

Influencia de la educación nutricional grupal en la calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía bariátrica

Rafael Crespo Sevilla

E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
Ciudad Universitaria. 28040. Madrid
rcrespo.hcsc@salud.madrid.org

Tutor

Antonio L. Villarino Marín

E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
Ciudad Universitaria. 28040. Madrid
martolga@enf.ucm.es

Resumen: La obesidad mórbida constituye un importante problema de salud pública y tiene una especial incidencia en los países desarrollados. El tratamiento de la obesidad mórbida requiere un enfoque multidisciplinario y lo más completo posible. Dependiendo del grado de obesidad y la existencia o no de comorbilidades, estaría indicado el tratamiento quirúrgico. Numerosos estudios demuestran que los pacientes sometidos a cirugía bariátrica y que reciben educación nutricional grupal como complemento al programa individual, pierden más peso que los que no reciben sesiones de grupo. La calidad de vida ha sido evaluada en los últimos años y su mejora es uno de los objetivos de la cirugía de la obesidad. **Objetivo:** Comparar Calidad de Vida Asociada a la Salud (CVAS) mediante la Escala Visual Analógica (EVA) del cuestionario Euroqol 5D (EQ-5D) en dos grupos de pacientes sometidos a cirugía bariátrica, uno con educación individual y grupal postcirugía —INTERVENCIÓN (I)— y otro solo con educación individual —CONTROL (C)—. **Metodología:** Es un ensayo clínico aleatorizado, abierto y controlado. La intervención consistirá en educación individual y grupal frente a la individual como grupo control. Serán incluidos todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica durante los años 2008 y 2009, pertenecientes al Área 7 de Madrid. Se excluirán a los pacientes con falta de consentimiento para la participación en el estudio, los que presenten problemas laborales y/o de transporte, que impidan la asistencia a la Consulta o a los grupos de educación nutricional, embarazo en el periodo sometido a estudio, problemas de capacidad comprensiva (deterioro cognitivo, depresión, etc.) y/o con problemas idiomáticos. Se estima un tamaño muestral de 63 pacientes para cada grupo. Las variables continuas se describirán como medias (DS) y medianas (rango intercuartílico —RI—) —si se ajustan o no a una distribución normal respectivamente—, y las categóricas como porcentajes. La comparación de medias se realizará con la t de Student y U de Mann-Whitney, según proceda. La comparación de porcentajes se hará mediante Chi-cuadrado.

La Escala Visual Analógica (EVA) del cuestionario Euroqol 5D (EQ-5D) se puntuará de 1 a 100, siendo 1 el peor estado de salud y 100 el mejor estado de salud imaginable.

Palabras clave: Obesidad mórbida-Cirugía. Cirugía bariátrica. Educación nutricional. Obesidad morbida-Calidad de vida.

Abstract: Morbid obesity is an important public health problem, especially in developed countries. Treatment of morbid obesity requires a multidisciplinary and broad approach. Surgical treatment is indicated depending on the obesity severity and the presence of comorbidities. Several studies have shown that patients who underwent bariatric surgery have a greater loss of weight when they receive nutritional group education in addition to the individual program, compared with those that did not have group education. Quality of life has been evaluated in the last years and has become an objective of bariatric surgery. Objective: To compare quality of life related to health, measured by the analogical visual scale from the Euroqol questionnaire (EQ-5D), in two groups of patients who underwent bariatric surgery. One group received both, individual and group education after surgery — INTERVENTION (I)— and the second one received only individual education — CONTROL (C)—. Subjects and Methods: This is a randomized, open and controlled clinical trial. The intervention will be individual and group education as opposed to the control group receiving only individual education. All the patients from area 7 of Madrid undergoing bariatric surgery in 2008 and 2009 will be included. All patients without written consent, working or transport problems, unavailability to assist to the education sessions or medical appointments, pregnancy during the study period, understanding impairment, and language difficulties will be excluded. Sample size has been estimated at 63 subjects for each group. Continuous variables will be expressed as means (standard deviation) and medians (interquartil range) whether they follow or not a normal distribution respectively. Categories will be expressed as percentages. The Student t and Mann-Whitney U tests will be used for comparison of the means. The Chi-square test will be used for comparison of percentages. The analogical visual scale from the Euroqol questionnaire (EQ-5D) will be scored from 1 to 100, where 1 represents the worst state of health and 100 the best possible state of health.

Keywords: Morbid obesity. Bariatric surgery. Nutritional education. Quality of life.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica que consiste en la manifestación de una disfunción del sistema de control del peso corporal que impide el ajuste de la masa de reservas grasas a su tamaño óptimo. En definitiva, el problema reside en un desajuste del control del balance entre la energía ingerida y la consumida en los procesos metabólicos⁽¹⁾.

La obesidad constituye hoy en día uno de los principales problemas de salud pública en todos los países desarrollados debido al incremento de su prevalencia, al mayor riesgo de morbimortalidad por complicaciones médicas asociadas y al coste sanitario derivado de la misma. Es un importante factor de riesgo cardiovascular y se asocia con enfermedades como la diabetes mellitas tipo 2, hipertensión arterial, dislipemias, síndrome de apnea obstructiva del sueño, ciertas formas de cáncer y es motivo de incapacidades muy invalidantes debido a patología osteoarticular⁽²⁾.

La International Obesity Task Force (IOTF), la Organización Mundial de la Salud (OMS), las sociedades científicas, entre ellas la SEEDO (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad), y los grupos de expertos aceptan en la actualidad como criterio para la definición de obesidad valores para el Índice de Masa Corporal (IMC) (peso en kg / talla en m²) iguales o superiores a 30^(3,4).

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla en m}^2}$$

Clasificación obesidad en función del IMC, según la OMS:

Categoría	Valores límite de IMC (kg/m²)
Bajo peso	< 18,5
Normopeso	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25 – 29,9
Obesidad grado 1	30 – 34,9
Obesidad grado 2	35 – 35,9
Obesidad grado 3	≥ 40

La clasificación de la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEDO) introduce ligeras matizaciones a la clasificación de la OMS. Fundamentalmente, subdivide la categoría de sobrepeso en dos subcategorías (sobrepeso grado I, IMC: 25-26,9 Kg/m², y sobrepeso grado 2, IMC: 27-29,9 Kg/m² y distingue un grado de obesidad 4 para los pacientes con IMC superior a 50 Kg/m². El motivo de estas diferencias se basa en matices en la estrategia del tratamiento⁽⁵⁾.

Categoría	Valores límite de IMC (kg/m²)
Peso insuficiente	< 18,5
Peso normal	18,5-24,9
Sobrepeso grado 1	25,0-26,9
Sobrepeso grado 2 (preobesidad)	27,0-29,9
Obesidad de tipo 1	30,0-34,9
Obesidad de tipo 2	35,0-39,9
Obesidad de tipo 3 (mórbida)	40,0-49,9
Obesidad de tipo 4 (extrema)	≥ 50

En cuanto a la prevalencia de obesidad mórbida es difícil de establecer, dada la escasez de estudios sobre el problema. En adultos de Estados Unidos era del 4,8% (el 2,8% en varones y el 6,9% en mujeres) en 2004, según Ogden et al.⁽⁶⁾. En España según el estudio DORICA⁽⁷⁾, la presentan un 0,3% de los varones y un 0,9% de las mujeres (lo que supone un 4% de las personas obesas), aumenta con la edad y en todos los grupos de edad es 3 o 4 veces superior en las mujeres.

Dada la elevada prevalencia de la obesidad y los tratamientos derivados de las enfermedades asociadas, en España, en 1999, el estudio Delphi⁽⁸⁾ cifró el coste económico de la obesidad en 341.000 de pesetas anuales (2.049,45 millones de euros), lo que supone un 6,9% del gasto sanitario total.

Debido a esto, merece la pena incidir en un abordaje en el tratamiento lo más completo posible. En este sentido, existe gran evidencia de los efectos favorables que tiene para el paciente la creación de grupos de apoyo de educación nutricional. Hildebrandt⁽⁹⁾ observó que los pacientes que recibieron terapia de grupo como complemento al programa individual perdieron más peso que los que no acudieron a las sesiones de grupo de forma regular.

La calidad de vida ha sido evaluada en los últimos años y su mejora es uno de los objetivos de la cirugía de la obesidad. Esta evaluación de la calidad de vida es necesaria y para realizarla pueden emplearse diferentes escalas como la incluida en BAROS, la escala de Karnofsky, el Sicknes Impact Profile, el Short-Fron 36-Items Health Surver, etc. En nuestro medio, diversos estudios han empleado estas metodologías en el seguimiento de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica^(10,11).

MARCO TEÓRICO

En el Hospital Clínico San Carlos de Madrid se vienen realizando intervenciones de cirugía bariátrica desde hace varios años, a los que se han ido sumando todos los Servicios de Cirugía del Hospital y evolucionando en las distintas técnicas quirúrgicas descritas para este tipo de intervenciones. Actualmente la técnica más utilizada es el by-pass gástrico en todo el mundo.

Hasta el año 2008, los pacientes son informados tanto oralmente como por escrito por un documento elaborado por los Servicios de Cirugía del Hospital y la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. En dicho documento se les notifica, de manera general, la forma de determinar el grado de obesidad, los distintos tipos de intervención, los riesgos y complicaciones que pueden aparecer; así como todos los pasos a seguir, incluyendo todas las revisiones que deberán cumplir en el postoperatorio, las visitas a la Consulta de Enfermería, el tipo de dieta, etc.

Los médicos de la Unidad de Nutrición son los que determinan el grado de obesidad en el que está indicada la intervención quirúrgica, cuando han fallado otras formas de tratamiento, o los que sin llegar al grado de obesidad mórbida, llevan asociadas comorbilidades.

Cuando los pacientes son remitidos a los Servicios de Cirugía, los cirujanos determinan el tipo de intervención más adecuado, atendiendo al informe enviado por la Consulta de Nutrición.

Desde el punto de vista nutricional la enfermera, y siguiendo las indicaciones del médico especialista en nutrición, inicia las visitas en el momento en que el paciente comienza a probar tolerancia a líquidos y valorando el grado de tolerancia haciendo un seguimiento hasta el momento del alta hospitalaria, en el que se le indica la dieta que deberá llevar hasta la primera visita en la Consulta de Enfermería.

Como punto de mejora y coincidiendo con la introducción de una nueva técnica (no quirúrgica y no incluida en el proyecto), a partir de enero de 2009 se comenzará a realizar educación nutricional grupal en el postoperatorio de la cirugía bariátrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Flatt J. Important of nutrient balance in body weight regulation. *Ann Rev Nutr.* 1991; 11: 355-373.
2. National Institutes of Health: Health implications of obesity. *Consens Dev Conf Consens Statement.* 1985; 5:1-7.
3. WHO Programme of Nutrition, Family and Reproductive Health. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneve: WHO; 1997-1998.
4. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso español 1995 para la evaluación de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos. *Med Clin (Barc).* 1996; 107:782-787.
5. 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.
6. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, Tabak CJ, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity in de United States, 1999-2004, *JAMA.* 2006; 295: 549-55.

7. Aranceta J, Pérez C, Foz M, Mantilla T, Serra L, Moreno B, et al. Estudio Dorica. *Med Clin (Bar)*. 2004; 123:686-91.
8. Estudio prospectivo Delphi. Costes sociales y económicos de la obesidad y sus patologías asociadas. Madrid: Gabinete de estudios Bernard Krief; 1999.
9. Hildebrant SE. Effects of participation in bariatric support group after Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg*. 1998; 8:535-42.
10. Guisado JA, Vaz FJ, Alarcón J, López-Ibor JJ, Gaité L, Rubio MA. Calidad de vida en pacientes con obesidad mórbida sometidos a gastroplastia vertical anillada. *Cir Esp*. 2002; 72:58-61.
11. Sánchez-Santos R, Barrio MJ del, González C, Madico C, Terrado I, Gordillo ML, et al. Long-term health-related quality of life following gastric bypass: influence of deresion. *Obes Surg*. 2006; 16:508-5.

HIPÓTESIS

La educación grupal en el postoperatorio de cirugía bariátrica por obesidad severa modifica la Calidad de Vida Asociada a la Salud (CVAS) con respecto al tratamiento convencional.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Comparar Calidad de Vida Asociada a la Salud (CVAS) mediante la Escala Visual Analógica (EVA) del cuestionario Euroqol 5D (EQ-5D) en dos grupos de pacientes sometidos a cirugía bariátrica, uno con educación individual y grupal postcirugía —INTERVENCIÓN (I)— y otro solo con educación individual —CONTROL (C)—.

Objetivos secundarios

- Comparar CVAS postcirugía en grupos I y C a través de los cuestionarios EQ-5D —escala categórica con 5 ítems (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión)—, Moorehead-Ardelt, SF-36 e IWQOL-Lite español.
- Comparar pérdida ponderal en grupos I y C según porcentaje de exceso de peso perdido.

METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

Tipo de investigación

Ensayo clínico aleatorizado, abierto y controlado. La recogida de datos corresponderá a un investigador ciego a la asignación —intervención / control— de los pacientes. La intervención consistirá en educación grupal según el programa estructurado que se presenta en el Anexo I. El grupo control será tratado mediante el protocolo convencional ya instaurado (Anexo II).

La aleatorización se llevará a cabo en el postoperatorio inmediato mediante tabla de números aleatorios generada mediante aplicación informática (EPIINFO).

Población diana

Todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica durante los años 2008 y 2009, pertenecientes a Área 7 de Madrid y áreas y provincias que tienen como referencia al Hospital Clínico de San Carlos de Madrid para este tipo de intervenciones.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Asistencia a las Consultas de Enfermería hasta al menos 24 meses (grupo Control).
- Asistencia a las Consultas de Enfermería hasta al menos 24 meses y a los grupos de educación nutricional (grupo de Intervención).

Criterios de exclusión

- Falta de consentimiento para la participación en el estudio.
- Pacientes con problemas laborales y/o de transporte, que impidan la asistencia a la Consulta o a los grupos de educación nutricional.
- Embarazo en el periodo sometido a estudio.
- Pacientes con problemas de capacidad comprensiva (deterioro cognitivo, depresión, etc.).
- Pacientes con problemas idiomáticos.

Tamaño muestral

Asumiendo una desviación estándar (DS) de 20,14 en la puntuación de la EVA, valores α bilateral de 0,05 y β de 0,20, para detectar una diferencia de 10 puntos en dicha escala se requieren 63 pacientes en cada grupo.

Variables a utilizar

- Grupo (0 control, 1 intervención).
- Edad (años cumplidos) (continua).
- Sexo (0 mujer, 1 varón) (categórica).
- Peso inicial (Kg) (continua).
- Talla (m) (continua).
- Tipo de cirugía (0 gastroplastia vertical, 1 bypass gástrico, 2 cruce duodenal, 3 derivación biliopancreática, 4 sleeve gastrectomy) (categórica).

Métodos de recogida de la información

Según se reciba el listado de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica (mensual), se someterán al proceso de aleatorización mediante la aplicación informática Epiinfo, adjudicando a los seleccionados un número de paciente. El investigador ciego (enfermera de consulta), recibirá el número de paciente seleccionado, que indicará en la encuestas de calidad de vida, junto a el grupo al que pertenece, nº de visita y fecha.

Para las variables a utilizar se revisará hoja de Seguimiento de Consulta de Enfermería.

En cuanto al resto de parámetros se evaluarán de la siguiente forma:

- Consentimiento informado: firmado por el paciente y el autor del proyecto (Anexo V).
- Peso (expresado en Kg) (continua).
- Puntuación EVA (1 A 100) (continua) (Anexo III).
- Categorías eq-5d dicotomizadas en cada uno de los ítems: 0 sin problemas, 1 con problemas (Anexo IV).
- Puntuación Moorehead-Ardelt (continua) (Anexo VI).
- Puntuación SF-36 —continua— (Anexo VII).
- Categorías IWQOL-Lite español dicotomizadas en cada uno de los ítems: 0 nunca cierto, 1 resto (Anexo VIII).

Métodos estadísticos

Las variables continuas se describirán como medias (DS) y medianas (rango intercuartílico RI) si se ajustan o no a una distribución normal respectivamente , y las

categorías como porcentajes. La comparación de medias se realizará según t de Student para muestras independientes (paramétricas) y U de Mann-Whitney (no paramétricas). La comparación de porcentajes se hará mediante Chi-cuadrado.

Los ítems categóricos de EQ-5D se agruparán en dos (“sin problemas”: primera categoría, “con problemas”: segunda y tercera categorías). La escala IWQOL-Lite española también se agrupará en dos categorías (“nunca cierto” frente a todas las demás).

PLAN DE TRABAJO: CRONOGRAMA

Coincidiendo con la Consulta de Enfermería de los 6, 12 y 24 meses, de los pacientes intervenidos en el año 2008 (sin educación nutricional grupal), se les pasará las encuestas de calidad de vida, en dichas visitas.

Para los pacientes sometidos a intervención durante el año 2009 (con educación nutricional grupal), se les pasará en las mismas visitas, a lo largo del año 2009 y hasta su finalización.

Dado que el tamaño muestral se estima en 63 pacientes para cada grupo, los sujetos se irán seleccionando mensualmente, adecuándose al cronograma de consultas que corresponde a cada uno de ellos a partir de la fecha de intervención quirúrgica. Es decir, visita nº 2 a los 6 meses, visita nº 3 a los 12 meses y visita nº 5 a los 24 meses. Teniendo en cuenta que los pacientes para cada uno de los grupos, se irán eligiendo paulatinamente con respecto a su fecha de intervención quirúrgica, no podemos hablar de tiempo cronológico sino de visitas a la consulta de enfermería que les corresponda, según el siguiente esquema:

CRONOGRAM A	VISITA 2ª (6 meses)	VISITA 3ª (12 meses)	VISITA 5ª (24 meses)	VISITA 2ª (6 meses)	VISITA 3ª (12 meses)	VISITA 5ª (24 meses)
Consentimiento informado	X			*		
Peso	X	X	X	*	*	*
E.V.A.	X	X	X	*	*	*
EQ-5D	X	X	X	*	*	*
Moorehead-Ardelt	X	X	X	*	*	*
SF-36	X	X	X	*	*	*
IWQOL-Lite	X	X	X	*	*	*

X = Grupo Control

* = Grupo con Intervención

BIBLIOGRAFÍA

1. Weiner R, Datz M, Wagner D, Bockhorh H. Quality of life alter laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity. *Obes Surg*, 1999; 9:539-545.
2. Ocón Bretón J, Pérez Naranjo S, Gimeno Laborda S, Benito Ruesca P, García Hernández R. Eficacia y complicaciones de la cirugía bariátrica en el tratamiento de la obesidad mórbida. *Nutr. Hosp.* [revista en Internet]. 2005 Dic [citado 2007 Mayo 16]; 20(6): 409-414. Disponible en:
http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112005000800007&lng=es&nrm=iso
3. Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Serra Majem LI, Ribas Barba L, Quiles Izquierdo J, Vioque J, et al. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin (Barc)*. 2003; 120:608-12.
4. WHO Programme of Nutrition, Family and Reproductive Health. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneve: WHO; 1997-1998.
5. Salas_Salvadó J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128:184-96.
6. Arrizabalaga JJ, Masmiquel L, Vidal J, Calañas-Contiente A, Díaz-Fernández MJ, García-Luna PP, et al. Recomendaciones y algoritmo de tratamiento del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122:104-10.
7. Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad. Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica (Declaración de Salamanca). *Cir Esp*. 2004; 75:312-4.
8. Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Foz Sala M, Mantilla T, Serra Majem L, Moreno Estebn B, et al. Tablas de evaluación del riesgo coronario adaptadas a la población española: Estudio Dorica. *Med Clin (Bar)*. 2004; 123:686-91.
9. Alastrué A, Rull M, Formiguera X, Casas D, Moreno P, Mira X, et al. Cirugía de la obesidad grave. *Endocrinol Nutr*. 1999; 46:22-42.
10. Oria HE, Moorehead MK: Bariatric análisis and reporting outcome system (BAROS). *Obes Surg*. 1998; 23:345-69.

11. Larrad A, Sánchez C, Quadros P, Peñalver D, Vega B, Montoya T, et al. Cirugía de la obesidad. En: Moreno B, Monereo S, Álvarez J, editores. La obesidad en el tercer milenio. Madrid: Médica Panamericana; 2004. p. 309-321.
12. Greenway FL. Surgery for obesity. *Endocrinol Met Clin Am.* 1996; 25:1005-27.
13. Poves Prim I, Macía GJ, Cabrera M, Situ L, Ballesta C. Calidad de vida en la obesidad mórbida. *Rev Esp Enferm Dig.* 2005; 97.
14. Kolotkin RL, Head S, Hamilton M, Tse C-KJ Assessing impact of weight on quality of life. *Obes Res.* 1995; 3:49-56.
15. Kral JG, Sjöström LV, Sullivan MBE. Assessment of quality o life before an alter surgery for severe obesity. *Am J Clin Nutr,* 1992; 55 (suppl):611S-614S.
16. Harris MB, Green D: Psychosocial effects of vertical banded gastroplasty on pathologically obese patients. *Obes Surg.* 1992; 2:269-243.
17. Weiner R, Datz M, Wagner D, Bockhorm H. Quality of life after laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity. *Obes Surg,* 1999; 9:539-545.
18. 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. *Schweiz Med Wochenschr.* 2000; 130(20):739-748.
19. Kalucy RS, Crisp AH. Some psychological and social implications of masive obesity. *J Psychosom Res.* 1974; 18:465-473.
20. Salleras N, Pibernat A, Pons N, Mauri S, Esteve E, Recasens M, et al . Evaluación de un programa de educación nutricional en el tratamiento de la obesidad mórbida (OM). *Nutr. Hosp.* [revista en Internet]. [citado 2007 Mayo 16]. Disponible en:
http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112004000700011&lng=es&nrm=iso

ANEXO I

EDUCACIÓN NUTRICIONAL GRUPAL A PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Para la primera sesión, se agruparán pacientes sometidos a cirugía bariátrica común: técnicas restrictivas, malabsortivas y mixtas; el resto de los grupos pueden ser comunes.

Se realizarán grupos no superiores a 10 pacientes, con una duración de aproximadamente 2 horas.

1ª Sesión

Breve explicación de la técnica quirúrgica realizada.
¿Qué es la obesidad mórbida?
¿Por qué debe perder peso?
Modificación de hábitos:
Los alimentos (1ª parte). Posibles carencias nutricionales
Actividad física (1ª parte)
Mitos y realidades.
Como comer y cuantas veces.
Objetivos para la próxima sesión:
Apuntar lo que se come durante los dos últimos días y las veces.
Apuntar el tiempo que se tarda en comer.

2ª Sesión

Evaluación de los objetivos del día anterior y puesta en común.
Los alimentos (2ª parte)
Actividad física (2ª parte)
Mitos y realidades.
Donde comer.
Qué hábitos hay que modificar y cuales se han cumplido.
Cuanto tiempo se tarda en comer y el objetivo a alcanzar.
Objetivos para el próximo día.

3ª Sesión

Evaluación de los objetivos del día anterior y puesta en común.
Los alimentos (3ª parte)
Actividad física (3ª parte)
Cómo cocinar.
La creatividad en la comida. Ejemplos de menús.
Cómo comprar.
La relación con los demás.

ANEXO II

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

En el desarrollo de la obesidad intervienen factores genéticos, metabólicos, hormonales y ambientales, siendo estos últimos los que podemos modular modificando los hábitos de vida, evitando el sedentarismo, procurando la realización regular de ejercicio físico, corrigiendo errores alimentarios y cuidando la dieta indicada en cada fase del postoperatorio de la cirugía bariátrica.

El abordaje terapéutico de la obesidad debe ser global, abarcando las modificaciones dietéticas necesarias, cambios en la conducta alimentaria, incremento en la actividad física y abandono de costumbres sedentarias es decir, en definitiva, cambio en los hábitos de vida.

Para que la intervención dietética sea eficaz debe formar parte de un plan alimentario estructurado, equilibrado y abierto, ajustado a las Kcals. y volumen indicados por el médico, así como corregir las alteraciones del patrón alimentario si existen.

OBJETIVOS

Los objetivos del tratamiento dietético en la obesidad atienden aspectos comunes a todos los pacientes obesos y otros individuales en relación con las complicaciones asociadas o en relación con las dificultades para llevar a cabo el tratamiento, la identificación de estos últimos facilita los mecanismos de adhesión al tratamiento y condiciona en gran parte el éxito terapéutico, ya que nos permite negociar con el paciente objetivos de pérdida de peso muy concretos.

Objetivos comunes

- Disminuir la grasa corporal, manteniendo la masa magra.
- Mantener la pérdida de peso lograda a largo plazo.
- Prevenir problemas derivados de la intervención.
- Prevenir ganancias futuras de peso.
- Mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida.

Objetivos individuales

- Disminuir los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión) y metabólicos (dislipemia, hiperuricemia, diabetes, etc.), y disminuir el dolor lumbar o de rodillas relacionado con la sobrecarga de peso.
- Evitar errores alimentarios. Conseguir una nueva educación alimentaria.
- Restablecer el equilibrio psicosomático. Mejorar la autoestima.
- Mejorar problemas de fertilidad.
- Mejorar enfermedades respiratorias como el Síndrome de Apnea del Sueño.

SEGUIMIENTO

Visitas

Se identificará al paciente desde el mismo momento de la intervención quirúrgica. Se mantendrá el contacto con los médicos y enfermería de planta, en cuanto al grado de tolerancia y el inicio de educación de lo que será la dieta del paciente, según las indicaciones médicas hasta el momento del alta.

Visita inicial. 1ª visita a los 3 meses de la intervención.

Sucesivas. A los 6, 12, 18 y 24 meses de la intervención.

Visita inicial

Se rellenará la hoja: **Hoja de seguimiento de consulta de enfermería**, que consta de:

- Datos de filiación del paciente.
- Tipo de intervención y fecha.
- Peso y talla previos.
- Complicaciones de la cirugía.
- Fecha de inicio de la consulta.
- Vómitos y ritmo intestinal.
- Tolerancia a dieta líquida.
- Estimación del ejercicio físico, tipo de actividad y tiempo.
- Registro para vitaminas y fármacos.
- Constantes vitales y datos antropométricos.
- Comentarios.

Visitas sucesivas

Se rellenarán:

- Fecha de la consulta.
- Vómitos y ritmo intestinal.
- Tolerancia a los distintos tipos grupos de alimentos y cantidad.
- Estimación del ejercicio físico, tipo de actividad y tiempo.
- Registro para vitaminas y fármacos.
- Constantes vitales y datos antropométricos. Recomendaciones sobre el ejercicio físico. Como mínimo pactaremos el caminar sin agotarse, al menos 1/2 hora diaria, además del ejercicio físico extra al que se comprometa el paciente (gimnasio, natación, subir escaleras, bicicleta, correr, etc.). El objetivo final será que camine una hora diaria.
- Comentarios. Hábitos inadecuados al igual que el incumplimiento de la dieta. Forma de actuación en las revisiones: refuerzo positivo/extinción.
- Comportamiento alimentario, aspectos sociales, hábitos alimentarios. Se realizará un recordatorio alimentario y se corregirán los hábitos inadecuados. Se entregarán 3 hojas de registro alimentario a rellenar para la próxima visita (2 en días laborables y 1 en festivo).
- Recomendaciones sobre las comidas fuera de casa.
- Motivación / Compromiso para la próxima visita. Adecuación para que los resultados conseguidos se conviertan en hábito de vida.
- Registro de comentarios.



U. NUTRICIÓN CLÍNICA Y DIETÉTICA

HOJA DE SEGUIMIENTO DE CONSULTA DE ENFERMERIA

NOMBRE _____
Nº Historia _____ EDAD: _____ FECHA NACIMIENTO _____
TELEFONO _____ MOVIL _____
FECHA CIRUGIA _____ TIPO DE CIRUGIA _____
PESO PREVIO _____ TALLA _____
ANTECEDENTES _____
COMPLICACIONES _____

FECHA DE LA CONSULTA _____
VOMITOS SEMANALES: _____
RITMO INTESTINAL: _____ TRATAMIENTO: _____
INCIDENCIAS DE LA ALIMENTACION:
TOLERANCIA A LIQUIDOS: _____ TIPO: _____ CANTIDAD _____
ACTIVIDAD FISICA: _____ MINUTOS AL DIA _____
TIPO: _____ MINUTOS AL DIA: _____
TRATAMIENTO: VITAMINAS: TIPO _____ FRECUENCIA: _____
PESO: _____ IMC: _____ TA: _____ / _____ CINTURA: _____ CADERA _____
COMENTARIOS: _____

FECHA DE LA CONSULTA _____
VOMITOS SEMANALES: _____
RITMO INTESTINAL: _____ TRATAMIENTO: _____
INCIDENCIAS DE LA ALIMENTACION:
TOLERANCIA A LIQUIDOS: _____ CANTIDAD: _____
TOLERANCIA A PURES: _____ CANTIDAD: _____
TOLERANCIA SÓLIDOS: _____ CANTIDAD: _____
T. HUEVOS: _____ Nº DE CLARAS: _____ Nº DE HUEVOS _____
T. CARNE: _____ Cantidad _____ Entera/triturada _____
T. PESCADO: _____ Cantidad _____
T. FRUTA: _____ TOMAS AL DIA: _____ ZUMOS: _____
T. LACTEOS: _____ TOMAS AL DIA: _____
T. Legumbre-Arroz-Pasta _____ T. Verduras _____
ACTIVIDAD FISICA: TIPO: _____ MINUTOS AL DIA: _____
TIPO: _____ MINUTOS AL DIA: _____
TRATAMIENTO: VITAMINAS: TIPO _____ FRECUENCIA: _____
HIERRO: TIPO: _____ FRECUENCIA: _____
CALCIO: _____ OTROS: _____
PESO: _____ IMC: _____ TA: _____ / _____ CINTURA: _____ CADERAS _____
COMENTARIOS: _____

FECHA DE CONSULTA: _____
PESO _____ IMC _____ TA: _____ / _____ CINTURA _____ CADERAS _____
RITMO INTESTINAL _____ VOMITOS _____
TOLERANCIA ALIMENTOS _____
INTOLERANCIAS _____
COMENTARIOS _____

FECHA DE CONSULTA: _____
PESO _____ IMC _____ TA: _____ / _____ CINTURA _____ CADERAS _____
RITMO INTESTINAL _____ VOMITOS _____
TOLERANCIA ALIMENTOS _____
INTOLERANCIAS _____
COMENTARIOS _____

FECHA DE CONSULTA: _____
PESO _____ IMC _____ TA: _____ / _____ CINTURA _____ CADERAS _____
RITMO INTESTINAL _____ VOMITOS _____
TOLERANCIA ALIMENTOS _____
INTOLERANCIAS _____
COMENTARIOS _____

FECHA DE CONSULTA: _____
PESO _____ IMC _____ TA: _____ / _____ CINTURA _____ CADERAS _____
RITMO INTESTINAL _____ VOMITOS _____
TOLERANCIA ALIMENTOS _____
INTOLERANCIAS _____
COMENTARIOS _____

FECHA DE COSULTA: _____
PESO _____ IMC _____ TA: _____ / _____ CINTURA _____ CADERAS _____
RITMO INTESTINAL _____ VOMITOS _____
TOLERANCIA ALIMENTOS _____
INTOLERANCIAS _____
COMENTARIOS _____

FECHA DE CONSULTA: _____
PESO _____ IMC _____ TA: _____ / _____ CINTURA _____ CADERAS _____
RITMO INTESTINAL _____ VOMITOS _____
TOLERANCIA ALIMENTOS _____
INTOLERANCIAS _____
COMENTARIOS _____

FECHA DE CONSULTA: _____
PESO _____ IMC _____ TA: _____ / _____ CINTURA _____ CADERAS _____
RITMO INTESTINAL _____ VOMITOS _____
TOLERANCIA ALIMENTOS _____
INTOLERANCIAS _____
COMENTARIOS _____

ANEXO III

Nº Paciente	Grupo	Visita	Fecha

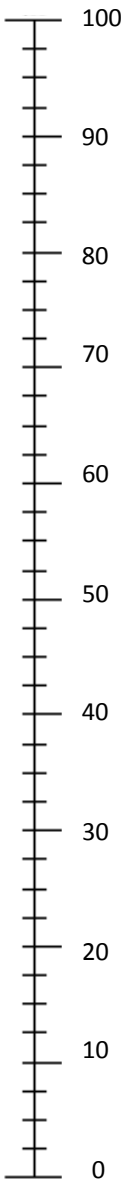
**ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5
 VERSIÓN ESPAÑOLA**

El mejor estado de salud imaginable

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

SU ESTADO DE SALUD HOY



El peor estado de salud imaginable

ANEXO IV

Nº Paciente	Grupo	Visita	Fecha

CUESTIONARIO DE SALUD EQ – 5 (versión española)

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades cotidianas (por ejemplo: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

ANEXO V

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN NUTRICIONAL GRUPAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

A usted se le va a proponer participar en un protocolo de investigación clínico, totalmente voluntario, que tiene como objetivo conocer la calidad de vida de pacientes que han sido sometidos a cirugía Bariátrica (cirugía de la obesidad) con educación nutricional grupal frente a la educación nutricional convencional (individualizada en las Consultas de Enfermería).

En este estudio queremos analizar en profundidad los efectos de la influencia de la educación nutricional grupal en la calidad de vida de los pacientes sometidos a cirugía Bariátrica (Cirugía de la Obesidad).

Para ello le pediremos que conteste a una escala visual analógica sobre su estado de salud y 4 sencillas encuestas de calidad de vida. Todo ello se realizará de forma anónima, respetando su intimidad y en las que únicamente figurará un número de paciente (elegido aleatoriamente), el grupo al que pertenece (con educación grupal o no), el número de visita y la fecha.

También nos gustaría que nos diese su consentimiento para la obtención de los siguientes datos:

- Grupo al que pertenece
- Edad
- Sexo
- Peso inicial en cada una de las visitas
- Talla
- Tipo de cirugía al que ha sido sometido

En cualquier caso, todos los enfermos incluidos en el estudio recibirán educación nutricional individualizada.

Cualquier duda o sugerencia que necesite conocer en relación a este protocolo no dude en comentarla con cualquiera de los profesionales que le van a atender.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por favor, firme al final de la página si está de acuerdo con lo siguiente:

1. He leído y comprendido la información escrita que me han entregado.
2. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y discutir las encuestas de Calidad de Vida con el personal de enfermería que me atiende.
3. Mis preguntas han sido respondidas de forma satisfactoria.
4. He recibido información suficiente del estudio y de la prueba a realizar.
5. Sé que tengo libertad para no participar en el estudio propuesto, sin que ello implique ningún perjuicio en el seguimiento posterior.
6. Sé que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin que tampoco se derive ningún perjuicio en mi seguimiento posterior.
7. Estoy de acuerdo en que mi consentimiento por escrito y otros datos estén a disposición del Hospital y del proyecto de investigación clínico en el que estoy participando, pero siempre respetando la confidencialidad y la garantía de que mis datos no estarán disponibles públicamente de forma que pueda ser identificado.
8. Yo doy mi consentimiento libremente para participar en este estudio.

Fecha:

Firma:

Firma D. _____

NOMBRE COMPLETO:

ANEXO VI

Nº Paciente	Grupo	Visita	Fecha

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA MOOREHEAD-ARDEL

Por favor, rodee con un círculo la respuesta que considere más adecuada.

	Mucho menos	menos	Igual	Más	Mucho más
AUTOESTIMA:	-1	-0.5	0	+0.5	+1
ACTIVIDAD FÍSICA:	-0.5	-0.25	0	+0.25	+0.5
ACTIVIDAD SOCIAL:	-0.5	-0.25	0	+0.25	+0.5
ACTIVIDAD LABORAL:	-0.5	-0.25	0	+0.25	+0.5
ACTIVIDAD SEXUAL:	-0.5	-0.25	0	+0.25	+0.5

SUBTOTAL: _____

ANEXO VII

Nº Paciente	Grupo	Visita	Fecha

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4

INSTRUCCIONES

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA (RODEE CON UN CIRCULO)

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1.- Excelente
- 2.- Muy buena
- 3.- Buena
- 4.- Regular
- 5.- Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1.- Mucho mejor ahora que hace un año
- 2.- Algo mejor ahora que hace un año
- 3.- Más o menos igual que hace un año
- 4.- Algo peor ahora que hace un año
- 5.- Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1.- Sí, me limita mucho
- 2.- Sí, me limita un poco
- 3.- No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1.- Sí, me limita mucho
- 2.- Sí, me limita un poco

3.- No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1.- Sí, me limita mucho
- 2.- Sí, me limita un poco
- 3.- No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1.- Sí, me limita mucho
- 2.- Sí, me limita un poco
- 3.- No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1.- Sí, me limita mucho
- 2.- Sí, me limita un poco
- 3.- No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1.- Sí, me limita mucho
- 2.- Sí, me limita un poco
- 3.- No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1.- Sí, me limita mucho
- 2.- Sí, me limita un poco
- 3.- No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1.- Sí, me limita mucho
- 2.- Sí, me limita un poco
- 3.- No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- 1.- Sí, me limita mucho
- 2.- Sí, me limita un poco
- 3.- No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

- 1.- Sí, me limita mucho
- 2.- Sí, me limita un poco
- 3.- No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1.- Sí
- 2.- No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1.- Sí
- 2.- No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1.- Sí
- 2.- No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1.- Sí
- 2.- No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1.- Sí
- 2.- No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1.- Sí
- 2.- No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1.- Sí
- 2.- No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1.- Nada
- 2.- Un poco
- 3.- Regular
- 4.- Bastante

5.- Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1.- No, ninguno
- 2.- Sí, muy poco
- 3.- Sí, un poco
- 4.- Sí, moderado
- 5.- Sí, mucho
- 6.- Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1.- Nada
- 2.- Un poco
- 3.- Regular
- 4.- Bastante
- 5.- Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- Muchas veces
- 4.- Algunas veces
- 5.- Sólo alguna vez
- 6.- Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- Muchas veces
- 4.- Algunas veces
- 5.- Sólo alguna vez
- 6.- Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- Muchas veces
- 4.- Algunas veces
- 5.- Sólo alguna vez

6.- Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- Muchas veces
- 4.- Algunas veces
- 5.- Sólo alguna vez
- 6.- Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- Muchas veces
- 4.- Algunas veces
- 5.- Sólo alguna vez
- 6.- Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- Muchas veces
- 4.- Algunas veces
- 5.- Sólo alguna vez
- 6.- Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- Muchas veces
- 4.- Algunas veces
- 5.- Sólo alguna vez
- 6.- Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- Muchas veces
- 4.- Algunas veces
- 5.- Sólo alguna vez
- 6.- Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre

- 3.- Muchas veces
- 4.- Algunas veces
- 5.- Sólo alguna vez
- 6.- Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- Algunas veces
- 4.- Sólo alguna vez
- 5.- Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1.- Totalmente cierta
- 2.- Bastante cierta
- 3.- No lo sé
- 4.- Bastante falsa
- 5.- Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1.- Totalmente cierta
- 2.- Bastante cierta
- 3.- No lo sé
- 4.- Bastante falsa
- 5.- Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1.- Totalmente cierta
- 2.- Bastante cierta
- 3.- No lo sé
- 4.- Bastante falsa
- 5.- Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1.- Totalmente cierta
- 2.- Bastante cierta
- 3.- No lo sé
- 4.- Bastante falsa
- 5.- Totalmente falsa

ANEXO VIII

Nº Paciente	Grupo	Visita	Fecha

Spanish "IWQOL-Lite"

Por favor, conteste las siguientes sentencias haciendo un círculo en el número que mejor aplique a usted durante la última semana. Sea lo más honesto/a que pueda. No hay respuestas correctas o incorrectas.

<u>Función Física</u>		SIEMPRE CIERTO	GENERALMENTE CIERTO	A VECES CIERTO	RARAMENTE CIERTO	NUNCA CIERTO
1.	Debido a mi peso tengo problemas para recoger objetos.	5	4	3	2	1
2.	Debido a mi peso tengo problemas para atarme los zapatos.	5	4	3	2	1
3.	Debido a mi peso tengo dificultad para levantarme de los asientos.	5	4	3	2	1
4.	Debido a mi peso tengo problemas para usar las escaleras.	5	4	3	2	1
5.	Debido a mi peso tengo problemas para ponerme o quitarme la ropa.	5	4	3	2	1
6.	Debido a mi peso tengo problemas con la movilidad (para desplazarme).	5	4	3	2	1
7.	Debido a mi peso tengo problemas para cruzar mis piernas.	5	4	3	2	1
8.	Siento que me falta el aire solo con hacer esfuerzos ligeros (por ejemplo, subir un solo tramo de escaleras).	5	4	3	2	1
9.	Tengo dolor o anquilosamiento en las articulaciones.	5	4	3	2	1
10.	Mis tobillos y piernas están hinchados al final del día.	5	4	3	2	1
11.	Estoy preocupado/a por mi salud.	5	4	3	2	1

Autoestima		SIEMPRE CIERTO	GENERALMENTE CIERTO	A VECES CIERTO	RARAMENTE CIERTO	NUNCA CIERTO
1.	Debido a mi peso estoy acomplejado/a.	5	4	3	2	1
2.	Debido a mi peso mi autoestima no es la que podría ser.	5	4	3	2	1
3.	Debido a mi peso me siento inseguro/a de mi mismo/a.	5	4	3	2	1
4.	Debido a mi peso no me gusto.	5	4	3	2	1
5.	Debido a mi peso tengo miedo de ser rechazado/a.	5	4	3	2	1
6.	Debido a mi peso evito mirarme en los espejos o verme en fotografías.	5	4	3	2	1
7.	Debido a mi peso me siento avergonzado/a de ser visto/a en lugares públicos.	5	4	3	2	1

Vida sexual		SIEMPRE CIERTO	GENERALMENTE CIERTO	A VECES CIERTO	RARAMENTE CIERTO	NUNCA CIERTO
1.	Debido a mi peso no disfruto la actividad sexual.	5	4	3	2	1
2.	Debido a mi peso tengo poco o ningún deseo sexual.	5	4	3	2	1
3.	Debido a mi peso tengo dificultad con la actividad sexual.	5	4	3	2	1
4.	Debido a mi peso evito relaciones sexuales siempre que puedo.	5	4	3	2	1

Preocupación en público		SIEMPRE CIERTO	GENERALMENTE CIERTO	A VECES CIERTO	RARAMENTE CIERTO	NUNCA CIERTO
1.	Debido a mi peso siento ridículo, burlas o atención superflua.	5	4	3	2	1
2.	Debido a mi peso me preocupa caber en los asientos en lugares públicos (por ejemplo, en teatros, cines, restaurantes o aviones).	5	4	3	2	1
3.	Debido a mi peso me preocupa caber por los pasillos o por las puertas giratorias.	5	4	3	2	1

4.	Debido a mi peso me preocupa encontrar asientos que sean lo suficientemente fuertes para aguantar mi peso.	5	4	3	2	1
5.	Debido a mi peso siento discriminación por parte de otros.	5	4	3	2	1

Trabajo (Nota: Para personas que no tienen un trabajo remunerado, contesten en relación a sus actividades diarias).		SIEMPRE CIERTO	GENERALMENTE CIERTO	A VECES CIERTO	RARAMENTE CIERTO	NUNCA CIERTO
1.	Debido a mi peso tengo problemas para hacer cosas o para llevar a cabo mis responsabilidades.	5	4	3	2	1
2.	Debido a mi peso soy menos productivo/a de lo que podría ser.	5	4	3	2	1
3.	Debido a mi peso no recibo aumentos salariales apropiados, promociones o reconocimiento en el trabajo.	5	4	3	2	1
4.	Debido a mi peso tengo miedo de ir a entrevistas de trabajo.	5	4	3	2	1

Recibido: 15 febrero 2010.
 Aceptado: 28 marzo 2010.