

Réplica de los autores a la carta

Calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía bariátrica: evolución y determinantes

Quality of life in patients undergoing bariatric surgery: evolution and determinants

doi.org/10.23938/ASSN.0305

C.J. van-der Hofstadt Román^{1,3}, C. Leal Costa^{3,4}, M.R. Alonso Gascón², J. Rodríguez-Marín^{1,3}

Sr. Director:

En relación a la carta publicada por Catalán y col¹, en primer lugar, queremos agradecer el interés y las felicitaciones que trasladan los autores sobre nuestro trabajo previamente publicado en Anales del Sistema Sanitario de Navarra². Queremos enfatizar, al igual que los autores, que los pacientes con obesidad mórbida tienen mayor riesgo de comorbilidades médicas y psiquiátricas, siendo la cirugía bariátrica (CB) la estrategia más efectiva cuando los cambios en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico fracasan^{1,3,4}. Sin embargo, nos gustaría hacer una serie de aclaraciones a sus comentarios.

En primer lugar, Catalá, y col¹, analizando nuestro trabajo *Evolución de la calidad de vida a los 24 meses de seguimiento en pacientes sometidos a cirugía bariátrica: comparación entre el bypass gástrico y la gastrectomía vertical tubular*², comentan que la CB tiene un efecto positivo sobre la pérdida de peso y la calidad de vida a los 12 y 24 meses tras la intervención quirúrgica, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en función de la técnica utilizada (*bypass gástrico vs. gastrectomía vertical tubular*), tanto en el porcentaje del

exceso del índice de masa corporal (IMC) perdido como en la calidad de vida.

En nuestro estudio² se utilizaron el porcentaje del exceso de IMC perdido (PEIMCP) como indicador de éxito de mejora ponderal tras la cirugía, y los cuestionarios SF-36 y OP-53 para valorar la mejora en la calidad de vida; se encontraron resultados similares a otros estudios realizados^{5,6}, donde se pone de manifiesto que la mejora en la calidad de vida tras CB a medio-largo plazo se produce en la dimensión física, pero no en la mental.

Catalá, y col¹ comentan que habría sido interesante que se hubiera analizado si algunos de los aspectos sociodemográficos estudiados eran predictores de la mejora de la calidad de vida mental. Sin embargo, hemos de decir que para calcular las diferencias de grupo a los 12 y 24 meses según la técnica quirúrgica (*bypass gástrico o gastrectomía vertical tubular*), se realizó un MANCOVA para las variables de calidad de vida y PEIMCP, controlando la influencia de las covariables sociodemográficas, edad, sexo y estado laboral. De hecho, en estudios previos con seguimiento a los 12 meses no se observaron diferencias en la calidad de vida según la técnica quirúrgica^{7,8}. Esta diferencia puede ser debida a

1. Unidad de Psicología Hospitalaria. Hospital General Universitario de Alicante.
2. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández.
3. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL-FISABIO).
4. Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Murcia.

Correspondencia:

César Leal Costa
Facultad de Enfermería
Universidad Católica de Murcia
Campus de los Jerónimos s/n
30107. Guadalupe (Murcia)
E-mail: cleal@ucam.edu

que no se controlaron las covariables o las características particulares de los sujetos de las muestras. Sin embargo, estamos de acuerdo con Catalá y col¹ en que la evaluación psicológica preoperatoria tiene una función importante en la detección de emociones negativas (ansiedad y depresión), autoestima, etc.⁹, a fin de implementar intervenciones psicológicas diseñadas para mejorar la calidad de vida mental de manera significativa a largo plazo.

Tal y como apuntan Catalá y col¹, creemos adecuado que a la hora de evaluar la mejora en la calidad de vida tras CB en futuras investigaciones se tenga en cuenta si el paciente se sometió o no a cirugía plástica reparadora ya que, como indican, se ha observado que aquellos pacientes que se someten a cirugía plástica tras la CB presentan mejoras en la calidad de vida superiores a aquellos que no se someten¹⁰.

Para finalizar, Catalá y col¹ apuntan que la adiposidad tras la CB presenta una trayectoria diferente a las del IMC y el peso corporal, pudiendo influir en la evolución de algunas variables bioquímicas. Esto lleva a los autores a plantearse nuevas hipótesis, como que los cambios en la adiposidad corporal producen cambios en las hormonas producidas por el tejido adiposo o en otras variables metabólicas que se han asociado con la mejora en la calidad de vida tras la pérdida de peso¹¹. Nos parece interesante esta nueva propuesta de los autores; pero aunque el IMC se considere una medida indirecta de la adiposidad sujeto a una elevada tasa de error¹², actualmente las recomendaciones sobre los indicadores de éxito de la CB son en función de la disminución del peso, siendo los más utilizados el porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) y el PEIMCP, siendo este último el más recomendado¹³.

Queremos felicitar a Catalá y col por sus líneas de investigación relacionadas con la CB y las variables asociadas a su éxito y sus beneficios, y coincidimos en su propuesta de que los esfuerzos futuros deben ir encaminados a conocer los factores que mejoren la dimensión psicológica de los pacientes, y poder utilizarlos para conocer mejor los determinantes psicosociales del éxito de la CB en el paciente con obesidad mórbida.

BIBLIOGRAFÍA

- CATALÁN V, SALVADOR J, FRÜHBECK G, GÓMEZ-AMBROSI J. Mejora de la calidad de vida tras la cirugía bariátrica. *An Sist Sanit Navar* 2018; 41: 287-289.
- VAN-DER HOFSTADT CJ, ESCRIBANO CUBAS S, TIRADO-GONZÁLEZ S, PÉREZ-MARTÍNEZ E, ESTRADA CABALLERO JL, ORTIZ SEBASTIÁN S et al. Evolución de la calidad de vida a los 24 meses de seguimiento en pacientes sometidos a cirugía bariátrica: comparación entre el bypass gástrico y la gastrectomía vertical tubular. *An Sist Sanit Navar* 2017; 40: 199-209.
- BASTERRA-GORTARI FJ, BES-RASTROLLO M, RUIZ-CANELA M, GEA A, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ MÁ. Prevalencia de obesidad y diabetes en adultos españoles, 1987-2012. *Med Clín (Barc)* 2017; 148: 250-256.
- VALENTÍ AZCÁRATE V, ZUGASTI MURILLO A. Programa de cirugía bariátrica laparoscópica en la Clínica Universidad de Navarra-Complejo Hospitalario de Navarra: resultados a un año. *An Sist Sanit Navar* 2012; 35: 433-444.
- MAJOR P, MATLOK M, PÉDZIWIATRI M, MIGACZEWSKI M, BUDZYŃSKI P, STANEK M et al. Quality of life after bariatric surgery. *Obes Surg* 2015; 25: 1703-1710.
- LINDEKILDE N, GLADSTONE BP, LÜBECK M, NIELSEN J, CLAUSEN L, VACH W et al. The impact of bariatric surgery on quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2015; 16: 639-651.
- BUZGOVÁ R, BUZGA M, HOLÉČZY P, ZONCA P. Evaluation of quality of life, clinical parameters, and psychological distress after bariatric surgery: comparison of the laparoscopic sleeve gastrectomy and laparoscopic greater curvature plication. *Bariatric Surg Pract Patient Care* 2016; 11: 169-176.
- VAN-DER HOFSTADT CJ, TIRADO S, ESCRIBANO S, PÉREZ-MARTÍNEZ E, VALENS E, ESTRADA JL et al. Evolución de la calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. *BMI* 2016; 6: 954-961.
- VAN-DER HOFSTADT ROMÁN CJ, LEAL COSTA C, TIRADO GONZÁLEZ S, GARCÍA RODRÍGUEZ M, PÉREZ MARTÍNEZ P, RODRÍGUEZ-MARÍN J. Predictors of anxiety and depression symptoms in bariatric surgery candidates. *Bariatric Surg Pract Patient Care* 2016; 11: 123-130.
- MODARRESSI A, BALAGUE N, HUBER O, CHILCOTT M, PIT-TET-CUENOD B. Plastic surgery after gastric bypass improves long-term quality of life. *Obes Surg* 2013; 23: 24-30.
- LINKOV F, BURKE LE, KOMAROFF M, EDWARDS RP, LOKSHIN A, STYN MA et al. An exploratory investigation of links between changes in adipokines and quality of life in individuals undergoing weight loss interventions: possible implications for cancer research. *Gynecol Oncol* 2014; 133: 67-72.
- GÓMEZ-AMBROSI J, MONCADA R, VALENTÍ V, SILVA C, RAMÍREZ B, CATALÁN V et al. Cardiometabolic profile related to body adiposity identifies patients eligible for bariatric surgery more accurately than BMI. *Obes Surg* 2015; 25: 1594-1603.
- DEITEL M, GREENSTEIN RJ. Recommendations for reporting weight loss. *Obes Surg* 2003; 13: 159-160.