



Comunicaciones enfermería, nutrición y psicología SECO 2013

1.-INTOLERANCIA ALIMENTARIA Y CAMBIOS ORGANOLÉPTICOS TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA EN FUNCIÓN DEL TIPO DE TÉCNICA.

A.M. Giner Romeo, M.Á. Escartí Usó, I. Rubió Gavidia, N. Garriga.

INTRAOBES. Hospitales 9 Octubre (Valencia), La Vega (Murcia), Pardo Aravaca (Madrid)

Objetivos

Evaluar la incidencia de intolerancia alimentaria y de cambios organolépticos en nuestros pacientes en función del tipo de técnica: restrictivas (gastrectomía vertical y plicatura gástrica) versus mixtas (bypass gástrico de anastomosis única y en Y de Roux).

Material y método

Se comparan dos grupos de pacientes: 267 con técnicas restrictivas (235 gastrectomías verticales + 32 plicaturas de curvatura mayor) versus 202 derivaciones gástricas (188 en Y de Roux + 14 de anastomosis única). Hemos considerado "Intolerancia alimentaria" presente si se evitan 2 ó más de los siguientes alimentos (que antes de la cirugía no ocurriera): carne, alimentos grasos, leche y/o bebidas carbónicas. Hemos considerado "cambios organolépticos" presente si el paciente declara en al menos 3 consultas a partir de los 6 meses post-cirugía, cambios significativos en la percepción del olor, sabor y/o textura de determinados alimentos que les produce una modificación en su conducta alimentaria respecto de antes de la cirugía.

Resultados

El 10% de los pacientes operados con técnicas restrictivas sufren "intolerancia alimentaria" mientras que en los bypass dicha intolerancia se eleva al 25% de casos. Sin embargo, en ambos grupos los cambios organolépticos se producen con una incidencia semejante, próxima al 20% de casos.

Conclusiones

El bypass genera una mayor intolerancia alimentaria que las técnicas restrictivas, tal vez por problemas en el funcionamiento de la anastomosis y por menor

volumen del reservorio (elemento restrictivo). Sin embargo, ambas técnicas tienen una incidencia comparable de alteraciones organolépticas, por lo que probablemente se vean implicados factores no ya de tipo mecánico sino hormonal (disminución significativa de la Ghrelina y en ambos casos).

2.-CALIDAD DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

L. Amador Martí, Y. Melero Puche, J.V. Ferrer Valls, B. Belenguer Baño, D. Hernando Almero.

Clinica Obesitas

Introducción

La dieta mediterránea es un prototipo de dieta saludable, que garantiza un correcto aporte calórico-nutricional, y previene de enfermedades asociadas a la obesidad y síndrome metabólico.

Los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica, parten de patrones alimentarios desequilibrados, por lo que son un grupo de riesgo nutricional en el que debe estudiarse su patrón dietético para evitar carencias calórico-nutricionales y el fracaso de la cirugía.

El objetivo de este trabajo es determinar el índice de calidad de los hábitos alimentarios de un grupo de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica.

Material y método

Distribución del test Kidmed (cuestionario de 16 preguntas que valora el índice de adherencia a la dieta mediterránea), a una muestra aleatoria de 56 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica (48 mujeres, 8 varones), con una edad media de 38,4 años.

El test se distribuyó como instrumento de valoración alimentaria, durante las consultas dietéticas entre junio 2012 y Diciembre 2013, a los 3 (n15), 6 (n19), 9(n10), 12(n12) y más de 12 (n20) meses postoperatorios.

El índice Kidmed tiene una valoración final de 0 a 12; de 0 a 3 indica una adherencia baja de la dieta mediterránea, de 4 a 7 media y de 8 a 12 alta.

Resultados

Un 51,79% de los pacientes presentaron un índice Kidmed alto y un 48,21 % medio. Sólo un 5,35% presentaron la puntuación máxima.

El índice aumenta progresivamente conforme aumenta el tiempo desde la cirugía; 7,4 (3 meses), 7,8 (6 meses), 7,9 (9 meses), 8,5 (12 meses), 8,6 (más de 12 meses).



OA

Lo mismo ocurre con el número de pacientes que presentan una puntuación óptima; 53,3% (3 meses), 63% (6 meses), 60 % (9 meses), 66,6% (12 meses) y 75% (más de 12 meses).

Entre los primeros meses y a partir del año postoperatorio existieron diferencias estadísticamente significativas entre ítems. Los que favorecieron al índice fueron; tomar verdura una vez al día (86% frente a 100%) y más de una (46% frente a 80%), tomar pescado regularmente (80% frente a 100%) y frutos secos (26,6% frente a 50%), consumir frecuentemente comidas rápidas y dulces (6,6% frente a 5%), utilizar aceite de oliva (93% frente a 100%), saltarse el desayuno (13% frente a 5%), incluir lácteo en desayuno (80% frente a 95%), tomar 40g de queso diarios (60% frente a 90%). Los ítems que perjudicaron al índice fueron; tomar fruta una vez al día (93% frente a 75%), tomar legumbres con regularidad (66% frente al 50%).

Conclusiones

El seguimiento dietético y educación nutricional en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica, ha sido fundamental en nuestra experiencia.

La formación nutricional postoperatoria, ha conseguido incrementar de un 50% a un 75%, al año de la operación, el cumplimiento de un patrón de dieta mediterránea.

Los aspectos dietéticos que más hay que reforzar durante el seguimiento dietético, serían incrementar el consumo de fruta, frutos secos y pasta.

EL test Kidmed puede ser un instrumento de valoración cualitativa aplicable para estos pacientes.

3.-DÉFICITS NUTRICIONALES EN CIRUGIA BARIÁTRICA. COMPARATIVA DE NUESTRAS SERIES

B. Calvo Catalá, J.A. Gracia Solanas, E. Redondo Villahoz, E. Borao Muñoz, M.Á. Gascón Dominguez, D. Fernández Pera, M. Elia Guedea, M.Á. Bielsa Rodrigo, M. Martínez Díez.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Introducción

Los déficits nutricionales son una de las complicaciones más temidas tras la cirugía bariátrica y obliga a un estrecho seguimiento durante los primeros años, siendo recomendable mantenerlo anualmente. A mayor complejidad de la técnica bariátrica se consiguen mejores resultados de pérdida ponderal pero aparecen más complicaciones a este nivel.

Objetivo

Comparar los déficits nutricionales en dependencia de la técnica realizada.

Material y método

Estudio retrospectivo que analiza la evolución en cuanto a pérdida de peso, y déficits nutricionales. Se estudiaron 265 pacientes intervenidos de Bypass Bilio-pancreático de Scopinaro, 152 pacientes intervenidos de Bypass Gástrico laparoscópico y 70 pacientes intervenidos de Gastroplastia tubular laparoscópica con un seguimiento mínimo de 2 años. El análisis se realizó con el programa estadístico Stat-View 5.0.

Resultados

El IMC medio del grupo Scopinaro (BPBP-S) fue de 52,27, en el grupo derivación gástrica (DG) de 44,75 kg/m² y 49,26 kg/m² en los pacientes intervenidos de Gastroplastia vertical (GVL).

En cuanto a los déficits nutricionales más destacables se observaron los siguientes: Hierro (10% en GV, 30,8% en DG y 64 % en BPBP-S presentando anemia el 9,2% de los pacientes intervenidos de GV, 23% DG y 52% BPBP-S). Vitamina B12 (20% GT, 37,6% DG y 0,44% BPBP-S). Vitamina A (9,33% en BPBP-S con pérdida de agudeza visual observando 1 paciente que presentaba disminución severa). Ácido fólico (32% GV, 17% DG y 4,8% BPBP-S). Zinc (en GV 18,46%, DG 23% y BPBP-S 20,8%). Hiperparatiroidismo (18,4% GV, 43,15% DG, 52,4% BPBP-S). Malnutrición proteica (10% BPBP-S, 1,36% DG y 0 en GV). Polineuropatía (0,78% BPBP-S, 0,64% BPG).

Debido a la malnutrición un total de 10 pacientes intervenidos de BPBP-Scopinaro han precisado una reconversión alargando el tramo común.

Conclusiones:

- Aunque la técnica que mejores resultados ofrece en cuanto pérdida ponderal es el BPBP-Scopinaro, su alta incidencia de déficits hace que su papel deba ser limitado.
- La técnica que menos alteraciones nutricionales provoca en la GV por lo que es la técnica que realizamos actualmente a la espera de conseguir un seguimiento comparable a las otras series.

4.-MODIFICACION DEL ESTILO DE VIDA, CONSEJOS DIETETICOS Y CUIDADOS TRAS LA CIRUGIA BARIATRICA

A.M. Alcaraz Garcia ⁽¹⁾, M. Ferrer Marquez ⁽¹⁾, M.D.R. Ayala Maqueda ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Hospital Torrecárdenas, Almería; ⁽²⁾ DUE.



OA

Introducción

Una persona intervenida de obesidad mórbida, que se va de alta a casa, precisa de unas necesidades específicas, que le ayuden a adaptarse a su nueva vida. Y un seguimiento continuado para comprobar que lleva a cabo estos cambios, tan necesarios en su nuevo estilo de vida. Para ello, se le van a dar unas pautas a seguir en domicilio, además de ofrecer la ayuda de los especialistas relacionados con la situación para ello.

Material y método

Personas intervenidas de obesidad mórbida en el año 2011, por el Servicio de Cirugía Bariátrica del Hospital Torrecárdenas, perteneciente al Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería, mediante las técnicas de Gastrectomía vertical (GV) y/o derivación gástrica (DG) por vía laparoscópica

METODO.

- Programa estadístico SPSS 15.0.
- Protocolo de cirugía bariátrica del Servicio Torrecárdenas.
Los cuidados tras la intervención de cirugía bariátrica se dividen en:
1º El cambio dietético será progresivo y va a consistir en:
 - cambiar la forma y la cantidad en la ingesta de alimentos.
En un principio será líquida para pasar a dieta blanda a partir de la 5 semana y posteriormente una dieta normal. Eso sí, siempre en cantidades limitadas.
 - habrá que modificar el tipo de alimentos que se toman.
Eliminar bebidas gaseosas, cola cao, vino...
Disminuir, ingerir de vez en cuando solamente e incluso eliminar de la dieta, alimentos calóricos, así como la bollería industrial, los bocadillos envasados.
2º El cambio en el estilo de vida, va a consistir en:
 - caminar durante las primeras semanas y aumentar la intensidad del ejercicio forma progresiva.
 - evitar el sedentarismo.

En cuanto a lo que respecta a los cuidados de la incisión quirúrgica:

- cura seca con Povidona iodada cada dos días en el centro de salud.
- observar la zona de la incisión para evitar cualquier complicación, como infecciones, hematomas...

Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo.

Resultados

Todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, perdieron peso, con lo que disminuye el IMC, a la vez que disminuyen e incluso desaparecen las enfermedades asociadas a la obesidad, debido a los cambios en el estilo de vida y a las modificaciones dietéticas recomendadas.

Discusión

La cirugía bariátrica, es el último escalón en el tratamiento de la obesidad mórbida.

Pero de nada sirve, si esta no está acompañada de una modificación tanto, en el estilo de vida como el tipo y la cantidad de alimentos que se ingieren.

Son muchos los profesionales implicados para que esta cirugía sea un éxito, (personal del área de hospitalización, de consultas externas y del centro de salud), éxito que en gran parte depende del paciente, pero nosotros vamos a proporcionar la ayuda necesaria para ello, para reforzar las pautas a seguir en cada momento.

5.- IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EN LA CONDUCTA NUTRICIONAL PREOPERATORIA EN PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS

N. Martínez Sanz, M.E. Tamayo Rodríguez, M. Ruiz Marín, E. Peña Ros, M. Vicente Ruiz, A. Sánchez Cifuentes, M. González Valverde, A. Sánchez Cifuentes, J. Rodenas Moncada, A. Albarracín Marín-Blázquez.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

Objetivo

Evaluar el impacto de un programa grupal de educación nutricional en los pacientes obesos mórbidos, previo a la cirugía bariátrica sobre la pérdida de peso preoperatoria y las complicaciones perioperatorias precoces.

Pacientes y método

Estudio retrospectivo y comparativo que incluye 148 pacientes sometidos a cirugía bariátrica entre Enero de 2009 y Marzo de 2012. A 76 de estos pacientes (grupo A) se les proporcionó una información y consejos nutricionales estándar en consulta de Endocrinología y Nutrición. Otros 72 pacientes (grupo B) fueron incluidos en un programa de educación nutricional grupal durante los tres meses previos a la intervención quirúrgica. Se determinó el IMC en el momento de indicación de la cirugía (IMC1) y en el día previo al quirófano (IMC2), el tiempo quirúrgico, la estancia hospitalaria y la morbi-mortalidad peri-operatoria.

Resultados

En el grupo A se obtuvo un IMC1: 45,19±7,3 y un IMC2: 46,17±6,1. El grupo B presentó un IMC1:



OA

45,88±7,3 y un IMC2: 44,41±6,1. No se encontraron diferencias entre ambos grupos en cuanto al tiempo operatorio, estancia hospitalaria y complicaciones precoces.

Conclusiones

Un programa de educación grupal sobre cambios en hábitos nutricionales promueve la pérdida de peso durante el periodo preoperatorio en cirugía bariátrica. Y demuestra ser más efectivo que los consejos nutricionales estándar en estos pacientes.

6.-LA SEXUALIDAD EN LOS PACIENTES BARIÁTRICOS

M.D.L.Á. Pomares Callejón ⁽¹⁾, M. Ferrer Márquez ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Hospital de Poniente, El Ejido; ⁽²⁾ Hospital Torrecárdenas, Almería.

Introducción

Debido a la alta prevalencia de personas que sufren obesidad mórbida, es importante prestar atención a estos pacientes, pues no solo presentan una comorbilidad importante, sino también, alteraciones psicológicas debido a su aspecto físico. Entre éstas podemos destacar los problemas que sufren relacionados con la sexualidad.

Objetivos

PRINCIPAL:

- Evaluar la influencia de la obesidad mórbida sobre sexualidad, en pacientes candidatos a cirugía bariátrica.

SECUNDARIOS:

- Describir las variables demográficas de aquellos pacientes que sufren obesidad mórbida, susceptibles a cirugía bariátrica.
- Valorar las patologías asociadas, en aquellos pacientes que sufren obesidad mórbida, susceptibles a cirugía bariátrica.

Pacientes y método

Es un estudio descriptivo, transversal, en el que se analiza y estudia cómo viven la sexualidad aquellos pacientes que sufren obesidad mórbida y que son susceptibles a cirugía bariátrica.

Para la realización dicho estudio, se ha pasado los cuestionarios FSM, R-ISS, R-BSAS y preguntas no validadas formuladas en relación con la obesidad.

Resultados y conclusiones

- Los pacientes obesos mórbidos, candidatos a cirugía bariátrica, ven influenciada su actividad sexual a consecuencia de la obesidad que presentan.
- La gran mayoría de los pacientes obesos mórbidos, consideran que los problemas sexuales relacionados con su obesidad, se solucionarían con la pérdida de peso.
- A pesar de las dificultades que les presenta la obesidad, un elevado porcentaje de pacientes obesos, se sienten satisfechos con su actividad sexual.
- Los pacientes obesos mórbidos, presentan un elevado porcentaje de comorbilidades asociadas, siendo el SAOS la más frecuente.

7.-EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES BARIÁTRICOS Y EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO

B. Serrano Fernández ⁽¹⁾, M.Á. Vicente Vicente ⁽²⁾, I. Olaizola Iregi ⁽³⁾, P. Sierra Polo ⁽²⁾, C. Cabrejas Gómez ⁽¹⁾, N. Gonzalez Cabrera ⁽¹⁾, V. Sierra Esteban ⁽¹⁾, J.M. Vitores López ⁽¹⁾, J. Valencia Cortejoso ⁽¹⁾, G. Martínez De Aragón Remirez De Esparza ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Hospital Universitario Araba (Txagorritxu); ⁽²⁾ Hospital Universitario de Araba (Txagorritxu); ⁽³⁾ Hospital Universitario de Araba.

Introducción

Según datos publicados, el grado de satisfacción tras la cirugía evaluado mediante test de calidad es “alto” o “muy alto” para >80% de los pacientes. El test de calidad más utilizado es el Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II (M-A QoLQII) porque es fácil de realizar e interpretar, es específico para este tipo de patología y está bien validado.

Objetivos

Evaluar la calidad de vida a los 2, 3 y 5 años tras la cirugía bariátrica y relación con otros parámetros como porcentaje de sobrepeso perdido (%SPP), IMC, tipo de cirugía, edad y sexo.

Material y método

Se recogen de forma prospectiva resultados del M-A QoLQII y datos antropométricos de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Araba (HUA-Txagorritxu) entre los años 2003-2011, y que están en seguimiento en consultas externas de Nutrición. Se analizan los datos con el programa estadístico SPSS.



OA

Resultados

N = 178 Varones: 31 (17%) Mujeres 147 (83 %)

 Peso inicial medio 128,09 ± 22,8 (79-230) IMC

 inicial medio 48,45 ± 6,7 (35-74)

 Tipo de CB: Gastroplastia vertical (GV) 11%;

 Derivación gástrica (DG) estándar 83%; BPG distal 6%.

 Tras la CB:

 Ø 2 años: IMC medio 2 años 29,6 ± 4,9; % PSP 82 ±

 20% (31-130%).

 Score M-A QoLQII medio= 1,9±0,9 (Mejor; Mucho

 mejor).

 Ø 3 años: IMC medio 3 años 29,9 ± 4,9; PSP 80 ± 21%

 (28-121%).

 Score M-A QoLQII medio= 1,9±0,9 (Mejor; Mucho

 mejor).

 Ø 5 años: IMC medio 5 años 31,9 ± 5,2; % SPP 73 ±

 20% (32-118%).

 Score M-A QoLQII medio= 1,7±1,1 (Mejor; Mucho

 mejor).

% pacientes Mejor/Mucho mejor	Autoestima	Actividad física	Vida social	Empleo	Relaciones sexuales
2 años	93%	94%	63%	78%	59%
3 años	92%	92%	69%	73%	69%
5 años	90%	88%	65%	81%	59%

Asociación estadísticamente significativa del Score M-

 A QoLQII con el % SPP a los 5 años ($p=0,014$,

 Pearson), y con el sexo a los 2 años ($p=0,030$, t-

 Student). No asociación significativa con el tipo de

 cirugía, el IMC, ni la edad.

Conclusiones

El grado de satisfacción de los pacientes con obesidad

 mórbida tras la CB evaluado por M-A QoLQII es “alto”

 o “muy alto”, especialmente en los índices de

 autoestima y actividad física.

 Dicho score mostró asociación estadísticamente

 significativa con el PSP a los 5 años,

 independientemente del IMC alcanzado. El grado de

 satisfacción a los 2 años fue significativamente mejor

 para mujeres, independientemente de la edad. No

 hubo relación con el tipo de cirugía.

8.-GESTIÓN DE LA ACTIVIDAD DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA BARIÁTRICA

C. Jiménez Ramos, P. Macías Díaz, R. Pérez Huertas,

 A. Cano Matías, M. Retamar Gentil, E. Domínguez-

 Adame Lanuza.

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla

Objetivo

Analizar la actividad de la consulta de enfermería

 bariátrica de la U.G.C. de Cirugía General y Digestiva

 del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.

Material y método

Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes

 atendidos en una consulta semanal de enfermería.

 Previo al inicio de la consulta y de forma consensuada

 con los médicos de la Unidad de Cirugía Bariátrica, se

 definieron las funciones del profesional de enfermería,

 basadas en objetivos asistenciales:

- Pérdida de peso en una fase pre-quirúrgica hasta alcanzar el objetivo establecido con visitas cada 14 días
 - Control clínico postquirúrgico en visitas programadas a los 21 y 45 días, a los 3, 6, 12 y 18 meses, y anualmente hasta los 5 años
- Posteriormente, se planificó una agenda exclusiva para el profesional de enfermería. Para medir la actividad asistencial desempeñada en la consulta, se contabilizaron los datos registrados en dicha agenda, referentes a los periodos de abril a diciembre de 2011 (fase de inicio de la consulta) y 2012 (fase de consulta establecida)

Análisis estadístico:

- Se analizan por separado dos periodos: fase de inicio de la consulta y fase de consulta establecida. Se contabilizan el número de jornadas y el número de pacientes atendidos, distribuidos en primeras visitas, visitas pre-quirúrgicas y postquirúrgicas. Se calculan las medidas de tendencia central y dispersión para los datos numéricos.
- Análisis de la medida de tendencia central y dispersión de la variable visitas pre-quirúrgicas, referente al total de pacientes intervenidos en el tiempo analizado
- Se analiza la fase de consulta establecida en cuanto a la distribución del tiempo de una jornada tipo. Las variables se expresan en porcentajes sobre el tiempo total de la consulta

Resultados:

- El número de intervenciones de abril a diciembre de 2011 fue 18. Actividad asistencial de la consulta (26 jornadas laborales): 34 pacientes nuevos (M=1.3 por día); visitas pre-quirúrgicas 209 (M=8.03 diaria); visitas postquirúrgicas 39 (M=3.9 diaria)
- Número de intervenciones en 2012 fue 37. Actividad asistencial de la consulta (45 jornadas laborales): 42 pacientes nuevos (M=0.93 diaria); visitas pre-quirúrgicas 307 (M=6.82 diaria); visitas postquirúrgicas 191 (M=4.24)
- La media de visitas pre-quirúrgicas por paciente es de 8.36 en aquellos que completan la fase pre-quirúrgica hasta diciembre de 2012
- La jornada laboral tipo (diaria) fue de 390 minutos. La actividad fundamentalmente fue



OA

asistencial (330 min, 84,6%). Otras actividades fueron: atención de pacientes presenciales fuera de agenda (20 min, 5,1%), consultas telefónicas (10 min, 2,5%) y actividad administrativa (30 min, 7,6%). Además, se realizó investigación fuera del horario de la jornada laboral y por ello se excluye del análisis

Conclusiones

En la práctica diaria, el desarrollo de este nuevo modelo de enfermería de cirugía bariátrica, ha supuesto ahorro de tiempo y del número de visitas médicas, así como una mejora en la atención percibida por el paciente. Los resultados expuestos anteriormente indican que el tiempo requerido corresponde a la jornada laboral completa del profesional sanitario. Los datos aquí presentados pueden servir de referencia para la planificación de la atención especializada en otros servicios de Cirugía Bariátrica.

9.-VATICINIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA POST-CIRUGÍA BARIÁTRICA EVALUADA A TRAVÉS DE ACELORIMETRÍA

S. Cañizares ⁽¹⁾, C. Contente ⁽¹⁾, L. Rodríguez ⁽¹⁾, J. Vidal ⁽¹⁾, E. Gómez-Gil ⁽¹⁾, R. Navinés ⁽²⁾, L. Flores ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Hospital Clinic i Provincial, Barcelona; ⁽²⁾ Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

La práctica de la actividad física constituye un componente esencial en el tratamiento médico y quirúrgico de la obesidad. El ejercicio físico tras la cirugía bariátrica está asociado a una mayor pérdida ponderal y a un mejor mantenimiento del peso perdido.

Objetivo

Analizar qué factores influyen en la actividad física de pacientes sometidos a cirugía bariátrica tras la cirugía.

Material y Método

La muestra estuvo compuesta por 55 pacientes a los que se les realizó una tubulización o bypass gástricos. Se les administró el Cuestionario de Actividad Física en el Tiempo Libre de Minnesota (CAFTLM, Taylor y cols., 1978) y la sub-escala de Función Física del cuestionario Impacto del Peso en la Calidad de Vida-versión abreviada (IWQOL-Lite, Kolotkin et al., 2001).

Se les colocó a nivel de la cresta ilíaca el Actical (sensor de actividad física no invasivo que se basa en acelerometría omni-direccional con registro de datos de la intensidad y duración de la actividad) que llevaron durante 3 días.

Estas medidas subjetivas y objetivas se recogieron antes de la cirugía bariátrica y 4 meses después. Además, dentro de la evaluación pre-quirúrgica, se administró el inventario de personalidad NEO-FFI-R (McCrae y Costa, 2004), que proporciona una medida del rasgo de personalidad neuroticismo.

Se realizó un análisis de regresión lineal (método backward) con las variables sexo, edad, neuroticismo y actividad física objetiva pre-quirúrgica así como con las medidas obtenidas a los 4 meses post-cirugía de función física, PSP y actividad física subjetiva como regresivas. La variable dependiente fue la actividad física objetiva post-quirúrgica a los 4 meses.

Resultados

El modelo de regresión fue significativo ($R^2 = 0.077$, $p = 0.04$), aunque sólo se mantuvo como regresiva la actividad física objetiva pre-quirúrgica ($p = 0.04$).

Conclusiones

La actividad física de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica tras 4 meses de la intervención se explicó únicamente por la actividad física que realizaban pre-quirúrgicamente. No se confirmó el efecto del PSP, de variables subjetivas (actividad física, función física percibida), de personalidad ni demográficas. Con todo, la limitada varianza explicada por el modelo, sugiere la influencia de otras variables. Estos resultados apuntan el interés del abordaje terapéutico de la actividad física en algunos pacientes antes de la cirugía bariátrica.