

## **Calidad de vida en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica**

### **Quality of life in patients undergoing bariatric surgery**

Fernández Rodríguez, María<sup>1</sup>; Guerra Mora, Patricia<sup>2</sup>; Martín Sánchez, Eloya<sup>3</sup>; Fernández Rodríguez, Concepción<sup>4</sup>

1 *Psicóloga Clínica. Doctora en psicología. Centro de Salud Mental I (C.S.M. I) "La Magdalena". Hospital San Agustín de Avilés. Avilés. Asturias.*

2 *Psicóloga Interno Residente. Doctora en psicología. Centro de Salud Mental I (C.S.M. I) "La Magdalena". Hospital San Agustín de Avilés. Avilés. Asturias.*

3 *Graduada en psicología. Psicóloga sanitaria habilitada.*

4 *Enfermera. Hospital San Agustín de Avilés. Avilés. Asturias.*

Recibido: 19/febrero/2016. Aceptado: 3/abril/2016.

#### **RESUMEN**

**Introducción:** La cirugía bariátrica puede ser considerada como el tratamiento de elección para aquellos pacientes con obesidad mórbida que hayan sido adecuadamente seleccionados.

**Objetivo:** El objetivo de esta investigación es valorar y analizar los cambios percibidos en la calidad de vida de una muestra de pacientes intervenidos.

**Método:** La muestra se compone de 18 pacientes, 88,9% mujeres y 11,1% hombres. La media de edad es de 45,6 años. El 27,78% lleva intervenido dos años o menos; el 33,33% entre dos y cinco años y el 38,89% más de cinco años. La calidad de vida fue evaluada con el test Moorehead-Ardelt II.

**Resultados:** El 72,2% de las personas consideran que su calidad de vida ha mejorado. Por dimensiones, la mayor ganancia se obtiene en relaciones sociales, seguida de actividad laboral, actividad física, autoestima y hábitos alimenticios; y la menor ganancia en relaciones sexuales. En los dos primeros años se obtienen los mejores resultados. A partir de los cinco años es la actividad física y la alimentación lo que más mejora, siendo las relaciones sexuales y la autoestima las áreas que más descienden con respecto a los dos primeros años de seguimiento. La pérdida de peso es similar tanto

para la muestra total como cuando tenemos en cuenta los años que llevan intervenidos.

**Discusión y Conclusiones:** La mayoría de los usuarios valora que su calidad de vida ha mejorado tras la intervención. Los cambios obtenidos en las distintas dimensiones a lo largo de los años de seguimiento no parecen estar relacionadas con el peso.

#### **PALABRAS CLAVE**

Obesidad Mórbida. Cirugía Bariátrica. Calidad de Vida. Evaluación. Cuidado de la salud.

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** Bariatric surgery can be considered the elective procedure for treatment for those patients with morbid obesity that they should have been adequately selected. Aim. The aim of this study is to assess and to analyze perceived changes in the quality of life of a sample of operated patients.

**Methodology:** The sample is composed by 18 patients, 88,9 % women and 11,1 % men. Mean age is 45,6 years. 27,78 % had surgery two years or less ago; 33,33 % between two and five years and 38,89 more of five years. The quality of life was assessed by the Moorehead-Ardelt II test.

**Results:** 72,2 % of people perceive that their quality of life has improved. For dimensions, the biggest gain is obtained in social relationships, followed by work activity, physical well-being, self-esteem and eating habits; and the smallest gain in sexual relations. Best results are obtained in the first two years. From five years, it is the physical well-being,

#### **Correspondencia:**

María Fernández Rodríguez  
maria.fernandezr@sespa.es

and the eating habits what more improve, being sexual relations and self-esteem the areas that more descend compared with the first two years of follow-up. The loss of weight is similar for the total sample as like when we consider the years ago they have operated.

Discussion and Conclusions: Most users rate their quality of life has improved after surgery. The changes obtained in the different dimensions along the years of follow-up do not seem to be related to the weight.

## KEY WORDS

Morbid obesity. Bariatric Surgery. Quality of life. Evaluation. Health Care.

## INTRODUCCIÓN

La Obesidad Mórbida (OM) es una enfermedad crónica con múltiples consecuencias somáticas, psicológicas y sociales, que repercuten negativamente tanto en la salud como en la calidad de vida (CV) del paciente<sup>1-2</sup>. En la actualidad, la Cirugía Bariátrica (CB) es considerada el tratamiento de elección y más efectivo a largo plazo<sup>3-4</sup> para pacientes con OM cuidadosamente seleccionados<sup>5</sup>. Tras la intervención se obtiene gran mejoría en parámetros antropométricos, en los factores de riesgo cardiovascular y en la CV<sup>6</sup>. Las personas con OM ven gravemente afectado su funcionamiento en las actividades de la vida diaria. La autovaloración que cada individuo realiza de su CV es una percepción subjetiva, influenciada por su estado de salud y por la capacidad para realizar aquellas actividades importantes en su vida<sup>7</sup>. Patrick y Erickson<sup>8</sup> para definir la CV, aluden a la percepción que la persona obesa tiene de sus limitaciones físicas, psicológicas, sociales y a la disminución de oportunidades.

La CB es considerada una cirugía mayor, por lo que se hace necesaria una adecuada valoración de los resultados. El riesgo de mortalidad se estima en un 1% y la morbilidad es aproximadamente del 30%. Además, a largo plazo pueden aparecer otros problemas que requieran reoperación<sup>9</sup>. Para la evaluación de la calidad asistencial hay indicadores de resultados cuantitativos, como son la pérdida de peso y, en consecuencia, la cura o mejora de las comorbilidades somáticas asociadas. Atendiendo a estos criterios médicos objetivos, la CB puede ser considerada para algunos pacientes como la solución a su OM<sup>9</sup>. Esta sencilla evaluación de resultados es necesaria pero no suficiente. Los pacientes obesos hacen referencia constantemente a su mala CV. El cómo perciben su autoestima, sus niveles de actividad física y ocupacional, sus relaciones sociales y sexuales, así como su actitud hacia la comida, es un reflejo de su CV. Desde este punto de vista, dada la subjetividad y el carácter cualitativo de los resultados, la evaluación resulta más compleja. Para ello han sido diseñadas algunas escalas y cuestionarios tanto genéricos como específicos<sup>10</sup> que facilitan que este análisis de re-

sultados cualitativo sea lo más objetivo posible. El cuestionario más frecuentemente utilizado para medir la CV en pacientes intervenidos de CB es el Test de Moorehead-Ardelt<sup>11</sup>. Este test forma parte de un instrumento más amplio que es el Score BAROS. Originariamente el Score BAROS, desarrollado por Oria y Moorehead, evaluaba dos áreas, el porcentaje de exceso de pérdida de peso y cambios en las condiciones médicas. Posteriormente se incluye en la evaluación de resultados del BAROS una tercer área, la CV. De este modo nace el Test de Moorehead-Ardelt que evalúa 5 dimensiones: autoestima, actividad física, relaciones sociales, desempeño laboral y sexualidad<sup>12</sup>. La versión revisada de este instrumento añade una sexta dimensión que tiene en cuenta los hábitos alimenticios<sup>13</sup>.

Para evaluar la efectividad de la CB, tanto en el territorio español como a nivel internacional, ha sido ampliamente utilizado el Score BAROS, donde quedan reflejados los cambios en la CV a través del Test Moorehead-Ardelt en su primera y segunda versión<sup>12-13</sup>. Este cuestionario clasifica los cambios en las seis dimensiones como: mucho mejor, mejor, igual, peor y mucho peor. Según las distintas investigaciones, la CV de acuerdo a este test mejora en la mayoría de los pacientes. En la mayoría de los estudios revisados, la mayor ganancia se obtiene en autoestima<sup>14-17</sup> y la menor en sexualidad<sup>14-15,18-19</sup>, ocupando la actividad física, las relaciones sociales y el desempeño laboral puestos intermedios. Investigaciones recientes<sup>20</sup> apuntan hacia un cambio de tendencia en la dimensión autoestima, que tiende a disminuir tras años de evolución.

En el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza se realizó un estudio<sup>6</sup> con 70 pacientes, de los cuales el 80% eran mujeres y el 20% hombres, con una media de edad de 36,5 años e intervenidos con distintas técnicas quirúrgicas. Tras aplicar el cuestionario, concluyeron que la mayoría de los pacientes mejoraron la CV a excelente o muy bueno (64,2%), bueno un 28,5%, regular un 5,3% y malo un 1,7%. El seguimiento se realizó a los 6 meses, al año y a los dos años de la intervención. En la ciudad de Monterrey se realizó una investigación<sup>21</sup> con 22 pacientes intervenidos con distintas técnicas quirúrgicas. El 36,40% eran hombres y el 63,60% mujeres, con una media de edad de 37,18 (rango 20-59). En el seguimiento realizado entre los dos y cuatro años se obtuvo el mayor número de personas que habían perdido peso, descendiendo de forma notable las personas que habían perdido peso a partir de los cuatro años. Según el Test de Moorehead-Ardelt, el mayor porcentaje consideró su CV como buena (31,8%), coinciden en la valoración de muy buena y regular el 22,7%, excelente el 18,20% y solamente una persona (4,5%) se valora como fracaso. Concluyen que los resultados revelan que tres cuartas partes de los pacientes intervenidos tienen éxito. En la investigación realizada en Chile<sup>14</sup> se evaluó a 31 pacientes intervenidos con la técnica de bypass gástrico y con una media de edad de 42 años. Los seguimientos fueron realizados anualmente desde el primer año de la intervención hasta

el quinto. Más del 90% de las personas intervenidas lograron pérdida de peso. La CV según el test de Moorehead-Ardelt mejoró en el 54,8% de los casos, parcialmente en 38,7% y escasamente en el 6,5%. La mayor ganancia fue en autoestima, seguido de relaciones sociales, bienestar físico y desempeño laboral y en menor medida la sexualidad, que sólo mejoró en la mitad de los casos. En Polonia<sup>15</sup> se realizó un estudio con el objetivo de evaluar los resultados de la gastrectomía en manga laparoscópica en 84 pacientes con una edad media de 39 años. Obtuvieron a los 12 meses de seguimiento, la mayor ganancia en autoestima, donde el 66,6% la valoró como mucho mejor, seguido de la actividad física (58,3%) y de las relaciones sociales (42,9%). El 39,3% valoró su desempeño laboral como mejor y como mucho mejor el 28,6%. El área sexual es donde se produce menor mejoría, sólo el 21,4% considera que está mucho mejor, frente a un 52,4% que considera que está igual y un 3,6% que está mucho peor. En el Hospital de Granada<sup>16</sup> evaluaron los cambios en la CV de 32 pacientes intervenidos con la técnica de salmón. El 78,1% de la muestra eran hombres y 21,9% mujeres, con una edad media de 38 años. El IMC medio pasó de 51,9 antes de la intervención a 30,2 a los 24 meses, manteniéndose la pérdida de peso a los tres años. A los dos años de seguimiento obtuvieron en el Test Moorehead-Ardelt que tanto en autoestima como en actividad física, el 85,7% de las personas valoraron su situación como mucho mejor. En relaciones sociales y sexuales (71,4%) y en el empleo (57,1%), aunque los porcentajes son más bajos, se mantienen las valoraciones en mucho mejor. No hay valoraciones que incluyan la categoría de peor o mucho peor en ninguna de las dimensiones. El 14,3% se mantienen igual que antes de la intervención en actividad física, relaciones sociales y empleo. Gabriela del Rosal en Argentina<sup>17</sup> analiza la CV de 61 pacientes intervenidos con la técnica de banda gástrica ajustable en un periodo de once años. El 32,8% son hombres y el 67,2% mujeres, siendo la media de edad 40,8. Los resultados del cuestionario muestran que el 62,3% valora su CV como mejor, el mismo porcentaje para mucho mejor y sin cambios (16,3%), y como peor o mucho peor un 3,28% y un 1,6% respectivamente. La mayor ganancia se obtiene en autoestima, donde casi el 90% consideró que en este área estaban mejor y mucho mejor. El resto de las áreas rondaron el 50% los que consideraban que estaban mejor y mucho mejor. En el Hospital Puerta del Mar de Cádiz<sup>18</sup> se realizó una investigación con 162 pacientes intervenidos con la técnica de bypass gástrico. El 74,3% eran mujeres y el 25,7% hombres, con una media de edad de 38,87. A los dos años de la intervención la mayor ganancia se obtuvo en bienestar físico, el 90,12% de los pacientes se sentían mucho mejor, mientras que la menor ganancia se encontró en la actividad sexual, un 74,07% valoró los cambios en esta área como mucho mejor. En un estudio comparativo transversal<sup>19</sup>, en el que participaron 72 pacientes, el 77,78% mujeres y el 22,22% hombres, se realizó una evaluación por grupos en función del tiempo transcurrido tras la intervención. El segui-

miento se realizó hasta los tres años. Los cambios en la CV se compararon con una muestra de 22 pacientes en fase preoperatoria. Concluyeron que, exceptuando en el área sexual, hubo mejoría en la CV (autoestima, actividad física, laboral, social) en todos los grupos de personas intervenidas frente a los que estaban pendientes de la cirugía, y además, establecen una tendencia hacia la mejoría al aumentar el tiempo tras la intervención. Recientemente en el hospital Torrecárdenas de Almería<sup>20</sup> evaluaron la CV de 44 pacientes, 22,7% hombres y 77,3% mujeres, con una edad media de 39,6. Al año de seguimiento el IMC medio pasó de 51,3 a 34,63 tras haber realizado la CB. Con respecto a su CV, los resultados muestran que las 6 dimensiones mejoraron considerablemente. A los cinco años de seguimiento, participaron 15 pacientes de esa muestra inicial y obtuvieron un IMC de 36,78. Además señalan que la CV ha disminuido en todas las dimensiones respecto al primer año de seguimiento. Los peores resultados se obtienen en autoestima, que desciende incluso por debajo de los datos prequirúrgicos.

La Unidad de Cirugía Bariátrica del Hospital Universitario Central de Asturias, desde su presentación en Febrero de 2003, es el centro de referencia para toda la comunidad autónoma. Desde octubre de 2003 hasta diciembre de 2013 han sido intervenidas 435 personas<sup>22</sup>. Esta Unidad articula los distintos servicios implicados en este proceso asistencial entre los que se encuentra salud mental y endocrinología. Tras cumplir los criterios de inclusión en la valoración somática por parte del servicio de endocrinología, el usuario es derivado a los servicios de salud mental para la evaluación psicológica previa a la CB. La adecuada selección del paciente garantiza la buena evolución tras la cirugía. El seguimiento postquirúrgico es llevado a cabo, de forma coordinada, por los distintos servicios sanitarios.

## OBJETIVOS

Evaluar la CV de los pacientes intervenidos de CB puede resultar una tarea muy práctica, nos conecta con las necesidades de la persona con obesidad y proporciona información sobre el nivel de satisfacción tras la intervención quirúrgica. El objetivo general del presente estudio es valorar y analizar los cambios percibidos en la CV de una muestra de personas intervenidas de CB. Para ello, se evalúa en primer lugar la CV global y en segundo lugar, la CV en las 6 dimensiones. La evaluación se realiza diferenciando tres grupos según el tiempo transcurrido desde la intervención: dos años o menos, de dos a cinco años y más de cinco años.

## MÉTODO

### Participantes

Esta investigación se lleva a cabo con 18 personas que realizan su seguimiento posquirúrgico en los servicios de salud mental y/o de endocrinología del área sanitaria III (Avilés). Se

trata de un estudio descriptivo transversal. De las 18 personas, 16 son mujeres (88,9%) y 2 son hombres (11,1%). El rango de edad en el que han sido intervenidos oscila entre 27-56 años, siendo la media de edad de 45,6. De la muestra total, llevan intervenidas dos años o menos, 5 personas (27,78%); el segundo grupo lo componen 6 personas (33,33%) que llevan intervenidas entre dos y cinco años y el tercer grupo está formado por 7 personas (38,89%), que llevan intervenidas más de cinco años.

### Instrumento

La CV fue evaluada con un breve instrumento de seis ítems, el cuestionario Moorehead-Ardelt II, adaptado y validado recientemente en población española<sup>23</sup>. Es un cuestionario descriptivo y autocumplimentado que manifestó adecuadas propiedades psicométricas. Este instrumento evalúa la CV en seis áreas o dimensiones: autoestima, actividad física, relación social, satisfacción con el trabajo, actividad sexual y comportamiento en relación con la comida. La puntuación se realiza mediante una escala visual de 10 puntos. La puntuación global se obtiene a través de la suma de las seis dimensiones y clasifica la calidad de vida en: muy buena, buena, igual, mala y muy mala. La CV en cada área o dimensión es valorada como mucho mejor, mejor, igual, peor o mucho peor.

Todas las variables objeto de estudio se recogen de la historia clínica del paciente. Las variables sociodemográficas son el sexo y edad en el momento de la intervención y las variables clínicas son el tiempo transcurrido desde la intervención (grupo 1: hasta los dos años, grupo 2: de dos a cinco años y grupo 3: a partir de los cinco años) y el peso e IMC previos a la intervención quirúrgica y en el momento de la administración del cuestionario de CV.

### Procedimiento

Una vez aprobada la investigación por el comité de ética, se realiza la selección de los participantes de forma intencional. En las consultas programadas de psicología y endocrinología se les invita a participar en el estudio transmitiéndoles la información oportuna. Tras su aceptación y firma del consentimiento informado, cumplimentan el cuestionario.

## RESULTADOS

### Calidad de vida global

De los 18 pacientes, el 27,8% valoran su CV global como muy buena, el 44,4% como buena y el 27,8% como igual que antes de la intervención. Ninguna persona valora su CV como mala o muy mala. Para analizar los resultados en función del tiempo transcurrido desde la cirugía, hemos diferenciado tres grupos. Todas las personas del primer grupo valoraron la CV como buena (60%) o muy buena (40%). El segundo grupo valoró como muy buena un 16,67%, buena el 50% e igual que antes de la intervención un 33,33%. Finalmente, las personas que llevan más tiempo intervenidas valoran un 28,57% como muy buena, y en el mismo porcentaje los que la consideran buena. Se mantiene igual en su CV el 42,86%. (Tabla 1).

### Calidad de vida por áreas o dimensiones

En autoestima, el 44,44% valoraron sentirse mucho mejor, el 27,8% mejor, el 16,7% igual, peor el 11,11% y ninguno mucho peor. En actividad física se encuentran mucho mejor el 44,44%, el 33,33% mejor, 11,11% igual, 11,11% peor y ninguno mucho peor. En relaciones sociales el 61,11% está mucho mejor, el 33,33% está mejor, el 5,56% igual y no hay nadie que se encuentre peor ni mucho peor. En el área que recoge la actividad laboral, el 55,56% de las personas consideran que están mucho mejor, el 27,8% mejor, y el mismo porcentaje (5,56%) las personas que valoran que están igual, peor y mucho peor que antes de la intervención. En relaciones sexuales, sólo se tienen en cuenta 17 sujetos ya que este área para una persona de la muestra no era aplicable. Esta dimensión fue valorada por el 35,29% de las personas como mucho mejor, el 23,53% la valoraron como mejor, el 11,76% igual, 5,88% peor y 23,53% como mucho peor. Finalmente en hábitos alimenticios, el 44,4% está mucho mejor, el 27,8% mejor, el 22,22% se encuentra igual, el 5,56% mucho peor y ninguna persona está peor. (Tabla 2)

Analizando la CV por dimensiones según los años de evolución tras la cirugía, encontramos que, en autoestima, dentro del primer grupo, el 60% valoran su autoestima como mucho mejor y el 40% como mejor. Ninguna persona considera que su autoestima está igual, peor ni mucho peor que antes de la

**Tabla 1.** Calidad de vida global.

	Muy buena	Buena	Igual	Mala	Muy mala	Total
Grupo 1	2 (40%)	3 (60%)				5 (27,78%)
Grupo 2	1 (16,67%)	3 (50%)	2 (33,33)			6 (33,33%)
Grupo 3	2 (28,57%)	2 (28,57%)	3 (42,86)			7 (38,89%)
Muestra total	5 (27,8%)	8 (44,4%)	5 (27,8%)			18 (100%)

Grupo 1: hasta dos años; Grupo 2: de dos a cinco años; Grupo 3: cinco años o más.

**Tabla 2.** Calidad de vida por áreas o dimensiones.

	Mucho mejor	Mejor	Igual	Peor	Mucho peor
Autoestima	8 (44,44%)	5 (27,8 %)	3 (16,7%)	2(11,11%)	
Actividad física	8 (44,44%)	6 (33,33%)	2 (11,11%)	2 (11,11%)	
Relaciones sociales	11 (61,11%)	6 (33,33%)	1 (5,56%)		
Actividad laboral	10 (55,56%)	5 (27,8%)	1 (5,56%)	1 (5,56%)	1 (5,56%)
Relaciones sexuales	6 (35,29%)	4 (23,53%)	2 (11,76%)	1 (5,88%)	4(23,53%)
Hábitos alimenticios	8 (44,4%),	5 (27,8 %)	4 (22,22%)		1 (5,56%)

intervención. En el segundo grupo, el 33,3% valoran su autoestima como mucho mejor, mismo porcentaje los que la valoran como mejor, el 16,67% la valora como igual y el 16,67% como peor. En el tercer y último grupo, el 42,86% consideran que su autoestima está mucho mejor y el 14,28% mejor. El 28,57% valoran su autoestima como igual que antes de la intervención y el 14,28% que está peor. En la dimensión actividad física, del primer grupo, el 60% mucho mejor, el 20% mejor y el 20% peor. En el segundo grupo, se obtiene el mismo porcentaje para mucho mejor y mejor (50%). En el tercer grupo, el 28,57% la valoran como mucho mejor, 57,14% como mejor y el 14,28% como peor. En relaciones sociales, en el primer grupo, 80% consideran que sus relaciones sociales están mucho mejor y el 20% mejor. En el segundo grupo, el 50% las valora como mucho mejor y el 50% como mejor. En el tercer grupo, el 57,14% las valora como mucho mejor, y el 14,28% como mejor, igual o peor, con el mismo porcentaje. En el área actividad laboral, en el primer grupo, el 80% están mucho mejor y el 20% están igual. En el segundo grupo, el 50% considera que su actividad laboral está mucho mejor y el mismo porcentaje para mejor. En el tercer grupo, el 57,14% mucho mejor, el 14,28% mejor, peor

y mucho peor. En cuanto a relaciones sexuales, en el primer grupo el 80% está mucho mejor y el 20% mejor. En el segundo grupo, coinciden las valoraciones de mejor, igual y mucho peor con un 33,3%. En el tercer grupo, el 33,3% están mucho mejor, el 16,65% está mejor, el 16,65% está peor y el 33,3% mucho peor. Finalmente, en hábitos alimenticios, en el primer grupo, el 40% está mucho mejor, el 40% mejor y el 20% igual. En el segundo grupo, el 33,3% mucho mejor, 16,67% mejor, el 33,3% igual y el 16,67% mucho peor. En el tercer grupo, el 57,14% está mucho mejor, el 28,57% mejor y el 14,28% igual.

Para facilitar la interpretación de los resultados se incluye la Tabla 3 en la que se suman, por un lado, las puntuaciones obtenidas en mucho mejor y mejor, y por otro lado, las obtenidas en peor y mucho peor.

**Peso e índice de masa corporal (IMC)**

Se presentan los resultados en primer lugar para la muestra total. El peso medio prequirúrgico es de 128kg y el IMC medio de 49,4. El peso medio posquirúrgico en el momento de la administración del cuestionario de CV es de 86,1kg y el

**Tabla 3.** Calidad de vida por áreas o dimensiones en los 3 grupos (porcentajes).

	Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3		
	MM y M	=	P y MP	MM y M	=	P y MP	MM y M	=	P y MP
Autoestima	100			66,6	16,67	16,67	57,14	28,57	14,28
A. Física	80		20	100			85,71		14,28
R. Sociales	100			100			71,42	14,28	14,28
A. Laboral	80	20		100			71,42		28,56
R. Sexuales	100			33,3	33,3	33,3	49,95		49,95
H. Aliment.	80	20		49,97	33,3	16,67	85,71	14,28	

MM: mucho mejor; M: mejor; =: igual; P: peor; MP: mucho peor.

IMC medio de 33,6. En segundo lugar, se exponen las variables en función del grupo al que pertenecen las personas intervenidas. Las medidas prequirúrgicas para el grupo 1 son: peso medio de 126,6kg e IMC medio de 48,56. En el grupo 2 el peso medio es de 129,4kg y el IMC medio de 48,2 y para el tercer grupo, peso medio 127,9kg y el IMC medio de 51,1. Las medidas posquirúrgicas son, para el grupo 1, peso medio de 83,54kg e IMC medio de 32,36, para el grupo 2, peso de 84,4kg e IMC de 33,16 y para el grupo 3, peso de 89,57kg e IMC de 34,89. (Tabla 4).

**Tabla 4.** Peso e IMC pre y posquirúrgico.

	Prequirúrgico		Posquirúrgico	
	Peso	IMC	Peso	IMC
Grupo 1	126,6	48,56	83,54	32,36
Grupo 2	129,4	48,2	84,4	33,16
Grupo 3	127,9	51,1	89,57	34,89
Muestra total	128	49,4	86,1	33,6

## DISCUSIÓN

Nuestros resultados coinciden con otras investigaciones que obtuvieron que la mayoría de las personas intervenidas de CB consideraron que su CV global había mejorado tras la intervención<sup>14-21</sup>. A diferencia de otros estudios<sup>6,15,17,21</sup>, en nuestra investigación ninguna persona valoró que su CV era peor o mucho peor que antes de la intervención.

Comparando el primer y segundo grupo, observamos que en el segundo descienden de forma importante aquellas personas que consideran que su CV es muy buena. También descienden en menor medida los que consideran que su CV es buena. Aparece un importante porcentaje de los que consideran que su CV se mantiene igual que antes de la intervención. En relación al tercer grupo, obtenemos la misma proporción para los que consideran que su CV es muy buena y buena. Con respecto al segundo grupo, aumentan las personas que consideran su CV como muy buena, se reducen las personas que la consideran buena y aumentan los casos de las que la consideran igual. A medida que pasan los años, el impacto positivo de la cirugía es menor, un importante número de personas tiene la percepción de que su CV se mantiene igual que antes de la misma. No obstante, a partir de los cinco años, el 57,14% continúa considerando que su CV es muy buena o buena. Nuestros resultados coinciden con otras investigaciones que plantean la necesidad de un tiempo mínimo de cinco años para evaluar los resultados de la CB<sup>24</sup>. Evaluaciones a más corto plazo revelan éxitos iniciales que no se mantienen en seguimientos posteriores<sup>25</sup>.

Por áreas, la mayor ganancia para la muestra total se obtiene en relaciones sociales, seguida de actividad laboral y actividad física, ganancia similar se obtiene en autoestima y hábitos alimenticios y finalmente, la menor ganancia se obtiene en relaciones sexuales. A lo largo de los años los éxitos iniciales obtenidos no se mantienen en la misma proporción. En los dos primeros años tras la intervención se obtienen los mejores resultados. Todos los sujetos valoran que su autoestima, sus relaciones sociales y sexuales son mejor o mucho mejor que antes de la cirugía y el 80% que son mejor o mucho mejor en actividad física, hábitos alimentarios y actividad laboral. Con respecto a otros trabajos que plantean que la mayor ganancia es en autoestima<sup>14-17</sup>, en nuestra investigación y de acuerdo con estudios recientes<sup>20</sup>, obtenemos que esto solamente se observa a corto plazo (dos primeros años). Entre los dos y cinco años tras la cirugía se mantienen las ganancias e incluso se elevan en actividad física, relaciones sociales y actividad laboral, descendiendo considerablemente en autoestima, hábitos alimenticios y sobre todo, en relaciones sexuales, donde solamente un tercio de los sujetos consideran que están mejor que antes de la intervención. Con respecto a los que llevan más de cinco años operados y en relación al segundo grupo, hay un descenso de las personas que consideran que están en conjunto, mejor y mucho mejor, en autoestima, actividad física, relaciones sociales y actividad laboral. En hábitos alimenticios aumentan los éxitos y se vuelve a equiparar a los buenos resultados del primer grupo. En relaciones sexuales hay una pequeña recuperación respecto a los bajos resultados de las personas del segundo grupo. Sin embargo y coincidiendo con otras investigaciones<sup>14-15,18-19</sup>, es el área que tras años de evolución obtiene los peores resultados.

Los cambios obtenidos en las distintas áreas o dimensiones entre los tres grupos no parecen estar relacionados con el peso, ya que este es similar a los dos años, entre los dos y cinco años y a partir de los cinco años de la intervención. Los tres grupos presentaron un peso y un IMC equivalente, tanto en las valoraciones prequirúrgicas como posquirúrgicas. Asimismo, en los tres grupos se observan pérdidas de peso semejantes (aproximadamente 30% del peso inicial) con respecto a las valoraciones prequirúrgicas. Por tanto, la pérdida del peso parece independiente de los años transcurridos tras la intervención. Aunque los tres grupos objeto de estudio lo componen distintos sujetos, se podría hipotetizar que la pérdida de peso inicial se mantiene a lo largo de los años.

## CONCLUSIONES

La mayoría de las personas intervenidas consideran que su CV global ha mejorado tras la intervención. Teniendo en cuenta los años de evolución transcurridos desde la cirugía, los resultados muestran que a medida que pasa el tiempo disminuye la percepción de que la CV es buena o muy buena y aumentan las valoraciones en las que la CV es igual que an-

tes de la intervención. No se obtiene ninguna valoración donde la CV global sea mala o muy mala. En la muestra total el área que más mejora son las relaciones sociales, seguido de las áreas laboral y actividad física, autoestima y alimentación, y finalmente, relaciones sexuales. Este orden se mantiene similar entre dos y cinco años tras la operación, aunque los porcentajes en algunas áreas descienden. No obstante, lo que más mejora a partir de los cinco años de seguimiento es la actividad física y la alimentación, incluso por encima de los éxitos iniciales, siendo las relaciones sexuales y la autoestima lo que más desciende con respecto a los dos primeros años. En los primeros años tras la intervención se produce una importante pérdida de peso que podría justificar los éxitos iniciales en la CV. Sin embargo, incluso perteneciendo cada grupo a un momento de evolución distinto tras CB, en los tres grupos de estudio el peso es similar entre ellos, y aún así resalta el hecho de que la valoración de la mayoría de las áreas de la CV empeoran. Esto hace plantearse que el peso es sólo uno de los factores que influyen en la percepción subjetiva que una persona tiene de su CV.

## AGRADECIMIENTOS

A los profesionales del servicio de endocrinología del Hospital San Agustín por su colaboración y apoyo. A los usuarios por su desinteresada participación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Rubio M, Salas-Salvadó J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes.* 2007; 7-48. Disponible en [http://www.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Consenso\\_SEEDO\\_2007.pdf](http://www.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Consenso_SEEDO_2007.pdf).
- Medina FX, Aguilar A, Sole-Sedeno JM. Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. *Nutr. clín. diet. hosp.* 2014; 34(1):67-71. Disponible en <http://revista.nutricion.org/PDF/ASPECTOS-SOCIALES.pdf>.
- Morales MJ, Díaz-Fernández MJ, Caixas A, Goday A, Moreira J et al. Tratamiento quirúrgico de la obesidad: recomendaciones prácticas basada en la evidencia. *Endocrinol Nutr.* 2008; 55(supl 3): 1-24. Disponible en [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13130346&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=12&ty=111&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=12v55nSupl.3a13130346pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13130346&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=12&ty=111&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=12v55nSupl.3a13130346pdf001.pdf).
- Sjöström J. Surgical treatment of obesity: an overview and results from the SOS study. En Bray GA y Bouchard C. (Ed.). *Handbook of obesity. Clinical applications.* Second edition. New York: Ed. Marcel Dekker; 2004. p.359-384.
- Fernández Rodríguez M, Guerra Mora P, Vicente Palacios C. Obesidad mórbida y criterios de evaluación previos a la cirugía bariátrica. *Trastornos de la Conducta Alimentaria.* 2013;18: 2008-2038. Disponible en [http://www.tcasevilla.com/archivos/obesidad\\_morbida.\\_criterios\\_de\\_evaluacion.pdf](http://www.tcasevilla.com/archivos/obesidad_morbida._criterios_de_evaluacion.pdf).
- Ocón J, Pérez S, Laborda G, Ruesca P, García R. Eficacia y complicaciones de la cirugía bariátrica en el tratamiento de la obesidad mórbida. *Nutr Hosp.* 2005; 20(6): 409-414. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v20n6/original7.pdf>.
- Naughton MJ, Shumaker, SA, Anderson RT, Czajkowski SM. Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. En Spilker, B. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials.* New York, Lippincott-Raven; 1996. p. 117-131,
- Patrick DL, Erickson P. Assessing health-related quality of life for clinical decision making. En: SR. Walker y RM. Rosser (Eds.). *Quality of life: Assessment and application.* MTP Press, Lancaster; 1988.
- Ruiz M, Berrocal C, Valero L. Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema.* 2002; 14(3):577-582. Disponible en <http://www.psicothema.com/pdf/768.pdf>.
- Rivas A, Ocejo S, Sierra M. Evaluación de la calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía de obesidad mórbida. *Medicina universitaria.* 2009; 11(45): 243-246. Disponible en [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13148110&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=304&ty=91&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=304v11n45a13148110pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13148110&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=304&ty=91&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=304v11n45a13148110pdf001.pdf).
- Tayyem R, Ali A, Atkinson J, Martin CR. Analysis of health-related quality-of-life instruments measuring the impact of bariatric surgery: systematic review of the instruments used and their content validity. *Patient.* 2011;4(2):73-87. Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/51500046\\_Analysis\\_of\\_Health-Related\\_Quality-of-Life\\_Instruments\\_Measuring\\_the\\_Impact\\_of\\_Bariatric\\_Surgery](https://www.researchgate.net/publication/51500046_Analysis_of_Health-Related_Quality-of-Life_Instruments_Measuring_the_Impact_of_Bariatric_Surgery).
- Oria H, Moorehead M. Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). *Obes Surg.* 1998; 8: 487-499. Disponible en [http://www.obesityteam.com/baros/baros\\_oria.pdf](http://www.obesityteam.com/baros/baros_oria.pdf).
- Moorehead MK, Ardelt-Gattinger E, Lechner H, Oria HE. The validation of the Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II. *Obes Surg.* 2003; 13(5): 684-92. Disponible en [http://obesityteam.com/BAROS/MooreheadQoL\\_BAROS\\_neu.pdf](http://obesityteam.com/BAROS/MooreheadQoL_BAROS_neu.pdf).
- González F, Gómez G, Arraigada G. Evaluación mediante score BAROS de los resultados del bypass gástrico en el tratamiento de la obesidad mórbida. *Rev Chil Cir.* 2006; 58 (5). Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v58n5/art10.pdf>.
- Bobowicz M, Lehmann A, Orlowski M, Lech P, Michalik M. Preliminary Outcomes 1 Year after Laparoscopic Sleeve Gastrectomy Based on Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). *Obes Surg.* 2011; 21:1843-1848. Disponible en [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3217142/pdf/11695\\_2011\\_Article\\_403.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3217142/pdf/11695_2011_Article_403.pdf).
- Martínez Y, Mellado C, Moreno-torres H, Pérez A, Orduña R, Ruiz-López MD. Cambios en la calidad de vida evaluada mediante BAROS (bariatric analysis and reporting outcomes system) en pacientes de obesidad mórbida intervenidos con la técnica del salmón. *Nutr Hosp.* 2004; 19(supl.1): 2. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v19s1/enfermeria1.pdf>.

17. Del Rosal G. Análisis de los cambios generados por la cirugía bariátrica en obesos mórbidos. 2009. Trabajo de investigación. Instituto Universitario de Ciencias de la salud. Fundación H. A. Barceló. Facultad de Medicina. Disponible en [http://www.barcelo.edu.ar/uploads/contenido/Trabajo\\_Final\\_N\\_117\\_An%C3%A1lisis\\_de\\_los\\_cambios\\_generados\\_por\\_la\\_cirgu%C3%ADa\\_bari%C3%A1trica\\_.pdf](http://www.barcelo.edu.ar/uploads/contenido/Trabajo_Final_N_117_An%C3%A1lisis_de_los_cambios_generados_por_la_cirgu%C3%ADa_bari%C3%A1trica_.pdf).
18. Gavira IM, Vílchez F, Cayón M, García A, Escobar L, Mayo MA, Pacheco JM, Vázquez JM, Aguilar M. Efecto del bypass gástrico sobre el riesgo cardiovascular y la calidad de vida en pacientes con obesidad mórbida. *Nutr Hosp.* 2014; 29(3): 508-512. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v29n3/06originalobesidad01.pdf>.
19. Velásquez-Zambrano JG, Miranda-Fontalvo A, Pulgar-Emiliani MI, Araujo-Zarate PL, Salazar-Mestre CJ. Evaluación de la calidad de vida en pacientes obesos y cirugía bariátrica. *Rev.cienc.biomed.* 2014;5(1):79-87. Disponible en [http://www.revista.spotmediv.com/pdf/5-1/12\\_BARIATRICA.pdf](http://www.revista.spotmediv.com/pdf/5-1/12_BARIATRICA.pdf).
20. Alcaraz A, Ferrer M, Parrón T. Calidad de vida en los pacientes obesos y su cambio tras cirugía bariátrica a medio y largo plazo. *Nutr Hosp.* 2015; 31(5): 2033-2046. Disponible en <http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/8792>.
21. Lizeth J, Medina S, Vázquez L, Maqueo P, Martínez B. La Calidad de Vida en el paciente con Cirugía Bariátrica mediante el Score BAROS. Monterrey: Centro Médico Hospital San José Tec de Monterrey.
22. Rodríguez R, Jara JH, Porrero B, Sanz S, Fernández D, Mínguez G et al. Hallazgos de la gastroscopia preoperatorio en cirugía bariátrica. Nuestra experiencia. Libro de comunicaciones 16 Congreso de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas, y de la sección de obesidad de la A.E.C.; 2014. p. 14. Disponible en [http://www.seco2014.es/images/site/LIBRO\\_ABSTRACTS\\_SECO2014.pdf](http://www.seco2014.es/images/site/LIBRO_ABSTRACTS_SECO2014.pdf).
23. Martín García-Almenta M. Adaptación y validación española del cuestionario de calidad de vida de Moorehead-Ardelt II en pacientes obesos mórbidos e intervenidos de obesidad mórbida. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid; 2014. Disponible en <http://eprints.ucm.es/24519/1/T35090.pdf>.
24. Larrad A, Sánchez-Cabezudo C. Indicadores de calidad en cirugía bariátrica y criterios de éxito a largo plazo. *Cir Esp.* 2004; 75(3): 301-4. Disponible en [http://apps.elsevier.es/watermark/ctlServlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=13061109&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=36&ty=129&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=36v75n05a13061109pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctlServlet?_f=10&pidet_articulo=13061109&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=36&ty=129&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=36v75n05a13061109pdf001.pdf).
25. Alastrué A, Moreno P, Martínez B. Estado actual del tratamiento quirúrgico de la obesidad morbid. *Med Clin.* 2002; 119: 140-4. Disponible en [http://apps.elsevier.es/watermark/ctlServlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=13033992&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=2&ty=30&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v119n04a13033992pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctlServlet?_f=10&pidet_articulo=13033992&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=2&ty=30&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v119n04a13033992pdf001.pdf).