



## Artículo especial

# La comunicación entre el paciente obeso y el cirujano bariátrico



David Ruiz de Angulo<sup>a,\*</sup>, Vicente Munitiz<sup>a</sup>, M. Ángeles Ortiz<sup>a</sup>, Luisa F. Martínez de Haro<sup>a</sup>, M. Dolores Frutos<sup>a</sup>, Antonio Hernández<sup>b</sup> y Pascual Parrilla<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

<sup>b</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 10 de octubre de 2014

Aceptado el 16 de enero de 2015

On-line el 23 de abril de 2015

## Palabras clave:

Comunicación médico paciente

Obesidad

Cirugía bariátrica

Habilidades de comunicación

Expectativas

## RESUMEN

La comunicación entre el cirujano bariátrico y el paciente obeso es muy importante, ya que influye en las expectativas de los pacientes respecto a la cirugía, sus objetivos y la comprensión de los mecanismos por los que esta puede fallar. Además, la incidencia de determinadas condiciones psicopatológicas en este grupo de población exige a los cirujanos poseer unas habilidades psicológicas que les permitan una comunicación destinada a conseguir el compromiso del paciente y el mantenimiento de unos hábitos de vida saludables. A pesar de la subjetividad del tema, en este artículo se exponen ciertas recomendaciones útiles para optimizar dicha comunicación antes y después de la intervención quirúrgica. Por último, destacamos la necesidad de crear talleres destinados a la formación del cirujano bariátrico en esta faceta que consideramos tan importante.

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Communication between the obese patient and bariatric surgeon

## ABSTRACT

Communication between the bariatric surgeon and the obese patient is very important as it influences the expectations of patients with regard to surgery, aim of the surgery and the understanding of the mechanisms of failure of surgery. Furthermore, the incidence of certain psychopathology in these patients makes it necessary for the surgeon to have the ability to communicate to the patient the need for motivation and the maintenance of healthy life habits. Although the topic is subjective, in this article we review several useful recommendations to optimize communication before and after surgery. Finally, we emphasize the need to create workshops to train the bariatric surgeon in these issues that we consider so important.

© 2014 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Keywords:

Doctor patient communication

Obesity

Bariatric surgery

Communication skills

Expectations

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [druizdeangulo@hotmail.com](mailto:druizdeangulo@hotmail.com) (D. Ruiz de Angulo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.01.006>

0009-739X/© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Introducción

La comunicación médico-paciente juega un papel muy importante en la atención a las personas enfermas<sup>1</sup>, influyendo tanto en su salud como en su calidad de vida<sup>2</sup>. A todo esto se suman matices especiales cuando el paciente va a ser tratado mediante una intervención quirúrgica<sup>3</sup>. Así como la relación del cirujano con el paciente oncológico tiene sus peculiaridades<sup>4</sup>, en la interacción con la persona obesa se exige, no solo una adecuada indicación y realización de la técnica quirúrgica, sino también unas habilidades sociales y psicológicas para conseguir buenos resultados.

En ningún otro ámbito de la cirugía general se requiere tanto la colaboración y motivación del paciente para obtener los resultados esperados. Tanto es así, que varios autores<sup>5,6</sup> han comprobado cómo, a partir del primer año tras la operación, mantener o incrementar el peso perdido depende de la información que recibe el paciente, de sus expectativas, así como de la adquisición de buenos hábitos alimenticios y de la práctica regular de actividad física. Lanyon et al.<sup>5</sup> destacan, por tanto, la necesidad de seguir reforzando todas esas facetas una vez realizada la cirugía. Por otra parte, la prevalencia de diversas condiciones psicopatológicas previas a la operación quirúrgica en este grupo de población es relativamente alta<sup>7</sup>, lo que nos obliga a tenerlas en cuenta a la hora de comunicarnos. De hecho, se ha confirmado que los resultados de la cirugía bariátrica son peores en personas que padecen alguna alteración psicológica, por lo que será necesaria una intervención psicosocial más activa en ellas<sup>8</sup>.

A pesar de que resulta complicado establecer unas pautas o reglas en la comunicación del cirujano con el paciente obeso por la subjetividad del tema en cuestión, en este artículo se exponen ciertas recomendaciones útiles para optimizar dicha relación, separando 2 escenarios (antes y después de la cirugía) y haciendo unas consideraciones finales sobre la formación de los cirujanos a este respecto.

## Primera entrevista

### Palabras

La obesidad sigue siendo una enfermedad estigmatizada socialmente que asocia con frecuencia sentimientos de culpabilidad. Términos como «gordura», «gordo» u «obeso» transmiten negatividad a un elevado porcentaje de pacientes que prefieren hacer referencia a su condición con otras palabras tales como «sobrepeso», «exceso de peso», «problemas de peso», «peso corporal no saludable» o «índice de masa corporal poco saludable»<sup>9,10</sup>. Por tanto, los términos con los que nos referimos a la obesidad durante una entrevista médica sí importan.

### Expectativas y objetivos

A menudo las expectativas de los pacientes con relación a la pérdida ponderal tras la cirugía son mayores que los resultados esperados por el cirujano<sup>11,12</sup>. Esto genera decepción a medio-largo plazo, disminuyendo considerablemente la adhesión de los sujetos a los programas dietéticos y

conductuales. Por eso conviene resaltar desde un principio objetivos alcanzables, a la vez que realistas, en función de la propia experiencia del cirujano, las características del paciente y la literatura existente. Muchos pacientes preguntan cuántos kilogramos van a eliminar en un periodo de tiempo concreto. Insistiremos en que existe un rango de pérdida y que en ella influyen ciertos factores, por lo que la disminución ponderal no debe centrar todas sus esperanzas. En relación con esto, descartaremos la idea extendida entre las personas obesas de la operación como un milagro. Haremos entender ya en este momento que la intervención es un impulso que les ayudará a perder peso y a resolver enfermedades asociadas, siempre y cuando sean capaces de mantener en el tiempo determinadas actitudes. El paciente debe saber que únicamente con la intervención no va a alcanzar su peso ideal.

Siguiendo la línea de implicar activamente al paciente en la resolución de su enfermedad, destacaremos la condición u obligación de un descenso ponderal preoperatorio mediante una dieta baja en calorías que, además de disminuir el volumen hepático y facilitar al cirujano la intervención<sup>13</sup>, sirva de test para el sujeto sobre su capacidad de sacrificio o la verdadera intención de cambio conductual si lo precisa, y así conviene explicarlo. Más aún, Livhits et al. encuentran que dicha pérdida ponderal preoperatoria puede estar asociada positivamente con la disminución de peso postoperatoria<sup>14</sup>, si bien esto no está del todo claro.

### La intervención quirúrgica

Ya que resulta prioritario el compromiso del paciente, describiremos la intervención y cuáles son los mecanismos por los que funciona (restricción, malabsorción, mixto). Aunque el consentimiento informado detalla algunas características de la operación, cierta terminología puede resultar compleja, por lo que el empleo de imágenes, dibujos o esquemas es de utilidad, pues mejora la comunicación entre el cirujano y el paciente a la vez que eleva el grado de satisfacción y de comprensión en los individuos<sup>15</sup>. La entrega de folletos explicativos con un lenguaje sencillo y que expongan lo que se ha comentado verbalmente en la consulta es aconsejable. Algunos pacientes se muestran nerviosos y no asimilan en un primer momento toda la información, por lo que disponer de un soporte en papel les ayuda a recordar lo explicado y a resolver dudas.

La reversibilidad o no de la cirugía, las posibles complicaciones en el postoperatorio inmediato, así como su gravedad y mecanismos para solucionarlas quedarán aclarados. Desterraremos la idea de la cirugía bariátrica como una intervención menor, ya que se trata de procedimientos mayores con un riesgo elevado, más aún en pacientes con determinadas comorbilidades<sup>16</sup>. Una vez detallado todo esto, describiremos el curso postoperatorio normal que sucede en la mayoría de los pacientes y que implica una corta hospitalización y bajos requerimientos analgésicos, pues eso ayudará al paciente a interiorizar el reto al que se va a enfrentar.

### Calidad de vida

Algunos pacientes preguntan por los síntomas derivados de la intervención o si van a precisar algún tratamiento crónico

como consecuencia del cambio en su anatomía digestiva o qué van a poder hacer y qué no; es decir, les preocupa que se produzca un deterioro en su futura calidad de vida. Por otra parte y en la mayoría de los sujetos, dicha calidad de vida «esperada» constituye en sí misma una motivación para buscar la cirugía bariátrica<sup>17</sup>, ya que sufren limitaciones en muchos ámbitos de la vida cotidiana. En este sentido, varios autores han confirmado, utilizando cuestionarios respondidos antes y después de la operación, una mejora sustancial en las puntuaciones de cada dominio, incluso comparables a los reportados por los controles de la población general<sup>18,19</sup>. No obstante, también se ha descrito, en algunos pacientes, paradójicamente, un incremento del riesgo de suicidio<sup>20</sup>, alcoholismo y abuso de fármacos<sup>21</sup>. Por ello, el paciente debe saber que, durante el primer año, puede encontrarse algo deprimido, debido a la sensación de pérdida de su «otro yo», e irritable, pero que es algo transitorio.

En la consulta destacaremos los síntomas gastrointestinales más frecuentes en función de la intervención planteada y la necesidad de cumplir correctamente con la dieta por fases para minimizar algunos de ellos. Para poder aportar mayor información al respecto, es recomendable cuantificar la calidad de vida de nuestros pacientes a corto, medio y largo plazo ya que la existencia de variables culturales, regionales o socioeconómicas puede hacer que no sean completamente extrapolables los resultados publicados por otros autores.

---

## Revisiones

### *Durante el primer año*

Se trata de un periodo crucial en que el efecto de la operación sobre el exceso de peso es más brusco. La calidad de vida también mejora sustancialmente, por lo que podemos considerarlo en líneas generales como una «luna de miel» para el paciente intervenido mediante cirugía bariátrica. Del mismo modo, representa el momento de máxima motivación en el sujeto, acentuando los efectos beneficiosos de la intervención. El refuerzo positivo por nuestra parte ante la adquisición de hábitos saludables, destacando la mejora de la calidad de vida y la resolución de comorbilidades, es aconsejable. Algunos sujetos, aun encontrándose globalmente satisfechos y merced a información digital o rumores, acuden preocupados por si la pérdida ponderal que han sufrido resulta adecuada o no al tiempo transcurrido tras la intervención. Conviene explicar al paciente que la cuantificación de los resultados se realiza analizando el porcentaje de exceso de peso perdido y no los kilogramos totales, que variarán notablemente entre individuos.

Insistir en la práctica regular de ejercicio físico, fundamentalmente aeróbico con un mínimo de 150 min por semana<sup>22</sup>, así como indagar sobre la dieta de nuestros pacientes también es importante. La valoración por un especialista en Endocrinología y Nutrición desde la primera semana es obligatoria, no solo por la detección y tratamiento de posibles déficits vitamínicos o minerales, sino también por el control de las comorbilidades previas si las hubiera y el asesoramiento en cuanto a la dieta. A menudo nos sorprende negativamente lo que comen nuestros pacientes, bien por desconocimiento o por

incumplimiento. Del mismo modo, sabremos detectar a aquellos sujetos que necesitan una valoración psicológica por un especialista, destacando esto como normal y beneficioso para ellos. En este sentido, es fundamental que exista un grupo de psicólogos, vinculados al equipo multidisciplinar dedicado al tratamiento de la obesidad mórbida, que aseguren un apoyo regular y periódico a los pacientes.

### *Pérdida ponderal insuficiente o reganancia*

Ante un paciente en el que no se ha conseguido la pérdida ponderal adecuada o que presenta una reganancia gradual de peso, conviene explicarle inicialmente las posibles causas de lo que ha pasado. A saber: pérdida de adhesión a las modificaciones en el estilo de vida, ingesta de medicamentos que hayan favorecido la reganancia, desarrollo de comportamientos maladaptativos respecto a la ingesta, complicaciones psicológicas o fallos de la técnica quirúrgica. No se tratará el problema, sea cual sea la causa, con acento acusativo o punitivo sino que indagaremos sobre posibles alteraciones anatómicas que justifiquen esa situación al tiempo que se solicitará nueva valoración por especialistas en Nutrición y Psiquiatría. Mantener una actitud positiva y esperanzadora ante el problema no es incompatible con la asunción de responsabilidad tanto del paciente como del cirujano. Plantear una reintervención exige explicar sus riesgos, así como los efectos adversos y mecanismos de acción.

### *Formación del cirujano bariátrico*

Para muchos facultativos el trato con la persona obesa resulta incómodo<sup>23</sup> e incluso se han descrito actitudes negativas en los profesionales sanitarios hacia los sujetos que padecen obesidad<sup>24,25</sup>. Como ocurre en la mayoría de las especialidades médicas, los cursos de formación en cirugía bariátrica carecen de apartados específicos para adquirir determinadas habilidades en la comunicación con este grupo de pacientes y enseñar el modo de motivarles en la resolución de su enfermedad, por lo que la mayoría de los cirujanos bariátricos se comunican merced a la experiencia adquirida a lo largo de los años. Resulta necesario, por tanto, el desarrollo de cursos o talleres para adquirir habilidades en este campo con el fin de emplear las palabras correctas y evitar sentimientos negativos, garantizar que los pacientes comprenden lo que se les está diciendo, y mantenerlos unidos a programas conductuales que les permitan prolongar los resultados esperables de la cirugía bariátrica y una vida saludable<sup>26</sup>.

---

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *CMAJ*. 1995;152:1423-33.
2. Zhou Q, Shen JC, Liu YZ, Lin GZ, Dong H, Li K. Effects of doctor-patient communication on quality of life among

- breast cancer patients in Southern China. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15:5639-44.
3. Lipira LE, Gallagher TH. Disclosure of adverse events and errors in surgical care: Challenges and strategies for improvement. *World J Surg.* 2014;38:1614-21.
  4. Martinez de Haro LF, Ruiz de Angulo D. Surgeon-oncology patient communication: An unresolved matter. *Cir Esp.* 2010;88:139-41.
  5. Lanyon RI, Maxwell BM, Kraft AJ. Prediction of long-term outcome after gastric bypass surgery. *Obes Surg.* 2009;19:439-45.
  6. Kalarchian M, Turk M, Elliot J, Gourash W. Lifestyle management for enhancing outcomes after bariatric surgery. *Curr Diab Rep.* 2014;14:540.
  7. Stunkard AJ, Wadden TA. Psychological aspects of severe obesity. *Am J Clin Nutr.* 1992;55:524S-32S.
  8. Kinzl JF, Schrottenecker M, Traweger C, Mattesich M, Fiala M, Biebl W. Psychosocial predictors of weight loss after bariatric surgery. *Obes Surg.* 2006;16:1609-14.
  9. Wadden TA, Didie E. What's in a name? Patients' preferred terms for describing obesity. *Obes Res.* 2003;11:1140-6. *Obes Surg.* 2009;19:439-45.
  10. Gray CM, Hunt K, Lorimer K, Anderson AS, Benzeval M, Wyke S. Words matter: A qualitative investigation of which weight status terms are acceptable and motivate weight loss when used by health professionals. *BMC Public Health.* 2011;11:513.
  11. Kaly P, Orellana S, Torrella T, Takagishi C, Saff-Koche L, Murr MM. Unrealistic weight loss expectations in candidates for bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2008;4:6-10.
  12. Price HI, Gregory DM, Twells LK. Weight loss expectations of laparoscopic sleeve gastrectomy candidates compared to clinically expected weight loss outcomes 1-year post-surgery. *Obes Surg.* 2013;23:1987-93.
  13. Edholm D, Kullberg J, Haenni A, Karlsson FA, Ahlström A, Hedberg J, et al. Sundbom M. Preoperative 4-week low-calorie diet reduces liver volume and intrahepatic fat, and facilitates laparoscopic gastric bypass in morbidly obese. *Obes Surg.* 2011;21:345-50.
  14. Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh JA, Dutson E, Mehran A, et al. Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery: Systematic review. *Obes Surg.* 2012;22:70-89.
  15. Vilallonga R, Fort JM, Iordache N, Armengol M, Clèries X, Solà M. Use of images in a surgery consultation. Will it improve the communication? *Chirurgia (Bucur).* 2012;107:213-7.
  16. Khan MA, Grinberg R, Johnson S, Afthinos JN, Gibbs KE. Perioperative risk factors for 30-day mortality after bariatric surgery: Is functional status important? *Surg Endosc.* 2013;27:1772-7.
  17. Munoz DJ, Lal M, Chen EY, Mansour M, Fischer S, Roehrig M, et al. Why patients seek bariatric surgery: A qualitative and quantitative analysis of patient motivation. *Obes Surg.* 2007;17:1487-91.
  18. Robert M, Denis A, Badol-van Straaten P, Jaisson-Hot I, Gouillat C. Prospective longitudinal assessment of change in health-related quality of life after adjustable gastric banding. *Obes Surg.* 2013;23:1564-70.
  19. Courcoulas AP, Christian NJ, Belle SH, Berk PD, Flum DR, Garcia L, et al. Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) Consortium. Weight change and health outcomes at 3 years after bariatric surgery among individuals with severe obesity. *JAMA.* 2013;310:2416-25.
  20. Mitchell JE, Crosby R, de Zwaan M, Engel S, Roerig J, Steffen K, et al. Possible risk factors for increased suicide following bariatric surgery. *Obesity (Silver Spring).* 2013;21:665-72.
  21. Dixon JB, Blazeby JM. Quality of life after bariatric surgery. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2:100-2.
  22. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahon MM, et al. American Association of Clinical Endocrinologists; Obesity Society; American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient—2013 update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society of Metabolic & Bariatric Surgery. *Endocr Pract.* 2013;19:337-72.
  23. Acosta A, Azzalin A, Emmons CJ, Shuster JJ, Jay M, Lo MC. Improving residents' clinical approach to obesity: Impact of a multidisciplinary didactic curriculum. *Postgrad Med J.* 2014 Sep 11.
  24. Maiman LA, Wang VL, Becker MH, Finlay J, Simonson M. Attitudes toward obesity and the obese among professionals. *J Am Diet Assoc.* 1979;74:331-6.
  25. Berryman DE1, Dubale GM, Manchester DS, Mittelstaedt R. Dietetics students possess negative attitudes toward obesity similar to nondietetics students. *J Am Diet Assoc.* 2006;106:1678-82.
  26. Swift JA, Choi E, Puhl RM, Glazebrook C. Talking about obesity with clients: preferred terms and communication styles of UK. Pre-registration dietitians, doctors, and nurses. *Patient Educ Couns.* 2013;91:186-91.