

Calidad de vida en la obesidad mórbida

I. Poves Prim, G. J. Macías, M. Cabrera Fraga, L. Situ y C. Ballesta López

Unidad Cirugía Bariátrica. Centro Laparoscópico. Centro Médico Teknon. Barcelona

RESUMEN

Introducción: la obesidad mórbida (OM) es una enfermedad crónica que alcanza dimensiones epidémicas en los países desarrollados. La OM suele acompañarse de enfermedades graves asociadas que provocan una menor expectativa y peor calidad de vida.

Objetivos: validar el cuestionario GIQLI (*Gastrointestinal Quality of Life Index*) como herramienta fiable y eficaz en la evaluación de la calidad de vida en el paciente obeso mórbido.

Pacientes y métodos: el cuestionario GIQLI consta de 36 ítems cuya suma de cada puntuación individual otorga un valor final. A mayor puntuación, mejor calidad de vida. Dichos ítems se agrupan en 5 apartados: sintomatología digestiva, emocional, efectos sobre el tratamiento, disfunción física y social. Se ha aplicado el GIQLI a una muestra aleatoria de 190 pacientes afectados de OM que cumplían los requisitos necesarios para someterse a cirugía bariátrica, y a un grupo control de 100 individuos sanos sin enfermedades orgánicas, funcionales, ni psíquicas conocidas. Se evaluó, en cada grupo, tanto la puntuación global del cuestionario como aquellas que hacían referencia a sus apartados específicos.

Resultados: las puntuaciones fueron significativamente inferiores en los pacientes con OM frente al grupo control, tanto en la puntuación global del cuestionario como en todas sus dimensiones. La puntuación global GIQLI disminuyó en función de la edad y del número de enfermedades comórbidas asociadas.

Conclusiones: el cuestionario GIQLI se ha mostrado como una herramienta útil en la valoración de la calidad de vida en el paciente obeso mórbido. Los pacientes con OM tienen una peor percepción en su calidad de vida que los pacientes no obesos, no sólo en cuanto a la presencia de síntomas digestivos, sino también en la dimensión emocional, estado físico y vida de relación social.

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

INTRODUCCIÓN

La obesidad mórbida (OM) es una enfermedad crónica que está alcanzando proporciones epidémicas en los países desarrollados (1). Los pacientes con OM no sólo presentan un mayor riesgo de padecer enfermedades graves asociadas (cardiovasculares, respiratorias, metabólicas, degenerativas, etc.) y una menor expectativa de vida, sino una peor calidad de vida asociada (2). La incidencia de algunas enfermedades digestivas, como la litiasis biliar y la enfermedad por reflujo gastro-esofágico, aumenta con la obesidad. Es tal la magnitud del problema que existe un consenso unánime claramente establecido para la indicación de cirugía bariátrica (3) que se considera, en la ac-

tualidad, como el único tratamiento efectivo para conseguir una adecuada y mantenida pérdida de peso en los pacientes obesos mórbidos (4,5). La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), utilizada para el estudio de enfermedades digestivas (6,7), se ha ido ampliando progresivamente a otras entidades tales como la OM (8).

La medicina actual reclama evaluar, no sólo los resultados en cuanto a curación de una enfermedad, sino también en cuanto a mejora de la calidad de vida y efectos secundarios que produce cada tratamiento. La CVRS en pacientes obesos mórbidos con o sin enfermedades comórbidas no debe basarse en percepciones subjetivas del médico, sino en parámetros objetivos de fácil evaluación. Las enfermedades crónicas, como la obesidad, alteran la CVRS limitando constantemente la vida diaria de la persona. La objetiva medición de la CVRS permite obtener información adicional sobre una enfermedad concreta y valorar el impacto que esta produce en el paciente y su entorno.

Los índices de valoración de CVRS deben cumplir unos criterios básicos (9-11). Existen múltiples cuestionarios para medir la CVRS, algunos específicos, otros más genéricos (9,10). El GIQLI (*Gastrointestinal Quality of Life Index*) es un cuestionario validado para medir la calidad de vida de pacientes afectados por enfermedades digestivas. Su utilización permite además valorar la efectividad y secuelas que presentan los diversos tratamientos, médicos y quirúrgicos, a corto, medio y largo plazo.

El objetivo del estudio es evaluar la calidad de vida gastrointestinal en el paciente obeso mórbido mediante la aplicación del cuestionario GIQLI y validarlo para poder ser utilizado como una herramienta eficaz evaluadora de resultados de los distintos tratamientos que pueden realizarse en la OM, teniendo en cuenta que en cirugía bariátrica se modifica la anatomía del aparato digestivo normal.

PACIENTES Y MÉTODOS

Desde mayo de 2002 hasta octubre de 2003 se realizó una encuesta GIQLI a 190 pacientes obesos severos o mórbidos candidatos a tratamiento quirúrgico (grupo OM). Se analizó, en cada paciente, la existencia de enfermedades co-mórbidas y/o alteraciones funcionales deri-

vadas de la misma. Durante el mismo periodo de tiempo se realizó la misma encuesta a un grupo control formado por una muestra aleatoria de 100 individuos (grupo control). El grupo control lo constituyeron individuos sin obesidad moderada-grave con un índice de masa corporal (IMC) inferior a 30 kg/m², sin enfermedades orgánicas conocidas ni manifestaciones clínicas aparentes, con ausencia de secuelas derivadas de tratamientos o enfermedades previas, ausencia de defectos neurosensoriales o enfermedades psiquiátricas y ausencia de dependencia de alcohol y/o drogas. Los sujetos del grupo control se reclutaron entre los acompañantes de los pacientes que acudieron a consulta para cirugía, tanto de obesidad como de otras patologías. Todas las encuestas, tanto del grupo control como del grupo OM, se realizaron de forma anónima. Se excluyeron del estudio las encuestas incompletas, mal cumplimentadas o poco fiables.

Los pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica se ajustaban a los criterios de consenso establecidos en 1991 por la *American Society of Bariatric Surgery* (3): IMC superior a 40 kg/m² o superior a 35 kg/m² con comorbilidades asociadas, fracaso del tratamiento higiénico-dietéticos y/o farmacológico después de 1 año, ausencia de patología endocrina responsable de la obesidad, comprensión y conformidad suficiente del paciente de la intervención quirúrgica, ausencia de dependencia de alcohol y/o drogas, riesgo operatorio aceptable y edad comprendida entre 18 y 50 años (en nuestra serie no se estableció un límite estricto superior de edad, sino que se ajustó en función de cada paciente). En el grupo de pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica se diferenciaron 3 subgrupos según el IMC: obesidad patológica (IMC < 40 kg/m²), obesidad mórbida (40-50 kg/m²) y super-obesidad (> 50 kg/m²) (Tabla IV).

Se utilizó el cuestionario GIQLI creado en 1994 por Eypasch y cols. (12,13), traducido y validado al español en el año 2000 (14), para valorar la CVRS. Se trata de un cuestionario mixto que incluye aspectos genéricos de la calidad de vida así como específicos para síntomas del tracto gastrointestinal superior e inferior. Consta de 36 preguntas que pueden ser agrupadas en 5 dimensiones: 19 preguntas sobre síntomas digestivos (1 a 9 y 27 a 36), 7 preguntas sobre el estado físico (15 a 21), 5 preguntas sobre la situación emocional (10 a 14), 4 preguntas sobre el ámbito social (23 a 26) y 1 pregunta sobre efectos del tratamiento médico (pregunta 22). Cada uno de los 36 ítems tiene un valor de mejor a peor de 4 a 0 puntos, siendo la máxima puntuación total alcanzable por un paciente sano de 144 puntos.

La dimensión sobre el estado físico hace referencia a la presencia de cansancio, fatiga, indisposición, insomnio, cambios molestos en el aspecto físico, vitalidad, resistencia y forma física. La dimensión emocional hace referencia al grado de tolerancia a las tensiones diarias, presencia de depresión, nerviosismo, miedo, satisfacción de la vida y grado de frustración. El ámbito social hace hincapié en la capacidad de llevar a cabo las actividades

cotidianas, de recreo y tiempo libre, cambios en la relación con familiares y amigos y vida sexual.

En el estudio estadístico se realizó un análisis de la varianza (ANOVA) para comparar los resultados, tanto globales como de sus subgrupos, del test aplicado, así como para el estudio de diferencias en la pendiente de las curvas comparadas. Para el estudio comparativo de características poblacionales (edad e IMC) se utilizó el test de la *t* de Student. Se consideró que las diferencias fueron significativas si la *p* < 0,05.

RESULTADOS

En la tabla I se muestran las características poblacionales de los grupos control y obesos mórbidos. No se hallaron diferencias significativas en cuanto a la edad media de ambas poblaciones. En el grupo control, no se hallaron diferencias significativas entre ambos sexos respecto a las características poblacionales, edad e IMC, ni puntuación total GIQLI. Entre los sexos del grupo OM, no hubieron diferencias significativas en las características poblacionales (edad e IMC). Las diferencias sí fueron significativas en la puntuación final del GIQLI que fue menor en el sexo femenino.

En la tabla II se muestran las puntuaciones del GIQLI para ambos grupos, tanto totales como desglosadas por dimensiones o áreas de disfunción. La puntuación del GIQLI fue mayor en el grupo control que en el grupo OM, siendo las diferencias significativas tanto en la puntuación total como en todos sus ámbitos (físico, síntomas digestivos, emocional y social). La dimensión tratamiento médico no se ha contemplado al ser únicamente una pregunta.

Tabla I. Características poblacionales de los grupos control y obesidad mórbida (OM) según sexos

	Control		OM	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Edad	40,8 ± 8,1	39,6 ± 11,4	38,3 ± 10,2	40,4 ± 11,9
IMC	26,2 ± 2,3	24,3 ± 2,6	43,7 ± 6,2	43,4 ± 7,1
GIQLI	118 ± 8	120 ± 11	94 ± 15	88 ± 16

Tabla II. Resultados del cuestionario GIQLI en los grupos control y obesidad mórbida (OM), tanto total como agrupado por dimensiones

	Control	OM	<i>p</i>
Síntomas digestivos	62,5 ± 6,2	57,9 ± 7,8	< 0,05
Dimensión emocional	14,1 ± 2,9	10,6 ± 3,9	< 0,05
Estado físico	23,3 ± 3,7	9,2 ± 5	< 0,05
Dimensión social	14,2 ± 2	9,1 ± 3,6	< 0,05
Total	118,4 ± 10,7	89,3 ± 16	< 0,05

En el grupo de pacientes obesos, el 40% eran superobesos (IMC ≥ 50 kg/m²), el 47% obesos mórbidos con IMC 40-50 kg/m² y 13% padecían obesidad patológica grado III (IMC < 40 kg/m²) con enfermedades comórbidas asociadas. Las puntuaciones GIQLI medias fueron 84,7 (DS 17,6), 90,2 (DS 16,4) y 90,7 (DS 14), respectivamente para estos grupos de pacientes obesos (Tabla III). No hubo diferencias significativas en la puntuación total GIQLI entre pacientes con superobesidad y con obesidad patológica-mórbida ($p = 0,07$). Respecto a las distintas dimensiones del cuestionario, sí se hallaron diferencias significativas en detrimento del grupo superobesidad en las dimensiones física y social.

Tabla III. Características poblacionales y resultados del cuestionario GIQLI en el grupo obesidad mórbida según el grado de obesidad: obesidad patológica (OP), obesidad mórbida (OM) y super-obesidad (SO), tanto total como agrupado por dimensiones

	OP (n = 62)	OM (n = 90)	SO (n = 38)
Edad	39 \pm 10	39,5 \pm 11,6	42,5 \pm 13,5
Sexo (% V / M)	22 / 78	30 / 70	20 / 80
IMC	36,7 \pm 1,9	43,8 \pm 2,9	54 \pm 5,7
Síntomas digestivos	57,3 \pm 7,3	58,7 \pm 7,6	57 \pm 9,2
Dimensión emocional	10,5 \pm 3,2	10,7 \pm 4,2	10,5 \pm 4,3
Estado físico	10,5 \pm 4,8	9,1 \pm 4,9	7,3 \pm 4,8
Dimensión social	9,7 \pm 3,2	9,3 \pm 3,6	7,6 \pm 4
Puntuación total	90,5 \pm 13,8	90,3 \pm 16,6	84,7 \pm 17,6

En el grupo de pacientes obesos, el 2, 42, 34, 16, 4,6 y 1,4%, presentaron, respectivamente, ninguna, una, dos, tres, cuatro y cinco enfermedades comórbidas asociadas. En la figura 1 se representa el descenso progresivo significativo en las puntuaciones finales del GIQLI en función del número de enfermedades comórbidas que presentaba el paciente obeso.

En la figura 2 se representa la variación de la puntuación GIQLI en los pacientes obesos y los del grupo control en función de la edad. Ambas puntuaciones disminuyen significativamente con el aumento de la edad. No existen diferencias significativas entre ambas pendientes de la curva.

DISCUSIÓN

El estado de salud de una población, la discapacidad que provoca una enfermedad y el confort que produce un tratamiento, han dejado de valorarse únicamente con datos cuantitativos epidemiológicos interpretados por personal sanitario. Se considera de gran trascendencia la perspectiva de salud que tiene el propio paciente de sí mismo en todos sus ámbitos (físico, mental y social) (18). Para ello han ido progresivamente elaborándose herramientas para medir la CVRS (19). Existen cuestionarios

considerados genéricos (20-23), útiles para la valoración de cualquier enfermedad o estado de salud, y otros específicos creados para la valoración de enfermedades concretas. El cuestionario GIQLI tiene la capacidad de proporcionar información tanto sobre aspectos genéricos, como específicos de síntomas digestivos, de la calidad de vida del paciente. Por este motivo, se ha utilizado en diferentes patologías y en la evaluación del funcionamiento de tratamientos médicos o procedimientos quirúrgicos del tracto digestivo (14).

Otros cuestionarios específicos para valoración de la obesidad, como el IWQoL (*Impact of Weight on Quality of Life Scale*), el SOS (*Swedish Obese Subjects*) o el HR-QoL + HSP (*Health Related Quality of Life + Health State Preference*), han demostrado tener buena capacidad para valorar la repercusión de los efectos secundarios derivados de la obesidad en la calidad de vida de estos pacientes. El BAROS (*Bariatric Analysis and Reporting Outcome System*) (24) valora los efectos de la cirugía bariátrica en la calidad de vida del paciente obeso. En España se han logrado adaptaciones y validaciones de cuestionarios genéricos de CVRS (25-28), varios de ellos aplicados a pacientes obesos (2,29). Sin embargo, no se han desarrollado estudios que valoren la calidad de vida de estos pacientes y que a su vez puedan correlacionarse con los cambios que se producen en ellos después de la cirugía bariátrica (30). Debido a que la cirugía bariátrica, en cualquiera de sus técnicas, produce una modificación de la anatomía y funcionalidad normal del aparato digestivo, en nuestra opinión, el cuestionario GIQLI puede ser una herramienta muy valiosa para medir la percepción que tiene el paciente sobre su calidad de vida, sobre todo en relación a las molestias digestivas y otros posibles efectos secundarios derivados de las distintas técnicas quirúrgicas. Por este motivo es necesario validar el cuestionario GIQLI como herramienta de estudio y valoración en la OM.

Se ha utilizado el cuestionario GIQLI para valorar la calidad e vida en los pacientes obesos mórbidos porque tiene las siguientes ventajas:

- Proporciona información de la calidad de vida en relación, tanto a aspectos genéricos (forma física, relación social, estado emocional) como específicos del tracto digestivo superior e inferior.

- Tiene una amplia difusión y aceptación debido a que es fácilmente comprensible, sencillo de realizar, no exige mucho tiempo para su cumplimentación y es auto-rellenable.

- Capacidad de valorar ampliamente los cambios en la calidad de vida de un paciente obeso sometido a cirugía bariátrica (debido a los cambios en el tracto digestivo que esta cirugía ocasiona).

Otros autores han demostrado su capacidad como instrumento de medición de CVRS en pacientes obesos (15-17).

Los resultados obtenidos por los cuestionarios de calidad de vida en los pacientes obesos mórbidos, entre ellos

el GIQLI, deben tomarse con cautela por el sesgo en el criterio de selección. Es difícil valorar si los pacientes obesos mórbidos a los que se les realizó el cuestionario mostraban una mayor preocupación por su obesidad que otros pacientes obesos puesto que acudieron a la consulta con la intención de buscar una solución definitiva, en este caso quirúrgica, de la misma. Según algunos autores (31), dicha preocupación podría reflejar un mayor componente psicopatológico (ansiedad y/o depresión), una obesidad más severa o más incapacitante o asociada a un mayor grado y número de comorbilidades derivadas de la misma que el resto de la población obesa general.

Ambas muestras estudiadas, grupo control y OM, son comparables puesto que no existen diferencias significativas en cuanto a edad y, si bien, existe un desequilibrio en cuanto a sexos, en el grupo control no se han hallado diferencias significativas en cuanto a edad, IMC y puntuación GIQLI entre sexos.

En algunos estudios de salud pública, parece demostrado que el sexo influye en la percepción de salud del propio individuo. En los hombres la percepción de salud respecto a la obesidad disminuiría con la edad, inversamente a lo que sucede con las mujeres que sería peor en obesas jóvenes (32). En nuestro estudio, no hemos hallado diferencias significativas en cuanto a calidad de vida respecto a sexos en el grupo control, en cambio sí existen diferencias significativas en el grupo OM, siendo peor la percepción de calidad de vida en las mujeres que en los hombres. Estas diferencias son evidentes sobre todo en la dimensión emocional del test, no habiendo diferencias significativas en los ámbitos físico, social y de sintomatología digestiva. Estos hallazgos podrían significar que la mujer que padece OM sentiría una mayor labilidad emocional que el hombre, lo cual se reflejaría en su vida cotidiana presentando mayor estrés, ansiedad, depresión y grado de frustración.

Según nuestros resultados, la puntuación total GIQLI fue significativamente menor en el grupo de pacientes con OM que en el control. La puntuación obtenida en el grupo control del estudio fue semejante a la obtenida en el grupo control del estudio original de Eypasch y cols. (12,13) para validación del cuestionario GIQLI. El grupo de pacientes sanos del mencionado autor coincide demográficamente con nuestro grupo control tanto en edad como en sexo. Dicha semejanza nos confirmaría la ade-

cuada interpretación y realización del cuestionario por parte de la población que hemos atendido y validación del mismo.

En el descenso de la puntuación global del GIQLI están involucradas todas las dimensiones. Los pacientes obesos mórbidos tienen una peor percepción de su calidad de vida que los pacientes del grupo control. Esta peor calidad de vida refleja una mayor alteración en los síntomas específicos digestivos relacionados con la obesidad, así como un empeoramiento de las condiciones física, emocional y social del obeso mórbido. Mediante la utilización de otros cuestionarios, tanto genéricos como los de Fontaine y Barlett con el SF-36 (33) y Kolotkin y cols. (34, 35) con el IWQoL, como específicos como el de Sullivan con el SOS (36), otros autores han obtenido los mismos resultados. Todos ellos hacen referencia al impacto de la CVRS en áreas como vitalidad, función social, limitaciones de rol por problemas emocionales y salud mental, autoestima y vida sexual.

Según algunos autores, la obesidad, como enfermedad crónica y sistémica, no sólo repercute en distintos órganos y sistemas del paciente (efectos degenerativos), sino también en sus dimensiones psíquica y social, ya que sufren de una deficiente autoestima, ánimo deprimido, labilidad emocional, mayor ansiedad, sentimientos de culpa, auto-reproche y frustración al fracaso continuo para conseguir unos estándares de peso considerados ideales a pesar de grandes esfuerzos (37,38).

El GIQLI se ha mostrado como un cuestionario fiable y válido para medir la calidad de vida en los pacientes obesos mórbidos. Los pacientes obesos mórbidos tienen una peor percepción de calidad de vida que los no obesos. Tal empeoramiento de la calidad de vida puede atribuirse tanto al exceso de peso como a la existencia de enfermedades comórbidas derivadas de la obesidad. Este empeoramiento de la calidad de vida puede justificarse no sólo una mayor limitación obvia de las condiciones físicas (dimensión física), sino también por una peor percepción de la sintomatología digestiva acompañante, de la vida de relación (dimensión social) y estado de ánimo (dimensión emocional). El cuestionario GIQLI, en cuanto a que tiene un peso específico importante en la evaluación de la percepción del paciente respecto a síntomas digestivos, puede ser una herramienta muy útil en la valoración de los resultados y efectos secundarios después de cirugía bariátrica.