

Calidad de vida en pacientes con obesidad mórbida sometidos a gastroplastia vertical bandeada

Juan Antonio Guisado Macías^a, Francisco José Vaz Leal^a, Javier Alarcón Domingo^a, Juan José López-Ibor^b, Luis Gaité^c y Miguel Ángel Rubio^d

^aDepartamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura. Badajoz. ^bDepartamento de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Universidad Complutense. Madrid. ^cDepartamento de Psiquiatría. Universidad de Cantabria. Santander. ^dDepartamento de Endocrinología. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid.

Resumen

Introducción. Los pacientes con obesidad mórbida que son sometidos a técnicas quirúrgicas para perder peso constituyen una población referencial para analizar la calidad de vida ya que, generalmente, el tratamiento quirúrgico provoca una importante y duradera pérdida de peso.

Métodos. La muestra está formada por 100 pacientes con obesidad mórbida (85 mujeres, 15 varones) que han sido sometidos a tratamiento quirúrgico (gastroplastia vertical anillada) para perder peso. Cuarenta pacientes (40%) cumplieron criterios CIE-10 para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos y fueron incluidos en el grupo de "obesos mórbidos psiquiátricos". Los 60 pacientes restantes (60%) no cumplieron criterios diagnósticos CIE-10 y fueron incluidos en el grupo de "obesos mórbidos sanos". Cada paciente completó la escala de calidad de vida del Lancashire Quality of Life Profile-European Version (LQOLP-EU).

Resultados. La calidad de vida del grupo con trastornos psiquiátricos está más deteriorada que en el grupo carente de ellos. Hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas para los dos grupos en las subescalas de relaciones familiares ($p < 0,001$), salud ($p < 0,002$), bienestar general ($p < 0,001$), afectividad positiva ($p < 0,0001$), afectividad negativa ($p < 0,0001$), autoestima negativa ($p < 0,0001$), opinión del paciente ($p < 0,002$) y opinión del clínico ($p < 0,001$). La pérdida de peso no se relaciona con el diagnóstico psiquiátrico.

Conclusiones. La calidad de vida de los pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica está más deteriorada si presentan trastornos psiquiá-

tricos. La pérdida de peso es independiente del diagnóstico psiquiátrico. Hacemos hincapié en la necesidad de realizar una evaluación psiquiátrica en los pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica, antes y después de la intervención, ya que nos hemos encontrado con una peor calidad de vida que podría ensombrecer el pronóstico a largo plazo.

Palabras clave: Obesidad mórbida. Cirugía bariátrica. Calidad de vida. Trastornos psiquiátricos.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MORBID OBESITY UNDERGOING VERTICAL BANDED GASTROPLASTY

Introduction. Surgically treated morbidly obese patients are a suitable population to analyse the quality of life because their surgical treatment generally results in substantial and long-lasting weight reduction.

Methods. The group was composed of 100 morbidly obese patients (85 females, 15 males) who had undergone surgical treatment (vertical banded gastroplasty) for weight reduction. Forty of these patients (40%) met ICD-10 criteria for the diagnosis of psychiatric disorders and they were included in the "psychiatric obese group" (PO). The other sixty patients (60%), did not fulfill the ICD-10 diagnostic criteria and they were included in the "Non-psychiatric obese group" (NO). Each patient completed the Lancashire Quality of Life Profile-European Version (LQOLP-EU).

Results. The quality of life in the psychiatric obese group is poorer than in the normal one. Significant differences were found between the two groups in the subscales for family relations ($p < 0.001$), health ($p < 0.002$), perceived general well-being ($p < 0.001$), positive affect ($p < 0.0001$), negative affect ($p < 0.0001$), negative self-esteem ($p < 0.0001$), patient's opinion on his/her quality of life ($p < 0.002$) and clinician's opinion on the patient's quality of life ($p <$

Correspondencia: Dr. J.A. Guisado Macías.
Rafael Lucenqui, 10, 6.º F. 06004 Badajoz.
Correo electrónico: jguisadom@medynet.com

Aceptado para su publicación en abril de 2002.

0.001). The percentage of weight loss is not associated with the psychiatric diagnosis.

Conclusions. Patients subjected to gastric surgery for the purpose of weight reduction lose quality of life if they have psychiatric disorders; their physical and emotional ill-being increases and the outcome of their treatment worsens. The weight loss after surgery is not associated with psychiatric diagnosis. We conclude that psychiatric evaluation is necessary both before and after surgery in order to manage the psychiatric pathology.

Key words: Morbid obesity. Bariatric surgery. Quality of life. Psychiatric disorders.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social y mental y no solamente por la ausencia de enfermedad¹. También la calidad de vida se ha medido según las necesidades de cuatro áreas fundamentales del ser humano: a) necesidades biológicas (sueño, comida, sexo, salud y descanso físico); b) necesidad de contacto con otras personas; c) necesidad de variedad en las actividades de la vida diaria, y d) necesidad de realizar actividades gratificantes para la persona^{2,3}. Los pacientes con obesidad mórbida presentan muchas alteraciones de sus funciones corporales que limitan su calidad de vida: respiración entrecortada, trastornos del sueño, sensación de hambre continua, deterioro de las relaciones sexuales, sudación excesiva, incontinencia urinaria, incapacidad de aseo personal y limitación en la deambulación⁴. Este tipo de problemas se ha relacionado con el exceso de peso^{4,5}. A causa de ellos y de la comorbilidad asociada, se considera hoy día que el tratamiento de elección de los pacientes con obesidad mórbida es el quirúrgico⁶. Se considera que los pacientes con obesidad mórbida son una buena población para estudiar la calidad de vida, ya que el tratamiento de cirugía bariátrica generalmente produce una importante y duradera pérdida de peso⁷, con una mejoría de su estado psicológico^{4,8,9} y de su calidad de vida^{10,11}.

Para evaluar la calidad de vida de un individuo se suele utilizar dos tipos de instrumentos de medida: los instrumentos "específicos", especialmente diseñados para el trastorno estudiado, y los "genéricos", diseñados para valorar la calidad de vida de cualquier tipo de enfermedad. A favor de los primeros está su mayor sensibilidad para la detección de cambios en la enfermedad estudiada. Con los segundos es posible la comparación entre diferentes grupos sociodemográficos y culturales, así como un amplio número de trastornos¹². Los criterios para la utilización de uno u otro instrumento no están bien establecidos y se puede utilizarlos de forma complementaria^{9,13}.

El presente estudio analiza la calidad de vida de un grupo de pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica para perder peso y evalúa si la existencia o ausencia de trastornos psiquiátricos en estos enfermos determina algún perfil de su calidad de vida.

Material y métodos

Pacientes

La muestra está compuesta por 100 pacientes con obesidad mórbida (85 mujeres, 15 varones) sometidos a cirugía de restricción gástrica para perder peso (gastroplastia vertical anillada). Cuarenta pacientes (40%) cumplieron criterios CIE-10 para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos¹⁴ y se incluyeron en el grupo de "obesos mórbidos psiquiátricos" (P). Los 60 pacientes restantes (60%) no cumplieron criterios diagnósticos CIE-10 y se incluyeron en el grupo de "obesos mórbidos sanos" (S). La CIE-10 es la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades para los trastornos mentales y del comportamiento, donde aparecen las descripciones clínicas y las pautas para el diagnóstico, desarrollado por la OMS.

Todos los pacientes fueron valorados antes de la cirugía por dos psiquiatras del servicio, que no encontraron trastornos psiquiátricos en ninguno de ellos. Tras la intervención, el diagnóstico psiquiátrico se concluyó en varias entrevistas basándonos en la historia clínica y el apoyo de los tests psicológicos.

Instrumento de calidad de vida

Cada paciente completó el cuestionario específico (para enfermedades mentales) de calidad de vida llamado The Lancashire Quality of Life Profile-European Version (LQOLP-EU)¹⁵, el cual consta de las siguientes subescalas: trabajo y educación, tiempo libre y actividades recreativas, religión, finanzas, alojamiento, problemas legales y seguridad ciudadana, relaciones familiares, relaciones sociales y salud.

Cada subescala se valora desde una puntuación que va del 1 (no se puede ser/estar peor) al 7 (no se puede ser/estar mejor). Además de las anteriores subescalas, existen otras áreas que valoran el instrumento: bienestar, afectividad positiva, afectividad negativa, autoestima positiva, autoestima negativa, opinión del paciente de su calidad de vida y opinión del clínico de la calidad de vida del paciente. También se evalúan los ingresos mensuales de cada núcleo familiar donde vive el paciente. El interés de la utilización de un instrumento específico para enfermedades mentales se ha basado en los siguientes puntos: a) la alta prevalencia de enfermedades mentales descritas en pacientes con obesidad mórbida que son valorados en programas de cirugía bariátrica; b) el ser un instrumento validado en población española, y c) el cuestionario valora adecuadamente las relaciones de pareja y familia, categoría de importante necesidad de estudio en esta población.

El índice de masa corporal (IMC) antes de la cirugía (peso en kg/altura en m²), el porcentaje de pérdida de peso tras la cirugía (peso antes de la cirugía-peso en la primera valoración psiquiátrica - 100/peso antes de la cirugía) y el tiempo transcurrido entre la cirugía y la primera valoración psiquiátrica tras la intervención fueron calculados para la muestra.

Nuestros resultados presentan la limitación de no haber podido analizar la calidad de vida y la comorbilidad psiquiátrica antes de la operación quirúrgica en nuestros pacientes.

Análisis estadístico

Para analizar las diferencias en la calidad de vida entre los dos grupos se ha realizado la prueba de la t de Student para muestras independientes.

Con el análisis de regresión logística (*backward*) hemos estimado el riesgo relativo de padecer una mala calidad de vida en el grupo con patología psiquiátrica. Se calculó la *odds ratio* (OR) y el intervalo de confianza (IC) del 95%.

Dada la existencia de múltiples comparaciones estadísticas se procedió a la realización de la corrección de Bonferroni, fijando el nivel de significación estadística en $p < 0,002$.

Resultados

La edad media del grupo ha sido de 40,50 años (DE, 11,15). El IMC antes de la operación ha sido de 49,09 ±

8,04 kg/m². Los ingresos mensuales del núcleo familiar de cada paciente han sido de 271 ± 230.90 pesetas.

En la tabla 1 se recogen los ítem de la calidad de vida entre los dos grupos.

Hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas para los dos grupos en las subescalas de relaciones familiares (5,22 ± 1,36 en P; 6,06 ± 1,09 en S; $p < 0,001$), salud (4,59 ± 1,22 en P; 5,64 ± 0,74 en S; $p < 0,002$), bienestar (4,06 ± 1,43 en P; 5,14 ± 1,20 en S; $p < 0,001$), afectividad positiva (0,26 ± 0,35 en P; 0,71 ± 0,24 en S; $p < 0,0001$), afectividad negativa (0,62 ± 0,34 en P; 0,01 ± 0,18 en S; $p < 0,0001$), autoestima negativa (0,37 ± 0,42 en P; 0,01 ± 0,21 en S; $p < 0,0001$), opinión del paciente (5,63 ± 1,63 en P; 6,90 ± 1,93 en S; $p < 0,002$) y la opinión del clínico (5,52 ± 1,82 en P; 6,76 ± 1,34 en S; $p < 0,001$).

No hemos encontrado diferencias significativas entre los dos grupos para las subescalas de trabajo y educación, tiempo libre, relaciones sociales, religión, finanzas, alojamiento, problemas legales y seguridad ciudadana y autoestima positiva.

El análisis de regresión logística demostró una asociación entre la existencia de diagnóstico psiquiátrico y la subescala de autoestima negativa de calidad de vida (OR = 5,90; IC del 95%, 2,19-15,14; $p < 0,0001$).

La pérdida de peso tras la cirugía fue del 31,32 ± 10,39%. El tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica y la primera valoración psiquiátrica ha sido de 17,72 ± 14,95 meses.

No hemos encontrado diferencias significativas según el sexo en la calidad de vida, la edad, el porcentaje de pérdida de peso, el tiempo transcurrido y el IMC.

Discusión

Los pacientes con obesidad mórbida que son sometidos a tratamiento quirúrgico para perder peso represen-

tan una población muy importante para analizar el efecto de la pérdida de peso en su calidad de vida ya que, generalmente, el tratamiento quirúrgico provoca una sustancial y duradera pérdida de peso⁷, una mejoría psicológica^{4,8,9} y ciertos beneficios en su calidad de vida^{10,11}. Se han descrito en estos pacientes tras la cirugía unas mejorías en su imagen corporal¹⁶, un aumento de la tasa de empleo¹⁷, una disminución del absentismo laboral y del dolor y un incremento de las relaciones sociales¹⁸.

Sin embargo, nosotros nos hemos encontrado que tras la intervención quirúrgica la calidad de vida de los pacientes sea diferente según se detecte o no una enfermedad psiquiátrica. En este sentido, podemos observar un mayor deterioro de la calidad de vida en aquellos pacientes intervenidos que presentan algún trastorno psiquiátrico, fundamentalmente en áreas como las relaciones familiares, la salud, el bienestar general y la afectividad positiva. Tanto la opinión del paciente como la del clínico sobre la calidad de vida del enfermo ha sido peor en el grupo con comorbilidad psiquiátrica. Asimismo, estos enfermos han puntuado más en las escalas de afectividad y autoestima negativa. Este tipo de resultados, que demuestran una peor calidad de vida en el grupo con enfermedades mentales, se apoyan en el hecho de que la existencia de diagnóstico psiquiátrico se asocia (casi 6 veces más frecuente) a la existencia de una autoestima negativa, de forma que los pacientes psiquiátricos tendrían más malestar psicológico tras la intervención quirúrgica. A partir de los datos obtenidos, se puede establecer que los pacientes que tienen otra afección médica (en este caso psiquiátrica) se encuentran peor emocionalmente que aquellos que no la presentan, y estarían en riesgo de realizar un seguimiento postoperatorio con más dificultad. Estos hallazgos podrían estar en la dirección de los encontrados en el estudio de Lang et al¹⁹, que obtuvieron en los pacientes que desean ser intervenidos de cirugía bariátrica un mayor malestar psicológico (principalmente con trastornos psiquiátricos) y una menor satisfacción en sus vidas. También estos resultados estarían en la línea del estudio de Fontaine et al²⁰, que encontraron un importante deterioro de la calidad de vida en los pacientes con obesidad, independientemente de que la persona intente o no perder peso. Aunque nosotros no hemos podido evaluar la calidad de vida o el estado mental antes de la cirugía, nos gustaría añadir que la existencia de una enfermedad psiquiátrica en los pacientes intervenidos determina un importante déficit de la calidad de vida. Como concluyen Karlsson et al⁹, los pacientes que son sometidos a cirugía bariátrica presentan una mala calidad de vida, motivo por el que elegirían el tratamiento como una vía de mejorar su malestar psicológico y alcanzar un bienestar general. Sin embargo, sin el tratamiento psiquiátrico de estos pacientes antes y después de la intervención las mejorías sólo serían transitorias con la pérdida de peso, resurgiendo la enfermedad mental tras la operación. Este argumento estaría apoyado por el hecho de que el porcentaje de pérdida de peso en nuestros pacientes ha sido el mismo en el grupo con o sin trastornos psiquiátricos, en concordancia con otros estudios que apuntan que el diagnóstico psiquiátrico no se modifica con la intervención quirúrgica^{21,22}.

TABLA 1. Diferencias en la calidad de vida según la comorbilidad psiquiátrica

Ítem	Psiquiátricos (P) (n = 40)		Sanos (S) (n = 60)		p*
	Media	DE	Media	DE	
Trabajo	4,50	1,58	3,81	1,54	NS
Tiempo libre	4,53	1,15	5,01	0,90	NS
Religión	5,32	1,22	5,25	1,25	NS
Finanzas	3,92	1,91	3,91	1,78	NS
Alojamiento	5,20	1,18	5,44	0,96	NS
Problemas legales	5,62	0,92	5,60	0,99	NS
Relaciones familiares	5,22	1,36	6,06	1,09	0,001
Relaciones sociales	5,32	1,33	5,93	0,57	NS
Salud	4,59	1,22	5,64	0,74	0,002
Bienestar general	4,06	1,43	5,14	1,20	0,001
Afectividad positiva	0,26	0,35	0,71	0,24	0,0001
Afectividad negativa	0,62	0,34	0,01	0,18	0,0001
Autoestima positiva	0,86	0,22	1,05	0,52	NS
Autoestima negativa	0,37	0,42	0,01	0,21	0,0001
Opinión del paciente	3,94	1,14	4,83	1,35	0,002
Opinión del clínico	3,86	1,27	4,73	0,93	0,001

*Diferencias significativas, $p < 0,002$ (prueba de la t de Student).
NS: no significativo; DE: desviación estándar.

El nivel socioeconómico de los pacientes no ha sido un predictor de la calidad de vida, a diferencia de lo indicado en el estudio de Martin et al²³, es decir, la presencia de más enfermedades físicas y psicológicas en los pacientes con bajo nivel económico.

A diferencia de otros estudios que han encontrado una relación entre el IMC antes de la cirugía y la calidad de vida de los enfermos^{24,25}, nosotros no hemos hallado ninguna relación entre estos parámetros. Tampoco el tiempo transcurrido entre la operación y la primera valoración psiquiátrica ha sido diferente entre los grupos, quizás debido a la desigual derivación de los pacientes al inicio de la realización de un protocolo de colaboración multidisciplinaria entre psiquiatras, endocrinólogos y cirujanos.

Las implicaciones clínicas de nuestro estudio radican en haber encontrado una peor calidad de vida en los pacientes con obesidad mórbida que son sometidos a cirugía bariátrica para perder peso, cuando presentan comorbilidad psiquiátrica. Dado que este grupo representaba un 40% de la muestra, ello apunta a la necesidad de protocolizar la valoración psiquiátrica antes y después de la operación para evitar el malestar psicológico de estos pacientes, ya que podrían estar en riesgo de obtener un peor resultado a largo plazo. Futuros estudios deberían analizar la calidad de vida y el estado psicológico de los pacientes antes y después de la operación quirúrgica y constatar los cambios emocionales que aparecen tras el tratamiento quirúrgico.

Bibliografía

- Spilker B. Quality of life assessment in clinical trials. New York: Raven Press, 1990.
- Aggernaes A. On general and need-related quality of life. A psychological theory for use in medical rehabilitation and psychiatry. En: Nordenfelt L, editor. Quality of life: concepts and measurements. London, New York: Kluwer Academic Publishers, 1994.
- Nordentoft M, Knudsen HC, Jessen-Petersen B, Krasnik A, Saelan H, Treufeldt P, et al. CCOPE-Copenhagen Community Psychiatric Project. Implementation of community mental health centres in Copenhagen: effects of service utilization, social integration, quality of life and positive and negative symptoms. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1996;31:336-44.
- Kral JG, Sjöström LV, Sullivan MBE. Assessment of quality of life before and after surgery for severe obesity. Am J Clin Nutr 1992;55(Suppl):611-4.
- Deurenger P, van Poppel G, Hautvast JGAG. Morbiditeit en subjectief welbevinden bij jonge volwassen met overgewicht. (Morbidity and subjective well-being of young overweight adults). Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 1984;128:940-4.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc) 2000;115:587-97.
- Mason EE, Maher JW, Scott DH, Rodríguez EM, Doherty C. Ten years of vertical banded gastroplasty for severe obesity. Probl Gen Surg 1992;9:280-9.
- Stunkard AJ, Stinnet JL, Smoller AD. Psychological and social aspects of the surgical treatment of obesity. Am J Psychiatry 1986;143:417-29.
- Karlsson J, Sjöström L, Sullivan M. Swedish obese subjects (SOS) an intervention study of obesity. Two years follow-up of health related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. Int J Obes 1998;22:113-26.
- Weiner R, Datz M, Wagner D, Bockhorn H. Quality of life after laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity. Obes Surg 1999;9:539-45.
- Schauer PR, Ikramuddin S, Gourash W, Ramanathan R, Luketich J. Outcomes after laparoscopic Roux- en-Y gastric bypass for morbid obesity. Ann Surg 2000;232:515-29.
- Le Pen C, Lévy E, Loos F, Banzet MN, Basdevant A. "Specific" scale compared with "generic" scale: a double measurement of the quality of life in a French community sample of obese subjects. J Epidemiol Comm Health 1998;52:445-50.
- Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. Med Care 1989;27:S217-32.
- Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1992.
- Gaite L, Vázquez-Barquero JL, Arrizabalaga AA, Schene A, Welcher B, Thornicroft G, et al. Quality of life in schizophrenia: development, reliability and internal consistency of the Lancashire Quality of Life Profile-European Version (LqoLP-EU). Br J Psychiatry 2000; 39(Suppl):49-54.
- Rand CSW, MacGregor AMC. Morbidly obese patients' perceptions of social discrimination before and after surgery for obesity. South Med J 1990;83:1390-5.
- Naslund I, Agren G. Social effects of gastric restrictive surgery for morbid obesity. Int J Obes 1990;14(Suppl 2):159.
- NIH Technology Assessment Conference Statement, 30 de marzo-1 de abril de 1992.
- Lang T, Hauser R, Schlumpf R, Klaghofer R, Buddeberg C. Psychological comorbidity and quality of life of patients with morbid obesity and requesting gastric banding. Schweizerische Med Wochenschrift 2000;20:739-48.
- Fontaine KR, Bartlett SJ, Barofsky I. Health-related quality of life among obese persons seeking and not currently seeking treatment. Int J Eating Dis 2000;27:101-5.
- Halmi KA, Stunkard AJ, Masson EE. Emotional responses to weight reduction by three methods: gastric bypass, jejunoileal bypass, diet. Am J Clin Nutr 1980;33:446-51.
- Ryden O, Olson SA, Danielson A, Nilson-Ehle P. Weight loss after gastroplasty: psychological sequelae in relation to clinical and metabolic observations. J American College of Nutrition 1989;8:15-23.
- Martin LF, Tan TL, Holmes PA, Becker DA, Horn J, Mann LD, et al. Preoperative insurance status influences postoperative complication rates for gastric bypass. Am J Surg 1991;161:625-34.
- Fontaine KR, Barofsky I, Cheskin LJ. Predictors of Quality of Life for Obese Persons. J Nerv Mental Dis 1997;185:120-2.
- Han TS, Tjhuis MAR, Lean MEJ, Seidell JC. Quality of life in relation to overweight and body fat distribution. Am J Public Health 1998;88:1814-20.