

COMPARACIÓN DEL RENDIMIENTO DE LAS MEDIDAS COMUNES DE RECUPERACIÓN DE PESO DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA PARA LA ASOCIACIÓN CON RESULTADOS CLÍNICOS

King WC, Hinerman AS, Belle SH, et al.

Introducción: las estimaciones de la recuperación de peso después de la cirugía bariátrica varían ampliamente.

Objetivos: describir la recuperación de peso después de alcanzar el peso nadir luego de la cirugía de *bypass* gástrico en Y de Roux (RYGB) y comparar las medidas de recuperación de peso para asociarlas con los resultados.

Diseño, entorno y participantes: estudio prospectivo de cohorte de 2.458 adultos que se sometieron a cirugía bariátrica en 10 hospitales en seis ciudades de EE.UU., entre marzo de 2006 y abril de 2009. Las evaluaciones se realizaron dentro de los 30 días de la cirugía, a los seis meses de la cirugía y luego anualmente hasta enero de 2015. De los 1.703 participantes que se sometieron a una cirugía RYGB, 1.406 (83%) fueron seguidos durante cinco años o más y tuvieron cinco o más mediciones de peso (excluyendo a los que murieron o se sometieron a una reversión quirúrgica).

Exposiciones: la recuperación de peso evaluada por cinco medidas continuas (peso en kilogramos, índice de masa corporal [IMC], porcentaje de peso antes de la cirugía, porcentaje de peso nadir y porcentaje de peso máximo perdido) y ocho medidas dicotómicas (según los umbrales establecidos) se compararon en relación con los resultados clínicos basados en la significación estadística, magnitud de asociación y ajuste del modelo.

Principales resultados y medidas: progresión de la diabetes, hiperlipidemia, hipertensión y disminución de la calidad de vida relacionadas con la salud física y mental, y satisfacción con la cirugía.

Resultados: entre los 1.406 participantes que se sometieron a la cirugía de RYGB, la edad media fue de 47 años (percentil 25-75, 38-55 años) y el IMC promedio de 46,3 (percentil 25-75, 42,3-51,8) antes de la cirugía. La mayoría de los participantes fue mujer (80,3%) y blanco (85,6%). La mediana de seguimiento fue de 6,6 años (percentil 25-75, 5,9-7,0 años). La mediana del porcentaje de pérdida

de peso máxima fue de 37,4% (percentil 25-75, 31,6% -43,3%) del peso prequirúrgico y ocurrió una mediana de 2,0 años después de la cirugía RYGB (percentil 25-75, 1,0-3,2 años). La tasa de recuperación de peso fue más alta durante el primer año después de alcanzar el peso nadir, pero la recuperación de peso continuó aumentando durante el seguimiento (rango, una mediana de 9,5% del peso máximo perdido [percentil 25-75, 4,7% -17,2%] a 26,8% del peso máximo perdido [percentil 25-75, 16,7% -41,5%] 1 a 5 años después de alcanzar el peso nadir). El porcentaje de participantes que recuperó el peso dependió del umbral (por ejemplo, cinco años después del peso del nadir, 43,6% recuperó ≥ 5 puntos de IMC, el 50,2% recuperó $\geq 15\%$ del peso del nadir, y el 67,3% recuperó $\geq 20\%$ del peso máximo perdido). En comparación con otras medidas de recuperación de peso continuas, el porcentaje de peso máximo perdido tuvo la asociación más fuerte y el mejor ajuste del modelo para todos los resultados, excepto la hiperlipidemia que presentó una asociación ligeramente más fuerte con el IMC. De las medidas dicotómicas, el 20% o más del peso máximo perdido se desempeñó mejor o de manera similar con la mayoría de los resultados, y fue la segunda mejor medida para la hiperlipidemia (después de ≥ 10 kg de peso) y la hipertensión (después de $\geq 10\%$ del peso máximo perdido).

Conclusiones: entre una gran cohorte de adultos que se sometió a una cirugía de RYGB, la recuperación del peso cuantificada como porcentaje del peso máximo perdido resultó mejor para la asociación con la mayoría de los resultados clínicos que las alternativas examinadas. Estos hallazgos podrían estandarizar la medición de la recuperación de peso en estudios de cirugía bariátrica.

JAMA 2018;320(15):1560-1569.

doi:10.1001/jama.2018.14433.

CONSUMO DE ALCOHOL Y CARGA PARA 195 PAÍSES Y TERRITORIOS, 1990-2016: UN ANÁLISIS SISTEMÁTICO PARA EL ESTUDIO DE LA CARGA MUNDIAL DE LA ENFERMEDAD 2016

Colaboradores del Estudio de la Carga Global de la Enfermedad 2016

Introducción: el consumo de alcohol es un factor de riesgo importante para la muerte y la discapacidad, pero su asociación general con la salud sigue siendo compleja debido a los posibles efectos protectores del consumo moderado de alcohol en algunas afecciones. Con un enfoque integral de la contabilidad de la salud dentro del Estudio de la Carga Global de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo 2016, generamos estimaciones mejoradas del consumo de alcohol y muertes atribuibles al alcohol y años de vida ajustados por discapacidad (DALY) para 195 ubicaciones desde 1990 a 2016, para ambos sexos y grupos de edad de 5 años, entre las edades de 15 y 95 años y mayores.

Métodos: utilizando 694 fuentes de datos de consumo de alcohol a nivel individual y poblacional, junto con 592 estudios prospectivos y retrospectivos sobre el riesgo de consumo de alcohol, generamos estimaciones de la prevalencia del consumo de alcohol actual, la abstinencia y la distribución de su consumo entre los bebedores actuales en bebidas estándar diariamente (definido como 10 g de alcohol etílico puro), y muertes atribuibles al alcohol y DALYs. Realizamos varias mejoras metodológicas en comparación con las estimaciones anteriores: primero, ajustamos las estimaciones de ventas de alcohol para tener en cuenta el consumo turístico y el no registrado; en segundo lugar, hicimos un nuevo metaanálisis de riesgos relativos para 23 resultados de salud asociados con el consumo de alcohol; y tercero, desarrollamos un nuevo método para cuantificar el nivel de consumo de alcohol que minimiza el riesgo general para la salud individual.

Recomendaciones: a nivel mundial el consumo de alcohol fue el séptimo factor de riesgo principal tanto para las muertes como para los DALY en 2016, lo que representa un 2,2% (95% de intervalo de incertidumbre [IU] 1,5-3,0) de muer-

tes femeninas estandarizadas por edad y 6,8% (5,8-8,0) de muertes masculinas estandarizadas por edad. Entre la población de 15 a 49 años, el consumo de alcohol fue el principal factor de riesgo a nivel mundial en 2016, con 3,8% (95% UI 3,2-4,3) de muertes de mujeres y 12,2% (10,8-13,6) de muertes masculinas atribuibles al consumo de alcohol. Para la población de 15 a 49 años de edad, los DALYs atribuibles a las mujeres fueron 2,3% (95% IU 2,0-2,6) y los DALYs atribuibles a los hombres fueron 8,9% (7,8-9,9). Las tres causas principales de muertes atribuibles en este grupo de edad fueron la tuberculosis (1,4% [95% UI 1,0-1,7] del total de muertes), lesiones en la ruta (1,2% [0,7-1,9]) y autolesiones (1,1% [0,6-1,5]). Para las poblaciones de 50 años o más, los cánceres representaron una gran proporción del total de muertes atribuibles al alcohol en 2016, lo que manifestó un 27,1% (95% UI 21, 2-33,3) del total de muertes femeninas atribuibles al alcohol y 18,9% (15,3-22,6) de muertes masculinas. El nivel de consumo de alcohol que minimizó el daño en los resultados de salud fue cero (95% UI 0,0-0,8) bebidas estándar por semana.

Interpretación: el consumo de alcohol es un factor de riesgo importante para la carga mundial de enfermedades y causa una pérdida importante de salud. Encontramos que el riesgo de mortalidad por todas las causas, y específicamente de los cánceres, aumenta con los niveles crecientes de consumo, y el nivel de consumo que minimiza la pérdida de salud es cero. Estos resultados sugieren que las políticas de control del alcohol podrían necesitar una revisión a nivel mundial, y enfocarse en los esfuerzos para reducir el consumo general a nivel poblacional.

Lancet 2018; 392: 1015-35.

doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2).