Calidad de Vida: un proceso de evaluación postoperatorio

Bernadete Valente Faria[*]
Ligia Silva Leite[**]

Resumen

El objetivo de este estudio es evaluar los resultados del Programa de Obesidad Mórbida en el Hospital de la Fuerza Aérea del *Galeão* - Río de janeiro - (HFAG). Para ello se realizó una consulta a 46 pacientes y se analizó la calidad de vida de los operados en relación a los que estaban esperando por la cirugía. El objeto de la evaluación llevó a la triangulación de métodos y técnicas de recopilación de datos, a través de enfoques cuantitativos y cualitativos. Los datos se recogieron por medio de: a) la aplicación del cuestionario del impacto del peso sobre la Calidad de Vida (CV); (b) la realización del grupo focal; (c) la observación de datos de las historias clínicas de los pacientes sometidos a la cirugía bariátrica, para verificar la frecuencia a consultas postoperatorias. Los resultados de la evaluación muestran que la mayoría de los pacientes que se sometieron a la cirugía bariátrica en el HFAG es de sexo femenino, casado, con nivel de educación superior, el promedio de edad es de 46 años, las enfermedades concomitantes postoperatorias disminuyeron, y, en algunos casos, fueron extintas, siendo que en el primer año después de la cirugía se obtuvo la mayor pérdida de peso. Hubo una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes en comparación con los no operados. Los resultados muestran un impacto positivo en la vida cotidiana de los mismos después de la pérdida de peso, una mejora de la calidad de vida física, la autoestima, la vida sexual, la vergüenza pública y el trabajo, surge, así, una mayor independencia en las actividades de la vida diaria, la capacidad funcional y la integración social.

Palabras clave: Obesidad mórbida. Cirugía bariátrica. Pérdida de peso. Calidad de Vida.

[*] Máster en Evaluación, Máster Profesional en Evaluación de la Fundación *Cesgranrio*. *E-mail*: bernadetevalente@terra.com.br.

[**] Posdoctora en Tecnología Educacional, Universidad de Pittsburgh (EEUU); Doctora en Educación, Temple University (EUA); Director del Programa de Doctorado en Educación, New Southeastern University (EUA); Prof. Adjunto, Máster Profesional en Evaluación, Fundación *Cesgranrio*, RJ. *E-mail*: ligialeite@terra.com.br.

Qualidade de Vida: um processo avaliativo pós-cirúrgico

Resumo

O objetivo do estudo consiste em avaliar os resultados do Programa de Obesidade Mórbida do Hospital de Força Aérea do Galeão (HFAG). Foram consultados 46 pacientes e analisados aspectos da qualidade de vida dos operados em relação aos que aguardavam a cirurgia. A natureza do objeto da avaliação conduziu à triangulação de métodos e técnicas de coleta de dados, através das abordagens quantitativas e qualitativas. Os dados foram coletados através (a) da aplicação do questionário do Impacto do Peso sobre a Qualidade de Vida (QV); (b) realização do grupo focal; (c) levantamento de dados dos prontuários dos pacientes operados em cirurgia bariátrica, para verificar a frequência a consultas após a cirurgia. Os resultados da avaliação revelam que a maioria dos pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica no HFAG é do sexo feminino, casado, com escolaridade de nível superior, a média de idade é de 46 anos, as doenças de comorbidade após cirurgia diminuíram, tendo sido extintas em alguns pacientes sendo que no primeiro ano após a cirurgia se tem a maior perda de peso. Constatou-se uma melhora significativa na QV dos pacientes operados em relação aos pacientes que não operaram. Os resultados demonstram um impacto positivo no cotidiano dos pacientes após a perda de peso, aumentando a QV nos domínios de função física, autoestima, vida sexual, constrangimento público e trabalho, maior independência nas atividades de vida diária, capacidade funcional, e integração social.

Palavras-chave: Obesidade mórbida. Cirurgia bariátrica. Perda de peso. Qualidade de Vida.

Quality of Life: a post surgery evaluation process

Abstract

The objective of this study is to assess the results of the Programme of Morbid Obesity, at the Hospital of Air Force of the Galeão (HFAG). It was consulted 46 patients and analyzed the quality of life of patients undergoing surgery, and then those who were awaiting surgery. The nature of object of the evaluation led to the triangulation of methods and techniques of data collection, through quantitative and qualitative approaches. Data were collected through (a) of the questionnaire of the Impact of Weight on Quality of Life

(QOL), (b) the focus groups, (c) survey of medical records of patients from bariatric surgery, to check the frequency of the visits after surgery. The evaluation results show that most patients who underwent bariatric surgery at HFAG is female, married, college-level, the average age is 46 years, comorbid diseases decreased after surgery and was extinct in some patients and is the first year after surgery that has the greatest weight loss. There was a significant improvement in QOL of patients who underwent surgery compared to patients not operated. The results demonstrate a positive impact on the daily life of patients after weight loss, improving QOL in the domains of physical function, self-esteem, sexual life, public embarrassment and work, greater independence in activities of daily living, functional capacity, and social integration.

Keywords: Morbid obesity. Bariatric surgery. Weight loss. Quality of Life.

Introducción

La Organización Mundial de Salud (OMS) reconoce la obesidad como enfermedad multifactorial y de carácter epidémico. Se la considera como enfermedad del siglo XX y los especialistas la clasifican como una pandemia, debido a que el número de obesos crece con mucha rapidez y gravedad en la sociedad contemporánea.

Según Marques (2004, apud NUNES, 2008, p. 299) "La obesidad, definida como acumulación excesiva de grasa corporal, viene de un desequilibrio crónico entre la energía ingerida y la energía gastada". Esta afirmativa origina problemas de salud, lo que trae perjuicios al individuo.

Hay una importante disminución del predominio de la desnutrición en los últimos 20 años si se los compara con el notable aumento de los casos de obesidad.

La tendencia a la obesidad ha aumentado en las diferentes regiones de Brasil, acompañando la tendencia mundial. Según el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) (2004), el exceso de peso alcanza los 38,8 millones de brasileños, lo que corresponde al 40,6% de la población adulta. De estos, 10,5 millones poseen Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 25Kg/m², condición que los clasifica como obesos (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD, 2004). Las enfermedades asociadas, agravadas u originadas por la obesidad, conducen a una gran disminución de la calidad de vida y a un aumento de la tasa de morbidad de tales pacientes, principalmente en los casos denominados de obesos mórbidos, cuando presentan una grave desproporción entre el peso y la altura, iguales o superiores a 40 kg/m².

Por otro lado, la sociedad contemporánea admira el cuerpo perfecto, y los medios refuerzan esto, lo que estimula la falta de espacio social para el obeso, originando así prejuicios, marginación, aislamiento y exclusión social. El aumento rápido de la obesidad en el país contribuye para el aumento de hipertensos, diabéticos y cardíacos.

El Hospital de la Fuerza Aérea del *Galeão* (HFAG) ubicado en Rio de Janeiro dentro del Sistema de Salud del Comando de la Aeronáutica (COMAER) se destina a atender militares y sus dependientes en diferentes especialidades. En 2001 se implantó en el HFAG el Programa de Obesidad Mórbida y la Cirugía Bariátrica, con característica multidisciplinar y para el ámbito nacional, cuyo protocolo fue aprobado por el Comando General del Personal a través de la Orden Técnica de la Dirección de Salud de la Aeronáutica nº 016/DIRSA-2005, del 11 de octubre de 2005 (BRASIL< 2005). Este Programa considera la obesidad como problema de salud Pública articulado con las políticas sociales sectoriales, necesitando atención de los distintos niveles del Sistema de Salud del COMAER. Así, se considera la cirugía bariátrica como un medio eficaz de inclusión social mediante el cual el individuo gana un nuevo cuerpo social y redefine su sociabilidad. A través de la cirugía bariátrica, el obeso puede alcanzar la pérdida de peso con calidad de vida y desarrollar mecanismos dirigidos hacia su nueva etapa de vida. De acuerdo con el protocolo del Programa, el procedimiento se destina a los pacientes del Sistema de Salud de la Aeronáutica en todo el territorio nacional y a los que presenten las siguientes características, entre otras: IMC a partir de 40 kg/m² y edad entre 18 y 65 años. En el período de marzo de 2001 a mayo de 2010, 216 obesos realizaron el procedimiento quirúrgico en el HFAG.

El Programa de Obesidad Mórbida del HFAG, de cuño multidisciplinar, interviene y responde a la expectativa de poder contribuir para un abordaje humanizado con el paciente obeso, con enfoque en la promoción de la salud y en la prevención de otras enfermedades crónicas.

Se constató, a lo largo del desarrollo del Programa de Obesidad Mórbida, un aumento expresivo de portadores de obesidad que han buscado el Programa. Delante de esta realidad, se tuvo por objeto evaluar los resultados del Programa de Obesidad Mórbida del HFAG relacionado con la calidad de vida de los operados para confirmar o redefinir la necesidad del desarrollo del Programa en la Organización. Los resultados de esta evaluación estructurada van a servir como norte para las nuevas intervenciones técnicas junto a sus pacientes operados, no operados, familiares y la Institución.

Material y métodos

Los desafíos conceptuales y metodológicos para la realización de una evaluación en el campo de la salud están lejos de acabarse, pero cada vez más se torna fundamental la necesidad de la evaluación de los programas, a pesar de las limitaciones y dificultades relacionadas a su complejidad.

Evaluación, como técnica y estrategia investigativa, consiste en un proceso sistemático de hacer preguntas sobre el mérito y la importancia de determinado asunto, propuesta o programa. Un proceso de evaluación de programas y proyectos sociales generalmente tiene como sentido más noble fortalecer el movimiento de transformación de la sociedad en pro de la ciudadanía y de los derechos humanos.

Este estudio adoptó el abordaje por objetivo ya que se trata de una evaluación guiada por planteos que quieren determinar si el objetivo del programa se alcanzó o no. Posee estructura formativa, pues ocurrió durante el proceso del desarrollo del Programa y utilizó las perspectivas cuantitativas y cualitativas.

Para tanto, se considera la evaluación como juicio de valor para las decisiones, y se tiene como elemento orientador las cuestiones evaluativas que, en este estudio, fueron:

(1) ¿Cómo la pérdida de peso contribuye para cambiar la calidad de vida del operado?

(2) ¿El trabajo del grupo multidisciplinar del Programa de Obesidad Mórbida del HFAG contribuye como soporte en el tratamiento de la pérdida de peso con calidad de vida?

La naturaleza del objeto de la evaluación condujo a la triangulación de métodos y técnicas de colecta de datos, a través de los abordajes cuantitativos y cualitativos.

El instrumento usado para la evaluación de calidad de vida fue el Impacto del Peso sobre la Calidad de Vida, e incluye las siguientes categorías: función física, autoestima, vida sexual, vergüenza Pública, y, finalmente, trabajo; en un total de 31 ítems. Se aplicó integral e individualmente a la muestra estratificada respetando los distintos años de cirugía realizada.

Para la identificación de la situación de esos pacientes se utilizó una clasificación: grupo A, pacientes del pre-operatorio; grupo B, pacientes hasta 12 meses de postoperatorio; grupo C, pacientes de 13 a 36 meses de postoperatorio; y grupo D, pacientes con más de 37 meses de postoperatorio.

El Programa de Obesidad Mórbida tiene alcance nacional, recibe pacientes de todos las Provincias para el tratamiento pre y postoperatorio. Tiene igualmente 148 pacientes

inscriptos en el Programa de Cirugía Bariátrica en el Estado de Río de Janeiro y en los demás Estados, lo que totaliza 296 pacientes en el Programa, en todo el territorio nacional.

En función de las dificultades de tiempo, personal y financiera asociadas a la distancia geográfica de los pacientes fuera del Estado, se optó por aplicar los instrumentos solamente aquellos que se encontraban en el Estado de Río de Janeiro. Se utilizó una muestra estratificada que corresponde al 30 % de cada categoría así distribuidos: Grupo A, siete pacientes; Grupo B totalizó cuatro pacientes; Grupo C, siete pacientes; y Grupo D, 28 respondientes.

Después de cada reunión del grupo multidisciplinar se les entregó el instrumento a los pacientes de cada estrato para responderlo y devolverlo en el mismo día y lugar. Esta aplicación ocurrió durante 40 días, a partir del comienzo del mes de junio hasta final de julio. Los cuestionarios eran autoadministrados.

Análisis de los datos

Otro procedimiento usado fue el grupo focal, que contó con 12 participantes de las distintas fases citadas (pre y postoperatorio). El grupo contribuyó retratando su percepción sobre la pérdida de peso y al aumento o no de la calidad de vida.

Se realizó también un estudio de los datos realizados en los registros de las historias clínicas de los pacientes operados con cirugía bariátrica en el HFAG, lo que posibilitó el poder verificar la frecuencia de la asistencia a consultas después de la cirugía, evaluando, así, el compromiso con el tratamiento. Se utilizó una muestra estratificada proporcional. Las historias clínicas de los pacientes seleccionados fueron retiradas aleatoriamente y se utilizaron las informaciones constantes de las entrevistas iniciales de admisión en el programa. Esta etapa se realizó en los meses de junio a julio, concomitante con la aplicación de los cuestionarios.

El análisis de los datos consistió en examinar, categorizar, clasificar en tablas y gráficos, recombinar las evidencias cuantitativas y cualitativas para responder las preguntas evaluativas.

El análisis de los datos demográficos recogidos por el cuestionario se describe en la secuencia. De los 46 pacientes evaluados, 41 eran del sexo femenino, el promedio de edad de los participantes fue de 46 años, variando de 23 a 65 años.

Se observa que la búsqueda por la cirugía bariátrica en el Programa es mayor por el sexo femenino, representado por 41 pacientes, con relación a la masculina, con cinco pacientes, pero que a pesar de menor crece bastante. Según el IBGE (2004), el índice

de adultos obesos del sexo femenino es mayor que el del sexo masculino, lo que se muestra aquí en los datos presentados

Según Felippe (2003), la cuestión de género en la obesidad revela mayor tolerancia y aceptación de la sociedad a los hombres, pero no tanto a las mujeres que son las que enfrentan más presión, prejuicios involucrando críticas despreciativas cuando se trata de obesas. Este factor también contribuye para que las mujeres se expresen de forma más acentuada en la búsqueda de adelgazar, conforme se demuestra en este estudio.

En la distribución del estado civil, los casados son predominantes con 25 pacientes y los 21 pacientes restantes distribuidos entre solteros y otros.

Con respecto a la escolaridad de los 19 pacientes, de los 46 respondientes, poseen nivel medio completo, seguido de 16 pacientes con curso superior completo y tres pacientes con superior incompleto, lo que suma 19 participantes con acceso al nivel superior. Sólo ocho pacientes poseen enseñanza fundamental completa. Este dato revela un buen nivel de escolaridad de los participantes, lo que facilita el proceso de entendimiento de la complejidad del tratamiento.

De acuerdo con Nunes y otros (2008), después de la cirugía bariátrica, mejoran las comorbidades pre-operatorias, que presentan excelentes resultados con regresión para niveles normales de diabetes melito tipo II, de la hipertensión arterial, y de la apnea del sueño. Los datos analizados revelan gran reducción de las comorbidades después de la cirugía bariátrica, lo que confirma la idea de Nunes y otros (2008). Los pacientes operados con cirugía bariátrica y aquí evaluados consiguieron eliminar la diabetes melito tipo II, la hipertensión fue reducida de 30 pacientes para cuatro pacientes, la apnea del sueño fue casi eliminada y los problemas ortopédicos disminuyeron bastante, de los 26 pacientes que presentaban problemas sólo nueve permanecieron con la queja, después de la cirugía bariátrica.

La pérdida de peso contribuyó bastante para mejorar las comorbidades, presentes en el pre-operatorio.

Es en el primer año después de la cirugía que se obtiene la mayor pérdida de peso, dato esperado según el protocolo de cirugía bariátrica, con continua, aunque pequeña pérdida en el segundo año. Ya en el tercer año hay, en media, un aumento de hasta 10% del peso, lo que confirma las informaciones obtenidas en el grupo focal donde en esta etapa el paciente relaja en las orientaciones sobre la cantidad de alimento ingerido, el número de alimentaciones y la elección de alimentos. Esta idea fue confirmada en el

grupo focal, al expresarse la necesidad del paciente operado presentarse en el grupo multidisciplinar para hacerlo acordar con la ayuda de los profesionales y participantes, de la necesidad de la continuidad del tratamiento para no aumentar de peso y poder mantener la calidad de la salud física, mental, social.

El análisis de los datos recogidos a partir del Cuestionario de Impacto del Peso en la Calidad de Vida (CV) de los pacientes pre y postoperatorio en las categorías física, autoestima, vida sexual, vergüenza y trabajo son descriptos a continuación.

Los datos obtenidos en la función física de los pacientes operados muestran mejoras significativas en la CV, si se los compara con los pacientes que esperan el proceso quirúrgico. En consecuencia de la pérdida de peso el paciente conquista mayor autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria.

En el ámbito de la autoestima en el primer año de operado, se observa que con la pérdida de peso surge una mejora significativa con relación a la CV del grupo A (Pre-operatorio). En este período ocurre la euforia con la gran pérdida de peso del paciente y los cambios en su autoestima. Ya en el grupo C (13 a 36 meses de operados) hay poca disminución en la mejora de CV. En esta fase, el paciente relaja más en el tratamiento y empieza a tener autonomía en las decisiones de su vida cotidiana, lo que puede observarse en el discurso del grupo focal: "se come sin culpa", "ocurren alteraciones en el cumplimiento de las orientaciones técnicas", la perdida de peso en esta fase es pequeña, exige del paciente más disciplina y práctica de ejercicios físico para mantener el peso, lo que se ve en su autoestima. Ya el grupo D mantiene prácticamente la misma puntuación del primer año de operado, pero en ninguna situación llega cerca del resultado obtenido en la CV del pre-operatorio.

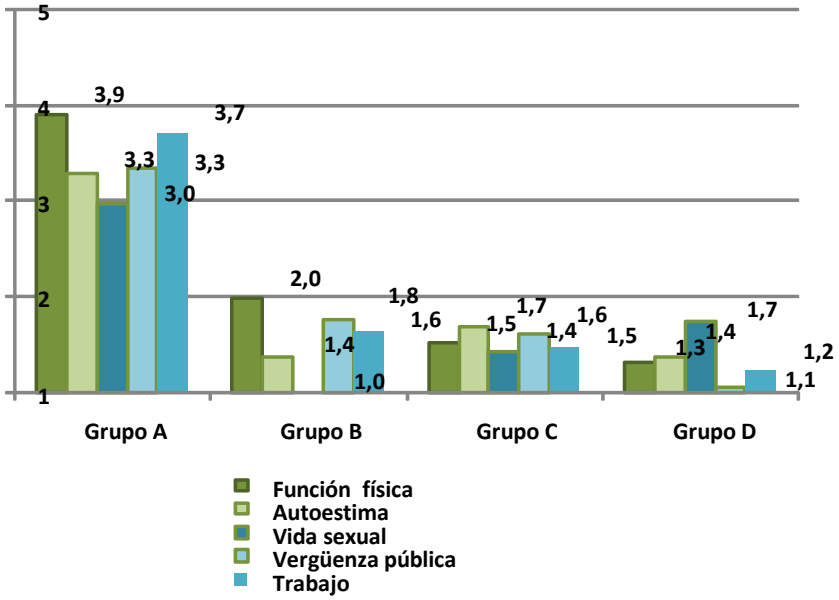
La categoría de la Vida Sexual tuvo la mayor mejora en la CV del grupo B con relación al grupo A. La mayoría de los hombres o mujeres cuando están insatisfechos con el propio cuerpo, con la autoestima baja, con dificultades en la función física no se sienten atractivos, luego evitan contacto reduciendo la vida sexual. Los discursos del Grupo focal con relación a la Vida Sexual en el pre-operatorio relatan que "es difícil, con limitaciones", "algunos no la tienen" y otros "que es buena". Ya después de operado se relató que mejora el movimiento, la autonomía, la participación y el descubrimiento de un placer con más calidad. Sin embargo fue también el único que disminuyó la mejora en la Calidad de la Vida Sexual del grupo C y D.

Cuestiones respondidas sobre la categoría *Vida Sexual* pueden haber sufrido influencia cultural, de vergüenza, edad y su práctica activa también puede variar a lo largo del tiempo interfiriendo en el resultado de modo general.

Con respecto a la Vergüenza Publica se observó un aumento significativo en la CV de forma continua, lo que se puede ilustrar a través del discurso del grupo focal, cuando se relata que se sienten discriminados y avergonzados por la falta de estructura en los espacios públicos para el obeso. En los transportes no pasan por el molinete del colectivo y tienen que ser retirados por algún bombero, los asientos no soportan su peso, no pueden realizar exámenes por falta de aparatos que les venga bien, necesidad de usar extensor para ajustar el cinturón en el avión, en las tiendas comerciales no encuentran su número. La exclusión social del obeso, a menudo, supone no poder ejercer su ciudadanía. Después de operado se sabe a través del relato del grupo focal que la pérdida de peso facilita la integración social, lo que mejora la CV.

Con relación al trabajo también hay un aumento continuo en la CV, la pérdida de peso aumenta la capacidad de trabajo en función de la mayor movilidad, resistencia, autoestima e inserción social.

Gráfico 1: Datos generales del cuestionario impacto del peso en la CV Pre y Postoperatorio.



Fuente: La autora (2010).

Continuando, el Gráfico 1 presenta el promedio de los dominios de los 39 operados y revela una mejora significativa en la CV en los ámbitos de: la condición física, la autoestima, la vida sexual, la vergüenza en público y el trabajo. Es bueno recordar que mayores puntuaciones señalan peores niveles de calidad de vida y puntuaciones más bajas señala mejores niveles de CV, obedeciendo a la escala numérica del cuestionario aplicado. Se observa también un aumento más significativo en la CV en el grupo B comparado con el grupo A y una elevación progresiva y significativa del puntaje en el grupo C y D, y con aumento de CV.

El grupo focal ofreció gran cantidad de informaciones que están presentadas de manera resumida y se analizan a seguir, destacando los aspectos más importantes: tanto los pacientes que esperan cirugía como los que ya se operaron definen el significado de salud para el obeso como no tener salud y sí administrar enfermedades; todos los participantes del grupo focal antes de operar poseían más de tres enfermedades de comorbidad y después de la cirugía eliminaron 50 % de las enfermedades en el primer año, y continuaron eliminando en menor cantidad en el transcurso de los años de operado. Este dato confirma los datos estudiados en el cuestionario sobre el perfil del grupo con la disminución de las enfermedades de comorbidad; respecto al entendimiento de la cirugía bariátrica antes de la operación a percibir como la última opción, salida para el cambio, la esperanza, el sufrimiento/el placer, la única solución para la pérdida de peso y mejora de la calidad de vida. Después de operado todos los participantes perciben como vida nueva, mayor autonomía, mejora en la calidad de vida, nuevo cuerpo, superación de las dificultades, restricción y manutención continuada.

Sobre la alimentación antes de la operación: había un consumo exagerado de pastas; remplazaban las comidas por meriendas y les gustaba comer sin limitaciones; al participar del grupo multidisciplinar el paciente pre-operado ya comienza a hacer pequeños cambios e inicia el proceso de toma de consciencia de los cambios de hábitos alimentares, pero de cualquier modo ella se constituye en la mayor dificultad encontrada en los candidatos a la cirugía; en el primer año de operado el paciente presenta dificultad en la adaptación a la cantidad y a las restricciones alimentares, después de un año operado mejora la calidad de la alimentación, pero también relaja en la cantidad y número de comidas, y después de tres años permanece la mejora de la calidad de elección de los alimentos, el cambio en el proceso de masticación, la disminución del hambre. En esta fase presentan dificultad en comer ciertos alimentos y una independencia mayor en la conducción de su tratamiento. Si no continúan con cinco

comidas al día y no siguen las orientaciones del equipo técnico corren el riesgo de aumentar de peso y para que esto no ocurra la participación en el grupo multidisciplinar es de fundamental importancia.

En la categoría peso y actividad física en el pre-operatorio la gran dificultad se encuentra en el cambio de actitud en los hábitos alimentares y en la práctica de ejercicio físico para perder peso antes de operar; pero las enfermedades que acompañan al obeso dificultan la práctica del ejercicio físico asociada a la cultura del sedentarismo ya instalada. En relación al ejercicio físico queda claro el prejuicio del obeso en los espacios públicos y privados. Los gimnasios en su mayoría desmotivan su participación cuando transforman al obeso en centro de atención, así como también debido a la falta de preparación en no reconocer la obesidad como una enfermedad multifactorial que necesita de tratamiento continuo y multidisciplinar.

La categoría de la autoestima confirma los datos observados en el cuestionario de CV antes de la operación, cuando la mayoría dice no tener, o si tiene es baja, sufriendo tanto el autorechazo como el rechazo de la sociedad, de ese modo inventa un personaje para poder ser aceptado. Después de la cirugía, todos comparten el aumento de la autoestima y el placer de la pérdida de peso compensando las privaciones y dificultades.

En la categoría inserción social, antes de operar, el sentimiento en su mayoría es el del prejuicio, llevando a la exclusión social. Después de la cirugía ocurre mayor integración y en consecuencia, mejora de la calidad de vida.

En la categoría vida sexual, antes de operar, la mayoría relata ser difícil, con limitaciones, algunos no tienen vida sexual activa, muchos sienten vergüenza de su cuerpo no ser lo que los medios describen como seductor. Después de la cirugía mejora su movilidad, participación, resistencia física y, en consecuencia, la calidad de la relación sexual, lo que confirma los datos observados en el cuestionario señalando el aumento de la calidad de la vida sexual.

En la categoría independencia de la vida diaria, antes de operar, ocurrían grandes restricciones, limitaciones y dificultades, después de la cirugía aumentó la independencia de terceros, mejorando la calidad de la vida diaria debido al reconocimiento del propio cuerpo y de la autonomía en su trato en las situaciones de la vida diaria.

En la categoría grupo multidisciplinar, tanto antes como después de la cirugía, los pacientes relatan la importancia del grupo debido a las discusiones ricas entre los pacientes, familiares y equipo técnico, en el involucrarse y comprometerse con el tratamiento (orientación, apoyo en las dificultades y superaciones), en la ayuda y

adaptación de cambio de estilo de vida necesaria después de la cirugía, y ayuda en la conquista de la calidad de vida.

Solicitan un espacio más individualizado a los pacientes que están para ser operados, debido al momento y necesidades de apoyo y esclarecimiento.

Antes de la operación el paciente busca con más frecuencia ir a las consultas multidisciplinares. Los profesionales de la endocrinología son los más solicitados en el pre-operatorio, enseguida los cardiólogos y con poca frecuencia los de nutrición, dato que llamó la atención debido a la necesidad de acompañamiento nutricional para pérdida de peso. Ya después de la cirugía, hasta 12 meses, en general disminuye el número de solicitación por consultas, la clínica más solicitadas es la de la cirugía general; en consecuencia del acompañamiento quirúrgico. No constan del estudio realizado registros de consultas al sector de nutrición. De 13 a 36 meses el máximo de consultas realizadas fue de seis y el mínimo de una consulta, la cirugía general fue la más solicitada, seguida de la cirugía plástica que surge para atender una demanda del momento, donde el paciente quiere retirar el exceso de piel originado por la pérdida de peso. Finalmente, con más de 36 meses de operado se mantiene la demanda, en orden decreciente, por la endocrinología, cardiología, cirugía general y plástica y por último la nutrición.

Según Nunes y otros (2008) el número ideal de consultas realizadas después del primer año de operado es aproximadamente de cinco, el estudio realizado en este trabajo en el Programa de Obesidad Mórbida reveló el promedio de tres consultas, quedando debajo de lo que recomienda la literatura.

Este dato debe ser motivo de nuevos estudios para verificar si los pacientes están de hecho haciendo el acompañamiento necesario y continuo para mantener su pérdida de peso con salud.

Conclusiones

A seguir se presentan las conclusiones de este estudio, basadas en las cuestiones evaluativas:

a) ¿Cómo la pérdida de peso contribuye para el cambio de la calidad de vida del operado?

Se puede decir que la CV revela ser superior – globalmente - en las personas que participaron del Programa de Obesidad Mórbida y se sometieron a la cirugía de que en los que esperan por el tratamiento quirúrgico. Los resultados de los instrumentos cuantitativos y cualitativos demuestran un impacto positivo en la vida cotidiana de los pacientes después de la pérdida de peso, aumentando la CV en la función física,

autoestima, vida sexual, vergüenza pública y trabajo. Este hecho posibilitó al paciente: una disminución de las enfermedades de comorbidades, más mobilidad, mayor independencia en las actividades de la vida diaria, mayor capacidad funcional, e integración social.

b) ¿El trabajo de grupo multidisciplinar del Programa de Obesidad Mórbida del HFAG contribuyó como soporte en el tratamiento de la pérdida de peso con calidad de vida?

El trabajo multidisciplinar contribuyó de forma positiva en la pérdida de peso del paciente siendo confirmado a través de los discursos del grupo focal cuando enfatiza su importancia en la adhesión, en el hecho de involucrarse, comprometerse con el tratamiento (orientación, apoyo junto a las dificultades y superaciones), en la ayuda a la adaptación al cambio de estilo de vida necesaria antes y después de la cirugía, en la conquista de la CV.

Frente a las conclusiones presentadas se puede afirmar que el objetivo de este trabajo "Evaluar los resultados del Programa de Obesidad Mórbida del HFAG con relación a la calidad de vida de los operados para confirmar o redefinir la necesidad de continuidad del Programa" se alcanzó, ya que los pacientes después de la participación del Programa de Obesidad Mórbida conquistaron un nuevo espacio e integración social.

Referências

BRASIL. Ministério da Defesa. Comando da Aeronáutica. Comando Geral de Pessoal. Diretoria de Saúde. Normas Seguras para tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: *Ordem Técnica,* nº. 16/DIRSA/2005, de 11 de outubro de 2005. Brasília, DF, 2005.

FELIPPE, F. *Obesidade zero*: a cultura do comer na sociedade de consumo. Porto Alegre: Sulina, 2003.

IBGE. *Excesso de peso atinge 38,8 milhões de brasileiros adultos*. Rio de Janeiro, 16 dez. 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=278>. Acesso em: 23 nov. 2010.

NUNES, M. A. et al. *Transtornos alimentares e obesidade*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Obesidade*: prevenindo e controlando a epidemia global. São Paulo: Roca, 2004. (Relatos técnicos da OMS; 894).

Recibido en: 12/7/2011

Aceptado para publicación en: 15/9/2011