

Comunicaciones Generalidades y Miscelánea

SECO 2014

O-003

INSTAURACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA EN UN HOSPITAL COMARCAL.

J. Lorenzo Pérez, J. Del Pino Porres, E. Castillo García, M.E. Gómez García, S. Mariner Belvis, S. Martínez Alcaide, M. Pedrosa Soler, B. Ballester Sapiña.

Hospital de la Ribera, Alzira

Introducción:

La instauración de la unidad de Cirugía Bariátrica en nuestro hospital se ha afianzado durante el pasado año 2013. La creación de dicha unidad surgió de la necesidad por aumento de la prevalencia de obesidad en los últimos años. El fracaso repetido de las pautas de alimentación equilibrada, actividad física, educación nutricional y farmacoterapia han conducido a la necesidad de utilizar la cirugía bariátrica.

Objetivo:

En el presente trabajo se pretende mostrar las características iniciales de la instauración de un programa de cirugía bariátrica laparoscópica en nuestro hospital.

Material y métodos:

El tratamiento quirúrgico empleado por el momento se trata de la Gastrectomía vertical laparoscópica (GVL), técnica de menor complejidad, ideal para el inicio del programa de cirugía bariátrica laparoscópica.

Desde enero de 2014 hasta la actualidad, se han intervenido 5 pacientes, todos procedentes del área de la Ribera, ya en lista de espera de otro hospital de referencia. Previo a la instauración del programa quirúrgico, el año anterior se realizaron 5 cirugías, en colaboración con cirujanos bariátricos experimentados, 4 By-pass gástricos laparoscópicos (BPGYR) y una GVL. De los 10 pacientes intervenidos, 3 son hombres, 7 mujeres. La edad media es de 42,8 años (rango 24-52), el peso medio preoperatorio era 159 kg y el IMC de 50,2, morbilidad y mortalidad nula.

Discusión:

Durante el año 2013, el equipo de cirujanos de nuestro servicio implicados en la Unidad de Cirugía Bariátrica (formado por tres cirujanos), realizaron sesiones de formación médico-quirúrgica y entrenamiento laparoscópico avanzado, mediante estancias en cursos y congresos específicos, incluyendo prácticas en animales de experimentación. Como complemento de formación, en nuestro hospital se realizaron 5 cirugías, con cirujanos bariátricos experimentados.

Para la completar el programa de cirugía bariátrica, contamos con un equipo multidisciplinar, compuesto por endocrinólogos, 2 anestesiólogos de mayor implicación, digestólogos, psiquiatras, enfermería especializada y en un futuro más especialistas, como cirujanos plásticos.

El paciente sigue un circuito clínico, con 3 etapas, la 1ª para la selección de pacientes candidatos a cirugía, 2ª para la cirugía y cuidados peri/postoperatorios, y 3ª seguimiento a largo plazo.

Así el paciente remitido por el endocrinólogo, ya valorado por el psiquiatra acude a nuestra consulta, donde se termina de seleccionar a los pacientes.

La técnica quirúrgica empleada es la GVL, el material utilizado es similar al de otras técnicas laparoscópicas, creemos importante destacar la necesidad de que este material sea de calidad, especialmente la óptica (30º) y cámara.

No es costumbre generalizada, pero debido a características de nuestro hospital, la primera noche es en la unidad de cuidados intensivos, aunque en el área de intermedios. Y el paciente es dado de alta a partir del 4º día postoperatorio.

Conclusiones:

Nuestro hospital dispone de la infraestructura y especialistas con formación previa, necesarios para el desarrollo de este programa.

Quirúrgicamente actualmente se emplea la GVL, técnica de menor complejidad, segura y eficaz, para el inicio de un programa de cirugía bariátrica laparoscópica.

Dada la inquietud y formación continuada del equipo quirúrgico se promoverá un desarrollo posterior incluyendo el BPGYR.

O-007

IMPACTO DE LA FORMACIÓN DE NUEVOS CIRUJANOS BARIÁTRICOS DEL PROGRAMA SECO EN LA MORBIMORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA DE HOSPITAL DE NIVEL 2

E. Mariño Padín, R. Sanchez-Santos, S. González Fernández, A. Brox Jiménez, E. Carrera Dacosta, Á. Rial Durán, J. Ballinas Miranda, M. Artime Rial, R. Crego Hernández, R. Nicolás Jiménez.

CH PONTEVEDRA, PONTEVEDRA

Introducción:

El manejo de los pacientes obesos mórbidos y la realización de técnicas de cirugía bariátrica por vía laparoscópica han demostrado ser de elevada complejidad y requieren una formación y un entrenamiento específico tanto de los cirujanos como de todo el equipo multidisciplinar para poder ser realizadas dentro de los estándares de seguridad requeridos. Durante la curva de aprendizaje se produce un aumento de la morbimortalidad cuyo efecto pretende ser minimizado mediante el Programa de Formación SECO. En este trabajo se pretende evaluar el impacto de la formación de nuevos cirujanos bariátricos mediante el Programa SECO en la morbimortalidad en una unidad de cirugía bariátrica de un Hospital de Nivel 2.

Material y métodos:

Se han recogido prospectivamente los datos de todos los pacientes operados en el Complejo Hospitalario de Pontevedra en una base de datos de M. Access. Se realiza un análisis descriptivo de las complicaciones postoperatorias entre los diferentes cirujanos de la Unidad de Cirugía Bariátrica considerando su nivel formativo. Todos los cirujanos han seguido el Programa de Formación SECO en todas sus fases. Los cirujanos con menor experiencia han evitado los pacientes de mayor riesgo (IMC > 50, sexo masculino, comorbilidades severas) y han realizado sólo bypass gástrico y gastrectomía vertical laparoscópica. El cirujano con mayor experiencia estuvo presente en las primeras 20 intervenciones de cada cirujano en formación.

Variables: fistula, perforación intestinal, neumonía, arritmia, HDA, sepsis de catéter, estenosis, conversión

Resultados:

Desde Abril de 2006 a Febrero de 2014 se han intervenido 436 pacientes con obesidad mórbida en la unidad de cirugía bariátrica del CH Pontevedra. Se han realizado 313 Bypass gástrico, 110 Gastrectomía vertical, 7 2º tiempo de GV, 3 bypass con resección de remanente, 2 Scopinaro, 1 gastrectomía total. Complicaciones postoperatorias globales: 7.3% (fístulas 3.4%, oclusión 0.4%, HDA: 1.1%, perforación intestinal: 0.2%, neumonía: 0.2%, hemoperitoneo: 0.4%, fístula de remanente: 0.2%, sepsis de catéter: 0.2%, fístula pie de asa: 0.2%, estenosis: 0.2%, arritmia: 0.2%, conversión: 0.4%). Reintervenciones: 4.6%. Mortalidad: 0%. Desde el inicio de la unidad 3 cirujanos han realizado su formación en cirugía bariátrica dentro del programa de Formación SECO. La cirujana 1 ha realizado 352 intervenciones, la cirujana 2: 61 intervenciones, la cirujana 3 20 intervenciones y un residente 3 intervenciones. Las complicaciones globales de la cirujana 1: 6.2% con 3.1% de fístulas (durante la curva de aprendizaje (100 pacientes: 4% fístulas+ 1% conversión)); complicaciones cirujana 2 globales 8.2%, fístulas 3 (4.9%)); complicaciones cirujana 3: globales 5%, 1 fistula (5%); complicaciones residente: 0%. Ningun caso de mortalidad hasta el momento.

Conclusión:

La formación de nuevos cirujanos bariátricos dentro del Programa de Formación SECO en un Hospital de Nivel 2 resulta eficaz y mantiene la incidencia de complicaciones postoperatorias y mortalidad dentro de los estándares recomendados.

O-009

INCIDENCIA DE COLELITIASIS TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL HUCA PERÍODO 2004-2013

J.H. Jara Quezada, E. Fernando Macías, T. Díaz Vico, S. Sanz Navaro, R. Rodríguez Uría, J. Gonzáles Stuva, L. Sanz Álvarez, J.L. Rodicio Miravalles, E.O. Turienzo Santos, A. Rizzo Ramos, J.J. González González.

HUCA, Oviedo

INTRODUCCIÓN:

La pérdida de peso de forma rápida tras la cirugía bariátrica constituye un factor de riesgo importante para la formación de cálculos biliares y, consecuentemente, mayor riesgo de precisar una colecistectomía.

Nuestro objetivo fue evaluar la incidencia de colelitiasis tras diferentes procedimientos bariátricos, la necesidad de colecistectomía urgente o electiva a lo largo del seguimiento y el período transcurrido desde la cirugía.

MÉTODOS:

Entre octubre de 2003 y octubre de 2013, un total de 428 pacientes fueron sometidos a cirugía bariátrica. Hemos excluido a los pacientes con colecistectomía previa (27 pacientes) o colecistectomía concomitante en el momento del procedimiento bariátrico (120 pacientes). Se revisó retrospectivamente una base de datos recogida de forma prospectiva y se recogieron diferentes variables como: sexo, tipo de cirugía bariátrica (bypass o gastrectomía vertical), intervalo de tiempo entre el procedimiento y el hallazgo de colelitiasis (detectado en la ecografía anual de seguimiento o por clínica biliar compatible que motiva estudio ecográfico), así como el intervalo entre el diagnóstico de colelitiasis y posterior colecistectomía. Se calculó la incidencia de colecistectomía después de cada procedimiento y se compararon los resultados mediante el uso del test chi cuadrado.

RESULTADOS:

De los 280 pacientes que preservaron la vesícula biliar tras la cirugía bariátrica, 81 (28.9%) desarrollaron colelitiasis durante el seguimiento. La frecuencia fue más alta dentro de los primeros 12 meses, donde se registraron 33 casos (40.7%). De estos 81 pacientes, 21 (25.9%) fueron sometidos a colecistectomía; 4 de ellos con carácter urgente (19.05%). A lo largo de 108 meses, 57 pacientes (70.4%) permanecieron asintomáticos, 16 (19.8%) presentaron cólicos biliares aislados o de repetición, 1 (1.2%) hizo un episodio de colangitis aguda y 2 (2.5%) de pancreatitis aguda litiásica. La incidencia de colelitiasis en pacientes sometidos a gastrectomía vertical fue proporcionalmente mayor (42.8%) respecto de aquellos en los que se realizó bypass gástrico (28%).

CONCLUSIÓN:

La cirugía bariátrica está relacionada con el desarrollo de colelitiasis a lo largo del seguimiento. Un porcentaje no despreciable de casos acaba en colecistectomía, que se realiza con mayor frecuencia en los primeros dos años tras la intervención quirúrgica. Sin embargo, la colelitiasis asintomática es la principal forma de presentación, por lo que no es necesaria la colecistectomía profiláctica de rutina durante la cirugía bariátrica.

O-010

HALLAZGOS DE LA GASTROSCOPIA PREOPERATORIA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA. NUESTRA EXPERIENCIA

R. Rodríguez Uría, J.H. Jara Quezada, B. Porrero Guerrero, S. Sanz Navarro, D. Fernández Martínez, G. Mínguez Ruiz, A. Rodríguez Infante, E. Fernando Macías, L. Sanz Álvarez, J. González González.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La cirugía bariátrica constituye hoy en día el tratamiento más efectivo para los pacientes con obesidad mórbida. Sin embargo es importante tener en cuenta que algunas técnicas quirúrgicas, como el bypass gástrico, implican que una porción del tracto gastrointestinal quede inaccesible para evaluaciones endoscópicas futuras. Esto asociado a la alta tasa de enfermedades gastrointestinales en pacientes con elevado IMC, justifica la solicitud de gastroscopia en el preoperatorio para cirugía bariátrica.

El objetivo de nuestro trabajo es determinar la prevalencia de los hallazgos endoscópicos en pacientes que van a someterse a cirugía bariátrica, y la medida en que dichos hallazgos cambian la estrategia terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron los pacientes sometidos a cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Central de Asturias entre octubre de 2003 y diciembre de 2013, en los que se solicitó endoscopia digestiva alta con clo-test como parte del preoperatorio sistemático.

RESULTADOS

Se identificaron 435 pacientes sometidos a cirugía bariátrica en dicho periodo (bypass gástrico como técnica de elección en la mayoría de casos), realizándose gastroscopia preoperatoria en 430 (98,9%). De todos ellos un 67,9% (292 pacientes) presentaban hallazgos anormales, entre los que destacan: infección por *Helicobacter Pylori* positiva (34,4%), gastritis (7,2%), úlcera gástrica/duodenal (0,5%), *H.Pylori* positivo+gastritis/úlcera (9,3%), gastritis+esofagitis (2,6%), esofagitis (10,7%) y duodenitis (0,7%). Además entre los pacientes con gastroscopia anormal, un 2,6% presentaban “otros hallazgos”: 3 pacientes con complicaciones derivadas de la gastroplastia vertical anillada, del tipo estenosis, que requirieron retirada de la banda gástrica y conversión a bypass; y 8 pacientes con pólipos gástricos, de los cuales en 6 fue posible la resección endoscópica (hallazgo anatomopatológico de pólipos hiperplásicos) y en otros 2 se requirió un cambio en la técnica quirúrgica, realizándose en uno de ellos gastrectomía subtotal +bypass por pólipo de 15 mm en antro y en el otro gastrectomía vertical por pólipo en fundus gástrico.

CONCLUSIONES

Aunque la realización de gastroscopia previa a la cirugía bariátrica continúa siendo controvertida, parece estar justificada, ya que existe un amplio espectro de lesiones gastrointestinales en pacientes con obesidad mórbida que van a ser sometidos a dicho tratamiento, incluso a pesar de que estén asintomáticos. Algunos hallazgos endoscópicos en esta población pueden requerir tratamiento médico específico y retraso de la cirugía, como son infección por *Helicobacter Pylori* positiva y úlceras, ya que ambas entidades se asocian a una probabilidad mayor de complicaciones postoperatorias; mientras que otros, como los pólipos gástricos requieren resección endoscópica, y si esta no es posible un enfoque quirúrgico distinto. En nuestro estudio se cambió la técnica quirúrgica de elección en 2 pacientes como consecuencia de los hallazgos de la endoscopia, lo que supone el 0,46% del total.

De esta forma, podemos concluir que es recomendable realizar gastroscopia y detección de *Helicobacter Pylori* en todos los pacientes que vayan a ser sometidos a cirugía bariátrica, ya que los hallazgos pueden suponer mayor riesgo de complicaciones postquirúrgicas o se pueden requerir variaciones en la técnica. Además permite evaluar y tratar lesiones en el estómago que posteriormente estará excluido.

O-017

FACTORES PREDICTORES DE ÉXITO EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

D. Fernández Martínez, A. Rodríguez Infante, J.H. Jara Quezada, G. Mínguez Ruiz, R. Rodríguez Uría, E.O. Turienzo Santos, A. Rizzo Ramos, L. Sanz Álvarez, J.L. Rodicio Miravalles, J.J. González González.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

INTRODUCCIÓN

La obesidad mórbida es una enfermedad con elevada prevalencia en el mundo occidental. La cirugía bariátrica es el tratamiento de elección, debido a la alta tasa de fracasos con medidas conservadoras. Consideramos importante identificar factores predictores de resultado satisfactorio de la cirugía, con la finalidad de conocer aquellos pacientes que más se benefician del tratamiento quirúrgico, debido al aumento de la demanda y los medios limitados con los que contamos en la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos por obesidad mórbida entre octubre de 2003 y octubre de 2010, con un seguimiento mínimo de 2 años. Consideramos éxito de la cirugía cuando se alcanza el IMC esperable (IMCE), respecto al IMC inicial aplicando la fórmula de Baltasar et al ($IMCE = IMC\ inicial \times 0,33 + 14$). Analizamos variables como datos demográficos, enfermedades concomitantes, IMC, vía abordaje quirúrgico (laparotomía o laparoscopia), tipo de bypass (corto, largo o distal) y morbimortalidad postoperatoria.

RESULTADOS

De los 295 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica, 203 realizaron un seguimiento mínimo de 2 años. De estos, 176 eran mujeres (86,7%) y 27 hombres (13,3%). La edad media fue de 42,8 años (rango: 29-83). Se hallaron enfermedades asociadas en 183 pacientes (90%). El IMC medio inicial fue de 47,9 kg/m². En todos ellos se realizó bypass gástrico, siendo la laparotomía la vía de abordaje más frecuente, realizada en 142 pacientes (70%). Calibramos el asa alimentaria de acuerdo al IMC preoperatorio; el bypass gástrico largo (200 cm de asa alimentaria) fue el más común, practicado en 109 casos (53,7%). El porcentaje medio de sobrepeso perdido a los 2 años fue del 78,8%. Alcanzaron el IMCE 92 pacientes (45,3%) de la serie, según la fórmula de Baltasar et al. Entre las variables estudiadas presentaron diferencias estadísticamente significativas la edad ($p=0,01$) y la diabetes mellitus ($p=0,001$).

CONCLUSIONES

El IMC preoperatorio es un dato importante a tener en cuenta tanto para establecer la calibración de asas del bypass como para determinar los resultados según el IMCE. En nuestra experiencia se comportaron como variables predictoras de fracaso la edad y el padecer diabetes mellitus.

O-026

DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGIA BARIATRICA

A. Delgado Marchante, Y. Alvarez Ongil, M.J. Hurtado Iglesias, S. García Albiach, B. Aparicio Fernandez, J. Normand Baron.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

OBJETIVO:

Durante el desarrollo de nuestra profesión en la Unidad de Recuperación Postquirúrgica, hemos venido observando las distintas manifestaciones del dolor agudo en los pacientes operados, y nos hemos planteado diferentes preguntas en relación al paciente intervenido de cirugía bariátrica como:

- .- Si existe alguna diferencia de intensidad en el dolor en este tipo de pacientes en comparación con un paciente normopeso.
- .- Si se debe ajustar la dosis analgésica.
- .- La influencia de la psicolabilidad en la percepción dolorosa.
- .- El dolor posquirúrgico en relación con la posición quirúrgica.
- .- La aplicación de una escala de valoración del dolor de forma correcta.

Por lo que nos hemos planteado como objetivo principal analizar si existe alguna diferencia entre el dolor de una persona con obesidad mórbida y el que manifiesta una persona con normopeso, en el periodo postquirúrgico.

MATERIAL

Hemos realizado una revisión bibliográfica sobre el tema y hemos registrado el EVA(1) Escala Visual Analógica en 30 pacientes operados de cirugía laparoscópica de los cuales 15 se sometieron a cirugía bariátrica.

METODO

El EVA se aplicó tres veces a cada paciente : a la llegada a la URPA, en el momento de aparición del dolor y al alta. Se preguntó a cada paciente la intensidad del dolor del 0 al 10. De 30 pacientes 15 fueron sometidos a cirugía bariátrica y 15 a otras cirugías laparoscópicas abdominales.

RESULTADO

El control del dolor en la URPA es una prioridad. Para ello es muy importante conocer: la neurotransmisión del dolor, el umbral del dolor, la percepción psicológica del dolor, los condicionantes socio-culturales, los tipos de dolor que afectan a nuestro paciente, la valoración objetiva y subjetiva del dolor, el tratamiento del dolor, los escalones analgésicos, las vías de administración y otras alternativas terapéuticas.

CONCLUSIONES

Como conclusión principal hemos observado que el dolor es una percepción del individuo y se debe de tratar de forma individualizada ya que depende de muchos factores. Pero por otro lado esta percepción viene de un daño tisular agudo, por lo que hay una respuesta homogénea en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, y por ello podemos usar unos protocolos analgésicos que nos ayuden a amortiguar la respuesta dolorosa.

El resultado del EVA nos indicó que la cirugía bariátrica de gastroplastia tubular o de una derivación simple, no es mas dolorosa que otras cirugías laparoscópicas en pacientes que llegan a la unidad con un buen control del dolor de base. Utilizándose pauta analgésica de primer escalón con alguno de tercer escalón de forma puntual, como rescate.

O-038

CIRUGÍA BARIÁTRICA EN LA SÚPER OBESIDAD MÓRBIDA: UNO O DOS TIEMPOS?

E. Arrue Del Cid, E. Sánchez López, M. Conde Rodriguez, J. Dziaková, P. Saez Carlin, M. Fernandez Nespral, A. Sánchez Pernaute, M.A. Rubio, A. Torres García.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Introducción: La obesidad súper-mórbida se acompaña generalmente de un incremento de la complejidad técnica y de las complicaciones médicas y quirúrgicas postoperatorias. Por esta causa, el grupo de DeMaria propuso hace años la estratificación de la cirugía comenzando por una gastrectomía vertical y siguiendo posteriormente por un bypass gástrico o bien una derivación biliopancreática tipo cruce duodenal. Existen sin embargo algunos trabajos que comunican un peor resultado ponderal al dividir la cirugía en dos tiempos, dado que se induce un estado de adaptación tras la gastrectomía vertical que luego puede comprometer la pérdida de peso.

Objetivo. Comparar en una serie retrospectiva los resultados del bypass duodeno-ileal en una anastomosis con gastrectomía vertical (SADI-S) como cirugía inicial en el súper-obeso con los de la misma técnica realizada en dos tiempos, comenzando con una gastrectomía vertical y tras ello un bypass duodeno-ileal en una anastomosis.

Pacientes y Método: De un total de 110 pacientes sometidos a SADI-S con asa común de 250 cm, 42 tenían un IMC inicial igual o mayor de 50. En 28 casos se realizó un SADI-S en un tiempo (Grupo 1) y en 14 se hizo una primera gastrectomía vertical, y tras considerar en el seguimiento que el resultado alcanzado era insuficiente, se añadió una derivación duodenal en una anastomosis (Grupo 2). Los pacientes del grupo 1 tenían una edad media inicial de 43.7 años, un peso inicial de 139 kg, un IMC medio de 53 (50 - 62) y un exceso medio de peso de 73 kgs. Los pacientes del grupo 2 tenían una edad media de 42 años, un peso inicial de 147 kg, un IMC medio 56 kgs y un exceso medio de peso de 82 kgs.

Resultados. En un caso en el grupo 1 se realizó laparotomía para completar la anastomosis. Hubo 3 complicaciones postoperatorias en el grupo 1, una flebitis, una taquiarritmia que precisó cardioversión y una insuficiencia respiratoria postoperatoria que requirió intubación prolongada y traqueostomía para el destete. En el grupo 2 no hubo complicaciones. La pérdida de peso fue satisfactoria en los dos grupos, con un caso de pérdida insuficiente en el grupo 1 y ninguno en el 2. Los porcentajes de exceso de peso perdido fueron de 60, 84, 94, 86, 79, y 83% a los 6, 12, 18, 24, 36 y 48 meses en el grupo 1, y 56, 70, 75, 69, 78 y 67% en el grupo 2, con diferencias significativas al año, 18 y 24 meses.

Conclusiones. La cirugía en dos tiempos disminuye las complicaciones en el paciente con súper-obesidad mórbida. La evolución ponderal es aceptable con las dos técnicas, pero algo mejor cuando la cirugía se hace en un tiempo. Un posible sesgo en las conclusiones es el estudio retrospectivo con la selección de pacientes para un segundo tiempo entre los que ya ha fallado la gastrectomía vertical.

O-045

RESULTADOS ASISTENCIALES DE UNA UNIDAD DE CIRUGIA BARIATRICA EN UN HOSPITAL DE NIVEL II

S. Martínez Cortijo, M. Milla Tobarra, M. García Aparicio, E. Ortega Ortega, J. Díez Izquierdo, B. Blanco Samper, E. Pikula, B. Bolzoni, J.C. Serrano, R. Ochoa Blando, S. Castaño.

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina

Introducción: La obesidad mórbida es una enfermedad multifactorial, su asociación con múltiples comorbilidades implica un altísimo coste sanitario. La necesidad de dar una respuesta a estos pacientes ha obligado a la creación de Unidades de Obesidad en hospitales de nivel II, donde los medios son más limitados pero por ello no dejan de ofrecer unos resultados asistenciales óptimos.

El **Objetivo** del trabajo es presentar los resultados obtenidos en nuestra Unidad desde su puesta en marcha en el año 2010, donde la participación de un equipo multidisciplinar, la selección estricta de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía y la elección de la técnica quirúrgica han conseguido unos resultados asistenciales y de satisfacción excelentes. Analizamos para ello la evolución de las comorbilidades y PEIMCP (correlaciona el porcentaje de exceso de IMC perdido que a su vez se correlaciona con el PSP. Se considera un resultado excelente si supera 65%, bueno entre 50-65% y fracaso si es menor de 50%).

Pacientes y Método: Los pacientes con obesidad mórbida (IMC>40) o IMC>35 con comorbilidad asociada, son derivados desde las consultas de Endocrinología hacia un tratamiento de Terapia de Grupo. Desde aquí, comienza la educación de los mismos, asistidos por Dietista-Nutricionista que inician un tratamiento de pérdida de peso y modificación de hábitos de vida. De este grupo, se capturan pacientes candidatos a cirugía, siempre que cumplan con las expectativas de la terapia y consigan una pérdida ponderal de un 8%. Si el paciente es valorado de manera positiva por todos los especialistas del grupo, se procede a un ingreso preoperatorio durante 5 días, durante el cual se realiza valoración y se procede a la administración de una dieta de muy bajo contenido calórico (DMBC), para conseguir una pérdida mayor de peso. Las técnicas quirúrgicas utilizadas han sido By pass gástrico o Tubular, según las características individuales de los pacientes. Se analiza la evolución de las comorbilidades y el PEIMCP

Resultados: Se han intervenido un total de 36 pacientes, 28 mujeres y 8 varones con una media de edad fue de 40.6 (25-58). Se han realizado 7 By-Pass y 29 tubulares gástricos (todos por vía laparoscópica excepto 2 que fueron abiertos), con 13 cirugías asociadas, 6 cierre de pilares, 4 herniorrafias y 3 colecistectomías. 1 paciente murió (2.7%), 3 presentaron fístulas anastomóticas (8.3%) y 2 infección de herida quirúrgica. De los pacientes seleccionados para cirugía el 75% presentaban comorbilidades. Tras la cirugía ningún paciente precisó tratamiento antidiabético, ni antihipertensivo y solo un 5% precisó mantener el CPAP.

11 pacientes (36%) tuvieron una PEIMCP>65%, 14, (46%) PEIMCP entre 50-65% y solo un 19% inferior a 50%

Conclusiones: La estricta selección de los pacientes (solo se intervienen el 16% de los pacientes que entran en el programa) es el elemento fundamental para el éxito de un programa de obesidad cuyo objetivo final es la pérdida de peso, pero sobre todo la desaparición de comorbilidades que son en último extremo lo que disminuye la esperanza de vida y aumenta sobremanera el gasto sanitario.

O-046 EVOLUCIÓN DE LA CURVA DE PÉRDIDA PONDERAL EN PACIENTES CON COMPLICACIONES TRAS LA CIRUGÍA BARIÁTRICA. ¿FRACASO O TROPIEZO? M. Medina García, D.P. Acín Gándara, A. García Muñoz-Najar, A. Antequera Pérez, M. Hernández García, B. Martínez Torres, J.M. Rodríguez Vitoria, F. Pereira Pérez. Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada

OBJETIVOS:

Analizar la evolución de la pérdida ponderal en los pacientes sometidos a una intervención bariátrica y que cursaron en el postoperatorio inmediato con complicaciones severas, dehiscencias o estenosis, comparándola con el resto de pacientes de nuestra serie que cursaron con un postoperatorio normal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisamos 238 pacientes intervenidos en nuestro centro desde 2006 hasta 2014, con una edad media de 44 a. y un IMC promedio 46,61 kg/m². La técnica quirúrgica fue 178 bypass gástrico en Y de Roux (BPGY), 51 gastrectomías verticales (GV) y otras técnicas en 9 pacientes.

Para la revisión, consideramos complicaciones severas las dehiscencias comprobadas in situ o por RX, precisasen o no reintervención, y las estenosis que necesitaron para su resolución al menos de una dilatación endoscópica.

Las dehiscencias de sutura sucedieron en 15 pacientes (5,3%) 2 en GV y el resto en BPGY, 10 se reintervinieron y 5 se resolvieron de forma conservadora. Todas ellas requirieron NPT en el postoperatorio.

Las estenosis que precisaron al menos una dilatación sucedieron en 11 pacientes (5%).

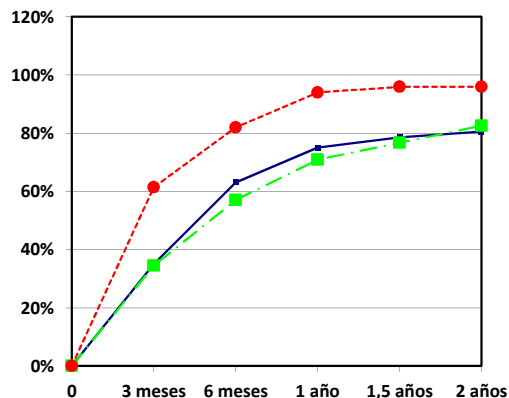
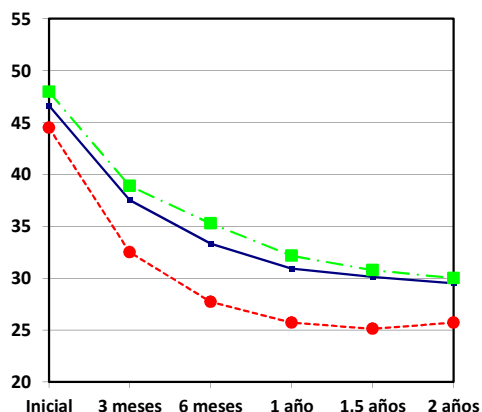
Tras la resolución del cuadro revisamos la evolución de la curva ponderal, valorando el descenso del IMC y el % PEP, a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses, comparándola con la de los pacientes que no habían tenido incidencias en el postoperatorio inmediato.

RESULTADOS:

El promedio de IMC en los pacientes sin complicaciones en el postoperatorio a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses fue de 37.5, 33.2, 30.9, 30.1 y 29.5 kg/m², con un % de PEP de 35%, 63%, 75%, 78% y 80% respectivamente.

En los pacientes que tuvieron una dehiscencia en la sutura, el descenso del IMC postoperatorio y el porcentaje de PEP en esos puntos de corte fue muy similar a los pacientes sin complicaciones, mientras que si hubo diferencia en la evolución de los que tuvieron una estenosis severa de la anastomosis:

32.53, 27.7, 25.7, 25.1 y 25.7 kg/m² y 61.8%, 82.4%, 94.6%, 96.5% y 96% respectivamente



CONCLUSIONES.

- Las complicaciones en el postoperatorio inmediato de una cirugía bariátrica no tienen porque suponer un fracaso de la técnica si se toman para su resolución las medidas necesarias en el momento adecuado
- Las dehiscencias de la sutura una vez resueltas, y el soporte nutricional postoperatorio no deberían alterar los resultados ponderales de la intervención.
- Existe una marcada diferencia en la pérdida ponderal en los casos de estenosis postquirúrgica durante los primeros dos años, aunque parecen tender a aproximarse las curvas en controles posteriores
- Estos hallazgos en los pacientes con estenosis postquirúrgica confirman la trascendencia del efecto restrictivo en el BPGY.

O-051

FÍSTULA GÁSTRICA TARDÍA COMO COMPLICACIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA. ADMINISTRACIÓN ENDOSCÓPICA DE CIANOCRILATO (GLUBRAN)

L. Cristobal Poch, M. Recarte Rico, E. Alvarez Peña, R. Corripio, G. Vesperinas.

Hospital Universitario La Paz, Madrid

OBJETIVOS: Mostrar nuestra experiencia en la aplicación de cianocrilato como tratamiento de la fístula gástrica tardía.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo, incluyendo a todos los pacientes a los que se les ha aplicado cianocrilato como tratamiento para la fístula gástrica en el Hospital La Paz (2001 y 2013) tras cirugía bariátrica. Analizamos sus datos demográficos, la clínica, el modo de abordaje, el diagnóstico definitivo y la evolución.

RESULTADOS: En un periodo de 13 años, aplicamos cianocrilato por vía endoscópica a dos pacientes intervenidos de cirugía bariátrica (un caso tras realizar una gastrectomía vertical y otro tras bypass gástrico)

Paciente masculino, de 57 años, con hipotiroidismo y diabetes como comorbilidades. Se realizó gastrectomía tubular laparoscópica sin incidencias, siendo la evolución postoperatoria favorable. Acude a urgencias nuevamente ante aparición de fiebre evidenciando una colección subfrénica. Tras varios intentos de drenaje percutáneo y tratamientos laparoscópicos, se realizó endoscopia que evidencia orificios milimétricos, a 40cm de la arcada dentaria; por lo que se inyecta cianocrilato sobre la fístula. Tras 48h de la aplicación, inicia tolerancia oral, tras completar tratamiento antibiótico, es dada de alta.

Paciente masculino, de 41 años, con SAOS e insuficiencia venosa crónica como comorbilidades. Postoperatorio de bypass gástrico laparoscópico inmediato sin incidencias, evidenciando en el control previo a la ingesta una fístula. Por mala evolución, se decide intervención quirúrgica, realizando laparotomía exploradora que evidencia fuga a nivel de la anastomosis gastroyeyunal, por lo que se decide rehacer la anastomosis. Posteriormente, ante evidencia de colecciones intrabdominales en TAC de control, se decide nueva intervención con lavado de la cavidad. Ante persistencia de la fiebre, se realiza EGD, que confirma fístula a nivel de la anastomosis gastroyeyunal por lo que se decide administración endoscópica de cianocrilato sobre la fístula. La evolución posterior es favorable.

DISCUSIÓN: La fístula en el periodo postoperatorio de cirugía bariátrica es una complicación poco frecuente, pero potencialmente grave, la cual produce diversas manifestaciones clínicas. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, debiendo completarse con estudios de imágenes diagnósticas como la radiografía de vías digestivas altas con medio de contraste hidrosoluble o la endoscopia.

El tratamiento en la mayoría de los casos es quirúrgico. Esta cirugía es muy exigente técnicamente y requiere mucha pericia, sobre todo si se hacen mediante laparoscopia. Como otros tratamientos no quirúrgicos, se han descrito numerosas técnicas, la mayoría de ellas endoscópicas, como la aplicación de selladores de fibrina o clips para afrontar los tejidos. Incluso se han descrito casos de tratamiento expectante cuando los síntomas son mínimos, mediante el uso de inhibidores de la bomba de protones y evitando el uso de antiinflamatorios no esteroideos.

El cianocrilato, es una cola quirúrgica líquida, que se solidifica casi instantáneamente, cuando se expone a un medio fisiológico como la sangre. Tiene propiedades hemostáticas y adhesivas. Existen aun pocos estudios, respecto a sus utilidades y limitaciones.

CONCLUSIÓN: La aplicación de cianocrilato, debe considerarse como parte del arsenal terapéutico de la fístula tras cirugía bariátrica, aunque no hay que olvidar que el tratamiento estándar es la revisión quirúrgica.

O-052

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA. UN VERDADERO RETO PARA EL CIRUJANO BARIÁTRICO

L. Cristobal Poch, M. Recarte Rico, M. León Arellano, R. Corripio, G. Vesperinas.

Hospital Universitario La Paz, Madrid

OBJETIVOS: Mostrar nuestra experiencia en las complicaciones intraoperatorias de cirugía bariátrica y su resolución.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo, incluyendo a todos los pacientes con complicaciones intraoperatorias intervenidos de cirugía bariátrica en el Hospital La Paz (2001 y 2013). Analizamos sus datos demográficos, la clínica, los hallazgos intraoperatorios, la intervención realizada, el modo de abordaje, el modo de resolución y la evolución.

RESULTADOS: En un periodo de 13 años, realizamos 364 cirugías bariátricas por vía laparoscópica en el Hospital La Paz: 216 bypass gástricos, 103 gastrectomías verticales y 18 cirugías de revisión (paso de gastrectomía vertical a bypass) y 27 cirugías de revisión de antiguas técnicas (ej GVA). 14 pacientes (3.84%) sufrieron una complicación intraoperatoria. Las principales causas fueron: complicaciones hemorrágicas, problemas derivados del uso de sondas y derivados del fallo de las endograpadoras. Entre las hemorrágicas: evidenciamos 4 complicaciones: sangrado periesplénico, en lecho de colecistectomía y en la elaboración del reservorio tubular; de ellas 2 requirieron conversión a cirugía abierta. Un caso de atrapamiento de SNG y un caso de atrapamiento lateral de la sonda de Foucher. 2 casos de complicaciones derivados del fallo de la endograpadora, una de las que provocó un sangrado importante a nivel de la elaboración del tubular, que se resolvió de manera laparoscópica. 4 casos de conversión por dificultades técnicas (hipertrofia hepática, importantes adherencias de cirugías previas, neumoperitoneo insuficiente) 2 casos de dificultad en la realización de anastomosis (a nivel del pie de asa que requirió exteriorización de la misma a través de una incisión de ayuda) La resolución fue del 100%, no hubo ninguna complicación y ningún fallecimiento asociado al procedimiento.

DISCUSIÓN: Aunque la cirugía bariátrica ha demostrado su eficacia a largo plazo tanto en la pérdida de peso como en la resolución de las comorbilidades, no hay que olvidar que no está exenta de complicaciones. Con la estandarización de la laparoscopia en la cirugía bariátrica, hemos evidenciado complicaciones que hemos aprendido a solucionar así mismo por esta vía de abordaje. Consideramos esencial el estudio individual de cada paciente intervenido de cirugía de revisión bariátrica, adecuando la elección de la técnica quirúrgica, con el fin de intentar minimizar al máximo la incidencia de este tipo de complicaciones; pudiendo resultar en ocasiones un verdadero reto para el cirujano bariátrico. La realización de esta cirugía, por su complejidad, debe ser realizada por grupos con experiencia.

CONCLUSIÓN: La cirugía bariátrica no esta exenta de complicaciones, requiriendo para su realización de un grupo con experiencia.

O-053

QUAL A MELHOR OPÇÃO DE “REDO” – ESTUDO RETROSPECTIVO DE 668 CASOS

B. Paredes, O. Viveiros, R. Ribeiro, J. Pereira, L. Manaças, A. Guerra.

Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa

A Unidade de que fazemos parte dedica-se ao tratamento de doentes com diagnóstico de obesidade mórbida. Sendo uma patologia intimamente relacionada com as comorbilidades determinantes para o bem-estar e esperança média de vida dos doentes, o controle dessas patologias e a qualidade de vida recuperada são comprometidos por complicações ou falências das técnicas executadas ou da estratégia terapêutica global, normalmente por diminuição da adesão do doente aos princípios de mudança comportamental que podem exigir uma intensificação da “ajuda” cirúrgica. Nesta perspetiva a cirurgia revisional é hoje um campo frequente e muito importante na cirurgia bariátrica, principalmente em função da dificuldade e riscos acrescidos.

Neste estudo, avaliamos 668 casos de doentes com cirurgias bariátricas prévias e que foram submetidos a reintervenções no decurso de 10 anos de actividade. Classificamos essas reintervenções em 3 tipos: reversões, revisões ou conversões e para além dos dados epidemiológicos, analisamos as etiologias das diferentes situações clínicas encontradas, as opções cirúrgicas seleccionadas e os resultados.

Concluimos que estas intervenções, usualmente chamadas de “redo” fazem obrigatoriamente parte do arsenal cirúrgico bariátrico, têm risco elevado mas aceitável e na presença de uma equipa experiente na definição dos critérios e na execução técnica, obtém-se resultados sobreponíveis às cirurgias bariátricas primárias.

P-005

RESULTADOS METABÓLICOS Y CLÍNICOS EN PACIENTES OBESOS SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

O. Rozo Coronel, L. Hernandez, J. Torres, L. Manzanedo, A. Mateos, L. Ortega, M. Marcos, I. Jimenez, A. Sanchez, L. Muñoz.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca

OBJETIVOS

Describir las características clínico-metabólicas de una muestra de pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica en el Hospital Universitario de Salamanca.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo de pacientes adultos con obesidad, (índice de masa corporal [IMC] mayor de 35 kg/m²), intervenidos con gastrectomía tubular laparoscópica durante el periodo de enero de 2011 a junio de 2014 en el Hospital Universitario de Salamanca. Se realizó una revisión clínica previa a la intervención y a los seis meses de la cirugía, recogiendo datos antropométricos y análisis de sangre.

RESULTADOS

Se estudiaron 51 pacientes con obesidad mórbida intervenidos de cirugía bariátrica, con una edad media de 45,53 años (desviación estándar [DE]:12,42), el 72,5% eran mujeres. Las características clínicas de los pacientes se muestran en la Tabla 1.

El peso medio obtenido preintervención quirúrgica fue de 129,61 kg (22,4), con un IMC medio de 49,34 kg/m² (7,4), observándose una reducción media del peso a los seis meses de 33,31 kg (12,26) y del IMC de 12,76 kg/m² (4,77). La media de la glucemia basal, el colesterol total y los triglicéridos fue: 113,59 (48,1) mg/dL, 195,44 (38,5) mg/dL, 153,26 (90,8) mg/dL, respectivamente, al inicio del estudio. A los seis meses, se apreció una reducción de la glucemia en ayunas del 22,5% y para los triglicéridos del 34%. El nivel de colesterol total fue similar.

Tabla 1. Características Clínicas

Características Clínicas	Nº de Pacientes(%) n=51
Inicio Obesidad <10 años	11(21,6)
Inicio Obesidad entre 10-19años	12(23,5)
Inicio obesidad >20 años	22(43,1)
Hipertensión	22(43,1)
Dislipemias	13(25,5)
Diabetes Mellitus	14(27,5)
Tabaquismo	18(35,3)
SAOS	34(66,7)
Esteatosis hepática	28(54,9)

DISCUSIÓN

La obesidad es un problema grave de salud pública a nivel mundial, con una prevalencia creciente y múltiples comorbilidades asociadas. La cirugía bariátrica es un tratamiento eficaz para la reducción mantenida de peso en pacientes con obesidad mórbida. Los resultados de nuestro estudio son similares a los resultados descritos en la literatura, en los que se observa una clara asociación de la cirugía bariátrica con la mejoría del perfil glucémico, así como un descenso en las cifras de triglicéridos, queda pendiente realizar un seguimiento a largo plazo que confirme el beneficio metabólico de la cirugía bariátrica.

CONCLUSIONES

La cirugía bariátrica es un tratamiento eficaz para la reducción de peso de los pacientes con obesidad mórbida, alcanzando una reducción entorno al 25,7% del peso en los primeros seis meses, favoreciendo a su vez una mejoría del perfil metabólico del paciente.

O-054

¿INFLUYE EN LA MORBI-MORTALIDAD POSTOPERATORIA EL EMPLEO DE DIFERENTES TÉCNICAS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA?

J. Baltar, I. Baamonde, M. Pardo, L.M. Seoane, R. Peinó, A. Martís-Sueiro, L. Rodríguez-Cañete, O. Díaz-Trastoy, M. Barcena, J. Brenlla.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, HOSPITAL DE CONXO

Objetivos

Analizar si una estrategia con diferentes intervenciones quirúrgicas en cirugía bariátrica (CB) supone un riesgo para la seguridad del paciente en el postoperatorio inmediato. Para ello se realizó una evaluación de datos obtenidos de modo prospectivo de la calidad del tratamiento realizado, mediante una escala de complicaciones postoperatorias. Se trata de estudiar las complicaciones observadas para tratar de mejorar los resultados en nuestra actividad.

Material y métodos

Análisis retrospectivo de datos prospectivos de la experiencia de nuestra unidad de CB con diferentes técnicas realizadas por vía laparoscópica entre los años 2009 y 2013. Edad, sexo, IMC, comorbilidades, tipo de intervención, dificultades intraoperatorias y complicaciones postoperatorias (30 días- 3 meses) fueron analizados. Se realizaron Bypass gástricos (BPG), gastrectomías verticales (GV), y Derivaciones Biliopancreáticas (DBP) en forma de Cruce Duodenal (CD) o tipo Scopinaro por vía laparoscópica. Se incluyeron segundos tiempos: GV a BPG y a CD. También reintervenciones por fracaso de banda gástrica o pérdida de peso insuficiente. Se realizó siempre una biopsia hepática y, si se consideró indicado, se añadieron otros procedimientos. Las complicaciones postoperatorias se analizaron para cada hospitalización de acuerdo con la clasificación de Clavien y Dindo: 0- no complicaciones; 1- alteración del postoperatorio normal tratado con antieméticos, analgésicos, diuréticos, electrolitos, fisioterapia, infección de herida; 2- tratamientos farmacológicos diferentes de los previos, transfusión sanguínea, nutrición parenteral total; 3- intervención quirúrgica, endoscópica o radiológica (3a sin anestesia general/ 3b anestesia general); 4- tratamiento en UCI (4a- fallo uni-orgánico/ 4b- multi-orgánico) y 5 muerte del paciente.

Resultados

134 pacientes (96 mujeres, 71.6%, y 38 hombres), edad media de 44 años (21-66, Dt10'6), IMC medio de 48.92 (33-80, Dt8.06), SO en 40.3%.

SAOS en 86 (65.7%), HTA en 61 (45.5%), DM 2 en 38 (28.4%).

Por vía laparoscópica BPG en 78 (58.2%), DBP en 30 (22.4%) y GV en 26 (19.4%). Gesto añadido en 30 (22%). Conversión 1 caso (0.7%).

No hubo complicaciones en 98 casos (73.1%). Grado 1:13.4%, 2:5.2%, 3a:0.7%, 3b:4.5%, 4a:3%, 4b:0%, 5: 0.7%.

No se encontró correlación entre IMC, tipo de cirugía, gesto añadido y desarrollo de complicaciones. No hubo diferencias significativas en estancia media según tipo de cirugía.

Estancia media 7.5 d (3-120 DT 10.7). Estancia media sin complicaciones: 5.2 días (3-8, Dt1'15), **grado I**: 7.89 días (3-18, Dt4.01), **grado II**: 16 días (12-22, Dt4.43).

Los pacientes sin complicaciones tuvieron una estancia significativamente menor que aquellos con grado I ($p < 0.01$) o grado II ($p < 0.01$).

No hubo mortalidad a 30 días. Un caso de éxitus (0.7%) a más de 3 meses sin dejar el hospital.

Conclusiones

- En nuestra experiencia de la clasificación de Clavien y Dindo resultó útil: existe correlación entre estancia postoperatoria y complicaciones "leves" grados 1 y 2.
- La mortalidad postoperatoria actual es más lejana que los 30 días clásicos. El estudio de dichos casos es importante en el análisis de resultados.
- No correlación entre tipo de cirugía y desarrollo de complicaciones postoperatorias.
- Conociendo mejor el postoperatorio normal y analizando las complicaciones observadas, se pueden elaborar estrategias encaminadas a mejorar resultados.

O-005

USO DE TROCAR ÓPTICO EN CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA

L. Cristobal Poch, M. Recarte Rico, E. Alvarez, R. Corripio, G. Vesperinas.

Hospital Universitario La Paz, Madrid

OBJETIVOS: Mostrar nuestra experiencia en el uso de trocar óptico en cirugía bariátrica laparoscópica y reportar la seguridad y facilidad de esta técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo en el que se analiza el uso de trocar óptico como punto de entrada en la cirugía bariátrica laparoscópica, desde el año 2004. En este periodo se han intervenido 400 pacientes de cirugía laparoscópica en nuestra unidad, usando en todos los casos el trocar óptico. La técnica consistió en realizar una incisión en la piel a nivel supraumbilical de 10-12 mm de longitud, sin necesidad de llegar a la aponeurosis. Después de realizar la incisión, el laparoscopio de 30° y la cánula del trocar se insertan como unidad, avanzando a través de la pared bajo visión; observando las diferentes capas de la pared abdominal, usando movimientos de rotación suaves y con moderada presión. El trocar avanza por dilatación de los tejidos y no por corte por lo que el riesgo de hernia incisional está disminuido. Es importante realizar una entrada perpendicular a través de la aponeurosis. El proceso está controlado en todo momento mediante el monitor. Se comprueba la entrada intraabdominal con la visualización directa de epiplon, intestino o adherencias, lo que es fundamental antes de iniciar la insuflación.

RESULTADOS: El trocar óptico se introdujo en la región supraumbilical en todos los casos. No se presentaron lesiones intestinales ni vasculares, ni tuvimos ninguna dificultad técnica para la creación de neumoperitoneo con este método.

DISCUSIÓN: Hoy en día la cirugía bariátrica laparoscópica es el método de abordaje más utilizado en los centros con experiencia. La entrada al abdomen con aguja de Veress o trocar para poder insuflar y mantener el neumoperitoneo, entrañan peligros como la lesión visceral o vascular inadvertida. El procedimiento abierto de Hasson atraviesa los planos aponeuróticos bajo visión, en cambio, existen estudios que describen una incidencia elevada de casos de lesión inadvertida con esta técnica. En nuestra experiencia, la técnica de Hasson puede ser técnicamente compleja en algunos pacientes, especialmente en los pacientes muy obesos. Consideramos que el común denominador de las lesiones inadvertidas durante la entrada en cirugía laparoscópica es la falta de visibilidad. La utilización del trocar óptico con el laparoscopio en su interior, funcionando como una unidad, ha sido considerado como una alternativa segura que atraviesa los planos aponeuróticos bajo visión directa. En nuestra unidad comenzamos a utilizar el trocar óptico desde 2004, obteniendo desde el inicio una experiencia favorable, por lo que lo hemos utilizado de manera rutinaria en todos nuestros procedimientos con este tipo de abordaje.

CONCLUSIÓN: El acceso con el trocar óptico es seguro, fiable y reproducible; permitiendo una eficaz y rápida colocación del trocar inicial disminuyendo las complicaciones de la punción a ciegas. En nuestro centro, el trocar óptico es de elección para abordar el abdomen en nuestra experiencia laparoscópica desde 2004.

O-006

INTUBACION CON FIBROSCOPIO EN CIRUGIA BARIATRICA

G. Martinez De Aragon Ramirez De Esparza ⁽¹⁾, C. Martinez Blazquez ⁽¹⁾, J.M. Vitores Lopez ⁽¹⁾, V. Sierra Esteban ⁽¹⁾, J. Valencia Cortejoso ⁽¹⁾, J. Barrutia Leonardo ⁽¹⁾, I. Angulo Revilla ⁽¹⁾, A. Gaston Moreno ⁽¹⁾, A. Maqueda ⁽¹⁾, A. Siebel Hermida ⁽¹⁾, I. Larrabide ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Hospital Txagorritxu, Vitoria; ⁽²⁾ Hospital San José, Vitoria.

Uno de los problemas en cirugía bariátrica es la anestesia y mas concretamente el momento de la intubación orotraqueal. Son pacientes con múltiples comorbilidades y debido a su peso la intubación es uno de los momentos mas delicados.

En 1967 Murphy realizó la primera intubación traqueal mediante fibroscopio.

Estudiamos 255 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro Hospital.

Se detalla la técnica, la medicación empleada y los trucos.

100% de éxito en la técnica.

Tiempo medio de 15 minutos.

Buena tolerancia y cuestionario de satisfacción satisfactorio.

Como conclusión es una técnica fácil de aprender, segura y reproducible.

No aumenta el tiempo anestésico.

Muy útil en pacientes de alto riesgo.

Muy bien aceptado por los pacientes

P-020

CIRUGIA BARIATRICA DE RECONVERSION

J.A. Gracia Solanas, B. Calvo Catala, E. Redondo Villahoz, M. Elia Guedea, M.A. Bielsa Rodrigo, M. Martinez Diez.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

INTRODUCCION

Debido al incremento de la cirugía bariátrica en todo el mundo, también se ha visto incrementado el número de casos que precisan reintervención por fracaso de la técnica primaria.

Nuestro objetivo es analizar los resultados en nuestro Centro de dicha cirugía en cuanto a complicaciones postoperatorias y

MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes que precisaron cirugía de reconversión bariátrica hasta Diciembre 2013 en nuestro Centro (n=49/700).

A todos ellos se les realizó estudio radiológico, endoscópico y analítico, para valorar el origen del fracaso. Para su análisis los pacientes fueron divididos en 3 grupos: grupo A (n= 30) que engloba pacientes con insuficiente pérdida ponderal o reengorde y grupo B (n= 14) que engloba déficits nutricionales/diarrea incoercible y grupo C (n= 5) por otras causas como vómitos. Los pacientes que presentaron reengorde fueron reconvertidos a bypass gástrico corto o a Bypass biliopancreático de Scopinaro (tramo común 75 cm) y a los que presentaban desnutrición se les realizó nueva anastomosis intestinal para aumentar el circuito absortivo

Los datos fueron analizados con el programa SPSS v 17.0 en busca de significación estadística

RESULTADOS

Se realizaron 14 alargamientos del tramo absortivo, 11 bypass biliopancreáticos de Scopinaro, 19 bypass gástrico y 3 gastroplastia tubular y 2 secciones de banda gastrica.

IMC inicial : Grupo A: 45,6 kg/m²; Grupo B: 26 kg/m²; Grupo C: 31,5 kg/m².

IMC a 5 años: Grupo A: 35,2 kg/m²; Grupo B: 32 kg/m²; Grupo C: 32,4 Kg/m²

Mortalidad 0%. Morbilidad postoperatoria 25/49: Infeccion de herida 11/49 (Grupo A 5; grupo B 3; Grupo C 3);

Hemoperitoneo Grupo B 2/14; fuga anastomosis Grupo A: 1/30, grupo C (1/5). TEP grupo A 1/30. Estancia hospitalaria (días): Grupo A: 18,4; Grupo B 17,4; Grupo C 20,6 (p>0,05)

DISCUSION

Debido a la complejidad de los mecanismos que actuan en el desarrollo de la obesidad mórbida, es obligado analizar las causas que llevaron al fracaso de la técnica para seleccionar la técnica ideal en cada paciente.

La cirugía de reconversión se sigue de alta morbilidad y estancias hospitalarias prolongadas por lo que la técnica debe ser seleccionada y realizada por cirujanos bariátricos con experiencia.

P-028

SINDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO MEDIO TRAS CIRUGIA BARIATRICA

V. Sierra Esteban, G.M.D.A. Martínez De Aragon Ramirez De Esparza, C. Martínez Blázquez, J.M. Vitores Lopez, J. Valencia Cortejoso, J. Barrutia Leonardo, I.M. Angulo Revilla, A. Gaston Moreno, A. Maqueda, P. Siebel Hermida, M.A. Vicente Vicente.

Hospital Txagorritxu, Vitoria

INTRODUCCIÓN:

El dolor abdominal crónico en pacientes intervenidos de obesidad mórbida es una causa frecuente de consulta al cirujano bariátrico. Algunas de las causas lo desencadenan a corto y medio plazo son las hernias internas o el úlcus de boca anastomótica, siendo más directa su relación con el antecedente quirúrgico. En otras ocasiones el cuadro clínico se desencadena a más largo plazo siendo más difícil su interpretación, como el caso que se presenta. Representa una de las complicaciones raras que se pueden producir en el postoperatorio de la cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente mujer de 28 años de edad, sin antecedentes de interés, que fue intervenida de obesidad mórbida con un IMC de 50, efectuándose un by pass gástrico laparoscópico en junio de 2008. El postoperatorio transcurrió sin incidentes y la pérdida de peso fue correcta. En mayo de 2013 la paciente es colecistectomizada tras episodio de cólico biliar, siendo diagnosticada de colelitiasis y colecistitis crónica. En los controles posteriores la paciente comienza a referir episodios de dolor abdominal diarios con irradiación en cinturón, que le despiertan por la noche y solo ceden con la ingesta de alimentos.

En los controles en consulta externa se realizan ECO abdominal y Colangiografía sin hallazgos significativos. Ante la persistencia de la clínica se solicita gastroscopia que no demuestra complicaciones en el Bypass gástrico. TAC abdominopélvico que tampoco objetiva ninguna alteración significativa que pudiera sugerir hernias internas. Tras consulta con los Servicios de Nutrición y Digestivo que no llegan a demostrar trastorno funcional alguno, se solicita AngioResonancia abdominal que es informada como estenosis en raíz de tronco celiaco con dilatación subsecuente, imágenes que sugieren síndrome del ligamento arcuato mediano.

RESULTADOS:

Tras valorarse el caso se opta por la realización de arteriografía selectiva y colocación de stent como medida diagnóstica y terapéutica. Dicha prueba objetiva una estenosis a nivel del ostium del tronco celiaco con un gradiente de presiones significativo, procediéndose a colocar stent de 6x20 mm. La evolución de la paciente es satisfactoria, estando actualmente en controles en consulta externa, permaneciendo asintomática.

CONCLUSION:

Aunque posiblemente la causa más frecuente de dolor abdominal a largo plazo en la cirugía bariátrica sean las hernias internas, existen otro tipo de complicaciones probablemente también derivadas de la disminución de la grasa mesentérica. Dentro de estas la más habitual referida en la bibliografía es el síndrome de arteria mesentérica superior, por lo que se debe sospechar y diagnosticar

P-029

CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REVISIÓN: EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CIRUGIA DE LA OBESIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Parra Chiclano, M. Rey Riveiro, S. Ortiz Sebastian, N. Rojas Bonet, M. Lillo Felipe, J.L. Estrada Caballero, P. Enriquez Valens, A.B. Apio Cepeda, R. Saeta Campos, F. Lluís.

Hospital General Universitario, Alicante

INTRODUCCIÓN: Los resultados de los procedimientos bariátricos dependen de una adecuada selección de pacientes, experiencia del equipo multidisciplinario y seguimiento a largo plazo. La tasa de cirugía de revisión supone hasta un 10-25% de las intervenciones, según las series, con una morbi-mortalidad superior a la cirugía primaria. Las causas más frecuentes incluyen pérdida de peso insuficiente, reganancia ponderal o complicaciones. El estudio preoperatorio y la evaluación de las causas del fracaso son fundamentales.

OBJETIVO: Describir la experiencia registrada en cirugía de revisión en una Unidad de Cirugía Bariátrica de un Hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de una serie de 420 pacientes sometidos a cirugía bariátrica por obesidad mórbida entre mayo 2007 y diciembre 2013.

RESULTADOS: De los 420 procedimientos realizados, 245 corresponden a Bypass Gástrico (BPG) (58%), 160 a Gastrectomía Vertical Tubular (GVT), (38%) y 15 (4%) a cirugía de revisión. De ellos, el procedimiento primario realizado fue Banda gástrica ajustable (BGA) en 7 casos (intervenido en otro centro), GVT en 5 y BPG en 3. Las causas que motivaron la cirugía de revisión fueron:

- a) Pérdida de peso insuficiente en un caso, tras colocación de BGA. En un primer tiempo se realizó retirada de banda y posteriormente GVT.
- b) Reganancia ponderal en 7 casos: Una paciente con BGA a la que se realizó DBP (Scoppinano), junto con retirada de banda por inclusión parcial de la misma. Dos pacientes con BPG proximal previo, realizándose BPG distal. Y 5 casos, tras GVT, realizándose en 4 conversión a BPG y en 1, completar un cruce duodenal.
- c) Síndrome de intestino corto, secundario a resección masiva de intestino delgado por hernia interna, tras BPG. Se realizó reversión del bypass gástrico.
- d) Complicaciones locales tras BGA en 5 casos (2 por infección, 2 por inclusión intragástrica y 1 por rotura de la banda), procediéndose a retirada de banda, sin realizarse posteriormente ningún otro procedimiento.

Todos los procedimientos de revisión se realizaron por laparoscopia, salvo dos casos que requirieron laparotomía, uno por eventración umbilical gigante y otro por dificultades técnicas por cirugía previa. La tasa de complicaciones postoperatorias fue del 14% (2 casos). Uno por sepsis de origen intraabdominal que requirió relaparoscopia y lavado de la cavidad abdominal. Y otro, por un absceso a nivel de uno de los puertos laparoscópicos, que requirió drenaje y desbridamiento quirúrgico.

DISCUSIÓN: La cirugía de revisión bariátrica entraña un proceso de decisión complejo, que debe tener en cuenta la naturaleza y el estado de la cirugía primaria, así como la identificación de un procedimiento quirúrgico alternativo seguro. La cirugía de revisión es controvertida debido a su alta morbilidad perioperatoria y resultados inconsistentes. Los estudios más recientes indican que los abordajes mínimamente invasivos reducen esta morbilidad, sin comprometer los resultados. Nuestra experiencia muestra un porcentaje de cirugía de revisión por debajo de la media, pero un número de pacientes limitado. Nuestra tasa de morbilidad es baja, con una mortalidad nula, siendo la laparoscopia la vía de abordaje mayoritaria, mostrándose como un abordaje factible y seguro.

P-034

PROTOCOLO A SEGUIR EN NUESTRO HOSPITAL PARA LA INCLUSIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

M.J. Solvas Salmeron, M. Ferrer Márquez, R. Belda Lozano, M. Ferrer Ayza.

Torrecárdenas, ALMERÍA

PROTOCOLO A SEGUIR EN NUESTRO HOSPITAL PARA LA INCLUSIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Todos los pacientes candidatos a cirugía bariátrica en nuestro hospital, deben seguir el circuito de obesidad hasta poder ser evaluado por el cirujano bariátrico: se expone a continuación cuáles son los niveles:

- Nivel 1: Desde Atención primaria, Centro periférico de Especialidades, o Servicios hospitalarios de la Provincia. Los pacientes con obesidad mórbida (IMC > 40 o >35 más comorbilidad) son derivados a Consulta Externa de Riesgo Vascular. En dicha consulta el paciente es estudiado y será derivado a endocrino (si existe alguna alteración hormonal) o a consulta de Nutrición y Dietética (si presenta una obesidad susceptible de tratamiento específico).
- Nivel 2: En consulta de nutrición se evaluará al paciente y se llevará a cabo un consejo dietético avanzado. Los objetivos son: Intento de pérdida de peso del 10% en 6 meses; Pérdida mínima del 5% para seguimiento posterior en consulta externa. Alta y seguimiento por primaria si hay recuperación de peso significativa.
- Nivel 3: Consulta de salud mental. Todos los pacientes valorados por salud mental son remitidos y derivados a la consulta de Nutrición y Dietética. Si son valorados positivamente serán derivados a consulta de Cirugía Bariátrica.
- Nivel 4: Los pacientes que acuden a la consulta de Cirugía, proceden exclusivamente de Nutrición y Dietética, una vez estudiados por la especialidad y evaluados por Salud Mental siendo considerados aptos para intervención.

P-035

PROTOCOLO DEL POSTOPERATORIO HOSPITALARIO TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

M.J. Solvas Salmerón, M. Ferrer Márquez, R. Belda Lozano, M. Ferrer Ayza.

TORECARDENAS, ALMERÍA

Todos los pacientes candidatos a cirugía bariátrica en nuestro hospital, seguirán el siguiente protocolo tras ser intervenidos, independientemente del tipo de cirugía realizada (gastrectomía vertical laparoscópica o bypass gástrico):

- El Inspirómetro deberá ser utilizado al menos una vez cada hora durante la vigilia.
- El paciente debe ser incorporado y sentado en el sillón tras su llegada de reanimación. Desde el primer día postoperatorio se insistirá en su movilización.
- Se les debe concienciar que deben ser ellos mismos los que deben hacer todas las maniobras para su movilización.
- La mayoría de pacientes no precisan sonda vesical, pero en caso de llevarla será retirada el primer día postoperatorio si no existen contraindicaciones.
- En el 2º día, a los pacientes se les practicará un test de Azul de Metileno para despistar la presencia de posibles fístulas.
- Si el test es negativo, comienzan a tolerar líquidos (agua, manzanilla). Si la tolerancia es buena se aumenta a líquidos generales.
- A partir del 2º día se les enseña a autoadministrarse la Heparina de Bajo Peso Molecular, con el fin de que puedan inyectársela posteriormente en su domicilio.
- El tercer día postoperatorio, si no existen incidencias, el paciente será dado de alta con toda la información necesaria por escrito para los siguientes meses y con sus próximas revisiones en consulta.

Durante su estancia se les concientia día a día (colaboración estrecha entre Facultativos y Enfermería) en aceptar una nueva forma de comer y de vivir. Nuestra experiencia es que quienes han adoptado estos nuevos hábitos, han tenido mejores resultados que quienes no han sabido/querido seguir las indicaciones que les explicamos.

P-036

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO EN CONSULTA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

M.J. Solvas Salmeron, M. Ferrer Márquez, R. Belda Lozano, M. Ferrer Ayza.

TORRECARDENAS, ALMERIA

Tras la cirugía bariátrica y el alta hospitalaria, el paciente es revisado al mes de su intervención. Se les pide que traigan anotado el peso semanal, con el fin de ver la curva de la pérdida de Peso-Volumen que van teniendo. Se contestará a las dudas que hayan podido surgir referentes a la dieta y se explorarán las diversas apetencias que muestran y las carencias que tienen en su alimentación.

Desde esta consulta, el paciente puede regresar a su trabajo y debe iniciar su hábito de vida normal. Se le cita para dos meses más tarde (3 desde la intervención) con las siguientes peticiones:

- Analítica de Sangre: hemograma, bioquímica, coagulación, perfil hepático, estudio de anemia, proteinograma completo.
- Estudio Radiológico con Gastrografin®, para ver evolución de la intervención

Se introducen los datos para seguir el registro BAROS.

A partir de la segunda consulta, el paciente es derivado a nutrición, que se encargará de las revisiones y controles que estime oportuno, independientes ya de Cirugía. Por nuestra parte se realizará nuevas revisiones a los seis meses, el año y los dos años de la intervención, en la cual se comprueba el peso, IMC, el PSP, el PEIMCP, el índice cintura-cadera, así como la evolución de la comorbilidad asociada de inicio. Se toman fotografías que permitan guardar el registro del cambio de imagen acaecido al año de la intervención. Se tabula y cierra el registro BAROS. Por último, aquellos pacientes que presenten colgajos importantes y que hayan conseguido presentar un IMC por debajo de 32, serán valorados por cirugía reparadora.

Si no hay alteraciones y todos los resultados son compatibles con la normalidad, se procede al alta hospitalaria con indicación de seguimiento a su Médico de Atención Primaria para quien se adjuntará un resumen de la evolución y se les indica que ya no procede el seguimiento en Unidad de Cirugía Bariátrica.

P-037

IMPACTO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER

C. Jimenez Ramos, P. Macías Díaz, A. Cano Matías, R. Pérez Huertas, E. Domínguez-Adame Lanuza.

VIGEN MACARENA, SEVILLA

Objetivos: 1) Valorar la función sexual femenina en una cohorte de pacientes obesas mórbidas incluidas en Protocolo de Cirugía Bariátrica; 2) Comparar la función sexual femenina en dos tiempos: prequirúrgico (Grupo I) versus postquirúrgico (12-18 meses, Grupo II).

Material y métodos: diseño transversal. Se solicitó a las pacientes que acudieron a la Consulta de Enfermería de Cirugía Bariátrica, de forma voluntaria y anónima, que cumplimentaran dos preguntas sobre la influencia de la obesidad y la cirugía bariátrica en la vida sexual, seguidas del cuestionario validado de Función Sexual de la Mujer – FSM-. El test se compone de 14 ítems que evalúan: a) Respuesta Sexual y presencia de Disfunción Sexual, b) Aspectos relacionales de la actividad sexual,

c) Satisfacción sexual, d) Aspectos de interés sobre la actividad sexual. Las respuestas fueron almacenadas en una base de datos diseñada ex profeso y se realizó estadística descriptiva no paramétrica (prueba χ^2 de Pearson). Se respetaron los principios de Guías de Buena Práctica Clínica en investigación.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes en cada muestra con edad media de 42.04 años en el Grupo I y 38.56 en el II. El 88% de mujeres no intervenidas considera que la obesidad limita su vida sexual y el 100% que la cirugía bariátrica puede mejorarla. Tras la intervención, el 80% del Grupo II confirma que mejoró su vida sexual, mientras que un 15% considera haber empeorado. Un 64% de las mujeres del grupo prequirúrgico mantuvo actividad sexual durante las últimas cuatro semanas, incrementándose esta cifra a un 80% en el grupo postquirúrgico. El resto de resultados de la encuesta se resume en la tabla.

Conclusiones: Estos datos muestran que la cirugía bariátrica mejora la sexualidad de las mujeres obesas mórbidas, destacando la frecuencia de la actividad sexual y la iniciativa y satisfacción sexual general.

Dominios evaluadores de actividad sexual	Interpretación	Precirugía (%)	Postcirugía (%)	p
Deseo	Trastorno severo	0	6.25	0,102
	Moderado	31,25	6.25	
	Sin trastorno	68.75	87.5	
Excitación	Trastorno severo	0	6.25	0,330
	Moderado	18.75	6.25	
	Sin trastorno	81.25	87.5	
Lubricación	Trastorno severo	12.5	12.5	0,752
	Moderado	12.5	6.25	
	Sin trastorno	75	81.25	
Orgasmo	Trastorno severo	6.25	6.25	0,552
	Moderado	6.25	0	
	Sin trastorno	87.5	93.75	
Problemas con la penetración vaginal	Trastorno severo	0	0	0,120
	Moderado	12.5	0	
	Sin trastorno	87.5	100	
Ansiedad anticipatoria	Trastorno severo	6.25	0	0,409
	Moderado	12.5	6.25	
	Sin trastorno	81.25	93.75	
Iniciativa sexual	Sin iniciativa	25	6.25	0,038
	Moderada	43.75	25	
	Con iniciativa	31.25	68.75	
Grado de comunicación sexual	Ausencia	12.5	6.25	0,740
	Moderada	18.75	18.75	
	Sin problema	68.75	75	
Satisfacción de la actividad sexual	Insatisfacción	6.25	6.25	0,293
	Moderada	12.5	0	
	Satisfactoria	81.25	93.75	
Satisfacción sexual general	Insatisfacción	12.5	6.25	0,207
	Moderada	12.5	0	
	Satisfactoria	75	93.75	



Frecuencia de la actividad sexual	1-2 veces	50	12.5	
	De 3 a 4 veces	25	50	0,037
	De 5 a 8 veces	6.25	25	
	De 9 a 12 veces	6.25	6.25	

P-039

LA OBESIDAD EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DE ALMERIA PERIFERIA

M. Ferrer Marquez, A.M. Alcaraz Garcia, M.D.R. Ayala Maqueda.

Hospital Torrecárdenas, Almería

OBJETIVOS.

- Conocer los valores de IMC de la población infantil escolar.
- Conocer el porcentaje de obesos de la población escolar.

MATERIAL Y MÉTODO.

MATERIAL.

La población infantil en edad escolar de 1º y 6º de primaria y 2º de la enseñanza escolar obligatoria (ESO), excepto los repetidores de 2 de ESO, de colegios e institutos de la zona básica de Almería Periferia.

METODO.

- Programa de Salud Escolar del Servicio Andaluz de Salud (SAS).
- Programa PIOBIN.
- Tabla Orbegozo.
- Tablas de crecimiento.
- Programa estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS.

El 35% de los niños son obesos, mientras que el 25% presentan sobrepeso y el 40% restante se encuentran en el rango de normopeso.

CONCLUSIONES.

La obesidad infantil en Almería es elevada pero se encuentra por debajo de la media nacional.

Hay que prestar atención al porcentaje de niños con sobrepeso, puesto que ellos pueden derivar en niños obesos o niños con normopeso, dependiendo de que sus hábitos sean saludables o no.

Hay que impartir programas de salud dirigido a padres y niños para informare sobre los hábitos saludables y las pautas a seguir.

P-040

COMITÉ TÉCNICO BARIÁTRICO: EL BAREMO DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGÍA

M.J. Solvas Salmeron, M. Ferrer Márquez, R. Belda Lozano, M. Ferrer Ayza.

Torrecárdenas, Almería

Los pacientes obesos siguen un protocolo de entrada para ser incluidos como candidatos a cirugía bariátrica. Una vez valorados en la consulta de cirugía (tras haber pasado nutrición, endocrino y psicología) y aceptados para la intervención, deben pasar por Comité Técnico bariátrico. Una vez al mes el Comité Técnico Bariátrico se reúne para comentar los nuevos pacientes candidatos a cirugía bariátrica. El comité está formado por un presidente (gerente del hospital), vicepresidente (subdirector médico del hospital) y seis vocales (entre ellos un endocrinólogo, un nutricionista, dos cirujanos, un psicólogo y un representante de atención a la ciudadanía). Entre sus funciones destaca: Analizar las inclusiones en lista de espera quirúrgica en función de criterios de inclusión/exclusión y priorización según baremo; Aprobar la programación quirúrgica mensual; Evaluar casos especiales; Valorar y dar respuestas definitiva a las reclamaciones; Indicadores de calidad y evaluación.

Para ello, se realizó un baremo a través del cual se va puntuando a los pacientes, que quedan incluidos en lista de espera en función de:

- Tiempo (meses) en lista de espera.
- Patología asociada.
- Indicación expresa y grave por servicio médico.
- Edad (menos de 35, entre 35 y 50, mayor de 50).
- Tabaquismo.
- Según IMC (35-50; 51-60; > 61).
- Entorno social y familiar adecuado.

Una vez valorados los pacientes y puntuados, su orden se sigue de manera sistemática hasta ser avisados para ser intervenidos de cirugía bariátrica.

P-042

PREDICTORES DE RE-GANANCIA DE PESO TRÁS CIRUGÍA BARIÁTRICA

I. Calvo Viñuela, M. Expósito García, A.I. De Cos Blanco.

H.U La Paz, Madrid.

Introducción: En un porcentaje significativo de pacientes sometidos a procedimientos de Cirugía Bariátrica (CB), se produce reganancia de peso tras los primeros años, se cree que las influencias del comportamiento juegan un papel modulador en este problema.

Objetivo: Nos planteamos identificar los factores respecto al comportamiento y estilo de vida, que pueden restar efectividad a la CB pasados tres-cuatro años tras Bypass Gástrico (BYG) o Gastrectomía Tubular (GT).

Métodos: El estudio se realizó en 68 pacientes:(71% mujeres y 29% hombres) intervenidos en el periodo 2008-2009 de CB (48% GT y 52% BYG) en un Hospital de Tercario de la Comunidad de Madrid.

Mediante cuestionario "ad hoc" se han registrado asistencia a visitas de seguimiento, hábitos alimentarios (número de ingestas, tamaño de ración) y de actividad física y autopercepción sobre los resultados obtenidos. Se ha establecido contacto telefónico con cada uno de los pacientes para confirmar datos de historia clínica.

Resultados: Edad media de 41,4 ±9,3 años. Observamos que los pacientes con BYG, perdieron más peso el 74% frente al 46,2% con GT, utilizando como indicador el % de exceso de IMC perdido. Cuando evaluamos el % de peso perdido (P.P): el 66% de BYG pierde un ≥30% y ≤30% P.P el 64% G.T

El 56%, pacientes con IMC entre 40 y 50 perdieron ≥30% del peso corporal mientras que en los casos de obesidad extrema (IMC >50), únicamente el 44% perdió ≥30%. Con tendencia a la significación (0,067)

La falta de adherencia al seguimiento en el consejo nutricional se asociaba a reganancia de peso. Un 37% no asisten a consulta médica y el 88% no asisten a consulta de enfermería, el 12% restante tenían menos reganancia de peso.

Respecto a la actividad física, un 53% se declaraba "activo" y de ellos un 70% perdió ≥ 30% P.P. Un 26,5% no hacía ningún tipo de actividad física. En relación con la autopercepción sobre los resultados obtenidos, un 86% declaraba sentirse bien-fenomenal y se correlacionaba con la pérdida de peso.

Conclusiones:

- La importancia de un seguimiento nutricional es un mecanismo para asegurar el éxito de la cirugía bariátrica.
- La adherencia a un programa de actividad física es un factor predictivo en el mantenimiento del peso perdido

P-050

CARACTERÍSTICAS CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS DE LAS LIPOPROTEÍNAS PLASMÁTICAS EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA: EFECTO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

J. Peinado-Onsurbe ⁽¹⁾, E. Pardina ⁽¹⁾, J.A. Baena-Fustegueras ⁽²⁾, J. Rossell ⁽¹⁾, M. Pérez-Cuéllar ⁽³⁾, R. Ferrer ⁽⁴⁾, J.M. Fort ⁽⁴⁾, A. Lecube ⁽²⁾, F. Blanco-Vaca ⁽³⁾, J.L. Sánchez-Quesada ⁽⁵⁾, J. Julve ⁽³⁾.

⁽¹⁾ Facultat de Biologia. Universitat de Barcelona, Barcelona; ⁽²⁾ Hospital Arnau de Vilanova, Lleida, Lleida; ⁽³⁾ Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; ⁽⁴⁾ Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona; ⁽⁵⁾ Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Barcelona.

Objetivos

La cirugía bariátrica indicada para pacientes con IMC ≥ 40 Kg/m² resulta en una mejora en las concentraciones plasmáticas de colesterol de LDL y triglicéridos. El propósito del presente estudio fue evaluar el efecto de la pérdida de peso en las características aterogénicas del perfil lipídico en sujetos operados.

Material y Métodos

Se estudiaron veintiún pacientes con obesidad mórbida y seguimiento del efecto de la cirugía bariátrica (mediante bypass gástrico en Y de Roux) durante un año tras la operación sobre los cambios en su perfil lipídico. La composición química y la actividad de Lp-PLA2 (fosfolipasa A2 asociada a lipoproteínas) se analizó en plasma total y sus lipoproteínas. El tamaño de las lipoproteínas se evaluó por electroforesis en gel en gradiente de poliacrilamida no desnaturizante, mientras que el grado de oxidación de las LDL se determinó mediante un ELISA. En biopsias de hígado se midió el cambio en la abundancia relativa de mRNA de receptores *scavenger* y de enzimas antioxidantes.

Resultados

El análisis del perfil lipídico en plasma mostró una reducción en las concentraciones plasmáticas de colesterol y triglicéridos, siendo ello debido principalmente a una reducción significativa en la concentración plasmática de las lipoproteínas circulantes que contienen apoB tras la cirugía. Tampoco se observaron cambios significativos en la composición relativa de las LDL ni en su fenotipo. Aunque la pérdida de peso no resultó en un aumento significativo en la concentración plasmática de HDL, sí se observó un aumento relativo en la proporción de partículas HDL de tamaño más grande (HDL-2) (> 2 veces, $p < 0,001$). El cambio hacia partículas HDL, predominantemente más grandes, estuvo asociado a un aumento en su contenido relativo de éster de colesterol y disminución en su contenido en proteínas. La pérdida de peso después de la cirugía también resultó en una disminución significativa en la concentración plasmática de las LDL oxidadas ($\sim -25\%$, $p < 0,01$) y en la actividad total de la Lp-PLA2, siendo estos cambios principalmente asociados a una disminución en la concentración plasmática de las lipoproteínas que contienen apoB.

Conclusión

Nuestros datos indican que la pérdida de peso, inducida mediante cirugía bariátrica en pacientes obesos, mejora el perfil aterogénico de sus lipoproteínas plasmáticas.

P-059

ALTERACIONES CARDIACAS EVALUADAS POR ECOCARDIOGRAMA EN UNA COHORTE DE PACIENTES OBESOS

O.A. Rozo Coronel, L. Hernandez, L. Manzanedo, J. Torres, M. García, A. Mateos, L. Ortega, M. Marcos.

Hospital Clínico Universitario de Salamanca

OBJETIVOS

Las personas con obesidad presentan un incremento del riesgo de morbilidad, mortalidad y enfermedades cardiovasculares. El exceso de grasa corporal condiciona un aumento de la precarga y postcarga debido a una circulación hiperdinámica, una sobrecarga crónica de volumen y un aumento de resistencias periféricas, situaciones inicialmente asintomáticas que se asocian con un futuro compromiso cardíaco. La obesidad es por tanto un predictor independiente de insuficiencia cardíaca en la población general. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas y los hallazgos ecocardiográficos de una cohorte de pacientes con obesidad mórbida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de los hallazgos ecocardiográficos de un grupo de pacientes obesos con IMC > 35 a los que se les realizó cirugía bariátrica electiva en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca, entre Noviembre de 2010 y Marzo de 2013.

RESULTADOS

Se incluyeron 31 pacientes obesos. La media de edad, peso e IMC fueron de 44,7 (desviación estándar [DE]: 11,5) años; 130,4 (17) kg y 49,3(6,2) Kg/m² respectivamente. El 74,2% fueron mujeres. En un 67,7 % se realizó el diagnóstico de hipertrofia ventricular. Dos pacientes presentaron disfunción diastólica grado I. El 17,2% presentaron dilatación de la aurícula izquierda. La disfunción sistólica estuvo presente en 2 pacientes y fue grado leve en ambos. La dilatación del ventrículo izquierdo se evidenció en un 13%. Ninguno de los pacientes tenía disfunción del ventrículo derecho medida por TAPSE.

DISCUSIÓN

Las personas obesas tienen un incremento total del volumen sanguíneo circulante, con el consecuente aumento de la postcarga, que puede causar dilatación ventricular y un posterior desarrollo de hipertrofia excéntrica del ventrículo izquierdo. Diferentes estudios han demostrado que los pacientes obesos presentan cambios en el metabolismo miocárdico e infiltración grasa del mismo, que pueden afectar la estructura y la función cardíaca. Estos cambios pueden derivar en el desarrollo de disfunción diastólica, la cual puede estar presente hasta en un 57% de los pacientes obesos. En nuestro estudio se evidencia un alto porcentaje de hipertrofia ventricular izquierda, con una baja incidencia de disfunción diastólica. La baja incidencia de disfunción diastólica en nuestro estudio puede estar en relación con una media de edad más baja respecto a estudios previos y probablemente represente una fase más temprana de obesidad.

CONCLUSIONES

Los pacientes obesos presenta una elevada incidencia de hipertrofia ventricular, la cual puede determinar el desarrollo de disfunción diastólica.

REFERENCIAS

1. Cil H, Bulur S, Turker Y, et al. Impact of body mass index on left ventricular diastolic dysfunction. *Echocardiography* 2012;29:647-51.
2. Kossaify A, Nicolas N. Impact of overweight and obesity on left ventricular diastolic function and value of tissue Doppler echocardiography. *Clinical Medicine Insights Cardiology* 2013;7:43-50.
3. Russo C, Jin Z, Homma S, et al. Effect of obesity and overweight on left ventricular diastolic function: a community-based study in an elderly cohort. *Journal of the American College of Cardiology* 2011;57:1368-74.

P-060

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR VÓLVULO DE COLON EN UN PACIENTE CON CIRUGIA BARIÁTRICA PREVIA Y MALROTACIÓN INTESTINAL

M.D. Frutos, J. Ruiz, B. Febrero, E. Gil, A. Lopez-Conesa, A. Rios, J.M. Rodriguez, J.A. Lujan, P. Parrilla.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

Introducción. La malrotación intestinal se define como el fallo en la rotación y fijación normales del intestino medio durante el desarrollo fetal. Existe un subtipo denominado “no rotación”, que aparece cuando el intestino regresa a la cavidad abdominal habiendo rotado sólo los primeros 90° en sentido antihorario, situándose el intestino delgado a la derecha del abdomen y el colon a la izquierda. La malrotación intestinal ocurre en 1 de cada 500 nacimientos. Suele diagnosticarse en neonatos, y el 90% de casos sintomáticos ocurren el primer año de vida. Si no produce sintomatología en esta etapa, esta alteración puede permanecer asintomática toda la vida o producir clínica en la época adulta, ya que estos pacientes son más propensos a desarrollar vólvulos intestinales.

Caso clínico. Mujer de 36 años que acude a Urgencias por dolor abdominal tipo cólico, difuso, de 12 horas de evolución, asociando vómitos e imposibilidad para defecar y ventosear desde el inicio del cuadro. Entre sus antecedentes, intervención hace 7 años por obesidad mórbida, hallando en esta intervención, una malrotación colónica tipo “no rotación”, decidiéndose la realización de una derivación bilio-pancreática con sección intestinal a 270 cm de válvula ileocecal ya que no fue posible identificar el ángulo de Treitz, y pie de asa a 70 cm de válvula ileocecal.

A la exploración física la paciente se encontraba con regular estado general, afectada por el dolor, afebril, con tensión arterial 100/60 mm/Hg y frecuencia cardíaca 110 l.p.m. Abdomen distendido, doloroso de forma difusa, con signos de irritación peritoneal. Al tacto rectal ampolla rectal vacía. En la analítica 19140 leucocitos (86,6% neutrófilos), pH 7,131 y lactato 6,1 mmol/l. En la radiografía de abdomen se apreciaba gran distensión de colon en hemiabdomen izquierdo sin apreciar marco cólico en hemiabdomen derecho. Se realizó una tomografía computarizada, que informaba de malrotación intestinal ya conocida, observándose una disminución progresiva de la luz del de recto-sigma hasta un punto de cambio brusco de calibre, apreciando después una severa dilatación de resto del colon, asociando signos de sufrimiento intestinal, siendo estos hallazgos compatibles con vólvulo de colon complicado.

Se intervino de urgencia mediante una laparotomía media suprainfraumbilical, observando volvulación del colon derecho, muy dilatado y con parches necróticos en la pared. Se desvolvió el mismo, realizándose hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica L-L mixta reforzada. Se resecaron 20 cm de ileon terminal, quedando el pie de asa a 50 cm de la anastomosis ileocólica, lo que aseguró la no malnutrición de la paciente. La paciente evolucionó favorablemente en planta, siendo alta al cuarto día postoperatorio. Tras 6 meses desde la intervención, la paciente se mantiene asintomática y con buenos controles.

Conclusiones. La malrotación intestinal es un diagnóstico infrecuente en adultos. Esta patología predispone a la formación de vólvulos intestinales, pudiendo debutar con un abdomen agudo que requiera intervención quirúrgica urgente. Si esta patología ocurre en pacientes con cirugía bariátrica previa, pensamos que estos pacientes deben ser manejados en centros con experiencia en cirugía bariátrica para evitar catástrofes de malnutrición u otras complicaciones por desconocimiento de la técnica.

P-065

REALIZACIÓN DE NEUMOPERITONEO MEDIANTE TROCAR ÓPTICO EN CIRUGÍA DE LA OBESIDAD

R. Belda Lozano, M. Ferrer Márquez, M.J. Solvas Salmerón.

Hospital Torrecárdenas, Almería

Introducción:

El abordaje laparoscópico se ha convertido en el gold-estandar en la cirugía de la obesidad. Los autores resumen su experiencia en cuanto a la seguridad y complicaciones en relación con el uso de trocares sin cuchilla en la realización del neumoperitoneo

Métodos:

Desde febrero 2010a diciembre 2013 se recogen 162 cirugías bariátricas realizadas usando trócares sin cuchilla de 12 mm de entrada bajo visión directa. El IMC medio fue de 48.3 Kg/m².

Resultados:

En este estudio, el 83% de los pacientes completaron el seguimiento (a 15 meses). No tuvieron lugar lesiones de intestino delgado, ni vasculares. Se detectó una hernia en uno de los orificios de salida utilizados para una manga gástrica (0.6 %).

Conclusiones:

El uso del trocar sin cuchilla en la realización de neumoperitoneo parece una opción válida y segura en la realización de neumoperitoneo en cirugía bariátrica laparoscópica.

P-066

UTILIDAD DEL TEST ELF COMO PREDICTOR DE ESTEATOHEPATITIS Y FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES OBESOS SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

M. Frutos, J. Lujan, I. Cebreiros, F. Guzman, J. Noguera, C. Ramirez, M. Martínez, A. Bas, Q. Hernández, P. Parrilla.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

Introducción

La prevalencia de la enfermedad del hígado graso no alcohólica (EHNA) es del 70 % en los pacientes obesos. Hay un amplio espectro en la histología del hígado graso no alcohólico, que va desde la esteatosis a la esteatohepatitis (NASH), fibrosis y cirrosis. La esteatosis generalmente permanece estable y sin complicaciones, pero los pacientes con NASH o fibrosis tienen un mayor riesgo de cirrosis, hipertensión portal y hepatocarcinoma.

La biopsia hepática es el estándar para el diagnóstico de hígado graso no alcohólico, pero tiene riesgos y limitaciones, por lo que se han desarrollado herramientas de diagnóstico no invasivas tales como biomarcadores séricos y los métodos de diagnóstico por imagen.

La técnica de imagen ARFI (Acoustic Radiation Force Impulse) permite identificar y cuantificar el grado de esteatosis y fibrosis hepática conjugando la visión sonográfica con las características elastográficas del tejido.

La técnica ELF es un algoritmo de diagnóstico de la fibrosis hepática que combina tres marcadores directos de suero: ácido hialurónico (HA), procolágeno III péptido amino terminal (PIIINP) y el inhibidor tisular de la metaloproteinasa 1 (TIMP - 1). El resultado se convierte en una puntuación sin unidades que indica el nivel de fibrosis.

El objetivo fue evaluar la fiabilidad de ELF para diferenciar EHNA de NASH y fibrosis en la obesidad mórbida antes de la cirugía bariátrica mediante biopsia hepática como patrón de referencia.

Material y Método

Estudio prospectivo en 55 pacientes con obesidad mórbida que iban a someterse a cirugía bariátrica, analizando las medidas de las velocidades de corte (Vc) en hígado, mediante la técnica ARFI y una muestra de suero para la determinación de ELF (ADVIA Centaur, Siemens®). Estos resultados se compararon con el análisis histológico de una cuña de tejido hepático obtenida durante la intervención quirúrgica. Los pacientes se clasificaron de acuerdo a los resultados de la biopsia en dos grupos: el grupo A con hígado normal o esteatosis simple (n = 27), y el grupo B con inflamación y / o fibrosis (n = 28).

Resultados

Los resultados de ELF obtenidos en cada grupo fueron: A [8,34 ± 0,72]; B [8,99 ± 0,75], con diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p < 0,005). El valor de corte fue de 8,72 (71,4% de sensibilidad; 74,1% especificidad).

El área bajo la curva ROC para diferenciar los pacientes con NASH o fibrosis de los que tienen el hígado normal o esteatosis simple usando ELF fue 0,741. Además ELF se correlacionó significativamente con los resultados de ARFI (r = 0,285 p < 0,05).

Conclusión

La determinación ELF es una herramienta de diagnóstico útil para diferenciar la EHNA de NASH o fibrosis hepática, que se correlaciona significativamente con los resultados de ARFI y con los resultados histológicos. Todo ello nos puede ayudar a establecer y evaluar clínicamente poblaciones de riesgo como son los obesos mórbidos en los que no existen otros indicios de daño hepático.

V-008

EVOLUCION EN LOS ASPECTOS TECNICOS DE LAS ANASTOMOSIS INTESTINALES POR PUERTO UNICO

I. Alarcón Del Agua, S. Morales-Conde, A. Barranco, H. Cadet, M. Rubio, M. Socas.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: La falta de estandarización en la cirugía por puerto único es una de las principales críticas a este nuevo tipo de abordaje frente al laparoscópico convencional. Diferentes formas y diferentes instrumentos han sido utilizados para la realización de anastomosis intestinales en cirugía por puerto único.

Material y métodos: Presentamos nuestra experiencia en la evolución de las anastomosis por puerto único hasta conseguir una estandarización de la técnica mediante el empleo de diferentes técnicas, hilos y dispositivos de tracción. El empleo de instrumentos percutáneos de tracción, instrumentos de sutura y anudado o suturas barbadas han sido utilizadas en nuestro grupo para conseguir desarrollar una técnica fácil y reproducible de anastomosis intracorporea en puerto único.

Conclusión: La estandarización de la técnica es un aspecto obligado en el abordaje por puerto único para conseguir, al menos, resultados similares al abordaje laparoscópico convencional. Los esfuerzos de los cirujanos y de las casas comerciales deben ir dirigidos al desarrollo de nuevos materiales e instrumentos que faciliten la cirugía por puerto único para aumentar su seguridad y su reproductibilidad.

V-028

SUTURA MANUAL EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

R. Bou Pérez ⁽¹⁾, C. Serra Díaz ⁽¹⁾, N. Pérez Climent ⁽¹⁾, A. Baltasar Torrejón ⁽²⁾, M. Bengochea Cantos ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Hospital Verge dels Liris y Sanatorio San Jorge, Alcoy; ⁽²⁾ Sanatorio San Jorge, Alcoy, Alcoy.

Objetivos: Mostrar la idoneidad de la sutura manual en las técnicas laparoscópicas de cirugía bariátrica y metabólica y la posibilidad de su realización.

Material y métodos: En el vídeo se expone la confección de lazos y nudos corredizos que facilitan el inicio y final de las suturas continuas laparoscópicas así como a preparar una sutura monofilamento con dos agujas y de una longitud adecuada para la realización de las anastomosis.

Resultados: La preparación de los hilos ayuda en gran medida en la confección de las suturas continuas acortando de forma evidente el tiempo necesario para su realización.

Conclusiones: Una de las maniobras más complejas de la cirugía laparoscópica es la sutura manual. Cuantas más veces la realicemos, más habilidades adquiriremos para realizar cualquier otro tipo de maniobra. Por otra parte, la sutura manual nos aporta seguridad en la confección o refuerzo de las anastomosis y en el cierre de los espacios y brechas mesentéricas. El ahorro en el coste económico de la intervención es otra de sus ventajas. Con la confección de nudos corredizos y la preparación de los hilos a utilizar, se facilita en gran medida esta maniobra.

O-001

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR DESINFLADO Y MIGRACIÓN DE BALÓN INTRAGÁSTRICO

J.L. Cabañas Ojeda, C. Hernandez Perez, D. Sierra Barbosa, B. Lasses Martinez, C. Sanchez Del Pueblo, A.J. Torres Garcia.

Clínico San Carlos, Madrid

INTRODUCCION.

La introducción del balón intragástrico para el tratamiento de la obesidad mórbida supuso una nueva herramienta en esta patología. Sin embargo, no está exento de complicaciones como pueden ser la erosión, perforación y obstrucción de tracto de salida gástrica. El desinflado y migración de este balón se ha descrito en la literatura desde el inicio de su implementación, acarreado importantes consecuencias para los pacientes.

MATERIALES Y METODOS:

Presentamos a un paciente varón de 49 años con antecedentes de esquizofrenia de difícil control y un balón intragástrico insertado en una clínica dos años atrás sin seguimiento posterior.

Es traído a urgencias por la familia por presentar cuadro de náuseas y vómitos de al menos una semana de evolución acompañado de dolor abdominal y estreñimiento.

En las radiografías de abdomen se objetivó dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos, y la sospecha de un objeto extraño a nivel de fosa iliaca izquierda, confirmado por un TC abdominopélvico que evidenció la presencia del balón desinflado en íleon y dilatación proximal de asas. Además en la analítica se evidenció una desnutrición grave con niveles de Albumina sérica de 1,3 g/dL.

RESULTADO:

Mediante un abordaje laparoscópico se realizó de forma urgente la extracción del balón desinflado que se encontraba alojado en un asa de íleon distal a través de una enterotomía y posterior cierre primario.

DISCUSION:

Si bien los balones intragástricos son un método relativamente seguro para tratar la obesidad, existen complicaciones relacionadas y el médico debe estar al tanto de ellas. El desinflado de dichos dispositivos no es infrecuente, y varía ampliamente según series y tipos de balones utilizados. Se han descrito tasas de desinflado desde el 2,8% hasta 19,4%. Existen métodos para minimizar este riesgo como es el seguimiento estrecho y la retirada del balón alrededor de los 6 meses posteriores. Además algunos balones son llenados con azul de metileno, aunque la efectividad de este método no es perfecta ya que muchos balones sufren desinflado lento y no llegan a teñir la orina.

La realización de cualquier procedimiento para la pérdida de peso en pacientes con alguna patología psiquiátrica es todavía tema de amplio debate. Independientemente de este factor todo paciente con un balón intragástrico debería ser seguido de forma estrecha.