado Conforme WA. Manejo endoscópico de complicaciones en la cirugía bariátrica. RECIAMUC [Internet]. 2025 [Acceso mar. 2025]; 9(2): 501-9. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1586>
11. Nickel F, De la Garza JR, Werthmann FS, Benner L, Tapking C, Karadza E, et al. Predictors of risk and success of obesity surgery. Obes Facts [Internet]. 2019 [Acceso mar. 2025]; 12(4):427-39. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000496939>
12. Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC). Guía práctica para la realización de estudios observacionales con medicamentos en la farmacia comunitaria. Madrid: SEFAC [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria; 2022 [Acceso mar. 2026]. Disponible: <https://www.sefac.org/system/files/2022-02/Guia%20pr%C3%A1ctica%20para%20estudios%20observacionales%20en%20FC.pdf>
13. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Escala de experiencia de inseguridad alimentaria (FIES) [Internet]. Roma: FAO; 2025 [citado Ago. 25]. Disponible en: <https://www.fao.org/in-action/voices-of-the-hungry/fies/es/>
14. Wilkerson AD, Gentle C, Dewey EN, Sajankila N, Buchalter RB, Strong AT, et al. Association between geospatial disparities in food security with weight loss and nutritional outcomes of metabolic surgery.. Surg Endosc [Internet] 2024 [Acceso ago. 2025];38:6827-38. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00464-024-11175-1>
15. Larrad Á, Sánchez-Cabezudo C. Indicadores de calidad en cirugía bariátrica y criterios de éxito a largo plazo. Cir Esp [Internet]. 2004 [Acceso abr. 2026];75(5):301-4. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0009-739X\(04\)72326-X](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(04)72326-X)
16. Sánchez Cordero S. Evaluación de los resultados de pérdida ponderal de la cirugía bariátrica a largo plazo [tesis doctoral en Internet]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2023 [Acceso ago. 2025]. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/291580>
17. Lecaros Bravo J, Cruzat Mandich C, Díaz Castrillón F, Moore Infante C. Cirugía bariátrica en adultos: facilitadores y obstaculizadores de la pérdida de peso desde la perspectiva de los pacientes. Nutr Hosp [Internet]. 2015 [Acceso feb. 2025]; 31(4):1504-12. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n4/07originalobesidad03.pdf>
18. Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh JA, Dutson E, Mehran A, et al. Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery? A systematic review. Obes Rev [Internet]. 2011 [Acceso ago. 2025]; 12(2):142-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20158617/>



Esta obra está bajo una licencia Attribution 4.0 International Creative Commons

Cómo citar este artículo:

Astiz A, Acosta MB, Babino Pupparo C, Bianculli VS, Insfran Domínguez CN, Mikuskiewicz KJ, et al. Factores asociados al éxito en la pérdida de peso en pacientes con cirugía bariátrica en un hospital público de la provincia de Buenos Aires (2020-2023). Salud Publica [Internet]. 2026 Jun [fecha de consulta]; 5. Disponible en: URL del artículo.