

Licenciatura en Nutrición
Trabajo Final Integrador

Autora: Olga Candela Puebla Canevaro

**EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA CIRUGÍA
BARIÁTRICA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y LOS
PATRONES ALIMENTARIOS: ANÁLISIS
COMPARATIVO PRE Y POST OPERATORIO EN
PACIENTES CON OBESIDAD**

2025

Tutora: Lic. Andrea Lo Bianco

Citar como: Puebla Canevaro OC. Evaluación del impacto de la cirugía bariátrica sobre la calidad de vida y los patrones alimentarios: análisis comparativo pre y post operatorio en pacientes con obesidad. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires 2025. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/3053>

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y LOS PATRONES ALIMENTARIOS

ANÁLISIS COMPARATIVO PRE Y POST OPERATORIO EN PACIENTES CON OBESIDAD

Puebla Canevaro O.
Contacto: Olguita.pc@hotmail.com

UNIVERSIDAD ISALUD.

RESUMEN: INTRODUCCIÓN: La obesidad es una enfermedad crónica de alta prevalencia. La cirugía bariátrica promete mejorar la calidad de vida y los patrones alimentarios de pacientes con obesidad.

OBJETIVOS: Evaluar si existen cambios en los patrones alimentarios y la calidad de vida de los pacientes en período previo y post bariátrico y conocer si este impacto es mantenido en el tiempo.

MATERIAL Y METODOLOGIA: Estudio Observacional, analítico, transversal, y retrospectivo de tipo comparativo intra - sujeto. POBLACIÓN: Personas mayores de 18 años que se encuentran bajo tratamiento post bariátrico y que se hayan realizado la intervención en Argentina. (n43) INSTRUMENTO: Cuestionario autoadministrado.

RESULTADOS: Los resultados sugieren que la adherencia al tratamiento, los patrones de ingesta alimentarios y la calidad de vida mejoran significativamente luego de la cirugía bariátrica, pero a largo plazo, se ven disminuidos.

CONCLUSIÓN: Es fundamental generar estrategias de acompañamiento efectivas que permitan mejorar la adherencia al tratamiento y sostener en el tiempo los patrones de ingesta y la calidad de vida conseguida luego de la cirugía.

PALABRAS CLAVE: Cirugía Bariátrica – Obesidad – Patrones Alimentarios – Calidad de vida- Comorbilidades – Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Contenido	
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE	3
PREGUNTA PROBLEMA	7
OBJETIVO GENERAL:	8
Variables	8
METODOLOGIA	10
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	22
Referencias:	25
ANEXOS:	27

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica, progresiva y recurrente. Esta definición sencilla, firme y basada en la evidencia científica es en la que organizaciones y sociedades científicas de prestigio internacional se basan en la actualidad. La obesidad ha pasado de ser considerada un factor de riesgo a reconocerse como una enfermedad primaria. No solo es una condición subyacente a enfermedades crónicas no transmisibles, sino que también se presenta como una enfermedad en sí misma con un comportamiento epidémico, de alcance universal y que impacta a la población sin distinción de edad. (1) El sobrepeso y la obesidad constituyen el principal problema de malnutrición en la Argentina afectando a casi 7 de cada 10 adultos, lo que representa una prioridad para la agenda de salud pública. (2)

En respuesta a esta problemática, la cirugía bariátrica y metabólica (CBYM) se ha posicionado como un método seguro y eficaz para el tratamiento de la obesidad clínicamente grave. La CBYM no solo favorece una reducción significativa del peso corporal, sino que también mejora la calidad de vida, reduce la mortalidad y permite una notable mejoría en las comorbilidades asociadas. (3)

Es importante destacar que la CBYM no es una cirugía estética, sino que es una cirugía gastrointestinal mayor, indicada en pacientes cuya obesidad implica un alto riesgo de complicaciones y mortalidad, por causa de con una alta relación problemas asociados con la obesidad. En este sentido, la evidencia actual destaca a la CBYM como el tratamiento de mayor efectividad para la obesidad en comparación con los tratamientos no quirúrgicos. (4) Si bien suele ser medido a través de la pérdida del exceso de peso y la resolución de las enfermedades preexistentes, la evaluación de la calidad de vida también es un parámetro importante de analizar. (5) El nuevo consenso sobre obesidad remarca la necesidad de abordar esta enfermedad desde una perspectiva integral, incluyendo no solo la pérdida de peso y el control de comorbilidades, sino también los cambios en los patrones de alimentación y el bienestar general del paciente. (6) El exceso de peso se asocia, en gran medida, a hábitos alimentarios inadecuados. Entre los principales factores que contribuyen al desarrollo del sobrepeso y la obesidad se encuentran el consumo

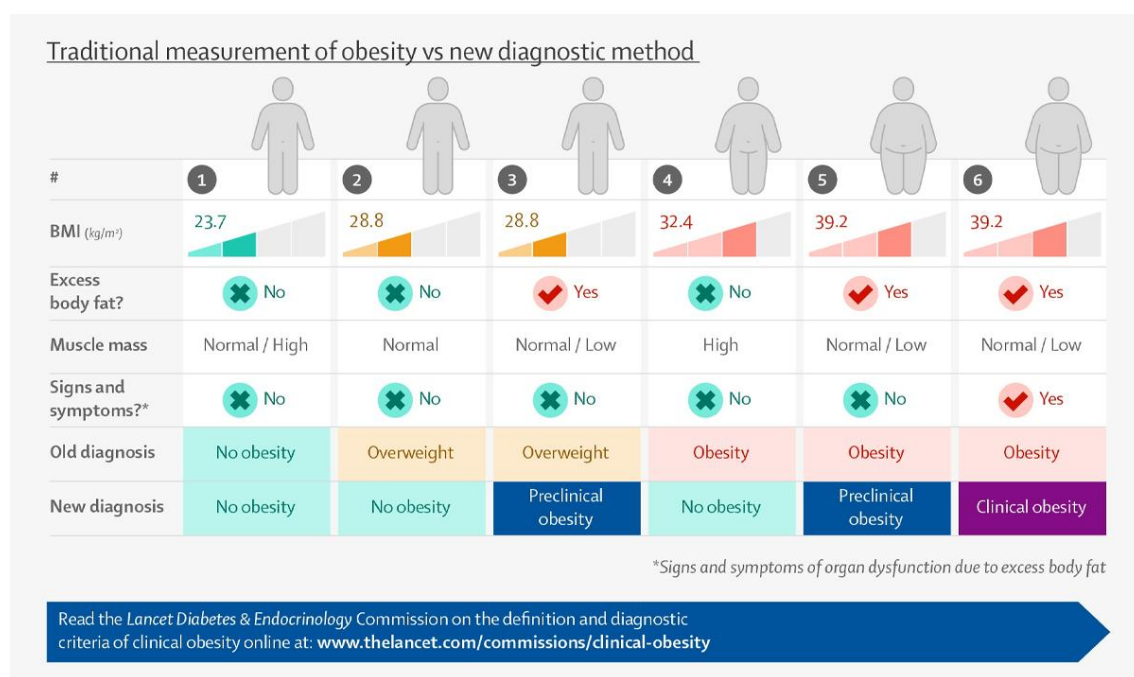
excesivo de alimentos con alta densidad calórica y bajo valor nutricional, la frecuente ingesta de bebidas azucaradas y la práctica insuficiente de actividad física. (2) Luego de la CBYM hay un mayor conocimiento e implementación de patrones alimentarios saludables y un aumento de la aptitud física que dan pueden explicar un aumento en la calidad de vida. (7)

Llevar a cabo un análisis comparativo teniendo en cuenta los cambios en la calidad de vida y en los patrones alimentarios de pacientes con obesidad antes y después de una CBYM que residan en la República Argentina brinda una perspectiva contextualizada que puede resultar valiosa para profesionales de salud, instituciones médicas y responsables de políticas sanitarias. Este estudio busca enriquecer el conocimiento existente sobre los efectos de la cirugía bariátrica enfatizando en la importancia de un abordaje integral y multidisciplinario de la obesidad. En este sentido, se busca aportar evidencia que permita comprender no solo los beneficios físicos de la intervención, sino también su impacto en los hábitos alimentarios y en la percepción subjetiva de salud, contribuyendo así al desarrollo de estrategias de acompañamiento nutricional y psicosocial más eficaces en el tratamiento integral de la obesidad.

MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

La nueva definición de obesidad ya no la define sólo como un exceso de peso basado en el índice de Masa Corporal (IMC). Se reconoce como una enfermedad sistémica crónica provocada por la acumulación excesiva de grasa, independientemente de la existencia de alteraciones en la función del tejido adiposo, resalta que el IMC ya no es suficiente para diagnosticar la obesidad a nivel individual.

Asimismo, se diferencia entre obesidad preclínica y obesidad clínica. La obesidad preclínica que es el estado inicial en donde los órganos aún funcionan con normalidad, pero hay un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). En cambio, la obesidad clínica se basa en la existencia de disfunción orgánica a causa de la obesidad y la presencia de limitaciones significativas en la actividad diaria como la reducción de la movilidad o las dificultades en tareas básicas como vestirse o comer para su diagnóstico. (8)



Fuente: <https://www.garmoclick.com/noticias/obesidad-clinica-revista-the-lancet-diabetes-endocrinology-presenta-nuevos-criterios-de-diagnostico/>

En 2022, a nivel mundial 2500 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales más de 890 millones eran obesos. Esto significa que el 43% de los adultos de 18 años o más tenían sobrepeso, lo que supone un aumento con respecto a 1990, cuando el porcentaje de adultos de 18 años o más con sobrepeso era del 25%. (9). La obesidad es uno de los principales factores de riesgo de muchas enfermedades crónicas, incluidas la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y los accidentes cerebrovasculares, así como varios tipos de cáncer. (9)

De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENNY2), el 25,3% de la población argentina presenta obesidad.(10) Esto puede deberse a que en Argentina, los patrones alimentarios han empeorado en las últimas décadas: el consumo de sodio y el de azúcar duplica el consumo máximo recomendado; el consumo de frutas y verduras es muy bajo; el de bebidas azucaradas es de los más altos del mundo, lo cual lleva a que el problema del sobrepeso y la obesidad representen un grave problema de salud pública en el país, que hoy constituye la forma más prevalente de malnutrición. (2).

La palabra bariátrica procede del griego baros que significa “peso” y de iatrics que significa “tratamiento”. La cirugía bariátrica es una herramienta que se utiliza como tratamiento para la obesidad severa o mórbida. Son procedimientos quirúrgicos, que sirven para manejar los desórdenes de alimentación excesiva. La Cirugía Bariátrica es considerada parte de una estrategia terapéutica. Ésta incluye cambios alimentarios (calidad-cantidad de comidas y hábitos de conducta) e incremento en la actividad física. De esta manera se logra que el paciente ingiera menores cantidades de alimento al restringir el tamaño del estómago y/o la absorción de los alimentos.

Esta cirugía aproxima al paciente a su peso ideal, mejora y hasta puede lograr la remisión de las enfermedades asociadas a la obesidad. Con la cirugía se persiguen dos objetivos: el primero, la pérdida de peso, y el segundo, la mejoría de los problemas de salud relacionados con la obesidad. El paciente debe realizar un cambio profundo y permanente, así como adquirir el compromiso de modificar su calidad alimentaria y aumentar el gasto energético a través de la práctica de actividad física para lograr la pérdida de la masa grasa excesiva y lograr aumentar la masa muscular. (11)

Para determinar la elegibilidad de los pacientes, se establecen criterios clínicos y antropométricos, que se dividen en indicaciones absolutas e indicaciones relativas, según las guías de la Sociedad Argentina de Cirugía de la Obesidad.

Indicaciones absolutas:

Los pacientes deben cumplir los siguientes requisitos:

- Haber intentado perder peso mediante un tratamiento médico supervisado.
- Comprender los riesgos y beneficios inherentes al procedimiento quirúrgico.
- Presentar un IMC entre 35 y 40 kg/m², acompañado de al menos una comorbilidad relevante (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño, dislipidemia, entre otras).
- Tener un IMC igual o superior a 40 kg/m², independientemente de la presencia de comorbilidades.
- Contar con una edad comprendida entre 18 y 65 años.
- No presentar trastornos endocrinos que puedan causar obesidad mórbida.
- Poseer estabilidad psicológica y no presentar antecedentes de abuso de alcohol o sustancias psicoactivas.
- Comprender los mecanismos de pérdida de peso posteriores a la cirugía y aceptar la variabilidad de los resultados obtenidos.
- Comprometerse con el seguimiento médico postoperatorio y evitar el embarazo durante el primer año tras la intervención.

Indicaciones relativas:

Además de las condiciones anteriores, pueden considerarse candidatos aquellos pacientes que presenten:

- IMC entre 30 y 35 kg/m² con comorbilidades o IMC superior a 35 kg/m² sin comorbilidades.
- Antecedentes de tratamientos médicos supervisados sin éxito en la pérdida de peso.
- Disposición para evaluar los riesgos y beneficios de la cirugía en un contexto individualizado. (12)

En nuestro país los tratamientos quirúrgicos bariátricos en sus distintas variantes para la obesidad mórbida y sus enfermedades asociadas se contemplan en la Ley de Trastornos Alimentarios N°26396 y las incluye dentro del Plan Médico Obligatorio (PMO) por lo que las obras sociales y empresas de medicina prepagas están obligadas a incluir su cobertura. (13) Muchos estudios han confirmado que la pérdida de peso inducida por la cirugía bariátrica es superior a largo plazo a la obtenida con tratamientos no quirúrgicos. Como regla general, sabemos que a medida que aumenta

el grado de bypass intestinal, aumenta la pérdida de peso y mejora el control de las enfermedades asociadas.

En un estudio realizado en Chile en el año 2022 se encontró que dependiendo la técnica quirúrgica elegida el porcentaje de pérdida de peso total varía entre un 20% a un 40%. Además, se realizó una revisión sistemática para conocer el impacto de la CBYM en las comorbilidades que dio como resultado que los pacientes sometidos a una CBYM tuvieron una reducción general del riesgo cardiovascular tras la cirugía bariátrica. Según su análisis, una reducción del IMC en cinco puntos después de la cirugía corresponde a una reducción de la diabetes tipo 2 del 33%, una reducción de la hipertensión del 27% y una reducción de la hiperlipidemia del 20%. (14)

Por su parte, un estudio realizado en España, que buscó evaluar la evolución de las comorbilidades en pacientes sometidos a una CBYM concluyó en que, según la técnica quirúrgica empleada y valorando cada comorbilidad de manera independiente la Diabetes Mellitus (DM) en el caso de la gastrectomía vertical consiguió la resolución del 100% de los casos, el bypass en Y de roux un 80% y la banda gástrica un 0%. La hipertensión Arterial (HTA) consiguió un 33% de resolución en aquellos con banda gástrica, un 70% en el bypass gástrico y un 0% en la gastrectomía vertical. Las dislipemias (DL) se corrigieron un 100% en los pacientes con bypass gástrico y banda gástrica, mientras que un 50% en aquellos sometidos a una gastrectomía vertical. Este análisis se pone en evidencia que luego de la cirugía, a lo largo de los años hay un aumento de peso documentado entre el 20 y el 87% ya que los pacientes abandonan el seguimiento profesional y retoman conductas de alimentación inapropiadas, así como también dejan de lado sus hábitos de vida saludables. (15). Con respecto al impacto en la Calidad de Vida (CV) una revisión sistemática global realizada en 2023 expone que la función física, social, mental y emocional tuvieron cambios favorables en cuanto a la CV en un periodo de 3 a 12 meses post intervención quirúrgica. Esto implica un mejoramiento a muy corto plazo de los indicadores de salud vinculados a enfermedades asociadas con obesidad, una disminución de cuadros ansiosos y distorsión de la imagen corporal más una mejor adaptación social. Por otra parte, el tiempo que transcurre, luego de realizada la intervención jugaría un rol fundamental, puesto que se ha evidenciado que, a mayor tiempo de seguimiento, estos resultados favorables podrían verse afectados, ya que los pacientes tienden a adherirse al tratamiento posquirúrgico durante el primer año, como son las recomendaciones propuestas a la dieta y estilo de vida. Transcurrido este tiempo, esta adherencia disminuye. (15)

PREGUNTA PROBLEMA

¿Qué diferencias existen en la calidad de vida y en los patrones de ingesta alimentaria en pacientes con obesidad antes y después de una intervención quirúrgica bariátrica?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Analizar los cambios en la calidad de vida y los patrones de ingesta alimentaria en pacientes con obesidad antes y después de una cirugía bariátrica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Comparar adherencia al tratamiento en pacientes que se encuentran en tratamiento post quirúrgico según el tiempo pasado de la cirugía bariátrica.
- Identificar si se logran cambios de hábitos en relación con los patrones de ingesta alimentaria y si logran mantenerse en el tiempo.
- Analizar el impacto en la calidad de vida percibida por los pacientes previo a la cirugía y posteriormente.

Variables

De categorización:

- Edad en años: 18 a 29-30 a 44-45 a 65.
- Género: Femenino-Masculino.

En estudio:

- Talla (en M)
- Peso inicio del tratamiento (en kg):
- Peso actual (en kg):
- Comorbilidades asociadas: Hipertensión-Diabetes tipo 2-Dislipemias-APNEA DEL SUEÑO

- Tiempo desde que se realizó la cirugía: 6-12 meses/1-2 años/3-5 años /6 años o más.
- Tipo de cirugía: Bypass gástrico en Y de Roux/ Manga Gástrica / Banda Gástrica Ajustable/ Derivación biliopancreática.
- Calidad de vida (Según cuestionario de calidad de vida SF-36) ADAPTADO
- Calidad de la Alimentación: Evaluada mediante un cuestionario de evaluación de la ingesta referida por los encuestados, comparando ingesta previa y actual de grupos de alimentos.
- Adherencia Al Tratamiento- Elaboración propia (anexo 2): Se realizará un breve cuestionario en donde las respuestas poseen puntajes que indicaran si hay - 25 a 30 puntos:
Alta adherencia
 - 18 a 24 puntos: Adherencia moderada
 - 17 puntos o menos: Baja adherencia -

METODOLOGIA

Tipo de diseño: Observacional, analítico, transversal, y retrospectivo de tipo comparativo intra-sujeto, que analiza diferencias entre el periodo preoperatorio recordado por el paciente y el estado actual posoperatorio en personas adultas que se han sometido a cirugía bariátrica en la República Argentina.

Los datos serán obtenidos en un único momento mediante un cuestionario autoadministrado.

Población: La población del estudio estará conformada por personas mayores de 18 años que se encuentren bajo tratamiento bariátrico posoperatorio y que hayan realizado la intervención en la República Argentina.

Criterios de Inclusión:

- Personas de 18 a 65 años.
- Que estén bajo tratamiento bariátrico posterior a la cirugía.
- Que hayan realizado la intervención quirúrgica en la República Argentina.
- Aceptar participar voluntariamente del estudio mediante consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Diagnostico actual de trastornos psiquiátricos descompensados.
- Embarazo o periodo de lactancia.
- Dificultades sensoriales o cognitivas no compensadas que limiten la comprensión y/o el llenado de los instrumentos.

Criterios de Eliminación:

Se eliminarán del análisis los casos que:

- No completen los cuestionarios requeridos de forma íntegra.
- Que retiren su consentimiento en cualquier momento del estudio.
- Que presenten respuestas inconsistentes que comprometan la validez de los datos.

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	RESULTADOS	OBTENCION DEL DATO
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona (16)	CUANTITATIVA CONTINUA	18 A 29 30 A 44 45 A 65	CUESTIONARIO DE ELABORACION PROPIA
PAIS DONDE SE REALIZO LA OPERACIÓN	país en el que el participante se sometió a la cirugía bariátrica.	CUALITATIVA NOMINAL		
GENERO	. Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico. (17)	CUALITATIVA NOMINAL	FEMENINO O MASCULINO	CUESTIONARIO DE ELABORACION PROPIA
TALLA (EN M)	Estatura o altura de las personas. (18)	CUANTITATIVA CONTINUA	ALTURA EXPRESADA EN M	CUESTIONARIO DE ELABORACION PROPIA
PESO DE INICIO DE TRATAMIENTO (KG)	Fuerza con que la Tierra atrae a un cuerpo. Al inicio del tratamiento (19)	CUANTITATIVA CONTINUA	PESO EXPRESADO EN KG	CUESTIONARIO DE ELABORACION PROPIA
PESO ACTUAL (KG)	Fuerza con que la Tierra atrae a un cuerpo. Al momento de realizar el cuestionario (19)	CUANTITATIVA CONTINUA	PESO EXPRESADO EN KG	CUESTIONARIO DE ELABORACION PROPIA

COMORBILIDADES	Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas. (20)	CUALITATIVA NOMINAL	HIPERTENSION DIABETES TIPO2 DISLIPEMIAS APNEA DEL SUEÑO	CUESTIONARIO DE ELABORACION PROPIA
TIEMPO DE REALIZADA LA OPERACIÓN	Tiempo transcurrido desde la fecha en que se realizó la cirugía.	CUALITATIVA ORDINAL	1-2 AÑOS 3-5 AÑOS 6 O MAS	CUESTIONARIO DE ELABORACION PROPIA
TIPO DE CIRUGIA	técnica quirúrgica específica utilizada para inducir pérdida de peso significativa y mejorar comorbilidades asociadas a la obesidad.	CUALITATIVA NOMINAL	BYPASS EN Y DE ROUX, MANGA GASTRICA , BANDA GASTRICA , DERIVACION BILIOPANCREATICA	CUESTIONARIO DE ELABORACION PROPIA
CALIDAD DE VIDA	percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (21)	CUALITATIVA ORDINAL	EXCELENTE MUY BUENA BUENA REGULAR MALA	CUESTIONARIO de elaboración propia ADAPTADO DEL SF36

CAMBIOS EN LA ALIMENTAC ION	Modificaciones en la frecuencia de consumo de distintos grupos de alimentos reportadas por los pacientes luego de la cirugía bariátrica.	CUALITATIVA ORDINAL	Aumento Sin cambios Disminució n	CUESTIONA RIO DE ELABORACI ON PROPIA
ADHERENCI A AL TRATAMIEN TO	compromiso activo del paciente con las pautas terapéuticas prescritas	CUANTITATIVA CONTINUA	Baja ADHEREN CIA ADHEREN CIA MODERA DA ALTA ADHEREN CIA	CUESTIONA RIO DE ELABORACI ON PROPIA

RESULTADOS

Variable	Categoría	N de muestra	Porcentaje %
EDAD: en años cumplidos	30 a 44	21	48.84%
EDAD: en años cumplidos	45 a 65	20	46.51%
EDAD: en años cumplidos	18 a 29	2	4.65%
Género	Femenino	40	93.02%
Género	Masculino	3	6.98%
TIEMPO QUE PASO DESDE QUE SE REALIZÓ LA OPERACIÓN	1-2 AÑOS	15	34.88%
TIEMPO QUE PASO DESDE QUE SE REALIZÓ LA OPERACIÓN	3-5 AÑOS	12	27.91%
TIEMPO QUE PASO DESDE QUE SE REALIZÓ LA OPERACIÓN	6 meses - 12 meses	11	25.58%
TIEMPO QUE PASO DESDE QUE SE REALIZÓ LA OPERACIÓN	6 AÑOS O MÁS	5	11.63%
País de residencia:	Argentina	43	100%

Tabla 1: Caracterización- TABLA DE ELABORACION PROPIA

Se evaluaron un total de 43 pacientes cuya operación se realizó en Argentina. El 93.02% (n=40) de los pacientes fueron de sexo femenino, mientras que el 6.98% (n=3) fueron de sexo masculino. En cuanto a la edad, el 48.84% (n=21) de los pacientes tenían entre 30 y 44 años, seguido por el 46.51% (n=20) en el rango de 45 a 65 años, y el 4.65% (n=2) entre 18 y 29 años. Respecto al

tiempo transcurrido desde la operación, el 34.88% (n=15) fue de 1 a 2 años, el 27.91% (n=12) de 3 a 5 años, el 25.58% (n=11) de 6 a 12 meses, y el 11.63% (n=5) de 6 años o más. Finalmente, el 100% (n=43) de los pacientes residen en Argentina.

En cuanto al peso al inicio del tratamiento, en promedio la muestra total tuvo un peso inicial de 117kg y actualmente poseen en promedio un peso de 75.25kg, lo que deja en evidencia un peso promedio perdido luego de la intervención quirúrgica de 41.83kg.

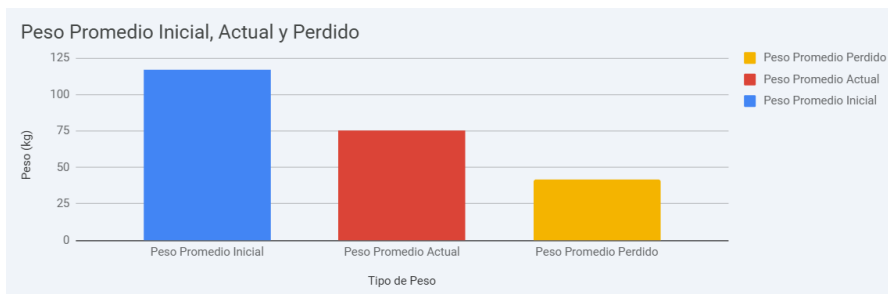


Gráfico 1. Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las comorbilidades previas y su evolución posterior a la intervención quirúrgica, desglosando según patología:

Apneas del Sueño: Se observa una reducción drástica, pasando del 48.84% (21 personas) antes de la cirugía al 2.33% (1 persona) después.

Diabetes Tipo 2: La prevalencia de la diabetes tipo 2 disminuyó considerablemente, del 34.88% (15 personas) al 2.33% (1 persona).

Dislipemias/Colesterol Alto: Las dislipemias o colesterol alto también mostraron una reducción importante, del 48.84% (21 personas) al 6.98% (3 personas).

Hipertensión: La hipertensión disminuyó del 46.51% (20 personas) antes de la cirugía al 0.00% (0 personas) después, lo que indica una remisión completa en este grupo.

Comorbilidad	N Pre-cirugía	% Pre-cirugía	N Post-cirugía	% Post-cirugía
APNEAS DEL SUEÑO	21	48.84%	1	2.33%
DIABETES TIPO 2	15	34.88%	1	2.33%

Comorbilidad	N Pre-cirugía	% Pre-cirugía	N Post-cirugía	% Post-cirugía
DISLIPEMIAS/COLESTEROL ALTO	21	48.84%	3	6.98%
HIPERTENSION	20	46.51%	0	0.00%

TABLA 2: Evolución de las comorbilidades. Elaboración propia.

En cuanto al tipo de cirugía realizada, se vio que el 76,7% se realizaron el bypass en y de roux, mientras que el 23.3% se ha realizado la manga gástrica.

TIPO DE CIRUGIA REALIZADA

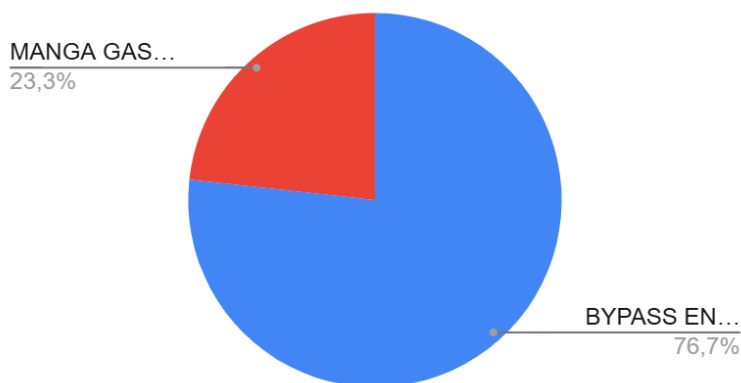


Gráfico 3: Fuente de elaboración propia.

En cuanto a la variable calidad de vida, su evaluación se compone de 6 preguntas en donde podemos observar que en general, la percepción de la salud de los pacientes operados en Argentina muestra una tendencia positiva, con un 39.53% (n=17) reportando una salud "Muy buena" y un 23.26% (n=10) una salud "Excelente". Al comparar su salud actual con la previa a la operación, una gran mayoría del 83.72% (n=36) considera que su salud es "Mucho mejor", mientras que un 6.98% (n=3) la percibe "Algo mejor". Sin embargo, un 6.98% (n=3) también indicó que su salud es "Mucho peor", y un 2.33% (n=1) la encuentra "igual".

En cuanto a las limitaciones físicas, se observa una mejora significativa. El 81.4% (n=35) de los pacientes no se siente limitado para realizar esfuerzos como correr o levantar objetos pesados, en contraste con el 72.09% (n=31) que sí se sentía "muy limitado" antes de la operación. De manera

similar, la autonomía en actividades básicas ha mejorado notablemente: el 93.02% (n=40) no tiene ninguna limitación para bañarse o vestirse por sí mismo actualmente, mientras que antes de la cirugía, el 23.26% (n=10) se sentía "muy limitado" y el 32.56% (n=14) "un poco limitado" en estas tareas.

Finalmente, la percepción de energía también ha mejorado sustancialmente, con un 81.4% (n=35) de los participantes sintiendo "más energía" después de la operación, frente a un 18.6% (n=8) que reporta "más cansancio".

En resumen, los datos sugieren una mejora generalizada en la calidad de vida y la autonomía física de los pacientes operados en Argentina, con una alta proporción reportando una mejor salud y menos limitaciones después de la cirugía bariátrica.

Los cambios en la alimentación dieron como resultado que los alimentos que se incorporaron luego de la alimentación fueron Huevo, vegetales, frutas, lácteos y agua, carnes, legumbres y cereales.

Por otro lado, los alimentos que disminuyeron su consumo fueron pan, galletitas, cereales, carne vacuna, dulces.

Se puede intuir que hay una tendencia hacia una alimentación mas saludable y natural, con una reducción de productos refinados y azucarados.

Marque los alimentos que comenzó a consumir o aumento su consumo luego de la operación:

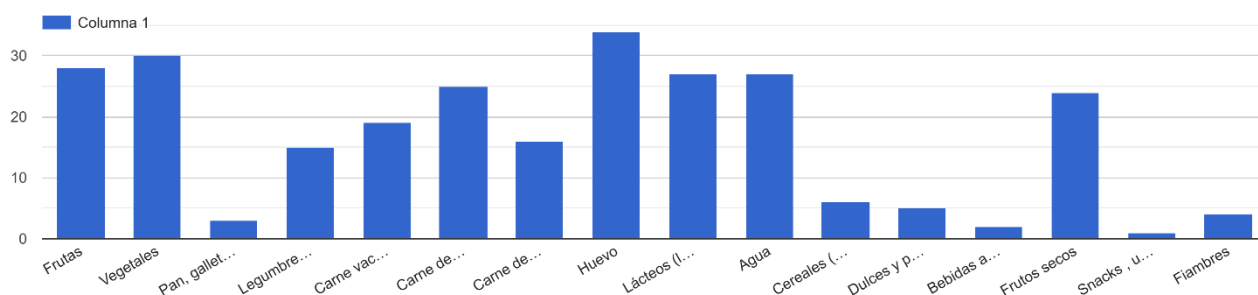


Grafico 4: Fuente de elaboración propia.

Marque los alimentos que disminuyó su consumo luego de la operación:

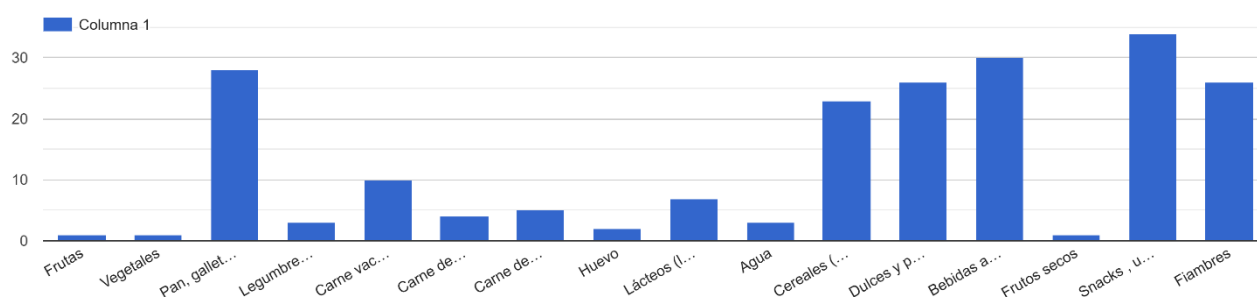


Gráfico 5: Fuente de elaboración propia.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: Se administró un cuestionario de seis ítems para evaluar la adherencia al tratamiento pre y postquirúrgico en pacientes bariátricos, utilizando una escala de frecuencia de 1 (Nunca) a 5 (Siempre). A continuación, se detallan los resultados por ítem, con sus respectivas frecuencias y porcentajes:

Ítem	Categoría modal	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
¿Cumple con el plan alimentario indicado por su nutricionista?	Casi siempre	22	51.2%
¿Asiste a los encuentros con el/la psicólogo/a según lo pautado?	Siempre	18	41.9%
¿Acude a los controles médicos programados?	Siempre	17	39.5%
¿Realiza actividad física regular según lo indicado por el equipo?	Siempre / Casi siempre	13 cada uno	30.2% cada uno
¿Aplica los contenidos brindados en talleres o encuentros grupales?	A veces	14	32.6%

Ítem	Categoría modal	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
¿Siente que puede sostener el tratamiento por su cuenta?	Casi siempre	22	51.2%

El puntaje total estimado, considerando las categorías modales, fue de **25 puntos sobre 30 posibles**, lo que corresponde a una **alta adherencia**.

Los resultados reflejan un nivel elevado de compromiso con el tratamiento interdisciplinario, especialmente en lo referido a asistencia psicológica, controles médicos y percepción de autocuidado. La menor adherencia se observa en la aplicación práctica de contenidos de talleres grupales.

A su vez, si desglosamos los resultados por el tiempo transcurrido desde la operación, la tabla refleja los siguientes resultados:

Tiempo desde la operación	ítem/pregunta	categoría modal	frecuencia(n)	porcentaje
6 meses - 12 meses	¿Cumple con el plan alimentario indicado por su nutricionista?	Casi siempre	8	72.73
6 meses - 12 meses	¿Asiste a los encuentros con el equipo medico periódicamente?	Siempre	7	63.64
6 meses - 12 meses	¿Asiste a los encuentros con el psicólogo según lo pautado?	Siempre	7	63.64
6 meses - 12 meses	¿Realiza actividad física regular según lo indicado por el equipo?	Casi siempre	6	54.55
6 meses - 12 meses	¿Aplica los contenidos brindados en talleres o encuentros grupales?	Casi siempre	4	36.36

Tiempo desde la operación	item/pregunta	categoría modal	frecuencia(n)	porcentaje
6 meses - 12 meses	¿Siente que puede sostener el tratamiento?	Casi siempre	7	63.64
3-5 AÑOS	¿Cumple con el plan alimentario indicado por su nutricionista?	Casi siempre	5	41.67
3-5 AÑOS	¿Asiste a los encuentros con el equipo médico periódicamente?	Siempre	4	33.33
3-5 AÑOS	¿Asiste a los encuentros con el psicólogo según lo pautado?	Nunca	5	41.67
3-5 AÑOS	¿Realiza actividad física regular según lo indicado por el equipo?	Siempre	5	41.67
3-5 AÑOS	¿Aplica los contenidos brindados en talleres o encuentros grupales?	Nunca	4	33.33
3-5 AÑOS	¿Siente que puede sostener el tratamiento?	Casi siempre	4	33.33
1-2 AÑOS	¿Cumple con el plan alimentario indicado por su nutricionista?	Casi siempre	8	53.33
1-2 AÑOS	¿Asiste a los encuentros con el equipo médico periódicamente?	Casi siempre	6	40.00
1-2 AÑOS	¿Asiste a los encuentros con el psicólogo según lo pautado?	Siempre	6	40.00
1-2 AÑOS	¿Realiza actividad física regular según lo indicado por el equipo?	Casi siempre	6	40.00

Tiempo desde la operación	ítem/pregunta	categoría modal	frecuencia(n)	porcentaje
1-2 AÑOS	¿Aplica los contenidos brindados en talleres o encuentros grupales?	Casi siempre	5	33.33
1-2 AÑOS	¿Siente que puede sostener el tratamiento?	Casi siempre	9	60.00
6 AÑOS O MÁS	¿Cumple con el plan alimentario indicado por su nutricionista?	A veces	4	80.00
6 AÑOS O MÁS	¿Asiste a los encuentros con el equipo medico periódicamente?	A veces	2	40.00
6 AÑOS O MÁS	¿Asiste a los encuentros con el psicólogo según lo pautado?	A veces	2	40.00
6 AÑOS O MÁS	¿Realiza actividad física regular según lo indicado por el equipo?	A veces	2	40.00
6 AÑOS O MÁS	¿Aplica los contenidos brindados en talleres o encuentros grupales?	Rara vez	2	40.00
6 AÑOS O MÁS	¿Siente que puede sostener el tratamiento?	Casi siempre	2	40.00

Se puede evidenciar que el cumplimiento del plan alimentario es alto en los primeros 12 meses “Casi siempre” (72.23%) pero disminuye con el tiempo siendo “A veces” (80%) la categoría elegida para 6 años o más. En cuanto a la asistencia a encuentros médicos, se evidencio que en los primeros 12 meses la adherencia es alta “Siempre” (63.64%) pero en los grupos de 3-5 años y 6 años a más, la categoría pasa a ser “Siempre” (33.33%) y “A veces” (40%) respectivamente. La asistencia a los encuentros de seguimiento psicológico por su parte, al igual que los encuentros médicos al inicio poseen una adherencia alta “Siempre” (63.64%). Pero “Nunca” se convierte en la categoría modal del

grupo de 3-5 años con el (41.67%) y “A veces” para el grupo de 6 años o más. (40%). La realización de actividad física regular en los primeros 12 meses se encuentra en la categoría modal de “Casi siempre” (54.55%) y “Siempre” para el grupo de 3-5 años. (41.67%) mientras que en el grupo de 6 años o más la categoría modal es “a veces” (40%). En cuanto a la aplicación de contenidos aprendidos en los talleres grupales a la vida diaria “Casi siempre” es la categoría modal en los grupos de 6 a 12 meses y de 1 a 2 años con 36.36% y 33.33% respectivamente, mientras que para el grupo de 3-5 años y para 6 años o más las categorías predominantes son “Nunca” (33.33%), “Rara Vez” (40%).

Por su parte, la CBYM muestra una reducción significativa del IMC, siendo más pronunciada en el mediano plazo (1-5 años). Y una tendencia a incrementarse luego de los 6 años posteriores a la intervención.



Grafico 6: Fuente de elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los resultados presentados coinciden en señalar que la CBYM es una herramienta terapéutica eficaz para lograr una reducción significativa del peso corporal y de las comorbilidades asociadas a la obesidad. Tal como señala Muñoz, R (2022) en la adaptación de la guía de práctica clínica para el manejo de la obesidad, en el presente estudio se vio reflejado que la CBYM posee un impacto significativo sobre las comorbilidades asociadas a la obesidad, respaldándola no solo como estrategia

para la pérdida ponderal, sino también como una intervención metabólica integral que es capaz de revertir o controlar de manera significativa las principales comorbilidades asociadas a la obesidad.

En cuanto a la pérdida de peso y la re-ganancia de peso posterior a la cirugía, se observó según el IMC, y el tiempo promedio de realizada la cirugía en el corto plazo (6-12 meses) una reducción inicial del IMC con un promedio de 31.40 kg/m², que evidencia una pérdida de peso significativa aún dentro de un rango elevado. Durante el mediano plazo (1 a 5 años) los pacientes presentan los valores más bajos de IMC, con promedios de 26.82kg/m² entre el primer y segundo año y de 26.24 kg/m² entre los tres y cinco años. Sin embargo, en el largo plazo, luego de 6 años posteriores a la intervención se advierte una tendencia al incremento del IMC (32.1 kg/m²) que sugiere una posible re-ganancia de peso posiblemente vinculada a la menor adherencia al tratamiento coincidiendo con lo expuesto por Marqueta de Salas et al. (2020).

Por su parte, las modificaciones en los patrones alimentarios sugieren que el cambio logra mantenerse en el tiempo, evidenciado en los grupos de alimentos que los pacientes bariátricos disminuyeron su consumo y en aquellos que han aumentado el consumo luego de la cirugía.

En cuanto a la variable calidad de vida los resultados sugieren una mejora en la autonomía de los pacientes y en la percepción de la propia salud, aunque conforme el tiempo transcurre, la percepción de buena salud disminuye, algo que al igual que el aumento de IMC, podría estar vinculado a la disminución de adherencia al tratamiento. En concordancia con lo señalado por Vega-Albornoz et al (15).

Como limitaciones del presente estudio pueden mencionarse como limitación metodológica la naturaleza retrospectiva, así como también un muestreo no probabilístico con una muestra pequeña de población. Este estudio puede sentar precedente en la población argentina y contribuir a poder comprender y acompañar a los pacientes bariátricos de nuestro país, a través de programas y políticas públicas pensadas para mejorar la adherencia al tratamiento interdisciplinario.

CONCLUSIÓN

La cirugía bariátrica y metabólica resulta ser una herramienta eficaz tanto para la pérdida de peso como para la mejoría de comorbilidades asociadas a la obesidad de la población. Los resultados sugieren que a medida que transcurren los años posteriores a la intervención, los pacientes mantienen los patrones alimentarios saludables, pero disminuyen la adherencia a otros aspectos fundamentales del tratamiento como lo son los controles médicos, psicológicos y la realización de actividad física regular. Por este motivo resulta esencial poder acompañar a estos pacientes en su cambio en el estilo de vida de manera integral, asegurándonos de que sean conscientes de lo que implica la cirugía y la importancia de los controles transdisciplinarios tanto previo como post cirugía. Este trabajo aporta evidencia específica de la población intervenida quirúrgicamente en Argentina que permite caracterizar de forma precisa la evolución del tratamiento integral de los pacientes post bariátricos evaluando la adherencia, calidad de vida y sostenimiento de hábitos alimentarios a través del tiempo. Este aporte permite mejorar la práctica clínica ajustándola a las necesidades reales de la población post bariátrica en Argentina.

Los resultados muestran la importancia del fortalecimiento del acompañamiento inter y transdisciplinario en los pacientes que actualmente están cursando un tratamiento postoperatorio de cirugía bariátrica en Argentina. Se deben diseñar estrategias prolongadas, teniendo en cuenta el contexto sociocultural y las necesidades específicas de la población buscando mejorar y mantener la adherencia al tratamiento, calidad de vida y cambios positivos en los patrones alimentarios disminuyendo las barreras que los pacientes presenten. Este trabajo marca precedente para que futuras investigaciones profundicen sobre las barreras del entorno local, estrategias de seguimiento de tratamiento, Influencias de los niveles de estudios alcanzados.

En este contexto, como Licenciada en Nutrición nuestro rol es asumir la responsabilidad de propiciar intervenciones centradas en la persona y en su realidad sociocultural, trabajando de manera transdisciplinaria para reducir las barreras presentes y fortalecer la adherencia al tratamiento.

Referencias:

1. Bragagnolo J, Gustavo D, Mazza C. Diabetes y obesidad. Dos enfermedades enlazadas. Rev Soc Argent Diabetes. 30 de abril de 2022;56:1.
2. Encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud.pdf [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://fagran.org.ar/wp-content/uploads/2020/01/Encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud.pdf>
3. Harraca DJL, Grigaites DAL, Duartez PM, Ackermann MA, Quevedo P, Musso C, et al. Consenso Argentino Intersociedades de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Rev Argent Cir [Internet]. 8 de abril de 2021 [citado 14 de noviembre de 2025];113(SUPLEMENTO 1):1-70. Disponible en: <https://revista.aac.org.ar/index.php/RevArgentCirug/article/view/179>
4. Monsalve K. El impacto psicológico de la cirugía bariátrica en pacientes obesos postoperados. Rev Psicol [Internet]. 21 de noviembre de 2023 [citado 14 de noviembre de 2025];42(1-2):55-83. Disponible en: https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ps/article/view/27433
5. Ramirez VM, Quezada BIV, Martinez DFW. Calidad de vida de los pacientes con cirugía bariátrica en el corto y largo plazo. Rev Confluencia [Internet]. 29 de julio de 2022 [citado 14 de noviembre de 2025];5(1):25-9. Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/704>
6. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.thelancet.com/commissions-do/clinical-obesity>
7. Ramirez VM, Quezada BIV, Martinez DFW. Calidad de vida de los pacientes con cirugía bariátrica en el corto y largo plazo. Rev Confluencia [Internet]. 29 de julio de 2022 [citado 14 de noviembre de 2025];5(1):25-9. Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/704>
8. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen RV, Wilding JPH, Brown WA, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. Lancet Diabetes Endocrinol [Internet]. 1 de marzo de 2025 [citado 14 de noviembre de 2025];13(3):221-62. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(24\)00316-4/abstract](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(24)00316-4/abstract)
9. Prevención de la obesidad - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad>
10. INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-68>
11. Cirugía Bariátrica & Metabólica – SACO [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://sacobariatrica.org/cirugia-bariatrica-metabolica/>
12. Candidatos – SACO [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://sacobariatrica.org/candidatos/>

13. Ley en Argentina – SACO [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://sacobariatrica.org/ley-en-argentina/>
14. guiasobesidadc. Cirugía bariátrica - Opciones quirúrgicas y resultados [Internet]. Guiasobesidadchile. [citado 14 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://guiasobesidadchile.com/opcionesquirurgicas/>
15. Evolución ponderal y de comorbilidades a largo plazo en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250-639X2020000200011&lng=es&tlng=es
16. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 14 de noviembre de 2025]. edad | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
17. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 14 de noviembre de 2025]. género | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/género>
18. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 14 de noviembre de 2025]. talla | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/talla>
19. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 14 de noviembre de 2025]. peso | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/peso>
20. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 14 de noviembre de 2025]. comorbilidad | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/comorbilidad>
21. WHOQOL - Measuring Quality of Life| The World Health Organization [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol>

ANEXOS:

Anexo 1: Adherencia al Tratamiento Nutricional e Interdisciplinario

Este cuestionario permite evaluar la adherencia al tratamiento pre y postquirúrgico en pacientes bariátricos. Por favor, complete cada ítem marcando la opción que mejor refleje su comportamiento habitual. Use la siguiente escala:

1 = Nunca | 2 = Rara vez | 3 = A veces | 4 = Casi siempre | 5 = Siempre

Ítems del cuestionario

Ítem	Puntaje (1 a 5)
¿Cumple con el plan alimentario indicado por su nutricionista?	
¿Asiste a los encuentros con el/la psicólogo/a según lo pautado?	
¿Acude a los controles médicos programados?	
¿Realiza actividad física regular según lo indicado por el equipo?	
¿Aplica los contenidos brindados en talleres o encuentros grupales?	
¿Siente que puede sostener el tratamiento por su cuenta (autocuidado)?	

Interpretación del puntaje total

Puntaje total posible: 6 ítems x 5 puntos = 30 puntos máximos.

- 25 a 30 puntos: Alta adherencia
- 18 a 24 puntos: Adherencia moderada
- 17 puntos o menos: Baja adherencia

ANEXO 2 : ADAPTACION PREGUNTAS SF36 Calidad de vida:

- En general, usted diría que su salud es: Excelente, muy buena, buena, regular, mala
- Comparando su salud actual, con su salud previo a la operación: su salud es

Mucho mejor que previo a la operación/ algo mejor que previo a la operación/ igual que prvio a la operación/ algo peor o mucho peor que previo a la operación.

¿Su salud actual le limita para realizar esfuerzos tales como correr, levantar objetos pesados caminar mas de 1hs?

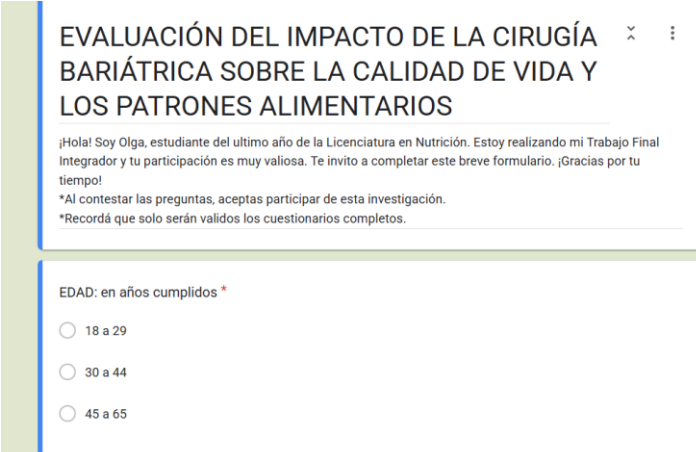
Sí , me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada.

- Su salud previo a la operacion le limitaba para realizar esfuerzos tales como correr, levantar objetos pesados caminar mas de 1hs?

Sí , me limitaba mucho Sí, me limitaba un poco No, no me limitaba nada.

- Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo? Sí , me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada
- Su salud previa, ¿le limitaba para bañarse o vestirse por sí mismo? Sí , me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada
- Luego de la operación, siente tener
Mas energía/más cansancio

ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:



EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y LOS PATRONES ALIMENTARIOS

¡Hola! Soy Olga, estudiante del último año de la Licenciatura en Nutrición. Estoy realizando mi Trabajo Final Integrador y tu participación es muy valiosa. Te invito a completar este breve formulario. ¡Gracias por tu tiempo!

*Al contestar las preguntas, aceptas participar de esta investigación.
*Recordá que solo serán validos los cuestionarios completos.

EDAD: en años cumplidos *

18 a 29

30 a 44

45 a 65

:::

Género *

Femenino

Masculino

País de residencia: *

Argentina

Otro

País en donde se realizo la operación: *

Argentina

Otro

Talla(Altura) en cm. *

:::

Talla(Altura) en cm. *

Texto de respuesta corta

TPO DE CIRUGIA REALIZADA *

BYPASS EN Y DE ROUX

MANGA GASTRICA

DERIVACION BILIOPANCREATICA

:::

ENFERMEDADES PREVIO A LA CIRUGIA *

HIPERTENSION

DIABETES TIPO 2

DISLIPEMIAS/COLESTEROL ALTO

APNEAS DEL SUEÑO

ENFERMEDADES ACTUALES *

HIPERTENSION

DIABETES TIPO 2

DISLIPEMIAS/COLESTEROL ALTO

APNEAS DEL SUEÑO

Ninguna

:::

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE SE REALIZÓ LA OPERACIÓN *

6 meses - 12 meses

1-2 AÑOS

3-5 AÑOS

6 AÑOS O MÁS

Peso de inicio de tratamiento (en kg) *
EJ de respuesta: 120kg

Texto de respuesta corta _____

Peso actual (en kg) *
EJ de respuesta: 90kg

Texto de respuesta corta _____

Sección 2 de 5

CALIDAD DE VIDA x ⋮

Recordá que solo serán válidos los cuestionarios completos.

ACTUALMENTE: siente que su salud es... *

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Mala

Comparando su salud actualmente con su salud previa a la cirugía usted siente que ésta: *

Mucho mejor que previo a la operación

Algo mejor que previo a la operación

Igual que previo a la operación

Algo peor que previo a la operación

Mucho peor que previo a la operación

Su salud previo a la operación le limitaba para realizar esfuerzos tales como correr, levantar objetos pesados caminar mas de 1hs? *

Sí, me limitaba mucho

Sí, me limitaba un poco

No, no me limitaba nada

Su salud previa, ¿le limitaba para bañarse o vestirse por sí mismo? *

Sí, me limitaba mucho

Sí, me limitaba un poco

No, no me limitaba nada

¿Su salud actual le limita para realizar esfuerzos tales como correr, levantar objetos pesados caminar mas de 1hs? *

Sí, me limita mucho

Sí, me limita un poco

No, no me limita nada

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

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

Luego de la operación, se siente: *

- Con más energía
- Más cansada/o

Después de la sección 2 Ir a la siguiente sección

Sección 3 de 5

Cambios en la alimentación:

Recordá que solo serán validos los cuestionarios completos.

Marque los alimentos que **comenzó a consumir o aumento su consumo** luego de la operación:

	Columna 1
Frutas	<input type="checkbox"/>
Vegetales	<input type="checkbox"/>
Pan, galletitas	<input type="checkbox"/>
Legumbres (lentejas, porotos, arvejas, garanzos...)	<input type="checkbox"/>

Legumbres (lentejas, porotos, arvejas, garanzos...)	<input type="checkbox"/>
Carne vacuna	<input type="checkbox"/>
Carne de pollo	<input type="checkbox"/>
Carne de pescado	<input type="checkbox"/>
Huevo	<input type="checkbox"/>
Lácteos (leche, queso, yogur)	<input type="checkbox"/>
Agua	<input type="checkbox"/>
Cereales (Ej fideos, arroz, avena)	<input type="checkbox"/>
Dulces y postres	<input type="checkbox"/>
Bebidas azucaradas/gaseosas	<input type="checkbox"/>
Frutos secos	<input type="checkbox"/>
Snacks , ultraprocesados (Ej galletitas de paquete, ...)	<input type="checkbox"/>
Fiambres	<input type="checkbox"/>

Marque los alimentos que **disminuyó su consumo** luego de la operación:

Columna 1

- | | |
|--|--------------------------|
| Frutas | <input type="checkbox"/> |
| Vegetales | <input type="checkbox"/> |
| Pan, galletitas | <input type="checkbox"/> |
| Legumbres (lentejas, porotos, arvejas, garanzos...) | <input type="checkbox"/> |
| Carne vacuna | <input type="checkbox"/> |
| Carne de pollo | <input type="checkbox"/> |
| Carne de pescado | <input type="checkbox"/> |
| Huevo | <input type="checkbox"/> |
| Lácteos (leche, queso, yogur) | <input type="checkbox"/> |
| Agua | <input type="checkbox"/> |
| Cereales (Ej fideos, arroz, avena) | <input type="checkbox"/> |
| Dulces y postres | <input type="checkbox"/> |
| Bebidas azucaradas/gaseosas | <input type="checkbox"/> |
| Frutos secos | <input type="checkbox"/> |
| Snacks , ultraprocesados (Ej galletitas de paquete, ...) | <input type="checkbox"/> |
| Fiambres | <input type="checkbox"/> |

Adherencia al tratamiento

✕ ⋮

Recordá que solo serán válidos los cuestionarios completos.

¿Cumple con el plan alimentario indicado por su nutricionista? *

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Rara vez
- Nunca

¿Asiste a los encuentros con el equipo medico periódicamente? *

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Rara vez
- Nunca

¿Asiste a los encuentros con el psicólogo según lo pautado? *

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Rara vez
- Nunca

¿Realiza actividad física regular según lo indicado por el equipo? *

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Rara vez
- Nunca

¿Aplica los contenidos brindados en talleres o encuentros grupales? *

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Rara vez
- Nunca

¿Siente que puede sostener el tratamiento? *

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Rara vez
- Nunca