

Resultados de la encuesta seco sobre calidad de vida en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

José Daniel Sánchez^A, Sara Núñez^B, Esther Ferrero^A, José María Gil^A, Mariana García^B, Antonio Picardo^C.

A: Médico adjunto; B: Médico residente; C: Jefe de servicio

Servicio De Cirugia General Y Digestivo. Unidad De Cirugia Bariátrica Y Metabólica. Hospital Universitario Infanta Sofía. Universidad Europea De Madrid. Sebastián De Los Reyes. Madrid. Universidad Europea De Madrid

Correspondencia: Dr. José Daniel Sánchez C/ Bailen 32. Las Rozas de Madrid. Madrid. España. E-mail: dasalop@gmail.com. Tf: 600 56 63 94

Resumen:

Objetivos: conocer a través de un sistema de encuesta online la opinión de los miembros de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO) sobre la calidad de vida (CV) de los pacientes bariátricos.

Material y métodos: Encuesta online enviada a los miembros de la SECO. Se realizaban 5 preguntas relativas al número de procedimientos bariátricos, técnicas / año, opinión subjetiva sobre la CV percibida por el cirujano y aplicación o no de algún formulario estandarizado sobre CV tras la cirugía.

Resultados: el porcentaje de encuestas completadas fue del 36% (144/401). Al 50,9% de los pacientes se les realizó un bypass gástrico y al 39% una gastrectomía vertical, El 54% de los grupos no realiza valoración ni seguimiento de la CV. Las unidades con mayor número de intervenciones / año otorgan menor puntuación en CV a la gastrectomía vertical ($p < 0,05$).

Conclusiones: El procedimiento más realizado en España es el bypass gástrico y Roux. En el 46% de las unidades no se utiliza ninguna escala de valoración de calidad de vida. En los grupos con alto volumen de intervenciones se otorga una puntuación significativamente menor en calidad de vida a la gastrectomía vertical.

Palabras clave:

- Calidad de vida
- Cirugía bariátrica
- Bypass gástrico y Roux
- gastrectomía vertical
- BAROS

Results of the seco (spanish society of obesity surgery) survey on quality of life in patients submitted to bariatric surgery

ABSTRACT:

Objectives: To know, through an online survey system, the opinion of the members of the Spanish Society of Obesity Surgery (SECO) about quality of life (QoL) of bariatric patients.

Material and methods: Online survey sent to members of SECO. Five questions were asked regarding the number of bariatric procedures, techniques per year, subjective opinion about the QoL perceived by the surgeon and application or not of any standardized form of QoL after surgery.

Results: The percentage of completed surveys was 36% (144/401). 50.9% of patients underwent a gastric bypass and 39% a sleeve gastrectomy. 54%

KEYWORDS:

- Quality of life (QoL)
- Bariatric surgery
- Gastric bypass
- Sleeve gastrectomy
- BAROS



of the teams did not perform assessment or follow-up of QoL. Groups with high number of interventions per year give a lower QoL score to sleeve gastrectomy ($p<0.05$).

Conclusions: The most performed procedure in Spain is gastric bypass. In 46% of the teams, no QoL assessment scale is used. In groups with a high surgical volume, significantly lower score in QoL is given to sleeve gastrectomy.

Introducción

Son muchos los aspectos derivados de la obesidad mórbida que han suscitado interés entre la comunidad científica. En el ámbito de la cirugía bariátrica, un elevado porcentaje de las publicaciones tratan sobre la evolución ponderal y de las comorbilidades asociadas en función del procedimiento quirúrgico realizado, las características de los pacientes, modificaciones técnicas, etc.

Sin embargo, las cuestiones referentes a la calidad de vida (CV) de los pacientes y las modificaciones de la misma tras la cirugía bariátrica han sido y son tratadas con mucha menor frecuencia en la literatura. A modo de ejemplo, en el periodo de 20 años entre 1998 y 2017 fueron publicadas 907 referencias con las palabras clave “bariatric surgery” & “weight loss”, 735 con las palabras clave “bariatric surgery” & “diabetes” y únicamente 226 artículos con las palabras clave “bariatric surgery” & “quality of life” (Embase Quick search). Esto pone de manifiesto el menor interés que suscita el tema de la CV en el paciente bariátrico en comparación con otros aspectos de esta patología.

Podría pensarse que las cuestiones relacionadas con la calidad de vida en el paciente intervenido de cirugía bariátrica son de reciente aparición y es por ello que aún no ha llegado a suscitar gran interés entre la comunidad científica interesada en la cirugía de la obesidad, especialmente entre los cirujanos bariátricos.

Nada más lejos de la realidad. Hace ya 27 años, en 1991, Hubbard y Hall (1) publican las conclusiones de la Conferencia de Consenso sobre cirugía de la obesidad del National Institutes of Health y entre ellas se incluye una recomendación sobre la valoración y el seguimiento de la calidad de vida de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, aunque ciertamente se trata de una recomendación muy genérica que no concreta ninguna herramienta.

En 1998 Oria y Moorehead publican en Obesity Surgery (2) lo que pretende ser un método de evaluación de los resultados de la cirugía bariátrica que permita la comparación de los mismos entre diferentes técnicas y equipos quirúrgicos; denominan a este método “sistema BAROS” (acrónimo de Bariatric Analysis and Reporting Outcome System). Los epígrafes que se cuantifican son pérdida de peso y mejoría de las comorbilidades asociadas, además de un cuestionario sobre calidad de vida que incluye varios aspectos: autoestima, actividad física, relaciones sociales, laborales y sexuales. Las puntuaciones subtotales obtenidas en cada apartado son corregidas en función de la aparición o no de complicaciones en el postoperatorio o la necesidad de reintervención, obteniéndose una puntuación total que permite asignar al paciente a una categoría de

resultado: fallo, aceptable, bueno, muy bueno y excelente (Figura 1).

B.A.R.O.S. (Sistema de evaluación y análisis de resultados de la cirugía de la obesidad)		
% Sobrepeso perdido (puntos)	Comorbilidades (puntos)	CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA
Ganancia de peso (-1)	Agravada (-1)	1. Autoestima -1,0 -0,50 0 +0,50 +1,0
0-24% (0)	Sin cambios (0)	2. Física -0,50 -0,25 0 +0,25 +0,50
25-48% (1)	Mejorada (1)	3. Social -0,50 -0,25 0 +0,25 +0,50
50-74% (2)	Una mayor resuelta Otras mejoradas (2)	4. Laboral -0,50 -0,25 0 +0,25 +0,50
75-100% (3)	Todas las mayores resueltas Otras mejoradas (3)	5. Sexual -0,50 -0,25 0 +0,25 +0,50
Subtotal:	Subtotal:	Subtotal:
Complicaciones Menor: Deducir 0,2 puntos Mayor: Deducir 1 punto	Reoperación Deducir 1 punto	Puntuación TOTAL:
		Evaluación final
		Sin comorbilidades
		Fallo 0 o menos
		Regular > 0 - 1,5
		Buena > 1,5 - 3
		Muy buena > 3 - 4,5
		Excelente > 4,5 - 6
		Con comorbilidades
		Fallo 1 o menos
		Regular > 1 - 3
		Buena > 3 - 5
		Muy buena > 5 - 7
		Excelente > 7 - 9

Horacio E. Oria: Obes. Sug. 1998;8: 487-499

Figura 1: Test BAROS (Oria & Moorehead, 1998)

1- ¿ Existe en su Servicio una Unidad específica de Cirugía Bariátrica ?

SI

No

2- Aproximadamente, ¿ cuántos pacientes son intervenidos de Cirugía Bariátrica en su unidad, al año ?

3- ¿ Qué porcentaje (%) de las siguientes técnicas bariátricas realizan en su unidad ?

By pass gástrico laparoscópico en Y de Roux (BGLYR)

Gastrectomía vertical laparoscópica (GVL)

Técnicas malabsortivas

Otras

4- Puntúe de 0-10 (siendo 0 lo peor y 10 lo mejor) su valoración SUBJETIVA sobre la CALIDAD DE VIDA de los pacientes intervenidos, según las siguientes técnicas:

By pass gástrico laparoscópico en Y de Roux (BGLYR)

Gastrectomía vertical laparoscópica (GVL)

Técnicas malabsortivas

Otras

5- ¿ Utiliza alguno de las siguientes formularios estandarizados para evaluar la CALIDAD DE VIDA POSTOPERATORIA de sus pacientes ?

SF-36 (Short Form-36 Health Survey)

BAROS (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System)

NO, no utilizo ningún formulario

SI OTROS (especificar cual)

Figura 2. Preguntas del cuestionario

A pesar de estos intentos de considerar las modificaciones de la calidad de vida tras la cirugía bariátrica como una cuestión con una importancia similar a la pérdida de peso o la mejoría de las comorbilidades, el documento de consenso: “Guidelines for Laparoscopic and Open Surgical Treatment of Morbid Obesity” presentado en el año 2000 y avalado por la American Society for Bariatric Surgery (ASBS) y la Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons (SAGES) (3) no incluye ninguna referencia a la evaluación y seguimiento de la calidad de vida en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

En España, la Sociedad Española para la Cirugía de la Obesidad (SECO), en el contexto de su 6ª Asamblea General

celebrada en Salamanca en septiembre de 2003, publicó un documento de consenso (4) en el que se proponía la creación de un registro mínimo de datos de carácter nacional entre los que se incluye la evolución de la CV tras la cirugía. Ciertamente, el proyecto progresó hasta la creación y difusión de las encuestas y registros nacionales de la SECO, pero lamentablemente en dichas encuestas no se solicita información sobre cuestiones de CV tras la cirugía bariátrica.

En Europa, las guías y documentos de consenso continúan sin hacer mención a la modificación de la CV tras la cirugía bariátrica. Tanto la Interdisciplinary European Guidelines on Surgery of Severe Obesity, publicada en 2008 (5), como la Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery de 2013 (6), ambas resultado de reuniones de expertos tanto de IFSO-EC (International Federation for the Surgery of Obesity – European Chapter) como de EASO (European Association for the Study of Obesity), no incluyen entre sus recomendaciones el seguimiento ni la evaluación de la CV de los pacientes bariátricos.

En el año 2015 se publican las “Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica y metabólica (Declaración de Vitoria-Gasteiz)” (7). En el documento se insiste nuevamente en la importancia de “evaluar los resultados de calidad de vida a largo plazo de la cirugía”, aunque sin especificar los test o mecanismos de evaluación aconsejables para realizar dicha tarea.

También en 2015, Brethauer et al publican un documento de referencia de la ASMBS que pretende estandarizar criterios a la hora de comunicar resultados en cirugía bariátrica y metabólica (8). En lo referente a la medición de la calidad de vida destacan la importancia de utilizar herramientas validadas y describen los test más utilizados, aunque sin concretar o recomendar ninguna herramienta específica

En 2017 se publica en Cirugía Española una revisión de conjunto con recomendaciones sobre criterios de calidad en cirugía bariátrica (9). Por primera vez se incluye de forma concreta la modificación de la CV como indicador de calidad tras la cirugía y se aconsejan las herramientas a utilizar para la medición y estandarización de los resultados: el Test BAROS completo o alguna modificación del mismo, como el Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II (MAQoL).

A la vista del menor interés que aparentemente despierta la modificación de la CV tras la cirugía bariátrica en comparación con los criterios habituales de calidad, como la modificación de los parámetros ponderales y la mejoría de las comorbilidades asociadas, nos propusimos llevar a cabo una encuesta en el ámbito de la SECO para evaluar las opiniones, experiencia y uso de herramientas de evaluación de CV entre la comunidad de cirujanos y equipos dedicados a la cirugía bariátrica.

Material y métodos

Contando con el aval y el soporte técnico de la SECO se envió por e-mail una encuesta con 5 preguntas sobre volumen de actividad quirúrgica, técnicas empleadas, valoración subjetiva sobre calidad de vida de los pacientes y utilización de herramientas para la valoración objetiva de diferentes áreas de la calidad de vida (Figura 2). Se invitó por correo electrónico a participar de forma anónima en la encuesta vía online a los 401 cirujanos incluidos en la lista de correo de la SECO. Se enviaron 3 correos electrónicos entre el 30/10/2017 y el 20/01/2018. La encuesta estuvo disponible para ser respondida durante 83 días al final de los cuales 144 cirujanos habían completado el cuestionario completo.

El estudio descriptivo se realizó empleando el paquete estadístico SPSS® para Windows versión 23.0 (Chicago, Illinois, EE. UU.). Los resultados descriptivos se presentan como número de casos/porcentaje y como media/desviación típica. El valor de p considerado estadísticamente significativo, así como el intervalo de confianza de la odds ratio fue del 95% ($p < 0,05$).

Resultados

Análisis descriptivo

De los 401 correos electrónicos enviados, 249 receptores (62%) accedieron al link de la encuesta. De ellos, 144 completaron la encuesta, lo que supone un 57,8% de los que accedieron a la misma y un 36% del total de cirujanos que recibieron el correo electrónico con la encuesta. El 86% de los encuestados utilizaron menos de 5 minutos en completar la encuesta (el 53,7% la completaron en 2 minutos o menos) (Figura 3).



Figura 3. Flujo de la encuesta

En respuesta a la primera pregunta, 129 encuestados (89,6%) afirmaron contar con una unidad específica de cirugía bariátrica en su centro (Figura 4a).

1.- ¿ Existe en su Servicio una Unidad específica de Cirugía Bariátrica ?

Respuesta	Número de respuestas	Ratio
Si	129	89,6 %
No	15	10,4 %



Figura 4a. Respuestas a la encuesta

Respecto a la segunda cuestión, relativa al número de cirugías bariátricas/año realizadas en cada centro, los resultados presentan una importante dispersión: media 74,7 casos/año, con un mínimo de 4 y un máximo de 300 (Desviación típica 48,3) (Figura 4b).

2.- Aproximadamente, cuántos pacientes son intervenidos de Cirugía Bariátrica en su unidad/servicio cada año?



Nº Cirugías / año	Nº Respuestas	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
	144	4	300	74,7	48,3

Figura 4b. Respuestas a la encuesta

El procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado resultó ser el Bypass gástrico por laparoscopia en Y de Roux (BGLYR), en el 51% de los casos, frente a un 39% de Gastrectomía Vertical laparoscópica (GVL), un 6% de técnicas malabsortivas y un 4% otras técnicas, principalmente Bypass gástrico de una anastomosis (BAGUA) (Figura 4c).

3.- ¿ Qué porcentaje (%) de las siguientes técnicas con respecto al total de intervenciones de Cirugía Bariátrica realizan en su Centro ?

Técnica	%
Bypass gástrico en Y de Roux	51%
Gastrectomía Vertical	39%
Técnicas Malabsortivas	6%
Otras	4%



Figura 4c. Respuestas a la encuesta

Cuando solicitamos la valoración "subjetiva" de los encuestados sobre cuál de las técnicas bariátricas que realizan otorga una mejor calidad de vida al paciente, la mayor puntuación en una escala de 0-10 puntos es para la GVL (8,4 puntos), seguido por el BGLYR (8,2 puntos) y las técnicas malabsortivas (6,2 puntos) (Figura 4d).

4.- Puntúe de 0-10 (siendo 0 lo peor y 10 lo mejor) su valoración SUBJETIVA sobre la CALIDAD DE VIDA de los pacientes intervenidos según las siguientes técnicas ?

Técnica	Puntuación (0-10)
Bypass gástrico en Y de Roux	8,4
Gastrectomía Vertical	8,2
Técnicas Malabsortivas	6,2
Otras	4,3

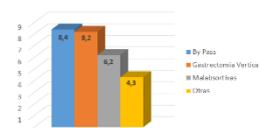


Figura 4d. Respuestas a la encuesta

El 54% de los encuestados no utiliza ninguna herramienta de medición y seguimiento de la calidad de vida de sus pacientes; entre los que sí las utilizan, la más frecuentemente usada es la escala BAROS (Figura 4e), seguida del cuestionario Short Form Health Survey 36 (SF-36) y en casos puntuales algunos cirujanos refieren utilizar la valoración realizada por un psicólogo.

5.- ¿ Utiliza alguno de las siguientes formularios estandarizados para evaluar la CALIDAD DE VIDA POSTOPERATORIA de sus pacientes ?

Formulario	Respuestas	Ratio
SF-36	5	3,5 %
BAROS	60	41,7 %
No, no utilizo ninguno	78	54,2 %
Si, otros	1	0,7 %

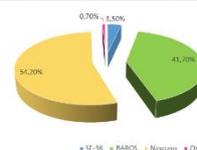


Figura 4e. Respuestas a la encuesta

Análisis estadístico

Cuando comparamos el número de cirugías / año entre aquellos centros que cuentan con unidades de Cirugía Bariátrica nos encontramos - como parece obvio-, que la media de cirugías realizadas en centros con Unidad específica es significativamente mayor ($78,22 \pm 49,34$ vs $45 \pm 22,99$ casos / año, $p=0,003$). Sin embargo, no existe diferencia significativa en el tipo de procedimiento más utilizado, siendo en ambos casos el BGLYR. Sí parece haber una tendencia, aunque no significativa, a la realización de un mayor número de GVL en los centros sin Unidad de Cirugía Bariátrica (Tabla 1a).

	< 50 casos/año (n=38)	> 50 casos/año (n=106)	p
Nº Cirugías/año	29,3 ± 10,5	91,0 ± 46,1	< 0,001
BGLYR (%)	41,3 ± 32,9	54,6 ± 29,3	0,035 *
GVL (%)	46,3 ± 29,0	36,6 ± 25,3	0,082
Técnica malabsortiva (%)	7,9 ± 18,7	5,8 ± 15,2	0,61
Otras técnicas (%)	4,5 ± 13,8	4,0 ± 13,1	0,65

*: Significativo (p<0,05)

Tabla 1a. Estadística descriptiva.

Cuando comparamos cuál es la técnica más habitual entre centros de bajo volumen quirúrgico (< 50 casos al año) y aquellos que realizan entre 50 y 100 intervenciones bariátricas anuales (que podríamos considerar de volumen medio), observamos cómo hay una inversión de la tendencia entre el BGLYR y la GVL: en los centros de bajo volumen es la GVL el procedimiento más frecuente y, en cambio, en unidades de volumen medio es el BGLYR con una diferencia estadísticamente significativa (41,3 ± 32,9 vs 54,6 ± 29,3; p=0,035) (Tabla 1b)

	< 100 casos/año (n=109)	> 100 casos/año (n=35)	p
Nº Cirugías/año	53,1 ± 22,1	141,9 ± 46,1	< 0,001
BGLYR (%)	52,2 ± 32,3	46,8 ± 25,5	0,184
GVL (%)	40,3 ± 29,0	35,5 ± 17,5	0,76
Técnica malabsortiva (%)	4,3 ± 12,3	12,5 ± 23,9	0,004 *
Otras técnicas (%)	3,6 ± 12,2	5,4 ± 16,2	0,062

*: Significativo (p<0,05)

Tabla 1b. Estadística descriptiva.

Si realizamos esta misma comparación entre centros de volumen medio y grupos con más de 100 cirugías / año (volumen alto) observamos que no existe diferencia significativa para ambas técnicas, pero sí llama la atención el aumento muy significativo de los procedimientos malabsortivos (4,3 ± 12,3 vs 12,5 ± 23,9; p=0,004) (Tabla 1c)

	< 100 casos/año (n=109)	> 100 casos/año (n=35)	p
Nº Cirugías/año	53,19 ± 22,16	141,91 ± 46,11	< 0,001
BGLYR (%)	52,2 ± 32,3	46,8 ± 25,5	0,184
GVL (%)	40,3 ± 29,0	35,5 ± 17,5	0,76
Técnica malabsortiva (%)	4,3 ± 12,3	12,5 ± 23,9	0,004 *
Otras técnicas (%)	3,6 ± 12,2	5,4 ± 16,2	0,062

*: Significativo (p<0,05)

Tabla 1. Estadística descriptiva.

Como ya hemos comentado en el análisis descriptivo, más de la mitad de los cirujanos bariátricos encuestados (54,2%) no utilizan en su práctica habitual o en el seguimiento de sus pacientes ninguna herramienta o escala que permita medir la modificación de la calidad de vida de los pacientes intervenidos (Figura 4e).

Tampoco observamos una correlación entre el volumen de cirugía bariátrica realizada y el uso de cuestionarios de calidad de vida o el tipo de cuestionario utilizado (Tabla 2).

Nº CIRUGÍAS	USO CUESTIONARIO		TOTAL
	NO	SI	
<150 casos/año	69	60	129
>150 casos/año	9	6	15
TOTAL	78	66	144
p 0,63. OR= 0,76 (0,26-2,28)			
	TIPO CUESTIONARIO		
	BAROS	SF-36	
<150 casos/año	54	5	59
>150 casos/año	6	0	6
TOTAL	60	5	65
p 0,31. OR= 1,3 (0,1-4,35)			

Tabla 2. Uso / Tipo de cuestionario de calidad de vida según volumen quirúrgico anual.

A la vista de la escasa utilización de baremos de calidad de vida en pacientes bariátricos, parece que la valoración "subjetiva" de los cirujanos cobra mayor importancia. Como se ha comentado, analizando los resultados globales, la impresión de los cirujanos es que de las técnicas que realizan, es la GVL la que otorga una mejor calidad de vida a sus pacientes (Figura 4d).

Cuando desglosamos las respuestas y correlacionamos la puntuación sobre CV con el volumen de casos anuales (y consecuentemente con la experiencia acumulada de un mayor número de casos) los resultados resultan llamativos. Si creamos tres grupos de comparación en función del número de cirugías bariátricas anuales: Grupo 1 (< 50 - > 50 casos/año); Grupo 2 (< 100 - > 100 casos/año) y Grupo 3 (< 150 - > 150 casos/año) y en cada uno de ellos valoramos la puntuación de CV que se otorga a cada técnica encontramos lo siguiente (Tabla 3):

No existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación entre unidades que realizan menos de 50 cirugías con aquellos con más de 50 cirugías anuales (Tabla 3a)

Valoración subjetiva (0-10)	< 50 casos/año	> 50 casos/año	p
BGLYR (puntos)	7,8 ± 0,9	8,5 ± 8,1	0,56
GVL (puntos)	7,9 ± 1,0	8,4 ± 7,1	0,56
Técnica malabsortiva (puntos)	5,2 ± 2,8	6,5 ± 9,1	0,51
Otras técnicas (puntos)	7,1 ± 1,4	5,8 ± 2,3	0,106

Tabla 3a. Puntuación subjetiva de Calidad de Vida de las diferentes técnicas quirúrgicas en función del volumen quirúrgico.

Cuando el volumen aumenta hasta más de 100 casos anuales, la puntuación de la GVL es significativamente superior que en los grupos de menor volumen (7,96 ± 1,03 vs 9,26 ± 1,41; p=0,014) (Tabla 3b). No existen diferencias en la puntuación para las otras técnicas estudiadas.

Valoración subjetiva (0-10)	< 100 casos/año	> 100 casos/año	p
BGLYR (puntos)	7,9 ± 1,1	9,9 ± 14,0	0,49
GVL (puntos)	7,9 ± 1,0	9,2 ± 1,4	0,014 *
Técnica malabsortiva (puntos)	5,3 ± 2,7	8,7 ± 1,7	0,221
Otras técnicas (puntos)	6,5 ± 1,7	4,7 ± 3,1	0,076

*: Significativo (p<0,05)

Tabla 3b. Puntuación subjetiva de Calidad de Vida de las diferentes técnicas quirúrgicas en función del volumen quirúrgico.

Sin embargo, cuando comparamos la valoración de CV entre aquellos centros de volumen quirúrgico muy alto (más de 150 procedimientos anuales) con el resto de grupos, la puntuación que se da a la GVL es significativamente inferior en estos centros (que por su volumen anual se podrían considerar de referencia). (Tabla 3c).

Valoración subjetiva (0-10)	< 150 casos/año	> 150 casos/año	p
BGLYR (puntos)	8,5 ± 7,4	7,0 ± 2,2	0,078
GVL (puntos)	8,4 ± 6,4	6,8 ± 2,0	0,042 *
Técnica malabsortiva (puntos)	6,4 ± 8,5	5,1 ± 3,1	0,82
Otras técnicas (puntos)	6,4 ± 1,8	4,1 ± 3,6	0,070

Tabla 3c. Puntuación subjetiva de Calidad de Vida de las diferentes técnicas quirúrgicas en función del volumen quirúrgico.

*: Significativo (p<0,05)

Discusión

Diversos estudios han demostrado que la cirugía bariátrica consigue una mejoría en la calidad de vida (10-12). A pesar de dicha evidencia, la evaluación de esta mejoría no suele formar parte de los parámetros que habitualmente se miden durante el seguimiento de los pacientes bariátricos operados. Más allá de la pérdida de peso y la mejoría de las comorbilidades los pacientes muestran tras la cirugía bariátrica una evolución favorable de aspectos como la autoestima, su situación social, laboral y sexual (13).

Para valorar el grado de importancia que los cirujanos bariátricos de la SECO otorgan a la calidad de vida de sus pacientes decidimos lanzar una encuesta que nos permitiera conocer el estado actual de éste aspecto de la cirugía de la obesidad en nuestra sociedad científica.

El primer resultado de la encuesta que llama la atención es la predominancia del bypass gástrico (BGLYR) sobre el resto de procedimientos bariátricos. Este dato, ya conocido y reflejado en las encuestas de actividad bariátrica de la SECO (14), difiere de los resultados publicados para el resto de Europa y Estados Unidos, donde el procedimiento mayoritario es la gastrectomía vertical (GVL). Los datos recogidos en España se asemejan a los obtenidos en los países latinoamericanos, donde aún es el bypass el procedimiento más habitual (15).

Existe una correlación entre el volumen anual de intervenciones y la progresión en las técnicas realizadas. Los centros de bajo volumen quirúrgico tienden a realizar un

mayor número de GVL. A medida que aumenta la actividad bariátrica y la experiencia de los grupos, parece haber un “viraje” hacia la realización de procedimientos mixtos como el BGLYR y las técnicas malabsortivas, aparentemente más demandantes desde el punto de vista técnico. A pesar de los grandes esfuerzos de sociedades y cirujanos bariátricos de referencia, realmente no existe en la actualidad una “guía” para la selección del procedimiento bariátrico más adecuado para cada paciente con obesidad mórbida. La GVL parece resultar más atractiva por su menor complejidad técnica, su versatilidad, menor índice de complicaciones (16) y los resultados prometedores en cuanto a pérdida de peso a largo plazo (17).

Más de la mitad de los encuestados no utilizan ninguna escala estandarizada para valorar de forma objetiva la evolución en calidad de vida de sus pacientes tras la cirugía. Por ello, la pregunta que se incluyó en la encuesta se refiere a la estimación “subjetiva” del cirujano bariátrico basada en el seguimiento de sus pacientes. Estamos acostumbrados a asistir y/o participar en debates sobre cuál es la técnica bariátrica más adecuada en uno u otro paciente con obesidad mórbida; estos debates centran el objetivo en la mayor o menor pérdida de peso, el índice de resolución de la diabetes, hipertensión, dislipemia etc., pero poco se comenta sobre la opinión de los pacientes sobre su calidad de vida postoperatoria y parece que este aspecto tiene poco peso a la hora de decidir la técnica quirúrgica.

Una de las primeras cuestiones que se nos plantean a la hora de valorar las modificaciones en calidad de vida en estos pacientes es: ¿qué variables medimos?, ¿hay algún parámetro que deba tener mayor peso que otro en la puntuación final? ¿Cuál es la herramienta más adecuada?

El test BAROS surgió como una herramienta de medición de calidad de vida específica para pacientes bariátricos (2). A partir de la estructura original, esta herramienta sufrió modificaciones realizadas por el mismo grupo (Moorehead y Oria) hasta llegar 5 años más tarde a la publicación del llamado *Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II* (MAQoL) (18). Este cuestionario presenta buena correlación con otras herramientas de medición de calidad de vida como el *Short-Form Health Survey (SF-36)*, el *Beck Depression Inventory II* y el *Stunkard and Messick Eating Inventory* (19-21) y parece haberse establecido como el instrumento estándar para la medición de calidad de vida en la población de pacientes con obesidad mórbida y es el recomendado por la Asociación Española de Cirujanos y la SECO (9).

Un estudio recientemente publicado (22) comparando la modificación de la calidad de vida tras diferentes técnicas bariátricas (principalmente LRYGB y GVL), ha mostrado diferencias en algún aspecto puntual, como la función física, que sin llegar a ser trascendente en la selección de la técnica, sí pone de manifiesto que los diferentes procedimientos muestran diferentes resultados en cuanto a CV. Actualmente,

se encuentra en marcha en nuestra unidad un estudio similar, cuyos resultados preliminares ya comunicados (23) parecen dirigirse en el mismo sentido. Asimismo, ensayos clínicos en marcha (24, 25) para comparar diferentes técnicas bariátricas tienen entre sus objetivos secundarios el estudio de las modificaciones en calidad de vida tras la cirugía

Conclusiones

La generalización en el uso de cuestionarios de CV en los pacientes bariátricos podría ser una herramienta importante en el tratamiento y seguimiento de éstos pacientes. Es poco probable que pueda servir para cambiar la indicación de una u otra técnica, pero indudablemente podría contribuir a una mejor comprensión de aspectos menos técnicos y menos conocidos de nuestros pacientes, que pueden repercutir en una mejor atención global a los pacientes con obesidad mórbida.

Sería recomendable incluir estas herramientas en la práctica clínica diaria de los cirujanos bariátricos de nuestra sociedad científica, tal y como aconsejan las últimas guías clínicas y documentos de consenso.

Bibliografía

- 1.- Hubbard VS, Hall WH. National Institutes of Health Consensus Development Conference Draft Statement on Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity. *Obesity Surgery* 1991; 1:257-265
- 2.- Oria HE, Moorehead MK. Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). *Obesity Surgery* 1998; 8:487-499
- 3.- Guidelines for Laparoscopic and Open Surgical Treatment of Morbid Obesity. *Obesity Surgery* 2000; 10:378-379
- 4.- Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica (Declaración de Salamanca). *Cirugía Española* 2004; 75(5):312-314. [https://doi.org/10.1016/S0009-739X\(04\)72328-3](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(04)72328-3)
- 5.- Fried M, Hainer V, Basdevant A et al. Interdisciplinary European Guidelines on Surgery of Severe Obesity. *Obes Facts* 2008; 1(1):52-59. <https://doi.org/10.1159/000113937>
- 6.- Fried M, Yumuk V, Oppert JM et al. Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery. *Obes Facts* 2013; 6:449-468. <https://doi.org/10.1159/000355480>
- 7.- Díez I, Martínez C, Sánchez-Santos R, Frutos MD, De la Cruz F, Torres AJ. Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica y metabólica (Declaración de Vitoria-Gasteiz, 2015). *BMI* 2015; 5 (3):842-845.
- 8.- Brethauer SA, Kim J, El Chaar M et al. Standardized Outcomes Reporting in Metabolic and Bariatric Surgery. *Obes Surg* 2015; 25:587-606. <https://doi.org/10.1007/s11695-015-1645-3>

- 9.- Sabench Pereferrer F, Domínguez-Adame E, Ibarzabal A et al. Criterios de calidad en cirugía bariátrica: revisión de conjunto y recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos y de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad. *Cir Esp* 2017; 95 (1):416. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.09.007>
- 10.- Suter M, Donadini A, Romy S, Demartines N, Giusti V. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: significant long-term weight loss, improvement of obesity related comorbidities and quality of life. *Ann Surg* 2011; 254:267-273.
- 11.- Mohos E, Schmaldienst E, Prager M. Quality of life parameters, weight change and improvement of comorbidities after laparoscopic Roux Y gastric bypass and laparoscopic gastric sleeve resection-comparative study. *Obes Surg* 2011; 21:288-294.
- 12.- Mar J, Karlsson J, Arrospide A, Mar B, Martínez de Aragón G, Martínez-Blazquez C. Two year changes in generic and obesity-specific quality of life after gastric bypass. *Eat Weight Disord* 2013; 18:305-310. <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0039-6>
- 13.- Goitein D, Zendel A, Segev L, Feigin A, Zippel D. Bariatric surgery improves sexual function in obese patients. *Isr Med Assoc J* 2015; 17:616-619.
- 14.- Actividad Bariátrica en España. Encuesta de actividad SECO 2016. Datos de la encuesta cumplimentada por los Socios SECO y presentada en la Asamblea General de la Sociedad durante el 19º Congreso Nacional SECO Sevilla, Marzo-2017
- 15.- Angrisani L, Santonicola A, Iovino P et al. IFSO Worldwide Survey 2016: Primary, Endoluminal, and Revisional Procedures. *Obes Surg* 2018; 28(12):3783-3794. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3450-2>
- 16.- Kumar S, Hamilton B, Wood S, Rogers SJ, Carter JT, Lin MY. Is laparoscopic sleeve gastrectomy safer than laparoscopic gastric bypass? a comparison of 30-day complications using the MBSAQIP data registry. *Surg Obes Relat Dis* 2018; 14(3):264-269. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2017.12.011>
- 17.- Angrisani L. 2014: The year of the sleeve supremacy. *Obes Surg.* 2017; 27(6):1626-1627. <https://doi.org/10.1007/s11695-017-2681-y>
- 18.- 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. <https://doi.org/10.1381/096089203322509237>
- 19.- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Med Care* 1992; 30: 6
- 20.- Beck, AT, Steer, RA, Brown, GK. Beck Depression Inventory – II. Toronto: The Psychological Corporation, 1996
- 21.- Stunkard AJ, Messick S. Eating Inventory Manual. Toronto: The Psychological Corporation, 1986

22.- Versteegden D, Van Himbeeck M, Nienhuijs S. Improvement in quality of life after bariatric surgery: sleeve versus bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2018 ; 14(2):170-4. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2017.10.008>

23.- Sánchez López JD; Iglesias E; Ferrero E et al. Evaluación de la calidad de vida en el paciente sometido a cirugía bariátrica: comparación entre By Pass gástrico en Y de Roux y Gastrectomía Vertical. Comunicación presentada en el XX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad y de las Enfermedades Metabólicas y de la Sección de Obesidad de la AEC y de la VI Reunión Ibérica de la Obesidad. Palma de Mallorca. Abril de 2018.

24.- Kraljevic M, Delko T, Köstler T et al. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass versus laparoscopic mini gastric bypass in the treatment of obesity: study protocol for a randomized

controlled trial. *Trials* 2017; 18(1):226. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-1957-9>

25.- Fischer L, Wekerle AL, Bruckner T et al. BariSurg trial: Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35-60 kg/m² - a multi-centre randomized patient and observer blind non-inferiority trial. *BMC Surg* 2015;15:87. <https://doi.org/10.1186/s12893-015-0072-7>.