



## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### RIESGO DE SUICIDIO POSTERIOR A UNA CIRUGÍA BARIÁTRICA

*Karolina Rojas Núñez\**

#### RESUMEN:

Con el aumento de la población con obesidad y la poca efectividad del tratamiento médico y los cambios de estilos de vida, la cirugía bariátrica ha surgido como la intervención más efectiva para la pérdida de peso. Recientemente se han obtenido resultados que relacionan positivamente el aumento de riesgo de auto daño y riesgo de suicidio en pacientes posterior a una cirugía bariátrica. Este aumento del riesgo puede ser causado por trastornos psiquiátricos presentes previo a la cirugía relacionados con la obesidad, exacerbados por el estrés que representa el compromiso sobre cambios en la dieta, estilos de vida y los resultados quirúrgicos. Además existen cambios neurohormonales y farmacocinéticos que ocurren posterior a la intervención que podrían hacer más susceptible al paciente a trastornos del estado de ánimo e intoxicaciones. Dado que la mayoría de los pacientes sometidos a una cirugía bariátrica que presentan lesiones por autodaño tienen algún diagnóstico psiquiátrico previo a la cirugía se hace necesario una valoración adecuada para el diagnóstico prequirúrgico y seguimiento posterior cercano.

#### PALABRAS CLAVE:

cirugía bariátrica, trastorno psiquiátrico, suicidio, auto daño, obesidad

#### ABSTRACT:

Obesity is a chronic disease which has increased in the last decades, and with it, new treatments for weight loss like the bariatric surgery. There is evidence of increase risk of self-harm and suicide in patients with bariatric surgery, which draws attention to the diagnosis of psychiatric pathology in this patients.

#### KEY WORDS:

Bariatric surgery, psychiatric disorder, suicide, self harm, obesity.

#### INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica que ha aumentado drásticamente en las últimas décadas y con ella la necesidad de tratamientos efectivos para la pérdida de peso, como lo es la cirugía bariátrica. Existe evidencia sobre el aumento del riesgo de auto daño y de suicidio en pacientes sometidos esta intervención, lo cual llama la atención sobre la importancia del diagnóstico y seguimiento de patología psiquiátrica del paciente obeso candidato a esta cirugía.

\* Médico general. Correo electrónico: karo\_91x@hotmail.com

Recibido para publicación 31/10/15

Aceptado 25/11/15



La obesidad es una enfermedad metabólica crónica multifactorial y es una causa importante de morbilidad física y psicosocial a nivel mundial. Además representa un aumento en los costos del sistema de salud asociado a su impacto en múltiples morbilidades como lo son enfermedad arterial coronaria, diabetes mellitus y cáncer.<sup>1</sup> Con el aumento de la población urbana, el aumento en el consumo de comida chatarra, el sedentarismo y malos hábitos alimentarios los problemas asociados a la obesidad continúan en aumento.<sup>2</sup> La prevalencia de sobrepeso se ha convertido en una de las epidemias más importantes de este siglo alcanzado cifras alarmantes en países desarrollados y en vías de desarrollo. El manejo farmacológico mediante orlistat, sibutramina y rimonabant han mostrado pérdidas modestas de peso a corto plazo comparados con placebo, sin embargo, no se ha demostrado su seguridad y efectividad en periodos mayores de 2 años con sibutramina y rimonabant, y mayor de 4 años con orlistat.<sup>3</sup> Desafortunadamente los tratamientos médicos resultan ser poco efectivos en obesidad, por esta razón la cirugía bariátrica se ha establecido como una alternativa de tratamiento cada vez más frecuente ya que representa una reducción del 60% al 80% estimado en el exceso de peso en un año posterior al procedimiento quirúrgico, particularmente en el subgrupo de obesos mórbidos.<sup>4, 5</sup>

La cirugía bariátrica ha sido uno de los grandes éxitos de la historia de la medicina a finales del siglo XX.<sup>2</sup> El nacimiento de la cirugía bariátrica se describe desde el año 1954 en la Clínica Kremer de Minnesota, el procedimiento inicial fue el bypass yeyunocólico con el cual se lograba una pérdida de peso esperada, pero estaba asociado con múltiples complicaciones. No es hasta 1970 que se describe la combinación de la gastrectomía y anastomosis en Y de roux con la que se obtuvieron los mismo resultado en la pérdida de peso, pero con muchísimo menos complicaciones.<sup>6</sup>

Los porcentajes anuales de cirugía bariátrica, en el principal país de referencia Estados Unidos han aumentado dramáticamente, solo entre 1998-2002 aumentó en 400 por ciento. Este aumento está asociado a las expectativas en la eficacia de la cirugía bariátrica para perder peso y la reducción en la morbilidad y la mortalidad.<sup>7</sup> Existe evidencia sustancial sobre la relación directa entre la pérdida de peso y una mejoría real de la supervivencia en la población obesa a través de la cirugía bariátrica principalmente en gente joven lo cual favorece su aceptación como tratamiento definitivo en los casos obesidad severa.<sup>8, 9, 10</sup>

## Trastornos del estado de ánimo en la obesidad

Un gran número de estudios han demostrado una asociación clara entre la obesidad y comorbilidades como la hipertensión arterial, la incidencia de diabetes y el aumento de mortalidad por cualquier causa, sin embargo se sabe poco sobre su relación con la depresión clínica y tendencias suicidas.<sup>11, 12</sup>

El grado de obesidad según el índice de masa corporal (IMC) es proporcional al riesgo de suicidio y tasa de mortalidad. Existe una relación positiva entre el riesgo de suicidio y las personas con obesidad ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ), siendo mayor en pacientes con IMC mayor a  $35 \text{ kg/m}^2$ .<sup>13</sup> Diversos estudios sobre los trastornos del ánimo y la obesidad sustentan la importancia que tiene la valoración de la salud mental preoperatoria en pacientes que serán sometidos a una cirugía bariátrica para aumentar la detección de comportamientos de auto daño.<sup>14</sup> Incluso entre las características de un candidato a esta intervención se considera, por ejemplo que debe de ser un paciente psicológicamente estable, en ausencia de psicosis o trastorno depresivo no controlado y alcoholismo inactivo.<sup>15</sup>

La alta prevalencia de trastornos depresivos en pacientes candidatos a cirugía ha ganado más atención que antes. Alrededor del 40% y hasta más de la mitad de los pacientes de cirugía, según el autor, tiene al menos un diagnóstico psiquiátrico.<sup>16, 17</sup> Las personas obesas que buscan tratamiento presentan tasas significativamente elevadas de psicopatología en comparación con las personas obesas que no buscan nunca tratamiento. Además los individuos candidatos a cirugía bariátrica son generalmente obesos mórbidos, y la severidad de la obesidad ha sido relacionado con mayores tasas de psicopatología, incluyendo depresión.<sup>4</sup> Los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y trastornos de la alimentación son los tres diagnósticos psiquiátricos más comunes en los pacientes obesos.<sup>18, 19</sup>



## Aumento del riesgo de lesiones autoinfligidas posterior a la cirugía

En los últimos años ha sido de interés la valoración del riesgo de presentar lesiones de auto-daño y muertes por suicidio después de una cirugía bariátrica y actualmente existe literatura de investigación creciente que sugiere que el riesgo de suicidio puede ser elevado después de esta intervención.<sup>20</sup> También han sido publicados resultados en los que se encuentra una modesta reducción en la prevalencia de depresión y el uso de antidepresivos en atención primaria a corto plazo en estos pacientes.<sup>21, 22</sup>

Las razones del exceso de suicidios en los pacientes de manejo quirúrgico no se conocen con claridad. Los pacientes obesos después de la cirugía bariátrica experimentan un estrés emocional significativo, con mayor labilidad del estado de ánimo y una mayor conciencia de la aparición posterior de conductas compensatorias, distorsión de la imagen corporal y aparición de conflictos conyugales. La presencia de trastorno de personalidad previo a la cirugía, constituiría un predictor negativo de resultado a largo plazo.<sup>4</sup> Estudios observacionales sugieren una relación directa entre la cirugía bariátrica y un mayor riesgo de abuso de sustancias y suicidio a largo plazo.<sup>23</sup>

En un estudio longitudinal de auto-emparejado Bratti<sup>5</sup>, evaluó el riesgo de emergencias por autolesión en pacientes previamente sometidos a una cirugía bariátrica. En el estudio se incluyeron 8815 pacientes los cuales fueron seguidos durante 3 años previos a la cirugía y 3 años posteriores a la misma. Durante este periodo 111 pacientes presentaron 158 casos de emergencias por auto-daño, de estos un total de 147 eventos ocurrieron en pacientes que tenían un diagnóstico previo de un trastorno de salud mental durante los 5 años anteriores a la cirugía. Entre los resultados del estudio se evidenció un aumento significativo de las emergencias autolesión después de la cirugía en un 50%, en comparación con previo a la cirugía y la mayoría de los casos ocurrieron durante el segundo y tercer año posteriores a la cirugía. Las tasas más altas de auto-daño fueron en pacientes mayores de 35 años, los que tienen un estatus de bajos ingresos, y los que viven en las zonas rurales, aunque estas últimas dos sin una evidencia significativa.

El envenenamiento con medicamentos de forma intencional fue el mecanismo más común de intento de suicidio. Mientras que el trauma físico, incluyendo el auto-colgarse fueron una tercera parte de los eventos. Este estudio no reportó muertes al servicio de urgencias relacionadas con lesiones autoinfligidas.

Tindle,<sup>7</sup> realizó un estudio retrospectivo en 16683 pacientes residentes de Pennsylvania que fueron intervenidos con una cirugía bariátrica. Hubo un total de 31 suicidios en esta población, con una tasa global mayor en hombres que en mujeres. Los hombres entre 45-54 años tenían las tasas más altas de suicidio, mientras que las mujeres menores de 35 años tuvieron las tasas más altas. Además informó de que el 10% de los candidatos de cirugía bariátrica tenía antecedentes de intentos de suicidio previos, un factor de riesgo para la mortalidad por suicidio posterior al procedimiento.

En un estudio de cohorte retrospectivo Adams,<sup>13</sup> compara a lo largo de 18 años, 9949 pacientes que se habían sometido a una cirugía de bypass gástrico con un grupo de 9628 sujetos control con obesidad severa. La tasa de muerte por cualquier causa fue un 40% menor en el grupo de cirugía que en el grupo control. Además, las tasas de mortalidad fueron más bajas por diabetes, enfermedad coronaria y cáncer. Sin embargo las muertes no causadas por enfermedad (incluido el suicidio, los accidentes no relacionados con drogas, los envenenamientos de intención no determinada, y otras muertes) fueron 1,58 veces mayor en el grupo de cirugía que en el grupo control. El estudio concluye la necesidad de implementar una evaluación psicológica y tratamiento psiquiátrico, en caso de ser necesario, antes de la cirugía en candidatos a la misma, y además de un seguimiento cercano posterior.

Bruschi,<sup>24</sup> en un estudio prospectivo de cohorte sobre la mortalidad 10 años posterior a una cirugía bariátrica, incluye un total de 4344 pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica. El suicidio representó el 10% de todas las muertes, sugiriendo nuevamente una importancia en la valoración preoperatoria sobre las tendencias de comportamiento alcoholismo y la autolesión.



## ¿Por qué ocurre este fenómeno?

La incidencia de lesiones de auto daño y el riesgo de suicidio posterior a una cirugía bariátrica pueden ser explicados por factores médicos, biológicos y genéticos. Por ejemplo la alteración de neurotransmisores relacionados con el apetito responsables de diferentes procesos de autorregulación, control e impulsividad parecen verse alterados desde la infancia en la obesidad.<sup>20, 25</sup> Los pacientes candidatos a una cirugía bariátrica son sometidos a una gran angustia psicológica prequirúrgica, esta podría exacerbarse con el estrés generado por la dieta los cambios en la imagen corporal en el postoperatorio.<sup>7</sup> Incluso se habla que si los resultados de la cirugía fueron no cumplieron las metas de pérdida de peso, no cumplieron las expectativas del paciente o fueron decepcionantes, podrían aumentar los problemas de salud mental, como los atracones, el abuso de sustancias, y las autolesiones.<sup>5</sup> La recurrencia de los trastornos psiquiátricos preexistentes podía pasar desapercibidos, y a la luz de la relación bien documentada entre la depresión y el suicidio la presencia continua o reaparición de los síntomas depresivos después de la cirugía pueden ser un factor de riesgo particularmente importante para el suicidio.<sup>20</sup>

Posterior a una cirugía bariátrica existen cambios neurohormonales, por ejemplo la cirugía de bypass gástrico puede reducir los niveles de neuropéptidos periféricos que regulan el neuropéptido Y de acción central asociado con la depresión, adicción y el suicidio.<sup>5</sup> Además puede haber un aumento de conductas de auto-daño debido a un aumento de la desinhibición y la impulsividad secundaria a los cambios en la absorción de alcohol, la hipoglucemia, así como los cambios farmacocinéticos que puede afectar la absorción de varios medicamentos, incluyendo los medicamentos antidepressivos.<sup>7, 20</sup>

## Conclusiones

Existe evidencia sobre la relación positiva entre la obesidad y trastornos del estado de ánimo, así como el riesgo de lesiones autoinfligidas y riesgo de suicidio posterior a una cirugía bariátrica. Los pacientes con antecedentes de diagnóstico psiquiátrico representan la mayoría de los eventos, lo que sugiere que estos pacientes merecen una evaluación psicológica completa ya que algunos suicidios podrían teóricamente ser prevenible después de la cirugía bariátrica mediante un seguimiento más cuidadoso y tratamiento adecuado.

Un mejor abordaje del paciente candidato a una cirugía bariátrica incluye no solo una valoración preoperatoria desde el punto de vista psicológico, si no estar atentos a cambios del estado de ánimo posterior a la misma y la continuidad en la valoración de su patología psiquiátrica. Además una red de apoyo confiable podría ayudar a disminuir el estrés después cambios en la dieta y estilos de vida postoperatorios a la cirugía.

## Referencias

1. Healy, P., Clarke, C., Reynolds, I., Arumugasamy, M. & McNamara, D. Complications of bariatric surgery - What the general surgeon needs to know. *The surgeon* 2015. Recuperado el 26/10/2015 en <http://www.sciencedirect.com/science/journal/1479666X>.
2. Carter, P. (2015). The evolution of bariatric surgery. *The American Journal of Surgery*, 209, 779-782
3. Camberos, R., Jiménez, A., Bacardí, M. y Culebras. (2010). Efectividad y seguridad a largo plazo del bypass gástrico en "Y" de Roux y de la banda gástrica: revisión sistemática. *Nutr Hosp.*, 25, 964-970.
4. Olgún, P., Carvajal, D. y Fuentes, M. (2014). Patología psiquiátrica y cirugía bariátrica. *Rev Chil Cir.*, 67(4), 441-447.
5. Bhatti, J., Nathens, A., Thiruchelvam, D., Grantcharov, T., Goldstein, B. & Redelmeier, D. *Self-harm Emergencies*



- After Bariatric Surgery A Population- Based Cohort Study*. Recuperado el 10 oct 2015 de: <http://archsurg.jamanetwork.com/>
6. Vilotia, T. (2014). Cirugía Bariátrica como Modalidad de Tratamiento en el Paciente con Obesidad Mórbida. *Rev Méd de Costa Rica y Centroamérica*. LXXI, (609), 85-98.
  7. Tindle, H., Omalu, B., Courcoulas, A., Marcus, M., Hammers, J., Kuller, L., et al. (2010). Risk of Suicide after Long Term Follow-up from Bariatric Surgery. *Am J Med.*, 123(11),1036–1042.
  8. Puzziferri, N., Roshek, T., Mayo, H., Gallagher, R., Belle, S. & Livingston, E. (2014). Long-term Follow-up After Bariatric Surgery. A Systematic Review. *JAMA*, 312(9), 934-942.
  9. Peter, S., Craft, R., Tiede, J. & Seain, J. (2005). Impact of Advanced Age on Weight Loss and Health Benefits After Laparoscopic Gastric Bypass. *Arch Surg.*, 140, 165-168.
  10. Guidry, C., Davies, S., Sawyer, R., Schirmer, B. & Hollowell, P. (2015). Gastric bypass improves survival compared with propensity-matched controls: A cohort study with over 10-year low-up. *American Journal of Surgery*, 209, 463-467.
  11. Adams, T., Davidson, L., Litwin, S., Kolotkin, R., LaMonte, M., Pendleton, R., et al. (2012). Health Benefits of Gastric Bypass Surgery After 6 Years. *JAMA*, 308(11), 1122-1131.
  12. Carpenter, K., Hasin, D., Allison, D. & Faith, M. (2000). Relationships Between Obesity and DSM-IV Major Depressive Disorder, Suicide Ideation, and Suicide Attempts: Results From a general Population Study. *Am J Public Health.*, 90, 251–257.
  13. Adams, T., Gress, R., Smith, S., Halverson, C., Simper, S., Rosamond, W., et al. (2007). Long-Term Mortality after Gastric Bypass Surgery. *N Engl J Med*, 357, 753-61.
  14. Haueisen, M., Diniz, L., Bruschi, L. & Costa, M. (2013). Long Term Mortality of Patients Submitted to Rouxen Y Gastric Bypass in Public Health System: High Prevalence of Alcoholic Cirrhosis and Suicides. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, 26(1), 53-56.
  15. Brethauer, S., Chand, B. & Schauer, P. (2006). Risks and benefits of bariatric surgery: Current evidence. *Clev Clinic J of Med.*, 73, 1-15.
  16. Yena, Y., Huang, C. & Taic, C. (2014). Psychiatric aspects of bariatric surgery. *Curr Opin Psychiatry*, 27, 374–379.
  17. Sánchez, S., López, J., Vargas, A., Téllez, J., Vázquez, V., Arcila, D., et al. (2003). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con obesidad extrema candidatos a cirugía bariátrica. *Rev Inv Clí.*, 55(4) 400-406.
  18. Ghaferi, A. & Westphal, C. *DBariatric Surgery—More Than Just an Operation*. Recuperado el 10 oct 2015 de: <http://archsurg.jamanetwork.com/>
  19. Ríos, B., Sánchez, M., Guerrero, M., Pérez, D., Gutiérrez, S., Rico, M., et al. (2010). Psicología bariátrica, obesidad, cirugía bariátrica, psicoterapia. *Cir Gen*, 32, 114-120.
  20. Mitchell, J., Crosby, R., Zwaan, M., Engel, S., Roerig, J., Steffen, K., et al. (2013). Possible Risk Factors for Increased Suicide Following. *Bariatric Surgery*, 21(4), 665–672.



21. Elovainio, M., Shipley, M., Ferrie, J., Gimeno, D., Vahtera, J., Marmot, M., et al. (2009, August). Obesity, unexplained weight loss and suicide: The original Whitehall study. *J Affect Disord.*, 116(3), 218–221.
22. Booth, H., Khan, O., Prevost, T., Reddy, M. & Gulliford, M. (2015). Impact of Bariatric Surgery on Clinical Depression. Interrupted time series study with matched controls. *Journal of Affective Disorders*, 174, 644–649.
23. Arterburn, D. & Courcoulas, A. (2014). Bariatric surgery for obesity and metabolic conditions in adults. *BMJ*, 349, g3961.
24. Bruschi, K., Diniz, M., Machado, C. & Barreto, S. (2014). Mortality rate after open Roux-in-Y gastric bypass: a 10-year follow-up. *Braz J Med Biol Res*, 47(7).
25. Halfon, N., Larson, K. & Slusser, W. (2013). Associations Between Obesity and Comorbid Mental Health, Developmental, and Physical Health Conditions in a Nationally Representative Sample of US Children Aged 10 to 17. *Academic Pediatrics*, 13, 6–13.