





PÉRDIDA DE PESO, RESOLUCIÓN DE COMORBILIDADES Y CALIDAD DE VIDA ACTUAL EN PACIENTES INTERVENIDOS POR CIRUGÍA BARIÁTRICA. ESTUDIO PROSPECTIVO

ANGGIE MARIAN LÓPEZ PÉREZ¹ 
MARIAM HERIBETH LÓPEZ CARMONA¹ 
MELISSA IRENE ECHENIQUE GAZZOTTI² 
JOHNNY ALEXANDER PADRÓN SANABRIA³ 

WEIGHT LOSS, RESOLUTION OF COMORBIDITIES, AND CURRENT QUALITY OF LIFE IN PATIENTS UNDERGOING BARIATRIC SURGERY. PROSPECTIVE STUDY

RESUMEN

La cirugía bariátrica es actualmente el tratamiento más eficaz para la reducción de peso, mejorando comorbilidades relacionadas con la obesidad y ayudando a mejorar la calidad de vida del paciente. **Objetivo:** Evaluar la pérdida de peso, resolución de comorbilidades y calidad de vida actual de pacientes intervenidos por cirugía bariátrica en un centro sanitario del estado Carabobo, periodo julio 2021–julio 2023. **Materiales:** Estudio descriptivo, no experimental, transversal y prospectivo, de alcance correlacional. Muestra fue no probabilística intencional conformada por 40 pacientes. **Resultados:** Edad promedio de 40,02 años \pm 1,48. Un 42,50% de la muestra tenía un año de intervenido. La técnica quirúrgica predominante fue el Bypass Gástrico (90%). Se registró una disminución estadísticamente significativa del IMC desde el momento previo a la cirugía hasta la medición actual ($P < 0,05$). Del porcentaje de peso perdido se registró un promedio de 83,65 \pm 2,56, con mediana de 88,5%. Del total de comorbilidades mayores presentadas, un 54,16% fueron resueltas y un 45,83% fueron mejoradas. De las comorbilidades menores presentadas, un 80% fueron resueltas. De la calidad de vida posterior a la intervención, un 62,50% demostró tener una muy buena calidad de vida sin asociación con el tipo de cirugía ($P > 0,05$), 42,50% de los pacientes evidenció resultados muy buenos, seguidos de aquellos con resultados excelentes (27,50%), sin asociación significativa con el tipo de procedimiento aplicado ($P > 0,05$). **Conclusiones:** Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial y la apnea obstructiva del sueño, con una notable resolución tras la intervención. La calidad de vida mejoró considerablemente.

Palabras clave: Cirugía bariátrica, pérdida de peso, resolución de comorbilidades, calidad de vida, cuestionario BAROS

ABSTRACT

Bariatric surgery is currently the most effective treatment for weight loss, improving comorbidities related to obesity and helping to improve the patient's quality of life. **Objective:** To evaluate weight loss, resolution of comorbidities and current quality of life of patients undergoing bariatric surgery in a health center in Carabobo state, period July 2021–July 2023. **Materials:** Descriptive, non-experimental, cross-sectional and prospective study, correlational in scope. The sample was intentional non-probabilistic and consisted of 40 patients. **Results:** Average age was 40.02 years \pm 1.48. 42.50% of the sample had been operated on for one year. The predominant surgical technique was Gastric Bypass (90%). A statistically significant decrease in BMI was recorded from the time before surgery to the current measurement ($P < 0.05$). The percentage of weight lost averaged 83.65 \pm 2.56, with a median of 88.5%. Of the total major comorbidities presented, 54.16% were resolved and 45.83% were improved. Of the minor comorbidities presented, 80% were resolved. Regarding quality of life after the intervention, 62.50% demonstrated a very good quality of life with no association with the type of surgery ($P > 0.05$). 42.50% of patients showed very good results, followed by those with excellent results (27.50%), with no significant association with the type of procedure applied ($P > 0.05$). **Conclusions:** The most frequent comorbidities were arterial hypertension and obstructive sleep apnea, with notable resolution after the intervention. Quality of life improved considerably.

Key words: Bariatric surgery, Training programs, Training resources

1. Estudiante de Medicina. Universidad de Carabobo.
2. Cirujano General, Bariátrico y Metabólico. Adjunto del Servicio de Cirugía General "Dr. Rommel Mota", Hospital General Nacional "Dr. Ángel Larralde".
3. Cirujano General. Residente de Cirugía Plástica "Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera". Correo-e: mailto:pedromonsalvetrejo@gmail.com

Recepción: 10/05/2025
Aprobación: 20/06/2025
DOI: 10.48104/RVC.2025.78.1.11
www.revistavenezolanadecirugia.com

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una patología crónica, multiorgánica, metabólica e inflamatoria, resultante de la interacción entre factores genómicos y ambientales. ⁽¹⁾ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como acumulación anormal o excesiva de grasa perjudicial para la salud, siendo clasificada cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) supera los 30 kg/m². ⁽²⁾

Las repercusiones de la obesidad no se limitan al incremento en la tasa de mortalidad, sino que persiste como un factor de riesgo de importancia considerable para comorbilidades asociadas a la obesidad. Entre ellas se distinguen principalmente la cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, *Diabetes Mellitus* tipo 2, dislipidemia, osteoartritis, disnea, y algunos tipos de cáncer. ^(3,4)

En la esfera psicosocial se ha vinculado con importantes implicaciones. Los trastornos y problemas de salud mental son habituales, siendo la depresión y la ansiedad los más frecuentes. ⁽⁵⁾ Asimismo, se ha observado una disminución en la calidad de vida de pacientes que presentan obesidad, existiendo correlación inversa entre la disminución de la misma y el aumento del IMC. ⁽⁶⁻⁸⁾

La Calidad de Vida (CV) es un concepto subjetivo y amplio. ⁽⁹⁾ En términos generales se ocupa de aquellos aspectos relativos a la percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente, sea en relación a los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento e intervención en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Esta definición resulta particularmente pertinente en el contexto de la obesidad, dada su etiología multifacética e impacto ubicuo. ⁽¹⁰⁾ Los pacientes obesos hacen referencia constantemente a su mala CV; el cómo perciben su autoestima, niveles de actividad física y ocupacional, relaciones sociales y sexuales, es un reflejo de su CV. ⁽¹¹⁾

Es crucial abordar de manera efectiva la prevención y tratamiento de la obesidad a fin de controlar esta epidemia global. Si bien las medidas higiénico-dietéticas y el tratamiento farmacológico son la piedra angular en el manejo, no son eficaces en todos los pacientes; provocando un auge en las opciones terapéuticas de índole quirúrgico. La Cirugía Bariátrica (CB) es actualmente el tratamiento más eficaz para la reducción de peso efectiva y sostenida a largo plazo, y para resolución o mejora de condiciones comórbidas relacionadas. ^(12,13) Además, se ha demostrado que ayuda a mejorar la CV del paciente y a reducir el malestar psicológico. ⁽¹⁴⁾

Específicamente, para evaluar la CV postoperatoria de un paciente sometido a CB y el impacto de ésta sobre la pérdida de peso, resolución de las comorbilidades y CV se encuentra el Sistema de Informes Evaluación y Análisis de Resultados Bariátricos (BAROS, siglas en inglés). Éste se ha validado como el mejor sistema evaluativo integral y de realización rápida. Es una herramienta de rápida aplicación utilizada para evaluar a

los pacientes que han sido operados de CB. Evalúa las variables porcentaje de exceso de peso perdido a los 6 y 12 meses, si hubo mejoría o resolución posterior a la intervención de las comorbilidades y, finalmente, la evaluación específica de la CV postoperatoria por el Test de Moorehead-Ardel que incluye los parámetros de autoestima, bienestar físico, relaciones sociales, desempeño laboral y sexualidad; complicaciones quirúrgicas y médicas; y las reintervenciones quirúrgicas. ⁽¹⁵⁾

En Venezuela existen pocos estudios que evalúen los resultados de la CB, hacerlo es complicado por la falta de estándares de comparación, el uso de diferentes parámetros para informar la pérdida de peso y las múltiples definiciones de éxito y fracaso en la literatura. Los cirujanos han utilizado tradicionalmente la pérdida de peso como principal resultado postoperatorio, aunque ha quedado muy claro que la mejora de las condiciones médicas asociadas con la obesidad y la CV deben incluirse en el análisis final. Al indagar acerca de los posibles parámetros que se pueden implementar para evaluar los resultados de la cirugía, se evidencia que el Sistema de análisis e informes de resultados bariátricos en su determinado momento fue empleado para responder a la necesidad de un método estandarizado para analizar e informar los resultados de la CB, y aún está en vigencia. ^(16,17)

Por lo antes expuesto surgió la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuál es la eficacia en pérdida de peso, resolución de comorbilidades y calidad de vida en pacientes intervenidos por CB en un Centro de salud del estado Carabobo, periodo julio 2021-julio 2023?. Para responder se planteó como objetivo general evaluar la eficacia en pérdida de peso, resolución de comorbilidades y calidad de vida actual de pacientes intervenidos por CB en un Centro de salud del estado Carabobo, periodo julio 2021 – julio 2023.

MÉTODOS

Se trató de un estudio de diseño no experimental, prospectivo y transversal, de alcance evaluativo.

La población fueron los pacientes intervenidos por CB en el Centro de Quirúrgico Carabobo 200, periodo julio 2021 – julio 2023. La muestra fue de tipo no probabilística intencional conformada por 40 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión: pacientes con un IMC >30 pre-cirugía, que se les realizó CB en el Centro de Salud, en el periodo precisado, que presentaron comorbilidades asociadas a la obesidad, y que dieron su consentimiento para ser incluidos en el estudio.

En cuanto al procedimiento, una vez obtenidos los permisos correspondientes por parte del director del Centro y del jefe del Servicio de Cirugía correspondiente, se procedió a la recolección de la información, para lo cual se empleó la técnica de la revisión documental y la encuesta. En este sentido, se revisaron los expedientes clínicos para obtener los números telefónicos de los pacientes que cumplieran con los criterios establecidos y constatar el IMC previo a la cirugía, por lo que un primer instrumento usado

fue una ficha de registro que se diseñó ad hoc para el propósito prenombrado. A los pacientes se les aplicó el cuestionario estandarizado denominado BAROS⁽¹⁵⁾ mediante formulario aplicado en línea. Este instrumento analiza los resultados de una manera simple, objetiva, imparcial y basada en evidencia, y se ha recomendado su generalización permitiendo una evaluación uniforme de los resultados de la CB.⁽¹⁸⁾

Seguidamente se estableció comunicación telefónica con éstos con la finalidad de explicarles la investigación y pedir su colaboración mediante el llenado del cuestionario BAROS. Luego se procedió a enviar a través del correo electrónico el consentimiento informado para tener su aceptación a realizar dicho cuestionario, el cual fue regresado por la misma vía de comunicación. Posteriormente, se envió el instrumento propiamente dicho para ser completado.

Una vez recolectados los datos, se organizaron y sistematizaron en una tabla maestra diseñada mediante Microsoft® Excel, para ser procesados a partir de las técnicas estadísticas descriptivas univariadas y presentados los resultados en tablas de distribuciones de frecuencias (absolutas y relativas) y tablas de contingencia. A las variables cuantitativas como la edad, IMC previo a la cirugía, en la actualidad y porcentaje de peso perdido, se le calculó media aritmética \pm error típico, mediana, valores extremos de la serie y coeficiente de variación, comparándose según el tipo de procedimiento a partir de la prueba ANOVA (análisis de varianzas). De igual modo se comparó el IMC previo y actual a partir de la prueba de hipótesis para diferencia entre medias para muestras correlacionadas (t student).

Asimismo, se asoció la CV y el resultado de la cirugía a partir del BAROS según el tipo de procedimiento a partir del análisis no paramétrico de Chi cuadrado para independencia entre variables. Todo se realizó mediante el procesador estadístico SPSS en su versión 18 de licencia libre, adoptándose como nivel de significancia estadística $P < 0,05$.

Por último, se discutieron los resultados, se dieron las conclusiones pertinentes, en concordancia con los resultados que emergieron.

RESULTADOS

Se incluyeron 40 pacientes intervenidos por CB, de los cuales se registró una edad promedio de 40,02 años \pm 1,48, con una mediana de 39 años, edad mínima de 17 años, edad máxima de 60 años y coeficiente de variación de 23%. Fueron más frecuentes aquellos pacientes en el rango de 36 a 50 años (55%=22 casos). En cuanto al sexo, predominó el femenino con un 75% (30 casos). Un 42,50% de la muestra tenía un año de intervenido (17 casos), seguidos de aquellos con 2 años de intervenidos (32,50%=13 casos). La técnica quirúrgica predominante fue el Bypass Gástrico (BG) (90%=36 casos; Tabla 1).

En la Tabla 2 se observa que, respecto al IMC previo a la cirugía, se registró un promedio de 42,11 \pm 1,0, con una mediana de 41,85, con valor mínimo de 31,2, valor máximo de 58,39

Tabla 1. Caracterización de la muestra de estudio según sexo, edad, tiempo transcurrido desde la intervención y tipo de cirugía, de pacientes intervenidos por cirugía bariátrica en un Centro Sanitario del estado Carabobo, periodo julio 2021– julio 2023

Edad (años)	f	%
17 – 20	1	2,50
21 – 35	11	27,50
36 – 50	22	55
>50	6	15
Sexo	f	%
Femenino	30	75
Masculino	10	25
Tiempo transcurrido desde la intervención	f	%
1 año	17	42,50
2 años	13	32,50
3 años	10	25
Tipo de cirugía	f	%
Bypass Gástrico	36	90
Gastrectomía Vertical	3	7,50
Cirugía revisional de conversión	1	2,50
Total	40	100

y coeficiente de variación de 15%. El mayor promedio fue el registrado por aquellos pacientes sometidos a BG. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los promedios de IMC previo a la cirugía según el tipo de técnica aplicada ($F=3,04$; $P=0,0600$). Del IMC actual se registró un promedio de 27,7 \pm 0,64, con una mediana de 26,55, con valor mínimo de 19,2, valor máximo de 38,4 y un coeficiente de variación de 15%, siendo mayor el promedio registrado por aquellos pacientes sometidos a BG. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los promedios de IMC posterior a la cirugía según las técnicas aplicadas ($F=1,27$; $P=0,2923$). Se registró una disminución estadísticamente significativa del IMC desde el momento previo a la cirugía hasta la medición actual ($t=19,5$; $P=0,0 < 0,05$). Del porcentaje de peso perdido se registró un promedio de 83,65 \pm 2,56, con mediana de 88,5%, con valor mínimo de 46%, valor máximo de 100% y coeficiente de variación de 19%, aunque el mayor promedio de porcentaje de peso perdido fue el registrado por los pacientes sometidos a Gastrectomía Vertical (GV) (92,0 \pm 2,31), no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el porcentaje de peso perdido según el tipo de cirugía ($F=0,87$; $P=0,4280$).

La Tabla 3 muestra que 47,50% de los pacientes presentaba alguna comorbilidad mayor. La comorbilidad más frecuente fue

Tabla 2. Comparación del IMC previo y posterior a la cirugía, además del porcentaje de exceso de IMC perdido, de pacientes intervenidos por cirugía bariátrica en un Centro Sanitario del estado Carabobo, periodo julio 2021– julio 2023

IMC previo a la cirugía						
Tipo de cirugía	n		Md	min	Max	Cv%
Bypass Gástrico	36	42,87 ± 1,03	42,85	31,2	58,39	14%
Gastrectomía Vertical	3	36,27 ± 0,63	35,9	35,4	37,5	3%
Cirugía revisional de conversión	1	32,3	—	—	—	—
IMC posterior a la cirugía						
Tipo de cirugía	n		Md	min	Max	Cv%
Bypass Gástrico	36	27,99 ± 0,69	27,05	19,2	38,4	15%
Gastrectomía Vertical	3	25,97 ± 0,35	25,9	25,4	26,6	2%
Cirugía revisional de conversión	1	22,3	—	—	—	—
Porcentaje de peso perdido						
Tipo de cirugía	n		Md	min	Max	Cv%
Bypass Gástrico	36	82,56 ± 2,78	87,0	46,0	100,0	20%
Gastrectomía Vertical	3	92,0 ± 2,31	92,0	88,0	96,0	4%
Cirugía revisional de conversión	1	98,0	—	—	—	—

la hipertensión arterial y la apnea obstructiva del sueño con similar frecuencia (7 casos cada una), seguida de la dislipidemia (5 casos). Las comorbilidades menores estuvieron presentes en un 25% de los pacientes, siendo las más frecuentes el reflujo gastroesofágico (6 casos) y el estasis venoso de las extremidades inferiores (3 casos). Del total de comorbilidades mayores presentadas (n=24) un 54,16% fueron resueltas (13 casos), mientras que el 45,83% restantes fueron mejoradas (11 casos). De las comorbilidades menores presentadas (n=10), un 80% fueron resueltas (8 casos) y las otras 2 (20%) fueron mejoradas.

De la CV posterior a la intervención un 62,50% de los pacientes (25 casos) demostró tener una muy buena CV, siendo más frecuente en aquellos pacientes sometidos a BG (24/36) y, según el tiempo transcurrido, fueron aquellos con 3 años quienes tenían muy buena CV (7/10), seguidos de aquellos con 1 año (11/17). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la CV y el tipo de cirugía ($X^2=4,74$; 4 gl; $P=0,3145>0,05$) y tampoco según el tiempo posterior a la cirugía ($X^2=3,19$; 4 gl; $P=0,5266>0,05$; Tabla 4).

Del cuestionario BAROS, un 42,50% de los pacientes evidenció resultados muy buenos (17 casos), todos de la técnica del BG. En segundo lugar, se presentaron aquellos con resultados excelentes (27,50%=11 casos), dentro de los cuales, proporcionalmente fueron más frecuentes aquellos sometidos a GV (2/3) y el único sometido a manga gástrica (1/1). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los resultados de la cirugía (BAROS) y el tipo de procedimiento aplicado ($X^2=6,39$; 6 gl; $P=0,3805>0,05$; Tabla 5).

DISCUSIÓN

La obesidad es una enfermedad que se debe a factores psicosociales y variantes genéticas, que afectan aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la vida de un individuo. La repercusión de la obesidad no es sólo en torno al IMC sino a las comorbilidades que ésta trae consigo.

En la presente investigación el sexo femenino fue el más predominante, con edad promedio de 40,02 años±1,48, en semejanza a lo reportado por Otero et al (19), donde la edad promedio fue de 41,8±10,6 años, con predominio de las mujeres. Asimismo, ocurrió en la investigación realizada por Plúa et al (20) mostrando solo una diferencia muy mínima en cuanto a la edad promedio que en su caso fue de 39±10, pero que manteniéndose en el rango de los resultados arrojados en nuestra investigación.

Con respecto al tiempo transcurrido desde la intervención y tipo de cirugía, en nuestra muestra predominaron aquellos con 1 año post-intervención y el BG como técnica más frecuente. Estos son hallazgos similares a los de la investigación realizada por León *et al*⁽¹⁶⁾, donde fueron más frecuentes pacientes con 1 año post-intervención y la técnica quirúrgica predominante fue el BG.

De acuerdo al IMC desde el momento previo a la cirugía hasta la medición actual se registró una disminución estadísticamente significativa, siendo el mayor promedio encontrado en aquellos sometidos a BG. El IMC previo fue de 42,87 ± 1,03, en cuanto a el IMC actual se registró un promedio de 27,99 ± 0,69. Hallazgos que se asemejan a los expuestos por Plúa et al⁽²⁰⁾ donde reportaron un IMC previo de 43,7±6,8 kg/m² e IMC de 38±5 kg/m² para hombre

Tabla 3. Resolución de comorbilidades de pacientes intervenidos por cirugía bariátrica en un Centro Sanitario del estado Carabobo, periodo julio 2021– julio 2023

Comorbilidades mayores	f	%
Presentes	19	47,50
Ausentes	21	52,50
Total	40	100
Tipo de comorbilidad (n=19)	f	%
Hipertensión Arterial	7	36,84
Apnea Obstruccion Del Sueño	7	36,84
Dislipidemia	5	26,32
Diabetes Mellitus Tipo 2	4	21,05
Insuficiencia Cardiaca	1	5,26
Comorbilidades menores	f	%
Presentes	10	25
Ausentes	30	75
Total	40	100
Tipo de comorbilidad menor (n=10)	f	%
Reflujo Gastroesofágico	6	60
Estasis venosa de las extremidades inferiores	3	30
Incontinencia Urinaria	1	10
Resolución de las comorbilidades mayores	f	%
Resuelta	13	54,16
Mejorada	11	45,83
NA	—	—
Resolución de las comorbilidades menores	f	%
Resuelta	8	80
Mejorada	2	20
NA	—	—
Total	40	100

y mujer respectivamente, sometidos a BG; mientras que para IMC final fue de $32,1 \pm 6 \text{ kg/m}^2$ y $27,3 \pm 3 \text{ kg/m}^2$, respectivamente.

En la presente investigación se encontró una mediana de 88,5% de pérdida ponderal post-intervención, reafirmando la conclusión dada por Sogbe et al⁽²¹⁾, en que la CB disminuye entre 40 a 80% del exceso de peso al obtener una pérdida ponderal post-intervención de 63.1%. Similares resultados también fueron los expuestos por Otero *et al*⁽¹⁹⁾ donde la media de pérdida ponderal de peso post-intervención fue de 75%.

Nuestros hallazgos sugieren que no hay asociación estadísticamente significativa entre el porcentaje de peso perdido y tipo de cirugía. Del total de comorbilidades presentadas hubo mejoría o resolución, lo cual guarda similitud con los hallazgos de la investigación de León et al⁽¹⁵⁾, en la que la mayoría de los pacientes presentaron mejoría o resolución de las comorbilidades un año después de la intervención. En relación a la CV post-intervención de nuestra investigación los pacientes demostraron tener en su mayoría una muy buena CV, contrario a lo reportado León et al⁽¹⁵⁾ solo dos individuos manifestaron tener una muy buena CV post-intervención mientras que el resto describió su CV post-intervención como excelente.

Finalmente, en nuestra investigación la valoración de la cirugía a través del cuestionario BAROS reveló resultados muy buenos y excelentes, mostrando cierta similitud con lo mostrado por Junquera et al.⁽²²⁾ donde se valoró la cirugía con este mismo cuestionario obteniendo resultados en rango de bueno a excelente.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos, de la muestra de los 40 pacientes intervenidos por CB en el Centro Quirúrgico Carabobo 200, periodo julio 2021– julio 2023, se obtuvo que la mayoría presentaba una edad promedio entre los 36 y 40 años, asimismo, se registró un predominio significativo del sexo femenino.

La técnica quirúrgica más utilizada fue el BG. Se registró una disminución estadísticamente significativa del IMC desde la

Tabla 4. Calidad de vida post-intervención de pacientes intervenidos por cirugía bariátrica en un Centro Sanitario del estado Carabobo, periodo julio 2021– julio 2023

Calidad de vida	Regular		Bueno		Muy buena		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Tipo de cirugía	f	%	f	%	f	%	f	%
Bypass gástrico	3	7,50	9	22,50	24	60	36	90
Gastrectomía vertical	0	0	2	5	1	2,50	3	7,50
Cirugía revisional de conversión	0	0	1	2,50	0	0	1	2,50
Tiempo transcurrido de la cirugía	f	%	f	%	f	%	f	%
1 año	0	0	6	15	11	27,50	17	42,50
2 años	2	5	4	10	7	17,50	13	32,50
3 años	1	2,50	2	5	7	17,50	10	25
Total	3	7,50	12	30	25	62,50	40	100

Tabla 5. Resultados de la cirugía a través del cuestionario BAROS en pacientes intervenidos por cirugía bariátrica en un Centro Sanitario del estado, periodo julio 2021 – julio 2023

Resultados de la cirugía -BAROS-	Regular		Bueno		Muy bueno		Excelente		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Tipo de cirugía										
Bypass gástrico	2	5	9	22,50	17	42,50	8	20	36	90
Gastrectomía vertical	0	0	1	2,50	0	0	2	5	3	7,50
Cirugía revisional de conversión	0	0	0	0	0	0	1	2,50	1	2,50
Total	2	5	10	25	17	42,50	11	27,50	40	100

cirugía hasta la medición actual. Aunque el mayor promedio de porcentaje de peso perdido fue el registrado por los pacientes sometidos a GV, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el porcentaje de peso perdido según la técnica empleada.

La hipertensión arterial y la apnea obstructiva del sueño, seguidas por la dislipidemia fueron las comorbilidades mayores más frecuentes, con la mayoría de ellas resueltas y/o mejoradas tras la intervención. Por su parte las comorbilidades menores más comunes fueron el reflujo gastroesofágico y la estasis venosa de las extremidades inferiores, con alta tasa de resolución.

Respecto a la CV, gran porcentaje de la muestra demostró tener una muy buena CV, siendo más frecuente en aquellos sometidos a BG y quienes tenían tres años de haber sido intervenidos, seguidos de quienes llevaban un año. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la CV y el tipo de cirugía, ni con el tiempo transcurrido desde la misma. En cuanto a los resultados del test BAROS, la mayoría de los pacientes mostraron resultados muy buenos, todos de la técnica del BG, seguidos por aquellos con resultados excelentes dentro de los cuales, proporcionalmente fueron más frecuentes aquellos sometidos a GV. A pesar de las diferencias en los resultados entre las distintas técnicas, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

AL y ML desarrollaron la idea, condujeron la búsqueda de la bibliografía, redactaron el manuscrito y documentaron el proceso.

ME realizó el análisis estadístico, contribuyó con la intervención de los pacientes JP realizó correcciones al manuscrito inicial y efectuó la revisión final contribuyendo con su experiencia y la incorporación de análisis intelectual. Todos los autores realizaron revisión bibliográfica y aportaron críticas previo al envío y aprobaron el informe final.

CONFLICTO DE INTERESES Y FINANCIACIÓN

Los autores declaramos no tener conflictos de intereses, ni haber recibido financiamiento o patrocinio de ninguna organización para realizar este trabajo.

REFERENCIAS

1. Pasca AJ, Montero JC. El Corazón del Obeso. 1ra ed. Inter-Médica: Buenos Aires, Argentina; 2015.p
2. Organización Mundial de la Salud. Obesidad. 2023. Disponible: https://www.who.int/es/health-topics/obesity#tab=tab_1. [Citado 4 Oct 2023].
3. Balestrini F, et al. Riesgo de Comorbilidades Metabólicas, Inflamatorias y Cardiovasculares en Sobrepeso y Obesidad. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. 2022. 20(1):39-52.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe Regional Europeo sobre Obesidad. 2022. Disponible: <https://iris.who.int/handle/10665/353747>. [Citado 13 dic 2023].
5. Rajan M, Menon V. Trastornos psiquiátricos y obesidad: una revisión de estudios de asociación. Postgrado Medicina. 2017.63(3):182-190.
6. Stephenson J, Smith CM, Kearns B. La Asociación entre Obesidad y Calidad de Vida: un análisis retrospectivo de un estudio de cohorte poblacional a gran escala. BMC Salud Pública. 2021.
7. Ramasamy S, Joseph M, et al. Indicadores de obesidad y calidad de vida relacionada con la salud: conocimientos de una cohorte de mujeres del sur de la India de mediana edad con obesidad mórbida. Endocrinol; 16 :148-151.
8. Pimenta FBC, Bertrand E, Mograbi DC, Shinohara H, Landeira-Fernández J. La Relación entre obesidad y calidad de vida en adultos brasileños. 2015.
9. Taylor V, Morrison K, et al. El Impacto de la Obesidad en la Calidad de Vida. 2013.
10. González M. Calidad de vida relacionada con la salud. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 2018.78(1):1-4.
11. Fernández M, Guerra P, et al. Calidad de vida en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica. Rev. Nutr. clín. diet. hosp. 2016. 36(3):106-113.

12. Nguyen N, Varela J. Cirugía bariátrica para la obesidad y los trastornos metabólicos: estado del arte. *Reseñas de la Naturaleza Gastroenterología y Hepatología*. 2016.
13. Pacheco D, Pinto P, Asensio E. Actualización en cirugía bariátrica/metabólica. *Rev. Nutr. clin. med.* 2019. 13(2):113-127.
14. Silva J, Vasconcelos H, Figueiredo M, Carneiro S. El impacto de la cirugía bariátrica en la calidad de vida de las personas obesas: un estudio portugués. *Rev. Acta med. port.* 2018. 31(7-8):391-398.
15. León N, Llamas L, Rodríguez G, et al. Evaluación mediante el modelo BAROS de los resultados de pacientes con un año postquirúrgico de Manga y Bypass Gástrico para el tratamiento de obesidad. *Rev. Med. MD.* 2019; 10(2):143-149.
16. Goodman D, González J, Jacks L, et al. Ingesta dietética y factores de riesgo cardiometabólico en adultos venezolanos: un análisis representativo a nivel nacional. *BMC Nutr.* 2020.
17. Costa J, Soares B. Sistema de análisis e informes de resultados bariátricos (BAROS): hacia una evaluación uniforme de los resultados de la cirugía bariátrica. *GE.* mayo-junio 2015; 2(3):85-86.
18. Zambrano V, Fontalvo E, Emiliani E, Zarate A, Mestre S. Evaluación de la calidad de vida en pacientes obesos y cirugía bariátrica. *Rev. cien. biomed.* 2014.5(1):79-87.
19. Otero M, Labrada A, Acosta M. Cirugía bariátrica restrictiva laparoscópica y su influencia sobre el síndrome metabólico. *Rev. Cubana Endocrin;* 33(1):321. 2011.
20. Plúa W, Vásquez AH, Jarrim K. Impacto del bypass gástrico sobre el Índice masa corporal de adultos diabéticos en el primer año postquirúrgico. *Rev. Reciamuc.* 2022;6(3):612-624.
21. Sogbe M, Di Frisco I, Díaz E. Cirugía bariátrica, cambios fisiológicos en el tratamiento del síndrome metabólico. *Rev. Gen.* 2016.70(3).
22. Junquera S, Ramírez L, Camuñas J, García M, Llanos K, Álvarez J. Evolución de la calidad de vida, pérdida de peso y evolución de comorbilidades a los seis años de la cirugía bariátrica. *Rev. Endocrin. Diab Nutric.* 2021.68(7): 501-508.