



Informe Final

“Pacientes post- bariátricos: asociación entre la adherencia a los hábitos alimentarios saludables y el índice de sobrepeso perdido”

Autoras

Del Fabro, Ariana N. 345-37398106

Torres, Gisella A. 345-36200638

Directora

Lic. Lukasiewicz, Mónica R.

Co- directora

Prof. Lic. Uda, Adriana N.

Año 2017



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.

Se encuentra ubicada en la Biblioteca de la Escuela de Nutrición,
Fac. de Ciencias Médicas, U.N.C.

HOJA DE APROBACIÓN
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

Autoras:

Del Fabro, Ariana N

Torres, Gisella A

Directora:

Lic. Lukasiewicz, Mónica R

Co-Directora:

Prof. Lic. Uda, Adriana N

Tribunal:

Lic. Celi, Alejandra

Lic. Canale, Marcela

Lic. Lukasiewicz, Mónica

Calificación:

Córdoba,..

Art.28: “Las opiniones expresadas por las autoras de este seminario final no representan necesariamente los criterios de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas”

AGRADECIMIENTOS

Por acompañarnos y confiar en nosotras queremos agradecer a nuestra directora y co-directora Lic. Mónica Lukasiewickz y Lic. Prof. Adriana Uda.

Al tribunal evaluador por sus aportes, Lic. Alejandra Celi y Lic. Marcela Canale. A la Dra. Daniela Defagó por guiarnos en éste proceso. Así como también, al Sanatorio Mayo Privado S.A. por permitirnos llevar a cabo éste trabajo.

A Margarita y Graciela, Mario y Samuel, Natalia, Matías, Guillermo y Alejandro; nuestras familias, por aconsejarnos y apoyarnos incondicionalmente.

A nuestros amigos por estar presentes siempre. Y a todos aquellos que de distintas maneras nos ayudaron a transitar éste camino.

Muchas Gracias

ÍNDICE

Introducción.....	6
Problema.....	8
Objetivo General y Específicos.....	9
Hipótesis.....	21
Marco Teórico	
• Obesidad.....	10
• Bases del tratamiento.....	12
• Legislación.....	12
• Cirugía Bariátrica.....	13
• Técnicas de cirugía bariátrica.....	13
• Dieta post-operatoria.....	14
• Principales complicaciones post cirugía.....	15
• Índice de sobrepeso perdido.....	16
• Consejería alimentaria.....	17
• Hábitos alimentarios.....	18
• Cambio de hábitos post cirugía bariátrica.....	19
• Adherencia.....	19
Variables.....	22
Diseño Metodológico	
• Tipo de estudio.....	23
• Universo.....	24
• Muestra.....	24
• Operacionalización de variables.....	25
Técnica de recolección de datos.....	27
Plan de tratamiento estadístico de los datos.....	28

Resultados.....	29
Discusión.....	38
Anexo 1.....	46
Anexo 2.....	49
Anexo 3.....	50
Glosario.....	51

Resumen

“Pacientes post-bariátricos: asociación entre la adherencia a los hábitos alimentarios saludables y el índice de sobrepeso perdido”

Área: Nutrición Clínica y Dietoterapia.

Autores: Del Fabro A, Torres G, Uda A, Lukasiwicz M

Introducción: Dada la alta prevalencia mundial de obesidad mórbida y la morbimortalidad asociada a ella, surge como alternativa terapéutica eficaz la cirugía bariátrica, que permite mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La adopción de hábitos alimentarios saludables es de vital importancia para sostener en el mediano y largo plazo los resultados obtenidos tras la cirugía.

Objetivo: Establecer la asociación entre el grado de adherencia a los hábitos alimentarios saludables y el índice de sobrepeso perdido en pacientes post-bariátricos de ambos sexos entre los 18 a 70 años a partir de los 4 meses de cirugía, que asisten a la consulta nutricional en el Sanatorio Mayo Privado S. A., Córdoba, Argentina, en el año 2017.

Diseño metodológico: Se realizó un estudio de alcance observacional de tipo descriptivo, transversal y correlacional.

Se aplicó un cuestionario extraído y adaptado de los autores Pardo et al, a 70 pacientes post-bariátricos que asistieron a la consulta nutricional en el Sanatorio Mayo Privado S.A, en el año 2017.

Resultados: Los datos fueron analizados mediante correlación de Pearson y test T de Student.

No se encontró asociación entre la adherencia a hábitos alimentarios saludables y el índice de sobrepeso perdido.

Conclusión: De acuerdo a los resultados obtenidos, resulta primordial reforzar la consejería nutricional y el cumplimiento de los controles con el/la nutricionista en el período post-quirúrgicos.

Palabras claves: Cirugía bariátrica; Hábitos alimentarios; Adherencia; Índice de sobrepeso perdido.



Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica, resultante de una compleja interacción entre factores genéticos y medioambientales, que se caracteriza por el exceso de grasa corporal progresiva (Chandawarkar R, 2006).

Actualmente es uno de los principales problemas sociales, económicos y de salud pública por la morbilidad asociada a ella que afecta a más de 600 millones de personas alrededor del mundo sean niños o adultos, siendo considerada una epidemia del siglo XXI. En 2014, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas. Si bien el sobrepeso y la obesidad se consideraban antes un problema propio de los países de ingresos altos, hoy por hoy ambos trastornos aumentan en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos (OMS, 2015).

En Argentina, de acuerdo a los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), la obesidad pasó de una prevalencia de 14,6% en el año 2005 a una de 20,8% en el 2013. Además el 3,5% de la población adulta presenta obesidad severa y muy severa, con mayor presencia en las mujeres y la obesidad grado 1 muestra una prevalencia de 11% que se observa mayoritariamente en los hombres (Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

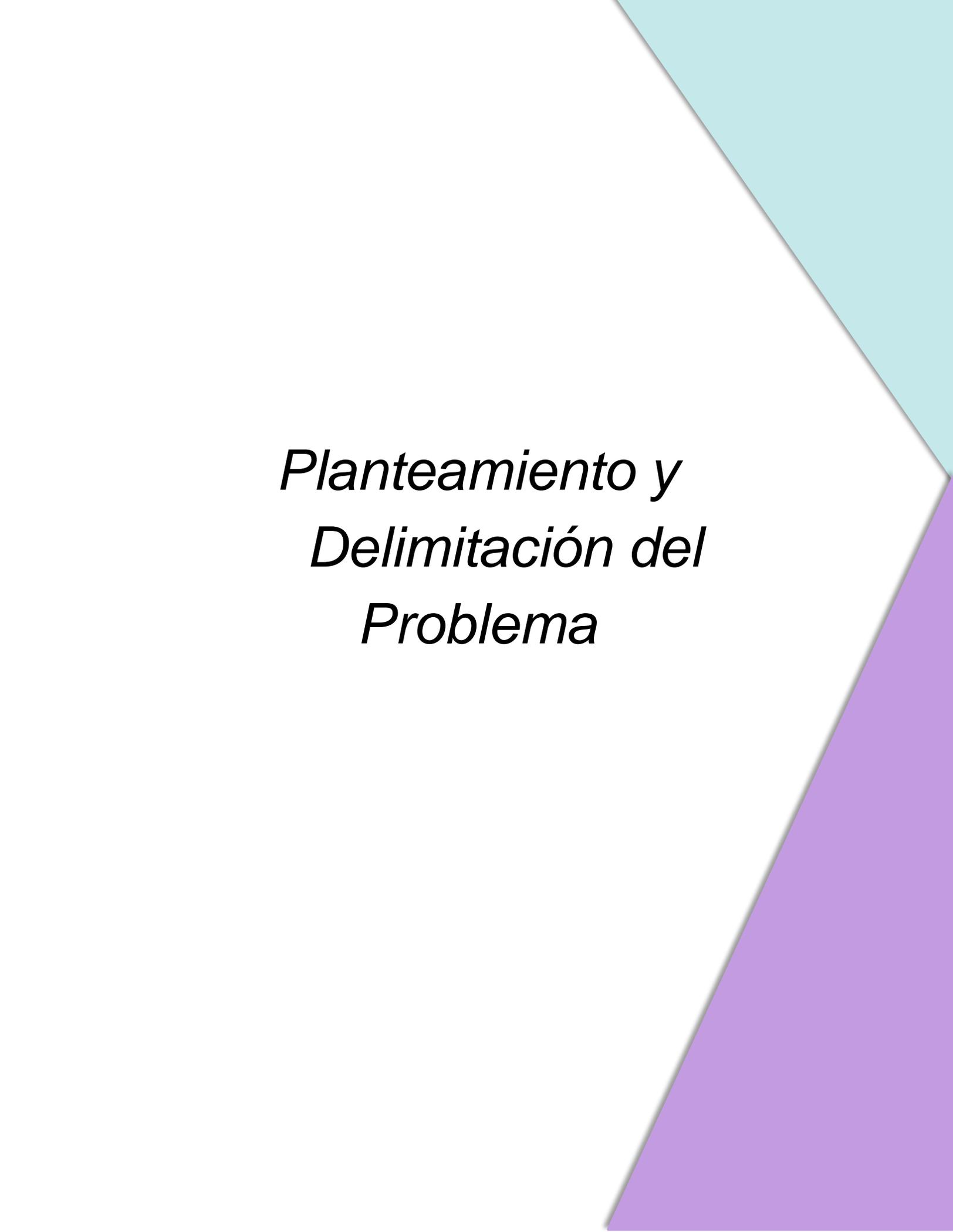
La obesidad mórbida, definida por un Índice de Masa Corporal $> 40 \text{ Kg/m}^2$ o $> 35 \text{ Kg/m}^2$ sumada a las comorbilidades, está relacionada con mayor mortalidad, riesgo de enfermedades asociadas y con una disminución de la calidad de vida (Pampillón N et al., 2011). En algunos de estos pacientes y frente al fracaso del tratamiento convencional, la cirugía bariátrica constituye una alternativa terapéutica eficaz (Pampillón N et al., 2011) en la cual, el índice de sobrepeso perdido (ISPP) puede alcanzar valores del 50-60% respecto del peso inicial siendo considerado un indicador de éxito del tratamiento (Jhontson S & Rodriguez Arisa E, 2003).

El abordaje de los pacientes bariátricos requiere de un equipo interdisciplinario en el cual el/la Lic. en Nutrición tiene un papel preponderante en la evaluación, educación y su evolución (Jhontson S & Rodriguez Arisa E, 2003).

El seguimiento nutricional tras la cirugía es necesario debido a las frecuentes modificaciones y/o restricciones alimentarias para reforzar las pautas de alimentación, controlar las comorbilidades, detectar y tratar las complicaciones metabólicas asociadas, principalmente deficiencia de vitaminas y minerales (Rubio M, Rico C & Moreno C, 2005). En el cual, la consejería nutricional toma relevancia ya que se constituye como un proceso orientado y breve referida a lograr en las personas cambios en el hábito de alimentarse, cuyo propósito es informar e incorporar en el individuo y la familia estilos de vida saludables, con énfasis en la alimentación y la actividad física (Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, 2011).

Adquirir hábitos alimentarios saludables resulta indispensable dentro del tratamiento de los pacientes post- bariátricos, no obstante la adhesión a los mismos es difícil. Cabe destacar que el cumplimiento o la adherencia a los mismos dependen en parte del grado de satisfacción y motivación que tenga el paciente, de ahí la importancia de que se utilicen metodologías educativas con participación de los mismos (American Diabetes Association, 1991). La misma se define como la extensión por la cual la conducta o el modo de comportarse de una persona, en términos de toma de medicamentos, seguimiento de la dieta o cambios en el estilo de vida, coincide con el consejo del Equipo de Salud (Vindas R, 1994).

Por lo expuesto el presente trabajo tuvo como propósito determinar la relación entre la adherencia a los hábitos alimentarios saludables y el índice de sobrepeso perdido en pacientes post-bariátricos de ambos sexos entre los 18 a 70 años a partir de los 4 meses de cirugía que asisten a la consulta nutricional en el Sanatorio Mayo Privado S. A., Córdoba, Argentina, en el año 2017.



*Planteamiento y
Delimitación del
Problema*

¿Existe asociación entre la adherencia a los hábitos alimentarios saludables y el índice de sobrepeso perdido en pacientes post-bariátricos a partir de los 4 meses de cirugía que asisten a la consulta nutricional en el Sanatorio Mayo Privado S. A., Córdoba, Argentina, en el año 2017?

The background features a white triangular area on the left and a large white trapezoidal area on the right. The top-right corner is filled with a teal color, and the bottom-right corner is filled with a purple color.

Objetivos

Objetivo general

Establecer la asociación entre la adherencia a los hábitos alimentarios saludables y el índice de sobrepeso perdido en pacientes post-bariátricos de ambos sexos entre los 18 a 70 años a partir de los 4 meses de cirugía, que asisten a la consulta nutricional en el Sanatorio Mayo Privado S. A., Córdoba, Argentina, en el año 2017.

Objetivos específicos

- Determinar el índice de sobrepeso perdido en pacientes post-bariátricos, a partir de los 4 meses de cirugía, de ambos sexos entre 18 a 70 años.
- Determinar la adherencia a los hábitos alimentarios saludables en pacientes post-bariátricos, a partir de los 4 meses de cirugía, de ambos sexos entre 18 a 70 años.
- Establecer la relación entre las diferentes variables estudiadas en pacientes post-bariátricos, a partir de los 4 meses de cirugía, de ambos sexos de 18 a 70 años.



*Marco
Teórico*

Obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja, de etiología multifactorial, que afecta a un gran número de individuos, particularmente en los países occidentales (Janovski S & Janovski J, 2002). Esta resulta de factores genéticos -enzimas, hormonas- y del medio- alimentación hipercalórica e hipergrasa prolongada, con exceso de azúcares, falta de fibra dietaria y sedentarismo (Braguisky J, 2003).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”. Por su parte Braguinsky (2003) cita a Bjöntorp (2001) agregando que dicha condición va frecuentemente acompañada de aumento de peso, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo. El autor da cuenta también de la noción de riesgo de enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares, la diabetes, los trastornos del aparato locomotor y algunos cánceres.

Hoy en día es considerada el trastorno metabólico de mayor prevalencia que afecta no sólo a los países desarrollados, sino también a aquellos que se encuentran en vías de desarrollo. Se ha convertido en uno de los problemas socio sanitarios más importantes, con graves implicaciones de morbimortalidad y socioeconómicas, hecho por el cual es denominada la epidemia del siglo XXI (OMS, 2016).

El fenómeno del aumento acelerado de la prevalencia de la obesidad a nivel global se visualiza en las cifras expuestas por la OMS (2016), en la que se calcula que entre 1980 y 2014, la prevalencia mundial de la obesidad se ha más que doblado. Actualmente alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) son obesos.

Argentina no es ajena a éste fenómeno, ya que según los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), la obesidad pasó de una prevalencia de 14,6% en el año 2005 a una de 20,8% en el 2013. Además, el

3,5% de la población adulta, en su mayoría mujeres, presenta obesidad severa y muy severa, mientras que la obesidad grado 1 muestra una prevalencia de 11% que se observa mayoritariamente en los hombres (Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

A nivel local Aballay (2012), afirma que, en la ciudad de Córdoba la prevalencia de obesidad y pre-obesidad en adultos de ambos sexos es del 17% y 34%, respectivamente. Mientras que el sobrepeso en hombres es de 60% y en mujeres de 45%.

El Índice de masa corporal (IMC), entendido como el peso de un adulto dividido por el cuadrado de la estatura, se recomienda como indicador de adiposidad corporal. Éste adquiere las siguientes categorías:

- Peso insuficiente: $IMC < 18,5 \text{ Kg/m}^2$
- Normopeso: $18,5 - 24,9 \text{ Kg/m}^2$
- Sobrepeso grado I: $25 - 26,9 \text{ Kg/m}^2$
- Sobrepeso grado II: $27 - 29,9 \text{ Kg/m}^2$ (Pre-obesidad)
- Obesidad de tipo I: $30 - 34,9 \text{ Kg/m}^2$
- Obesidad de tipo II: $35 - 39,9 \text{ Kg/m}^2$
- Obesidad de tipo III: $40 - 49,9 \text{ Kg/m}^2$ (Obesidad mórbida u obesidad severa)
- Obesidad de tipo IV: $>50 \text{ Kg/m}^2$ (Obesidad extrema u obesidad muy severa) (SEEDO, 2007).

En el año 1997, la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica (actualmente Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica y Metabólica) agrega dos categorías más:

- Súper Obesidad: $49,9 - 59,9 \text{ Kg/m}^2$
- Súper Súper Obesidad: $> 60 \text{ Kg/m}^2$

Bases del tratamiento

El tratamiento de la obesidad es complejo y requiere de múltiples especialistas. El primer paso consiste en un ajuste y reeducación de los hábitos dietéticos y estilo de vida; dada también por la combinación de actividad física, psicoterapia y tratamiento de otras complicaciones, para adecuarse a parámetros saludables. La dieta y el cambio en el estilo de vida son los pilares para que una vez conseguida la pérdida de peso, se mantenga dentro de los parámetros de normalidad.

Como alternativas para los casos más graves existen tratamientos farmacológicos y quirúrgicos que permiten conseguir reducciones de peso más importantes y mantenidas en el tiempo. Estos tratamientos siempre tienen que ir acompañados de cambios en el estilo de vida y de ajustes dietéticos de por vida (Sociedad Argentina de Cirugía de la Obesidad, 2016).

Legislación

La Ley N° 26.396 declara de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios, la obesidad entre otros, que comprende la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación (incluyendo la de sus patologías derivadas) y las medidas tendientes a evitar su propagación.

En el marco de esta ley, en el año 2009, quedan incorporadas al Plan Médico Obligatorio la cobertura del tratamiento de los trastornos alimentarios el cual incluye a los tratamientos médicos necesarios, nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas médicas necesarias para una atención multidisciplinaria e integral de dicha enfermedad. Con esto se determina también la cobertura que deben brindar tanto las obras sociales, asociaciones de obras sociales, organismos y empresas que presten servicios de medicina prepaga según las leyes Nros. 23.660/661 y 24.754.

Cirugía Bariátrica

La cirugía bariátrica es considerada una estrategia terapéutica eficaz en pacientes con obesidad mórbida que les permite aproximarse a su peso ideal, mejorar y hasta lograr la remisión de las complicaciones asociadas, disminuir la mortalidad y mejorar la expectativa de vida.

Cabe destacar que no se trata de una operación estética o cosmética, sino una cirugía gastrointestinal de alto riesgo. Así mismo, es importante resaltar que un resultado quirúrgico exitoso no garantiza un pronóstico favorable a largo plazo, ya que la cirugía es sólo un pilar del tratamiento. Se requiere de un paciente dispuesto a modificar su estilo de vida y alimentación (Sociedad Argentina de Cirugía de la Obesidad, 2014).

Técnicas de Cirugía Bariátrica

Técnicas restrictivas

- Banding esofágico
- Banding gástrico
- Gastroplastía vertical subtotal

Técnicas malabsortivas

- By pass intestinal (yeyuno-ileal)

Técnicas mixtas

- By pass gástrico
- By pass gástrico en Y de Roux.
- By pass biliopancreático

(Brasesco O & Corengia M, 2009)

Plan de alimentación post cirugía bariátrica

Todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, sea cual sea la técnica quirúrgica utilizada, son tributarios de ayuda nutricional, tanto para evitar inconvenientes en las suturas durante los primeros días, como para prevenir o subsanar posibles déficits nutricionales u otras complicaciones médicas.

Los pacientes deben comprender antes de la cirugía que tras la misma se requiere una transformación en los hábitos alimentarios y en el estilo de vida, enmarcada en la consideración de una dieta saludable para la población general, que será la que permita no sólo la pérdida de peso, sino también lograr el éxito a largo plazo (Rubio M, Rico C & Moreno C, 2005).

Dieta post operatoria

A continuación se describen las 4 fases del plan de alimentación que deben seguir los pacientes post-bariátricos.

1. Dieta líquida

Dieta líquida: comienza entre el 1º y 2º día post-operatorio con la administración de líquidos claros.

Dieta líquida proteica: se inicia luego de 3º día del post-operatorio, se incluyen alimentos como leche y yogures descremados. Además se necesitan de suplementos proteicos en polvo para cubrir sus necesidades.

2. Dieta de consistencia semi-sólida procesada (puré)

Inicia a los 10 días post-operatorios y puede ser más o menos espesa de acuerdo a la tolerancia del paciente. En esta fase se incorporan alimentos tales como quesos descremados, clara de huevo, carnes blancas de pollo y pescado procesadas y harinas finas. Se debe cuidar el fraccionamiento y volumen de la ingesta.

3. Dieta de consistencia blanda

Comienza una vez transcurrido el 1º mes de la intervención (día 30-45). Los alimentos se incorporan cocidos y en pequeños trozos para comenzar a trabajar en una adecuada masticación. Se eligen carnes blancas sin procesar, purés de legumbres (sin la piel), frutas y vegetales cocidos y almidones dextrinizados.

4. Alimentación saludable

Comienza luego de finalizar y tolerar la fase 3, aproximadamente a los 45 días post-operatorios. En la misma se aporta entre 1200-1400 Kcal, y deben evitarse los alimentos ricos en grasas y azúcares simples que puedan ocasionar la recuperación del peso perdido o bien un síndrome de dumping.

Cabe destacar que el tiempo de adaptación y paso a una nueva fase de alimentación depende de cada individuo y es el equipo médico nutricional el que decide la progresión con base en la tolerancia de cada paciente (Pampillón N et al., 2011).

Principales complicaciones post- cirugía bariátrica de interés nutricional

Constipación: se suele dar con mucha frecuencia en las primeras tres semanas post-operatorias y su desarrollo guarda relación con una bajo aporte de fibra dietética y un bajo consumo de líquidos y grasas.

Vómitos: es una de las complicaciones más frecuentes y precoces, suelen estar relacionados con una inadecuada técnica de ingesta, otras complicaciones, intolerancias selectivas y transgresiones.

Deshidratación: se da como consecuencia de episodios de vómitos y/o diarrea. Se debe insistir en una correcta ingesta de líquidos en pequeños volúmenes.

Dolor abdominal: puede tener múltiples orígenes y siempre deben descartarse, en un primer momento, aquellas asociadas a la ingesta de alimentos.

Síndrome de dumping: es la aparición de sudoración, frialdad, sensación de hambre, náuseas, vómitos, diarrea, mareos o palpitaciones después de comer. Está asociado con la ingesta de alimentos ricos en hidratos de carbono simples, alcohol, lactulosa y grasas.

Diarrea: son más frecuentes en los casos con derivación biliopancreática. Tras la cirugía resulta “normal” realizar 2 a 4 deposiciones diarias que al transcurrir el tiempo se van reduciendo.

Malnutrición proteica energética: se da con muy poca frecuencia y en la mayoría de los casos está asociada a la falta de seguimiento de las recomendaciones. Suele ser más frecuente cuando se utiliza una técnica mal absorbiva.

Recuperación del peso: se produce debido a cambios en la anatomía y a las adaptaciones fisiológicas que ocurren en el postoperatorio alejado. Otro factor de suma importancia es la presencia de inadecuados hábitos alimentarios como la ingesta de líquidos altamente calóricos, patrones de picoteo entre horas, atracones y un aumento progresivo de las calorías diarias consumidas (Pampillón N et al., 2011).

Índice de sobrepeso perdido

Una intervención quirúrgica exitosa debe ofrecer una pérdida ponderal del peso adecuada y capaz de mantenerse en el tiempo. En este sentido, uno de los parámetros más usados para evaluar dicha pérdida es el Índice de sobrepeso perdido (ISPP), que se obtiene a partir de la siguiente fórmula:

$$[(\text{peso inicial}-\text{peso actual}) / (\text{peso inicial}-\text{peso ideal}^*)] \times 100$$

(Duce & Díez de Val, 2007)

A lo largo de la historia los resultados se han clasificado en distintas categorías según diversos autores, uno de los más difundidos es el de Baltasar (1998).

- Excelente: > 65% e IMC < 30Kg/m²
- Bueno/aceptable: 50-65% e IMC entre 30-35 Kg/m²
- Fracaso: <50% e IMC > 35 Kg/m²

Consejería alimentaria

Frente a la creciente prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles se han planteado diferentes propuestas de intervención encaminadas a combatirlas. En este contexto cobra importancia la consejería para contribuir a la adquisición de hábitos alimentarios saludables que permitan minimizar los factores de riesgo y enfrentar los distintos determinantes de la salud (Junta de Andalucía, 2010).

La consejería alimentaria y nutricional debe entenderse como un diálogo entre dos o más personas, que facilita un aprendizaje integral mediante la escucha atenta, el diálogo cálido y abierto a la expresión de necesidades biopsicosociales. Para ello, el personal de salud debe estar preparado y capacitado con herramientas básicas de la consejería que permitan fortalecer un comportamiento favorable a la salud, así como también es importante que reúna ciertos requisitos, como conocimientos de alimentación y nutrición, sensibilidad, ética profesional, respeto a creencias y valores, habilidad de expresión, creatividad, dinamismo y capacidad de escucha reflexiva (Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, 2011).

Al realizar la consejería debemos ser conscientes que los cambios de comportamiento son muy difíciles de lograr y que siguen una serie de etapas que pueden variar de acuerdo al individuo:

- **Etapas de pre-contemplación:** el individuo no se plantea la necesidad del cambio.

- **Etapa de contemplación:** existe ya una intención de cambio, aunque no sea en un futuro muy cercano.
- **Etapa de preparación:** los individuos están dispuestos a intentar un cambio y lo planean seriamente para un futuro inmediato.
- **Etapa de acción:** corresponde plenamente al momento del cambio.
- **Etapa de mantenimiento:** sería la consolidación del nuevo hábito.

El consejo tendrá que ajustar sus contenidos, objetivos y estrategias a cada una de las etapas mencionadas, pero también será preciso tener en cuenta las diferencias de oportunidades en salud de los grupos poblacionales, configurándose así como una herramienta de alta eficacia (Junta de Andalucía, 2010).

Hábitos Alimentarios

La alimentación es un hecho complejo, diverso y multidimensional en el que interactúan la biología y las respuestas adaptativas desarrolladas en un lugar y tiempo. Es por ello que al hablar de alimentación nos referimos a un proceso social, cultural e identitario (Contreras J, 2007).

En este contexto se dan los hábitos alimentarios, que ya los definía Margaret Mead (1945) como las elecciones efectuadas por individuos o grupos de individuos en respuesta a las presiones sociales y culturales para seleccionar, preparar y consumir una fracción de los recursos alimentarios posibles. En el ámbito de la nutrición este término se utiliza para referirse a los aspectos relacionados con la cultura material de la alimentación que no pueden expresarse en términos de nutrientes (Hubert A, 1991). Sin embargo, unos de los conceptos de más alta difusión es el de la FAO (2016), que habla de “el conjunto de costumbres que condicionan las formas en la que los individuos o grupos seleccionan, preparan y consumen los alimentos, influidos por la disponibilidad y acceso a éstos y la educación alimentaria”.

Dentro de las iniciativas de auto-cuidado la modificación de estos hábitos supone un gran desafío y muchas veces, pese a la intencionalidad del cambio, es frecuente encontrar cierta resistencia. Aun así es posible lograr su modificación ya que se trata de conductas no innatas sino aprendidas (Breinbauer C & Maddaleno M, 2008).

Cambio de hábitos post- cirugía bariátrica

Las frecuentes modificaciones y/o restricciones alimentarias (por intolerancias) que se producen en los pacientes como consecuencia del tipo de cirugía realizada, pueden influir decisivamente en la percepción de la calidad de vida por parte del paciente y ser responsables directas de las alteraciones nutricionales que puedan aparecer tras la cirugía (Pampillón N et al., 2011).

Un claro ejemplo es que, a partir de la disminución de la capacidad gástrica se genera saciedad precoz y muchas veces, dado la dificultad para ingerir la cantidad habitual de alimentos, aparecen los vómitos. En cirugías restrictivas, donde hay una fuerte intolerancia a los alimentos duros, se da lugar al Síndrome de las “calorías blandas” (soft calories syndrome), que condiciona la disminución de la entrada de aminoácidos, minerales y vitaminas, y puede, secundariamente, aumentar la ingesta de hidratos de carbono (Pampillón N et al., 2011).

Por lo tanto, si bien el tratamiento quirúrgico de la obesidad es una alternativa de tratamiento eficaz, constituye sólo el inicio de un largo proceso que implica cambios sustanciales tanto físicos, psicosociales como también en relación a los hábitos alimentarios para evitar complicaciones. Esto implica la concepción de un paciente activo, comprometido con dicho cambio y capaz de hacerse cargo de las consecuencias de su conducta (Montt D, Koppmann A & Rodriguez M, 2005).

Adherencia

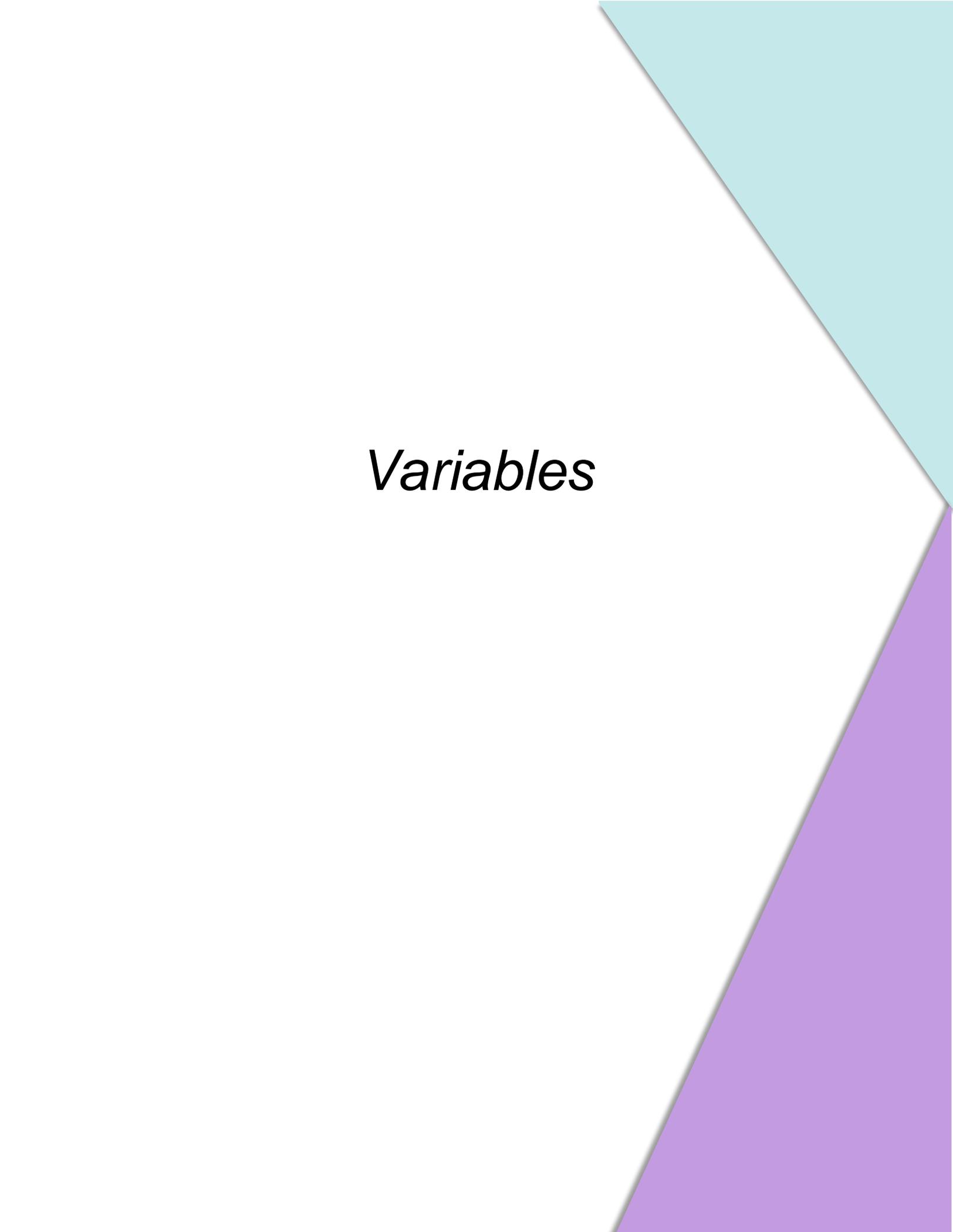
El término adherencia puede definirse como un proceso de cuidado activo y responsable en el que el paciente trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con el/los profesional/es (médico, nutricionista, psicólogo, enfermero, profesor de actividad física), (Orueta Sanchez R, 2005).

De acuerdo a la OMS (2004), la adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia el 50%, siendo estos valores menores en los países en desarrollo. Por lo que se considera un problema mundial de alarmante magnitud.

Dentro de este contexto, la obesidad como enfermedad crónica no transmisible, se convierte en uno de los problemas crónicos de más difícil abordaje, siendo que la mayor dificultad reside en promover y lograr adherencia a los cambios en los hábitos de vida a largo plazo, entre ellos a los hábitos alimentarios. Todo esto implica un gran desafío para los profesionales de la salud (Brosens C, 2009).

Hipótesis

- Existe asociación positiva entre la adherencia a los hábitos alimentarios saludables y el índice de sobrepeso perdido.
- La adherencia a los hábitos alimentarios saludables es significativamente mayor en pacientes de sexo femenino.
- La adherencia a los hábitos alimentarios saludables es significativamente mayor en pacientes entre los 18 y 45 años.

The background features a white central area with a diagonal line running from the top right to the bottom left. The area above this line is teal, and the area below is purple.

Variables

- Sexo
- Edad
- Índice de sobrepeso perdido
- Adherencia a hábitos alimentarios saludables

The background features a white central area with a diagonal line from the top right to the bottom left. The upper right triangle is teal, and the lower left triangle is purple.

*Diseño
Metodológico*

Tipo de estudio

El abordaje del presente estudio fue observacional de tipo descriptivo de corte transversal y correlacional.

Observacional: deja que la naturaleza siga su curso, es decir, el investigador mide pero no interviene (Sampieri R et al., 2007).

Descriptivo: dado que busca especificar propiedades, características, y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, describiendo tendencias de un grupo o población.

El mismo pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a los que se refieren (Sampieri R et al., 2007).

Transversal: ya que estudia las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo (Sampieri R et al., 2007).

Correlacional: debido a que asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población. Tiene como propósito conocer la relación que existe entre dos o más conceptos, variables o categorías en un contexto particular. (Canales FH, Alvarado EL & Pineda EB, 1986)

Universo

Fueron 150 pacientes post-bariátricos, a partir de los 4 meses de cirugía, de ambos sexos entre 18 y 70 años, que asistieron a la consulta nutricional en el Sanatorio Mayo Privado S. A., Córdoba, Argentina, en el año 2017.

Muestra

La muestra fue de 70 pacientes post-bariátricos, a partir de los 4 meses de cirugía, de ambos sexos cuyas edades oscilaron entre los 18 y 70 años, los cuales asistieron a la consulta nutricional en el Sanatorio Mayo Privado S. A., Córdoba, Argentina, en el año 2017. Seleccionados a través de un muestreo probabilístico aleatorio.

Para delimitar la muestra se tomaron como referencia los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Que se hayan intervenido quirúrgicamente a partir de los 4 meses o más.
- Que hayan dado su consentimiento informado y aceptado voluntariamente su participación en el estudio.
- Que tengan un rango de edad entre 18 a 70 años.

Criterios de exclusión

- Mujeres embarazadas al momento de la encuesta.
- Madres lactantes al momento de la encuesta.
- Quienes realicen dietas especiales (celíacos, alergias alimentarias, intolerancias alimentarias, veganos)

Operacionalización de variables

Sexo: Variable cualitativa nominal.

- Definición teórica: Se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer (OMS, 2016).
- Definición empírica: hombre, mujer, trans. *

* Ordenanza 9/11, Consejo Superior de la UNC, reconoce la identidad de género adoptada y auto percibida de cualquier persona a su sólo requerimiento aun cuando ésta no coincida con su nombre y sexo registrales.

Edad: Variable cuantitativa continua.

- Definición teórica: Es el tiempo que la persona ha vivido desde la fecha de su nacimiento.
- Definición empírica: en años.
 - ✓ 18-50 años
 - ✓ 51-70 años

(Levinson A, 1986)

Índice de sobrepeso perdido: Variable cuantitativa continua.

- Definición teórica: Es un valor que se obtiene a partir de la razón de la diferencia entre el peso inicial y actual y peso inicial e ideal expresado en porcentaje.
- Definición empírica:
 - ✓ Excelente ($\geq 65\%$)
 - ✓ Bueno ($= 50-65\%$)
 - ✓ Fracaso ($\leq 50\%$)

(Baltasar A, 1998)

Adherencia a los hábitos alimentarios saludables: Variable cualitativa ordinal.

- Definición teórica: La adherencia se define como la extensión por la cual la conducta o modo de comportarse de una persona, en términos del comportamiento alimentario, coincide con el consejo del Lic. en nutrición (Vindas R, 1994)
- Definición empírica:
 - ✓ Baja adherencia: 2-42 ptos
 - ✓ Mediana adherencia: 43-63 ptos
 - ✓ Alta adherencia: ≥ 64 ptos

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se valoró la adherencia a los hábitos alimentarios saludables de los pacientes post-bariátricos a partir de la técnica de encuesta autoadministrada, utilizando como instrumento un cuestionario semi estructurado extraído y adaptado para tal fin (Pardo A, 2004), con base en la Guía alimentaria para la población bariátrica argentina. Las modificaciones realizadas consistieron en la reformulación de algunos ítems en relación al lenguaje utilizado, la inclusión de dos preguntas abiertas y el registro de edad, sexo y meses post-cirugía de cada paciente.

El cuestionario consta de 21 ítems y utiliza una escala tipo Lickert, donde las posibles respuestas (nunca, pocas veces muchas veces y siempre) toman un valor del 1 al 4. Cabe destacar que los ítems 9,10,11 y 17 se puntuarán en sentido inverso, ya que están formulados como un comportamiento no saludable.

De esta forma, al sumar el puntaje de cada respuesta se obtiene un valor final que nos permitirá determinar la adherencia a los hábitos alimentarios saludables, como alta, mediana o baja.

Esta encuesta se realizó a personas de ambos sexos que cumplieron con los requisitos de inclusión previamente establecidos.

En relación a los datos del Índice de sobrepeso perdido, éstos fueron extraídos de fuentes de origen secundario, es decir de la historia clínica nutricional del corriente año.

Respetando las normas de bioética vigentes, se realizó un consentimiento informado expresando la voluntad de participar de la investigación y explicando el propósito de la misma, asegurando la confidencialidad de los datos y la identidad de los participantes.

Plan de tratamiento de datos

Para el tratamiento de datos se realizó primeramente la tabulación de los mismos, para luego llevar a cabo un análisis estadístico descriptivo a través de la construcción de tablas y gráficos de distribución de frecuencias (absolutas y relativas) y el cálculo de medidas resúmenes de posición y dispersión de las variables según su naturaleza.

Se realizó un análisis de asociación entre variables. Para ello se utilizó el análisis de correlación de Pearson y Prueba t de Student, que nos permitieron analizar la asociación entre los datos.

Las variables que se cruzaron fueron: sexo, edad, e índice de sobrepeso perdido con la adherencia a los hábitos alimentarios saludables.

Se decidió categorizar las variables adherencia a los hábitos alimentarios saludables e índice de sobrepeso perdido con la finalidad de mejorar la interpretación de los resultados obtenidos.

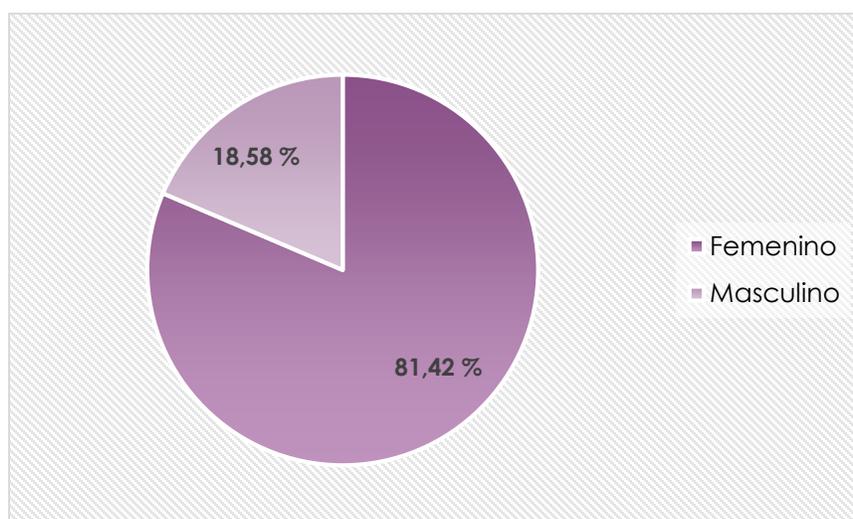
Por último, se utilizaron para el tratamiento de los datos, los software estadísticos Microsoft Excel e Infostat.

Resultados

Descripción general

El total de la muestra (n=70) presento una edad promedio de $46,6 \pm 10,79$ años, la misma estuvo representada en un 81,42% por el sexo femenino y en un 18,58% por el sexo masculino (Gráfico 1). En promedio se registró que los pacientes llevaban un tiempo de $14,3 \pm 12,14$ meses desde la realización de la cirugía.

Gráfico 1: Distribución porcentual según la variable sexo de la muestra estudiada, Córdoba 2017.



Descripción de los ítems del cuestionario utilizado

A partir del cuestionario utilizado, se analizó cada ítem para determinar si existían variaciones en las respuestas de acuerdo al sexo (Tabla1). Se pudo observar que las respuestas más elegidas en cada uno de los ítems coinciden para ambos sexos, salvo el que refiere a la conciencia en cuanto a las calorías ingeridas a lo largo del día y el de actividad física. En estos últimos ítems mencionados, la respuesta más elegida por el sexo femenino fue muchas veces mientras que para el sexo masculino pocas veces.

Tabla 1: Tabla de frecuencias para la respuesta más elegida de cada ítem según sexo.

Ítem/ Sexo	Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%
Consumo lácteos descremados				
- Siempre	39	68,4	11	84,6
Consumo cereales integrales				
- Pocas veces	38	66,7	10	76,9
Consumo cereales no integrales				
- Pocas veces	23	40,4	10	76,9
Consumo frutas				
- Siempre	23	40,4	6	46,15
Consumo verduras				
- Muchas veces	25	43,8	7	53,8
Consumo carnes magras				
- Siempre	27	47,5	8	61,5
Cocción al vapor, plancha, etc				
- Siempre	38	66,7	8	61,5
Uso el mínimo de aceite				
- Siempre	30	52,6	8	61,5
Consumo golosina				
- Pocas veces	37	64,9	10	76,9
Consumo agua				
- Pocas veces	37	64,9	10	76,9
Consumo bebidas azucaradas				
- Pocas veces	32	56,1	4	30,8
Consumo alcohol				
- Nunca	34	59,6	10	76,9
Realizo dos colaciones diarias				

- Siempre	29	50,9	7	53,9
Elijo colaciones bajas calorías				
- Siempre	25	43,9	8	61,5
Picoteo				
- Pocas veces	31	54,4	6	46,2
Porción pequeña				
- Siempre	50	87,7	11	84,6
Tengo en cuenta las calorías diarias				
- Muchas veces	28	49,1	7	53,8
Soy consciente de las calorías				
- Muchas veces	20	37	1	7,7
- Pocas veces	14	25,9	7	53,8
Actividad Física				
- Muchas veces	20	37	7	53,8
- Pocas veces	31	54,4	4	30,8

Descripción de las preguntas abiertas del cuestionario

En relación a la actividad física: El 90% de los encuestados refirió realizar algún tipo de actividad física como ser, caminatas, bicicleta fija, natación, zumba, aquagym o pilates. En éstos la frecuencia fue de dos a tres veces por semana, en un tiempo variable entre los 30 minutos y 1 hora y media.

Sólo 6 encuestados refirieron no llevar a cabo ningún tipo de actividad física.

En relación a aportes sobre la alimentación en el proceso post-cirugía:

Con respecto a los aportes sobre grupo de alimentos se registraron ciertas intolerancias como ser: carnes rojas y blancas, lácteos, harinas y pastas y líquidos.

Además a partir de la pregunta abierta se pudo interpretar que gran parte de la muestra considera importante el “tamaño de la porción”, “masticar bien” y “de manera consciente”. Algunos de ellos han destacado como fundamental en el proceso las “consultas pre-quirúrgicas”, “charlas nutricionales” y “estar abierto a las opiniones y sugerencias de los profesionales”.

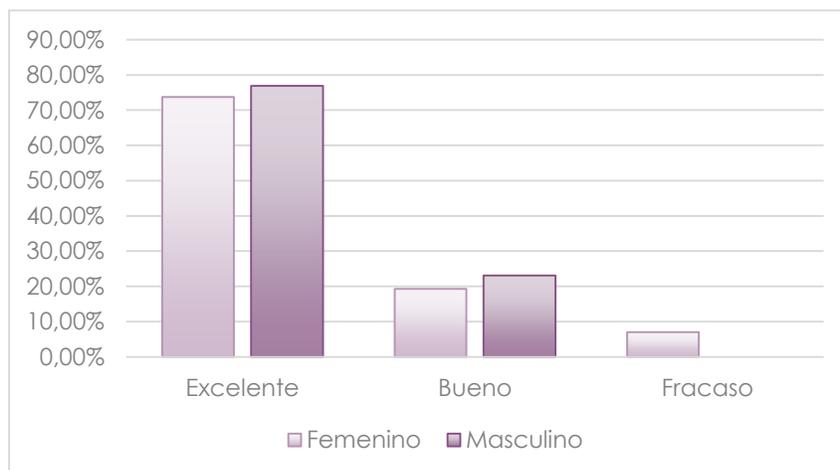
Descripción del Índice de sobrepeso perdido

En relación al índice de sobrepeso perdido (ISPP) se registró un promedio de $77,2 \pm 17,91\%$ siendo el valor máximo presentado de 114%, el mínimo de 39,15% y la mediana de 78,54%. Con respecto al sexo, el femenino muestra un promedio de $65,32\% \pm 17,9\%$ y para el masculino los valores fueron de $76,10\% \pm 17,02\%$. Además en ambos sexos se registra, en más de la mitad (75,7%), un índice de sobrepeso perdido excelente según Baltasar (Tabla 2) (Gráfico 2).

Tabla 2: Índice de sobrepeso perdido según sexo

ISPP/ SEXO	Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%
Excelente	43	73,7	10	76,9
Bueno	11	19,3	3	23,1
Fracaso	4	7	-	-
Total	57	100	13	100

Gráfico2: Categorías del índice de sobrepeso perdido según sexo



Con respecto a la edad se puede observar lo mismo que en el caso del sexo, la mayor parte de la muestra (74,1%) presenta un excelente ISPP (Tabla 3).

Tabla 3: Índice de sobrepeso perdido según edad.

ISPP/Edad	18-50 años		51-70 años	
	Nº	%	Nº	%
Excelente	21	67,7	31	79,5
Bueno	9	29	5	12,8
Fracaso	1	3,3	3	7,7
Total	31	100	39	100

El ISPP en relación a los meses posteriores a la cirugía presentó un promedio de 76,94% considerando al grupo con 4 a 12 meses inclusive y 76,60% en el grupo con 13 meses a 72 meses. Por lo tanto, no se registró una diferencia notoria entre ambos y el ISPP considerando éstos promedios, resultan excelentes según la categoría de Baltasar en ambos grupos. En la Tabla 4 se muestra las frecuencias del ISPP y los meses post-cirugía.

Tabla 4: Índice de sobrepeso perdido según meses post-cirugías

ISPP/Meses Post Cirugía	4 a 12 meses		13 a 72 meses	
	Nº	%	Nº	%
Excelente	38	80,8	14	60,9
Bueno	8	17	6	26,1
Fracaso	1	2,2	3	13
Total	47	100	23	100

Descripción de la adherencia a hábitos alimentarios saludables

Con respecto a la adherencia se determinó que 41 de los pacientes presentaron alta adherencia a los hábitos alimentarios saludables y los 29 restantes mediana adherencia (Gráfico 3). Por otra parte, para un mejor análisis se decidió cuantificar esta variable en “Puntaje de adherencia a los hábitos alimentarios saludables” con lo cual se pudo obtener las medidas resúmenes (Tabla 5). Al discriminar los valores según sexo se muestra una mayor adherencia en el caso de las mujeres, mientras que el sexo masculino presenta valores similares en ambas categorías (Tabla 6).

Gráfico 3: Adherencia a hábitos alimentarios saludables en la muestra estudiada

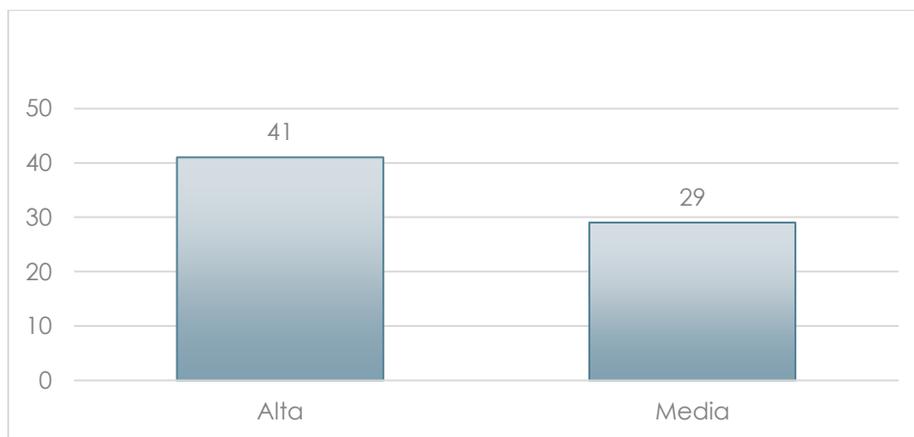


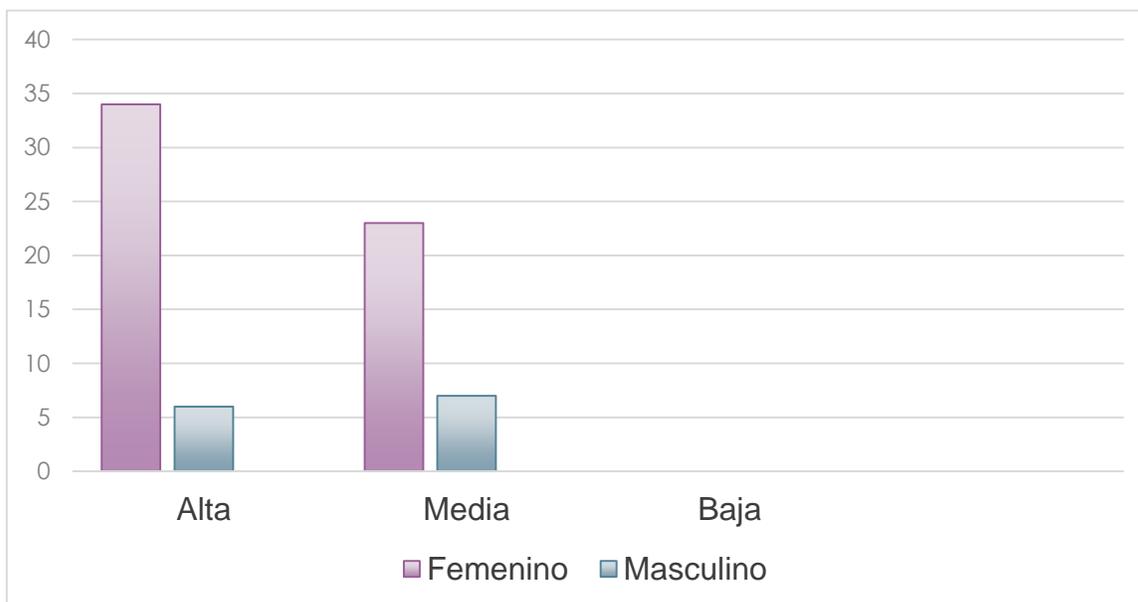
Tabla 5: Medidas resumen de la variable Puntaje de adherencia.

Variable/Medida	Media	D.E	Mín.	Máx	Mediana
Puntaje de adherencia	65,26	7,13	50	78	65,50

Tabla 6: Frecuencia absoluta de la adherencia a hábitos alimentarios saludables según sexo

Adherencia/Sexo	Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%
Alta	34	59,6	6	46,2
Media	23	40,4	7	53,8
Baja	-	-	-	-
Total	57	100	13	100

Gráfico 4: Categorías de la adherencia a hábitos alimentarios saludables según sexo.



Análisis de relación de las variables adherencia a los hábitos alimentarios saludables e índice de sobrepeso perdido.

Para realizar el presente análisis, fue necesario cuantificar la variable adherencia a los hábitos alimentarios saludables a “puntaje de adherencia” con el fin de mejorar el análisis e interpretación de los resultados.

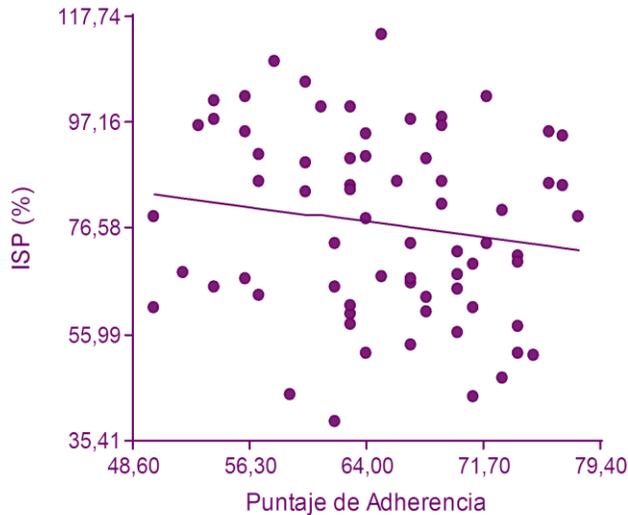
A continuación se muestra la asociación de ambas variables (Tabla 6 y Gráfico 5).

Tabla 6: Asociación entre la adherencia a los hábitos alimentarios saludables y el índice de sobrepeso perdido, Córdoba, 2017.

Variable 1	Variable 2	n	Pearson	Valor de p *
ISPP (%)	Puntaje de adherencia	70	-0,15	0,2101

*Correlación de Pearson. Nivel de confianza 95%.

Gráfico 5: Asociación entre la adherencia a los hábitos alimentarios saludables y el índice de sobrepeso perdido, Córdoba, 2017.



Se concluye, a partir de los resultados obtenidos, que la variable adherencia a los hábitos alimentarios saludables no presentó asociación estadísticamente significativa con el índice de sobrepeso perdido ($p=0,2101$). Así mismo el Gráfico 5 muestra una asociación lineal negativa, por lo cual se acepta la hipótesis alternativa.

Análisis de relación de variables adherencia a los hábitos alimentarios saludables con la edad.

A continuación se muestran la asociación entre la adherencia a los hábitos alimentarios saludables y la edad mediante el test t de Student (Tabla 8), que con un valor de $p=0,2400$ señala que no existe relación entre las variables y se acepta la hipótesis alternativa .

Tabla 8: Asociación entre la adherencia a los hábitos alimentarios saludables y la edad, Córdoba, 2017

	18-50	51-70	Valor de p*
Promedio ISPP (%)	66,39	64,36	0,2400

*Test t de Student. Nivel de confianza 95%.

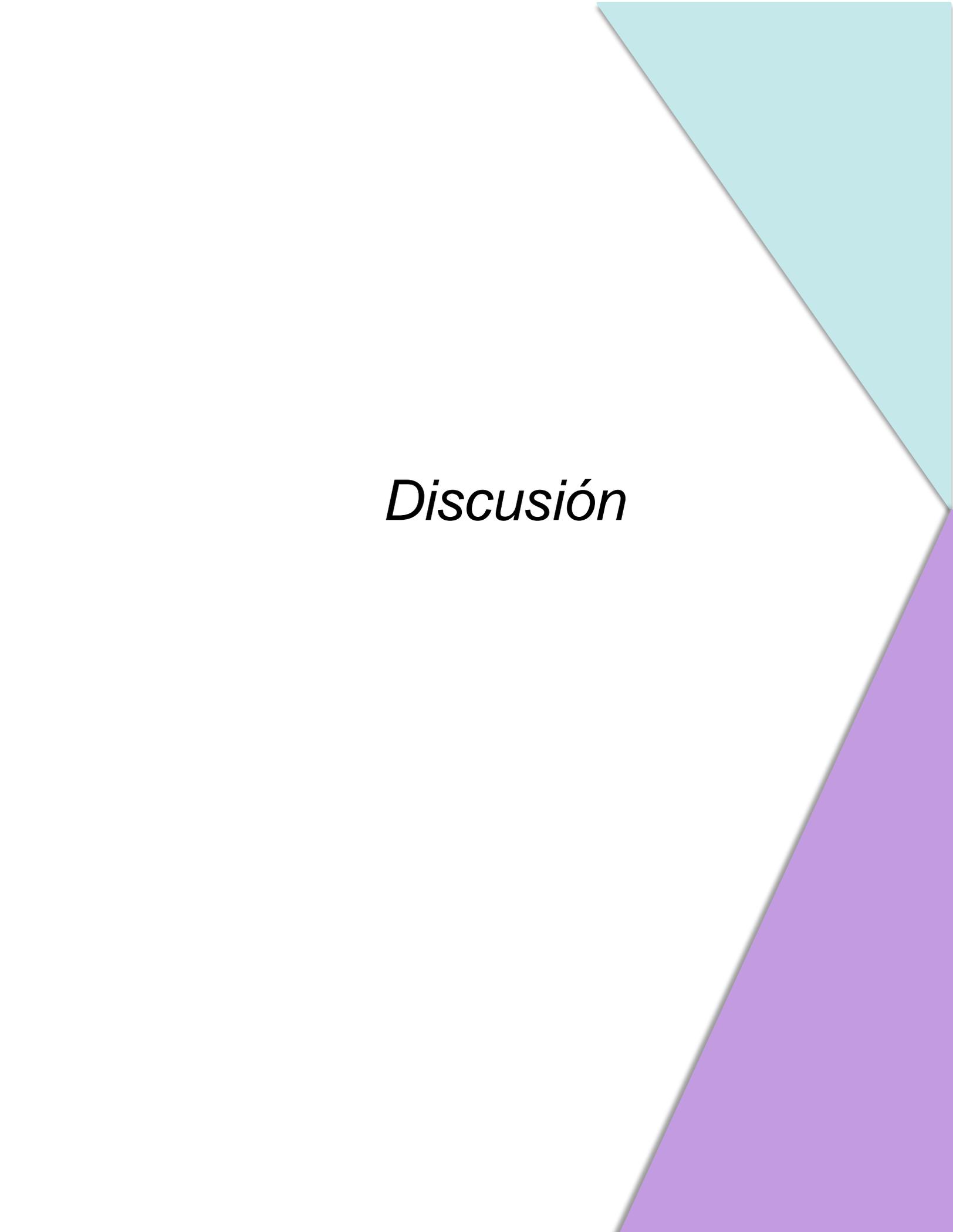
Análisis de relación de la variable adherencia a los hábitos alimentarios saludable con el sexo

Se determinó la asociación de la variable de los hábitos alimentarios saludables con el sexo a través del test t de Student (Tabla 9) que con un valor $p=0,2779$ indica que no hay relación entre las variables y se acepta la hipótesis alternativa.

Tabla 9: Asociación entre la adherencia a los hábitos alimentarios saludables y el sexo, Córdoba, 2017.

	Femenino	Masculino	Valor de p*
Promedio puntaje de adherencia	65,70	63,31	0,2779

Test t de Student. Nivel de confianza 95%.

The background features a white central area with a teal triangle in the top right and a purple triangle in the bottom right. The word "Discusión" is centered in the white area.

Discusión

El presente trabajo pretende sumar conocimientos al área nutricional, particularmente en la población post-bariátrica de la provincia de Córdoba, tras 4 meses desde la intervención quirúrgica, teniendo en consideración que a partir de éste momento los pacientes ya han retornado a su alimentación habitual, ajustada a la Gráfica alimentaria para la población bariátrica argentina (Fantelli Pateiro L, 2011). Para esto fue analizada la adherencia a los hábitos alimentarios saludables de pacientes que han sido sometidos a cirugía bariátrica así como también, el índice de sobrepeso perdido (ISPP), la relación entre éstos.

La mayoría de los encuestados han sido de sexo femenino y el promedio de edad fue de 46 años, datos coincidentes con los registrados en una tesis de grado llevado a cabo en la ciudad de Córdoba, Argentina, “Tratamiento alternativo de la obesidad: cirugía bariátrica y su asociación con la anemia ferropénica en relación al consumo de carnes rojas”, la cual estuvo compuesta por un total de 54 pacientes operados de cirugía bariátrica (Bullano MJ, Cabrera D, Nocelli Y, 2015).

En relación a los hábitos alimentarios analizados se pudo encontrar similitudes con el estudio “Impacto de la cirugía bariátrica en la calidad de vida y en la calidad de alimentación” llevado a cabo en Mar del Plata, Argentina, con respecto a la presencia de intolerancias en el consumo de carnes, harinas y pastas. Se manifestó también la práctica del picoteo, al igual en ésta investigación. (Safar MH, 2012)

El ISPP registrado en nuestro estudio (77,2%) fue superior con respecto al observado en el estudio “Efecto del bypass gástrico sobre el riesgo cardiovascular y la calidad de vida en pacientes con obesidad mórbida” llevado a cabo en Cádiz, España, que fue de 72,85% de un total de 162 pacientes. Sin embargo, se considera fundamental destacar que los pacientes de dicho estudio fueron seguidos por un lapso de hasta 60 meses posteriores a la intervención quirúrgica. (Mateo Gavira I et al., 2014).

Resulta interesante el ISPP de aquellos pacientes post-quirúrgico de 4 a 12 meses, ya que la mayoría presentó excelente pérdida de peso según el criterio de Baltasar A, (1998). El promedio de ISPP de éstos fue mayor (76%) al obtenido en la investigación realizada por González J, Gómez G, Arriagada G (2006), “Evaluación mediante score Baros de los resultados del bypass gástrico en el tratamiento de la obesidad mórbida” que fue de 63%. No obstante es necesario aclarar que en éste último el promedio fue obtenido de los pacientes puntualmente a los 12 meses posteriores a la cirugía.

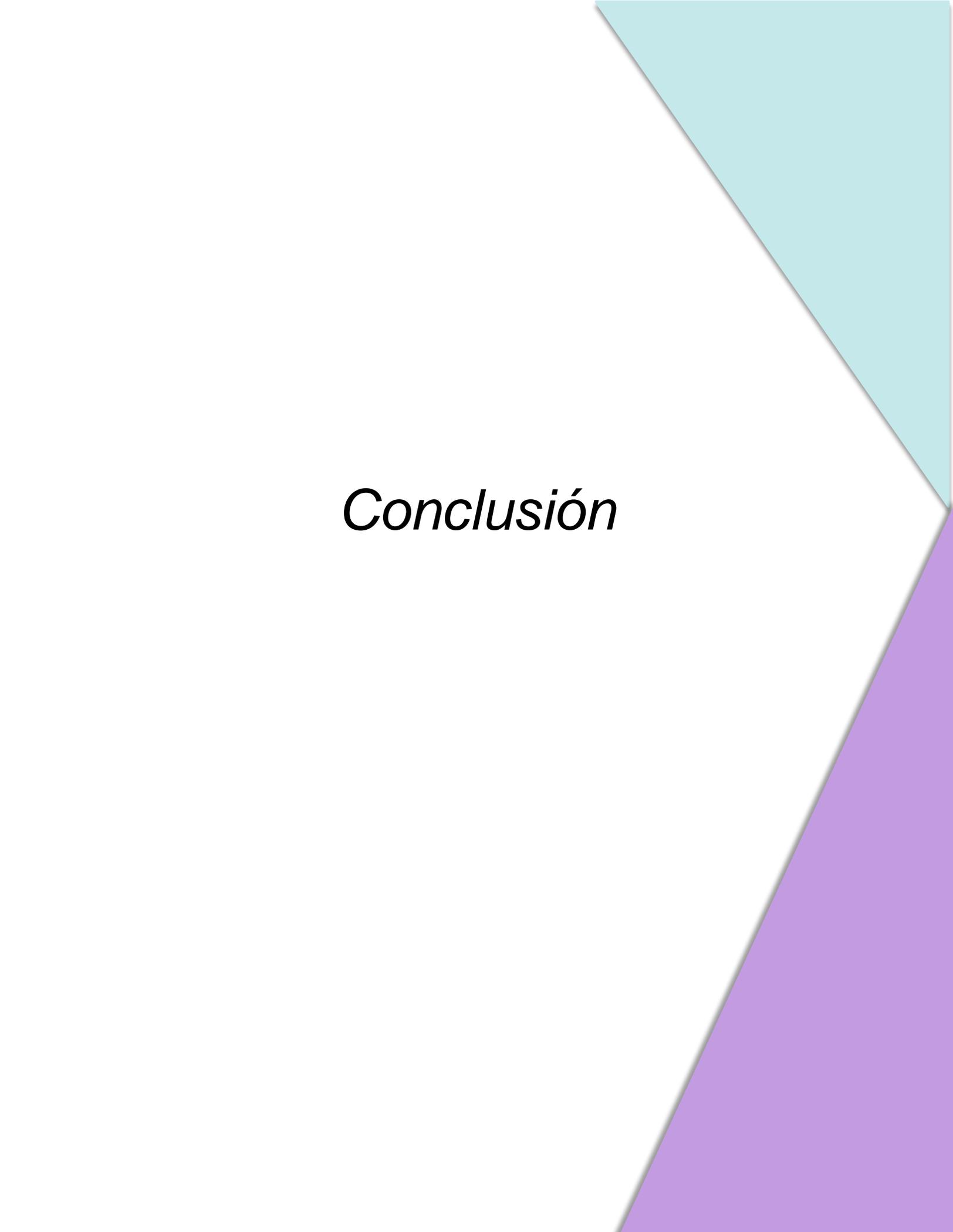
En lo que concierne a adherencia a hábitos alimentarios saludables en pacientes post-quirúrgicos, el instrumento de medición utilizado fue adaptado a los fines de contextualizarlo a nuestra realidad, no habiendo registro de otro estudio con las mismas características, ya que éste cuenta con preguntas abiertas lo que

permite a los encuestados explayarse en su respuesta. Además cabe resaltar que no se han encontrado otros estudios que indaguen la relación entre la variable adherencia según sexo y edad, como el presente.

De todas maneras, el estudio “Adherencia pre y postoperatoria a la dieta mediterránea y su efecto sobre la pérdida de peso y el perfil lipídico en pacientes obesos mórbidos sometidos a gastrectomía vertical como procedimiento bariátrico”, realizado en Alicante, España, el cuál utiliza el test KIDMED, nos aportó una mirada alternativa al contar con otra metodología para indagar la adherencia. Aún así, se destacan sus resultados obtenidos al año de intervención, presentando únicamente un 2% de pacientes con baja adherencia, 58% con adherencia moderada y un 40% con buena adherencia de un total de 50 pacientes (Ruíz-Tovar et al., 2014).

A pesar que en éste trabajo de investigación no se encontró asociación entre la adherencia a los hábitos alimentarios saludables y el ISPP, un estudio llevado a cabo en el Hospital de la Universidad de Pennsylvania, Estados Unidos, “Preoperative eating behavior, postoperative dietary adherence, and weight loss after gastric bypass surgery” demuestra lo contrario ya que, de un total de 200 pacientes, aquellos con 23 meses post-operatorios que tuvieron una alta adherencia a la dieta presentaron una mayor pérdida de peso (4,5%) que quienes tuvieron una baja adherencia a la dieta (Sarwer D, et al., 2008). Dichos resultados motivan la posibilidad de apertura hacia una investigación futura en ésta misma línea.

Entre las limitaciones de nuestro estudio se destaca el diseño transversal, llevado a cabo en un único centro, con un limitado tamaño muestral de pacientes y la utilización de un cuestionario autoadministrado.

The background features a white central area with a diagonal line running from the top right to the bottom left. The upper right portion is a teal triangle, and the lower right portion is a purple triangle.

Conclusión

En el presente trabajo de investigación se indagó sobre la asociación entre la adherencia a los hábitos alimentarios saludables y el índice de sobrepeso perdido, como así también según sexo y edad, con la finalidad de aportar conocimiento a ésta área nutricional que hoy en día se encuentra en su mayor auge.

Luego del análisis de los datos y su posterior tratamiento, se obtuvieron los siguientes resultados:

- El total de la muestra fue representada mayoritariamente por el sexo femenino (81,42%).
- En promedio los meses post-cirugía de los pacientes encuestados fue de 14,3.
- En relación a las preguntas del cuestionario autoadministrado, la mayoría de las mujeres manifestaron ser conscientes de las calorías que ingieren y realizar actividad física “muchas veces” en la semana mientras que la mayoría de los varones refirieron hacerlo “pocas veces”.
- El 90% de los pacientes realiza algún tipo de actividades físicas como caminatas, zumba, pilates, bici fija y acuagym, con una frecuencia de 3 veces por semana con una duración mínima de 30 minutos y máxima de 1 hora y media.
- Con respecto a los aportes sobre la alimentación en el proceso post-cirugía, los pacientes refirieron en gran medida intolerancias alimentarias a carnes, lácteos, cereales y harinas, además de resaltar la necesidad de masticar bien y de concurrir a los controles y charlas nutricionales en la institución.
- El 58,6% de la muestra presenta alta adherencia y el 41,4% mediana adherencia a los hábitos alimentarios saludables, mientras que ninguno de los 70 paciente presentó baja adherencia.
- El índice de sobrepeso perdido desde los 4 meses en adelante fue en promedio de 72,2%. Un 80% de éstos presentaron excelente ISPP.
- Tanto hombres como mujeres y en los dos grupos etarios (18-50 y 51-70 años) presentaron, mayoritariamente, una excelente pérdida de peso según el criterio establecido por Baltasar ($\geq 65\%$)
- En relación al índice de sobrepeso perdido de aquellos pacientes post-quirúrgicos con 4 a 12 meses y a partir de los 13 meses en adelante presentaron un promedio de 76,94% y de 76,60% respectivamente, siendo ambos valores muy similares.
- No existe asociación entre las variables adherencia a los hábitos alimentarios saludables e índice de sobrepeso perdido ($p=0,2101$).
- No existe asociación entre la adherencia a los hábitos alimentarios saludables, el sexo y la edad ($p=0,2400$; $p=0,2779$).

Además, en éste trabajo de investigación se obtuvieron resultados sumamente alentadores con respecto a las variables estudiadas. A pesar que no se pudo comprobar la asociación entre la adherencia a los hábitos alimentarios saludables y el índice de sobrepeso perdido, analizadas individualmente aportan información valiosa y de interés para los profesionales que integran el grupo interdisciplinario para el abordaje de la obesidad mórbida.

Para concluir, cabe resaltar que los integrantes del servicio de nutrición del Sanatorio Mayo Privado S.A abordan la educación alimentaria y nutricional en forma seria, consciente y permanente expresando así los resultados obtenidos en ésta investigación.

The background features a white central area with a diagonal line running from the top right to the bottom left. The area above this line is teal, and the area below is purple.

Sugerencias

El tratamiento quirúrgico de la obesidad necesita la intervención de un equipo interdisciplinario en forma permanente, con experiencia en el abordaje y acompañamiento de pacientes post-bariátricos, para efectuar controles clínicos, nutricionales, de salud mental y actividad física.

El control periódico en el largo plazo, además, ayuda a lograr que se mantenga el cumplimiento de las indicaciones.

Es fundamental el rol proactivo del Licenciado/a en nutrición, ya que es el principal consejero del paciente en términos alimentarios y nutricionales que le va a permitir la adopción de hábitos alimentarios saludables que promuevan un cambio favorable del estilo de vida en forma sostenida a través del tiempo.

Los resultados de éste estudio motivan a seguir indagando en la temática propuesta debido a la alta prevalencia de obesidad mórbida existente y el pronóstico desfavorable en relación a la misma que conllevan al auge de la cirugía bariátrica.



*Referencias
Bibliográficas*

Aballay, L (2012). *La obesidad en Córdoba: estudio de su prevalencia e identificación de factores de riesgo*. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.

American Diabetes Association (1990). Nutritional Recommendations and Principles for Individuals with Diabetes Mellitus. (Position Statement). *Diabetes Care*, 13, 18 - 25.

Baltasar, A (1998) Cirugía bariátrica. *Cir Esp*, 63, 159-60. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es>

Bjorntorp, P (2001). International textbook of obesity. Recuperado de: <http://www.obesidade.info>

Braguinsky, J (2003). La obesidad hoy: Develando ciertos enigmas, revelando otros. Recuperado de: <http://www.fac.org.ar>

Brasesco O & Corengia M (2009). Cirugía Bariátrica: Técnicas quirúrgicas. II-272, 1-5. Recuperado de: <http://www.sacd.org.ar/>

Breinbauer C & Maddaleno M (2008). Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes (1era ed.). Washington, DC.

Brosens, C (2009). Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. *Evid Actual Práct Ambul*, 12, 116-117. Recuperado de: <http://www.foroaps.org>

Bullano MJ, Cabrera D & Nocelli Y (2015). Tratamiento alternativo de la obesidad: cirugía bariátrica y su asociación con la anemia ferropénica en relación al consumo de carnes rojas. Córdoba, Argentina.

Canales FH, Alvarado EL & Pineda EB (1986). *Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud*. México: editorial Limusa. 7, 135.

Chandawarkar, RY (2006). Body contouring following massive weight loss resulting from bariatric surgery. *Adv Psychosom Med*, 27, 61-72.

Duce A M & Díez del Val I (2007). Cirugía de la obesidad mórbida. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos España: Ediciones Arán. 39. 351-354. Recuperado de: <https://books.google.com.ar>

Contreras J (2007). Alimentación y religión. Universidad de Barcelona 16,1-3. Recuperado en: <http://www.paliativossinfronteras.com/>

González J, Gómez G & Arriagada G (2006). Evaluación mediante score Baros de los resultados del bypass gástrico en el tratamiento de la obesidad mórbida. *Rev. Chilena de Cirugía*, 58, 365-370. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es>

Hernández Sampieri R, Fernández Coliado C & Baptista PL (2007). Metodología de la Investigación. México: editorial Mc Graw Hill Inter americana. 120-163.

Hubert A (1991). La antropología nutricional: aspectos socioculturales de la alimentación. *Cahiers Santé*.

Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos (2011). Consejería en alimentación y nutrición. La Habana, Cuba. Recuperado de: <http://files.sld.cu/>

Janovski, S & Janovski J (2002). Obesity. *The New England Journal of Medicine*, 346, 591-602. Recuperado de: <http://www.nejm.org/>

Johnston S & Rodríguez Arisa E (2003). La nutrición y dietética en la cirugía bariátrica *Actividad Dietética*, 18, 10-25.

Junta de Andalucía (2010). Consejo Dietético en Atención Primaria. *Tecnographic S.L.* Andalucía, España.

Levinson A (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*. 41, 3-13.

Mateo Gavira I, et al. (2014) Efecto del bypass gástrico sobre el riesgo cardiovascular y la calidad de vida en pacientes con obesidad mórbida. *Nutrición Hospitalaria*, 29. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es>

Mead M (1945). Manual for the Study of Food Habits: Report of the Committee on Food Habits. *Bulletin of the National Research Council*, 111.

Ministerio de Salud de la Nación. (2013). 3ra Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Para Enfermedades No Transmisibles. 169. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar>

Montt D, Koppmann A & Rodríguez M (2005). Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico*, 16, 286-287. Recuperado en: <https://www.redclinica.cl>

Organización Mundial de la Salud (OMS), (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Recuperado de: <http://www.paho.or>

Organización Mundial de la Salud (OMS), (2015). Obesidad y Sobrepeso N° 311. Recuperado de: <http://www.who.int>

Orueta Sánchez, R (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es>

Pampillón N, et al. (2011). Consenso Argentino de Nutrición en Cirugía Bariátrica. Actualización en Nutrición, 107-120. Recuperado de: <http://www.sacobariatica.org>

Pardo A, Ruiz M, Jódar E, Garrido J, Rosendo JM & Usán LA (2004). Desarrollo de un cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 19. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es>

Rubio M, Rico C & Moreno C (2005). Nutrición y Cirugía Bariátrica, *Rev Esp Obesidad*,2, 5-11. Recuperado de: <http://www.seco2007.es>

Ruíz-Tovar J, et al. (2014). Adherencia pre y postoperatoria a la dieta mediterránea y su efecto sobre la pérdida de peso y el perfil lipídico en pacientes obesos mórbidos sometidos a gastrectomía vertical como procedimiento bariátrico, *Nutrición hospitalaria*,30, 756-762. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es>

Safar, MH (2012). *Impacto de la cirugía bariátrica en la calidad de vida y en la calidad de alimentación*. Tesis de licenciatura. Universidad FASTA, Mar del Plata, Argentina.

Salas-Salvadó, J, Rubio MA, Barbany M, MorenoB & Grupo Colaborativo de la SEEDO, (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin*, 128, 184-96. Recuperado de: <http://www.samst.es>

Sarwer D, et al. (2008). Preoperative Eating Behavior, Postoperative Dietary Adherence and Weight Loss Following Gastric Bypass Surgery. *Surg Obes Relat Dis*,4, 640-646. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Sociedad Argentina de Cirugía de la Obesidad (SACO) (2014). ¿Qué es la cirugía bariátrica y metanólica? Recuperado de: <http://www.sacobariatrica.org>

Sociedad Argentina de Cirugía de la Obesidad (SACO), (2016). Tratamiento de la obesidad. Recuperado de: <http://www.sacobariatrica.org>

Vindas R, (1994). *Psychosocial and Demographic Predictors of Self-Care Behaviors and Glycemic Control in Type II Diabetes*. Thesis the degree. Northern Arizona University. Arizona, United States.

Anexos

Anexo I

Recolección de datos

Técnica: Encuesta

Instrumento: Cuestionario semi-estructurado

Sexo: **F** **M** **T**

Edad:

Meses post-cirugía:

Por favor, lea atentamente las siguientes afirmaciones y marque la respuesta que elija utilizando una cruz (x).

Tenga en cuenta los siguientes criterios:

Nunca: corresponde a 0 (cero) veces en la semana

Pocas veces: corresponde de 1 (uno) a 3 (tres) veces por semana

Muchas veces: corresponde a 4 (cuatro) veces en la semana

Siempre: corresponde de 5 (cinco) a 7 (siete) veces en la semana

1. Los lácteos que elijo son descremados
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre
2. Consumo cereales y panes integrales
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre
3. Consumo cereales no integrales (fideos, arroz, pan, etc.)
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre
4. Como frutas todos los días
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre
5. Como verduras todos los días
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre
6. Opto por cortes de carnes magras
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre
7. Prefiero comer las carnes a la plancha o al horno en vez de frito
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre

8. Al cocinar utilizo (o digo que utilicen) una cantidad moderada de aceite (1 cda. sopera)
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre
9. *Consumo golosinas*
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre
10. Tomo al menos 8 vasos de agua durante el día
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre
11. *Tomo bebidas azucaradas* (gaseosas, aguas saborizadas, etc.)
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre
12. *Consumo bebidas alcohólicas*
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre
13. Elijo alimentos frescos en vez de pre-cocidos
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre
14. Realizo dos colaciones diarias
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre
15. Si realizo colaciones, elijo alimentos bajos en calorías
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre
16. Cuando me apetece comer algún alimento espero unos minutos antes de tomarlo
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre
17. Picoteo diariamente en la semana
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre
18. En las comidas, me sirvo raciones pequeñas
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre
19. Soy consciente de la calorías que consumo en el día
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre
20. Cuando como fuera de casa, tengo en cuenta el valor calórico de los alimentos
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre
21. Realizo actividad física
Nunca Pocas veces Muchas veces Siempre

¿Qué tipo de actividad física realizo? ¿Cuántas veces por semana?

.....
.....

22. Por último ¿Hay algún aporte o comentario que le gustaría compartir en relación a su alimentación?

.....
.....
.....
.....
.....

Anexo 2

Consentimiento Informado

Por la presente doy mi autorización para ser encuestada/o y participar así del Trabajo de Investigación para la Licenciatura (T.I.L) “Pacientes post bariátricos: Asociación entre el grado de adherencia a los hábitos alimentarios saludables y el índice de sobrepeso perdido”, realizado por las alumnas Del Fabro Ariana y Torres Gisella; dirigido por la Lic. Lukasiewicz Mónica y la Prof. Lic Uda Adriana.

Doy cuenta de haber sido informada/a que mi participación en la investigación, implica responder la encuesta en forma individual y anónima, siendo las respuestas y opiniones confidenciales, resguardando toda información personal. Por otro lado, mi participación es totalmente voluntaria y tengo claro que aún después de iniciada el cuestionario puedo negarme a responder alguna de las preguntas o dar por finalizada mi participación cuando lo crea oportuno.

Tengo conocimiento que no recibiré beneficio económico o de otro orden como resultado con mi colaboración.

Cualquier duda podré consultar con la directora o co-directora del T.I.L y las alumnas de la Escuela de Nutrición que efectúan la investigación.

Firma

Nombre y apellido

Anexo 3

Guía Alimentaria para la Población Bariátrica Argentina



nuciba
NUTRICIÓN EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

CONSENSO ARGENTINO DE NUTRICIÓN EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

GUÍA ALIMENTARIA PARA LA POBLACIÓN BARIÁTRICA ARGENTINA.



Consumo ocasional y moderado



hasta 3 porciones



2 cdas. de aceite
4 a 5 porciones



30'



ACTIVIDAD FÍSICA



SEGUIMIENTO MÉDICO-NUTRICIONAL PERIÓDICO.

1 PORCIÓN EQUIVALE A:

- 1 rebanada de pan
- 1 papa pequeña
- ½ plato postre de legumbres
- ½ plato postre de fideos
- ½ plato postre de arroz

1 PORCIÓN EQUIVALE A:

- ½ plato postre de vegetales cocidos
- ½ plato postre de vegetales crudos
- 1 fruta chica

1 PORCIÓN EQUIVALE A:

- ½ filer de pescado
- 1 rebanada fina de carne magra
- ½ de pollo
- 2 huevos o 3 claras
- 1 ½ tazas de leche descremada
- 1 ½ vaso de yogur descremado
- 1 rodaja de queso fresco descremado

1 PORCIÓN EQUIVALE A:

- Líquidos: 1,5 a 2 l/día
- **¡IMPORTANTE!** suplementos vitamínicos/minerales diariamente

ACTIVIDAD FÍSICA

- Ejercicio físico 3 a 4 veces por semana

“Un cambio de vida que incluya una alimentación variada y moderada es el soporte del paciente bariátrico”

The page features a decorative background with a large white triangle on the left and two smaller triangles on the right: a teal one at the top and a purple one at the bottom. The word "Glosario" is centered in the white area.

Glosario

Adherencia: Proceso de cuidado activo y responsable en el que el paciente trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con el/los profesionales.

Cirugía bariátrica: Intervención quirúrgica considerada una estrategia terapéutica eficaz en pacientes con obesidad mórbida que les permite aproximarse a su peso ideal, mejorar y hasta lograr la remisión de las complicaciones asociadas.

Consejería alimentaria: Diálogo entre dos o más personas, que facilita un aprendizaje integral mediante la escucha atenta, el diálogo cálido y abierto a la expresión de necesidades biopsicosociales.

Hábitos alimentarios: El conjunto de costumbres que condicionan las formas en la que los individuos o grupos seleccionan, preparan y consumen los alimentos, influidos por la disponibilidad y acceso a éstos y la educación alimentaria.

Índice de sobrepeso perdido: Este es un método para valorar la pérdida ponderal que no depende de la talla. Se obtiene a partir de la siguiente fórmula: $[(\text{peso inicial}-\text{peso actual})/ (\text{peso inicial}-\text{peso ideal})] \times 100$.

Obesidad: Es una enfermedad crónica, resultante de una compleja interacción entre factores genéticos y medioambientales, que se caracteriza por el exceso de grasa corporal progresiva.

Obesidad mórbida: Es definida por un Índice de Masa Corporal $> 40 \text{ Kg/m}^2$ o $> a 35 \text{ Kg/m}^2$ sumada a las comorbilidades.

Plan de alimentación post cirugía bariátrica: Aquel que ayuda a evitar inconvenientes en las suturas durante los primeros días, como para prevenir o subsanar posibles déficits nutricionales u otras complicaciones médicas.

Sobrepeso: Definida por el IMC de 25 a $29,9 \text{ Kg/m}^2$.