

Generalidades y Miscelánea (Comunicaciones orales, posters y videos)

SECO 2015

O-004

ANÁLISIS COSTE EFECTIVIDAD DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J.L. Rodicio Miravalles, J. Alonso Fernández, T. Díaz Vico, A. Rizzo Ramos, E. Turienzo Santos, L. Sanz Álvarez

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

OBJETIVOS

La cirugía bariátrica ha adquirido un protagonismo en nuestro medio que nos obliga a conocer bien su impacto económico. Para ello nos proponemos estudiar qué variables inciden en coste y efectividad de una Unidad de Cirugía Bariátrica e identificar la técnica quirúrgica más coste/efectiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo. Periodo octubre de 2003-diciembre de 2012.

Se calculan costes de: intervención quirúrgica, estancia y totales, del proceso completo de cirugía bariátrica hasta el segundo año postoperatorio. Analizamos la efectividad por: porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) a los dos años de la cirugía.

Se analizan diferencias significativas en coste, coste/efectividad (C/E) y PSP para variables independientes (técnica quirúrgica, sexo, edad, colecistectomía, periodo intervención, tipo de Bypass) mediante t student.

RESULTADOS

De los 379 pacientes intervenidos en este periodo tenemos el seguimiento a los dos años en 361. Son 70 hombres y 291 mujeres (80,6%); 229 intervenciones en 2003-2008 y 132 en 2009-2012. Edad: < 40: 141, 41-55: 172, >

55: 48. Técnica quirúrgicas: Bypass gástrico (BG) 349 (217 cirugía abierta, 119 laparoscópicas, 13 conversiones), Gastrectomía Vertical 12 (7 abiertas, 5 laparoscópicas). 57 de ellos con colecistectomía.

El PSP al segundo año presenta un resultado excelente (>65%) en 318 pacientes, bueno (50-65%) en 41 y fracaso (<50%) en 2. No encontramos diferencias significativas para las variables estudiadas: sexo, período, éxito, tramos de edad y para tipo BG. Comparando cirugía abierta y laparoscópica encontramos diferencias (99% IC) para la estancia y coste por estancia en favor de la laparoscópica y para el tiempo quirúrgico a favor de la abierta; diferencias (95%IC) en el PSP al segundo año en la laparoscópica. En C/E no encontramos diferencia significativa.

Valores medios al segundo año BG abierto vs. Laparoscópico en Costes Totales: 10826,40€ – 11936,62€; PSP:

67,6% – 73,01%; C/E Costes Totales: 103,38 – 230,31; C/E costes intervención: 60,14 – 157,14; y C/E costes estancia: 22,2 – 23,72.

CONCLUSIONES

En nuestra serie la técnica laparoscópica no demuestra ser más coste-efectiva que la abierta, sí reduce la estancia media pero la relación coste/efectividad no resulta favorable en coste por estancia, ni en el de intervención, ni en el coste total, pues muestra mayor consumo en tiempo de quirófano y material quirúrgico. Se aprecian diferencias entre ambas en tiempo quirúrgico y PSP.

O-012

BONDAD DEL AJUSTE ENTRE LOS MODELOS PREDICTIVOS DE RESOLUCIÓN DE MORBILIDADES TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

J. Martín Ramiro, M. Marqueta De Salas, S. Sánchez-Molero, N. Marcelin, D. Enjuto, M. Pérez, J. Bernar, J. Vázquez Echarri, N. Herrera

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés

OBJETIVOS

Comparar la bondad del ajuste entre los modelos predictivos de resolución de morbilidades con los resultados clínicos obtenidos tras el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida.

MATERIAL Y MÉTODOS

A partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2012, obtenemos la prevalencia de la obesidad mórbida y de las morbilidades asociadas, a partir de ellas y de los riesgos relativos publicados calculamos las fracciones atribuibles poblacionales (FAP) y por tanto obtenemos que parte de estas están directamente relacionadas con la obesidad. Por otro lado y tomando los resultados clínicos obtenidos por la Unidad de Obesidad mórbida del Hospital Universitario Severo Ochoa en cuanto a la resolución de las 2 morbilidades más frecuentes diabetes mellitus II (DM) e hipertensión arterial (HTA). A partir de los datos anteriores podemos calcular la bondad de ajuste de los modelos predictivos a la realidad.

RESULTADOS

A partir de los datos de la ENS, el 0,81% de la población entre 18 y 65 años presenta obesidad mórbida (IMC>40); lo cual en números absolutos supone una muestra de 259.041 individuos (43,65% varones). Según la ENS la prevalencia de HTA en obesos mórbidos es de un 44,83% (40,00% en varones y 48,48% en mujeres) mientras que la de la DM es de un 21,55% (20,00% en varones y 22,73% en mujeres). Aplicando FAP calculamos que corrección de dichas morbilidades podríamos esperar eliminando el factor de riesgo, en este caso la obesidad mórbida, en nuestro caso un 1,39% para la HTA y un 15,70% para la DM. A partir de los datos clínicos de nuestro centro en cuanto a la corrección de las morbilidades encontramos un descenso del 49% en la HTA y del 22% en la DM.

CONCLUSIONES

Los modelos teóricos predictivos en cuanto a la corrección de comorbilidades de la obesidad mórbida tras cirugía bariátrica infraestiman la eficacia de dichas técnicas, debiendo ser tenido en cuenta por los gestores sanitarios a la hora de planificar los servicios y prestaciones de salud.

O-011

ANÁLISIS COSTE BENEFICIO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL HOSPITAL U. SEVERO OCHOA

J. Martín Ramiro, M. Marqueta De Salas, J. Vázquez Echarri, S. Sánchez-Molero, N. Marcelín, D. Enjuto, M. Pérez, J. Bernar, N. Herrera

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés

La obesidad fue responsable del 7% del gasto sanitario español en el año 2012, según datos de la AECOSAN, lo que supuso un coste de 2.500 millones de euros en aquel año para las arcas públicas. Aunque los efectos clínicos de la cirugía bariátrica están ampliamente documentados, existen muy pocos estudios sobre el impacto económico de estos procedimientos, la relación entre costes y beneficios.

OBJETIVOS

Cuantificar los costes directos de la obesidad mórbida y la efectividad de la cirugía bariátrica en ellos, cuantificado como el tiempo de retorno de la inversión de la cirugía de la obesidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

A partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2012, obtenemos la población obesa mórbida y las morbilidades asociadas, aplicando fracciones atribuibles poblacionales obtenemos que parte de estas están directamente relacionadas con la obesidad (coste de las morbilidades atribuibles a la obesidad). Por otro lado y tomando los resultados clínicos obtenidos por la Unidad de Obesidad mórbida del Hospital Universitario Severo Ochoa y de la contabilidad analítica de ese centro, podemos calcular el coste por paciente. Basándonos en la literatura científica obtenemos el coste anual de las morbilidades. A partir de los datos anteriores podemos calcular el tiempo de retorno de la inversión quirúrgica expresada como ahorro de costes.

RESULTADOS

A partir de los datos de la ENS, el 0,81% de la población entre 18 y 65 años presenta obesidad mórbida (IMC>40); lo cual en números absolutos supone una muestra de 259.041 individuos (43,65% varones). A partir de la contabilidad analítica del Hospital universitario Severo Ochoa, Leganés, el coste total por cirugía bariátrica (GRD 288) es de 4.223,05 €. La bibliografía internacional y nacional cifra el coste anual en obesos, de las enfermedades cardiovasculares incluyendo la HTA en 3.400 €, el de la diabetes sin complicaciones micro ni macroangiopáticas en 1.770 €, la dislipemia supone 600 € y del dolor crónico de espalda en un amplio abanico entre 760 y 3.335 € (según el tratamiento sea en atención primaria o unidades del dolor). A estos costes directos habría que sumar los indirectos, derivados de la mortalidad prematura, incapacidades laborales permanentes y temporales estimados en 3000 €/año.

Tomando en consideración exclusivamente los costes directos ahorrados, a partir de los datos clínicos de nuestro centro en cuanto a corrección de las morbilidades (49% de la HTA, 22% DM, 100% DLP y 37% el dolor crónico de espalda), el tiempo de retorno del coste derivado de la intervención es de 39 meses.

CONCLUSIONES

La cirugía bariátrica es una de las intervenciones con un mayor ratio coste beneficio para el Sistema Nacional de Salud, solo teniendo en cuenta los ahorros directos la inversión inicial se recupera en 39 meses; si tomáramos en consideración los costes indirectos, el retorno se acortaría susceptiblemente. Este tipo de análisis económicos deberían ser tomados en consideración por las autoridades sanitarias para implementar las técnicas bariátricas y atajar de esa forma la pandemia de la obesidad.

O-013

RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS Y ALTERACIONES ESOFÁGICAS EN PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS

M. Díaz Tobarra, N. Cassinello, R. Alfonso, F. Mora, V. Sanchíz, M. Mora, P. Mas, M. Boscá, M. Mínguez, J. Ortega

Hospital Clínico Universitario, Valencia

OBJETIVOS

La obesidad se asocia a un incremento en la prevalencia de los síntomas asociados a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), daño en la mucosa del esófago y complicaciones del ERGE. Existen pocos estudios sobre alteraciones esofágicas en pacientes obesos mórbidos. El objetivo de este estudio es definir con más precisión la relación entre los síntomas de RGE y alteraciones esofágicas en pacientes obesos mórbidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, con recogida prospectiva de datos entre 2004-2011. Se incluyen 224 pacientes, con $IMC > 40 \text{ Kg/m}^2$, a los que se realiza anamnesis dirigida y pruebas preoperatorias (endoscopia, manometría esofágica, pH-metría y tránsito esofágico isotópico). Los resultados se comparan con un grupo control de pacientes no obesos.

RESULTADOS

Los síntomas que sugieren ERGE son los más prevalentes (50,9% presentan pirosis y un 28,6%) regurgitación), pero solo un 19,7% de estos pacientes encajan en los criterios diagnósticos de ERGE. La endoscopia evidenció una hernia de hiato en el 12,5% de los pacientes y un reflujo esofágico (sobre todo grado A o B) en un 17,3%. La manometría estaba alterada en un 33,4% de los pacientes, siendo el hallazgo más común un esfínter esofágico inferior hipotensivo (21,2%). En un 54,2% de los pacientes la pH-metría estaba alterada; el patrón de reflujo más frecuente fue el biposicional (45%). En un 9,1% de los pacientes, el vaciado esofágico estaba alterado (lento o retraso del vaciado), y parecía estar relacionado con una alteración en la motilidad esofágica. No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al peso o IMC en pacientes obesos en relación a la presencia de ERGE, hernia de hiato, esofagitis erosiva o pH alterado.

CONCLUSIÓN

En pacientes con obesidad mórbida, la enfermedad por RGE es muy común, con mayor prevalencia que en la población general. Los síntomas son inespecíficos y no son un buen marcador para el diagnóstico de ERGE. Hay una alta prevalencia de alteraciones en la manometría, siendo el hallazgo más común un Esfínter Esofágico inferior hipotensivo. En obesos mórbidos, no existen diferencias entre el IMC y la clínica derivada del RGE, hernia de hiato, esofagitis erosiva o pH anormal.

O-014

INFLUENCIA DE LA INFILTRACIÓN CON ANESTÉSICO LOCAL EN EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA

C. Sánchez-Justicia, R. Moncada, L. Granero, C. Tuero, E. Martín, A. Alás, B. Osés, S. Pérez, G. Frühbeck, V. Valentí

Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN

La evidencia actual sugiere la utilización de anestesia local para infiltración de las heridas quirúrgicas como parte del tratamiento multimodal del dolor postoperatorio.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es analizar la influencia de la infiltración local con bupivacaina y adrenalina en el manejo del dolor post-operatorio en cirugía bariátrica laparoscópica.

MÉTODOS

Entre enero y septiembre de 2014 se realizó en nuestro centro hospitalario un estudio retrospectivo aleatorio en pacientes sometidos a cirugía bariátrica mediante bypass gástrico laparoscópico (BGYR) o gastrectomía tubular (GT). Se procedió a realizar infiltración preincisional con anestésico local mediante bupivacaina y adrenalina en un grupo de estudio (AL) frente a no infiltración en grupo control (NAL). Se recogieron y analizaron los datos según 3 métodos: 1- escala analógica visual para dolor (VAS), 2- cuestionario internacional sobre dolor postoperatorio (IPO-Q) validado por la Asociación Americana de Dolor y 3- necesidad de analgesia de rescate registrado en el ingreso hospitalario.

RESULTADOS

Cuarenta y siete pacientes fueron incluidos en este estudio: 27 en el grupo AL y 20 en el NAL. Se realizaron 39 BGYR y 8 GT. Las puntuaciones obtenidas para el VAS en los grupos NLA y BGYR fueron más altas que los de los grupos de AL y SG en las primeras cuatro horas después de la operación, sin alcanzar significación estadística ($p > 0,05$), mientras que no hubo diferencias en ningún otro período de tiempo. Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en la percepción del dolor por parte del paciente después del análisis de los resultados del cuestionario de dolor o en la necesidad de medicación de rescate recogido.

CONCLUSIÓN

A pesar de que nuestros resultados no hayan obtenido significación estadística en ninguno de las tres herramientas empleadas, la infiltración con AL proporciona un mayor confort en las primeras horas del postoperatorio inmediato cuando el paciente experimenta mayor dolor en el ingreso hospitalario. Consideramos que la administración de AL puede favorecer la rápida movilización y la realización inmediata de la espirometría, posibilitando una recuperación postoperatoria rápida.

O-017

TERAPIA DE ASPIRACIÓN COMO TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD: RESULTADOS PRELIMINARES

R. Turro Arau, J. Espinós Pérez, H. Uchima Koecklin, A. Mata Bilbao, M. Cruz Aparicio, L. Armengod, J. Turró Homedes

Centro Médico Teknon, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La pérdida de peso prolongada en pacientes con obesidad mórbida es un logro difícil de conseguir. La cirugía bariátrica es el tratamiento más efectivo pero puede presentar complicaciones graves, siendo la principal causa de rechazo de la intervención por muchos.

Hemos evaluado un nuevo método endoscópico de tratamiento de la obesidad, el sistema de aspiración AspireAssist® (Aspire Bariatrics, King of Prussia, PA), en pacientes con obesidad mórbida. El sistema AspireAssist® consiste en la colocación vía endoscópica de un tubo de gastrostomía (A-Tube) que unido al uso de un equipo externo (bomba aspiración, reservorio, set de tubos y conector con el contador de usos), permite a pacientes realizar una aspiración controlada del contenido gástrico 20 minutos tras la ingesta, eliminando aproximadamente un 30% de la ingesta calórica. Presentamos los resultados a los 6 y 12 meses del tratamiento en 16 pacientes.

MÉTODOS

De Septiembre 2013 a marzo 2015, 16 pacientes fueron intervenidos (5 hombres y 11 mujeres) con una media de IMC inicial de 46,52 Kg/m² +/- 8.5 DS y una media de peso inicial de 129,8 Kg +/- 31 DS. El A-Tube se coloca por vía endoscópica. 15 pacientes se intervinieron bajo sedación y 1 bajo anestesia general, con alta a las 2 horas y 12 h respectivamente, con antibioterapia oral durante 10 días. A los 15 días de la colocación del A-Tube, se coloca el Skin Port, y se forman los pacientes en el uso del equipo externo para realizar las aspiraciones. La pauta de las mismas ha sido de 3 aspiraciones diarias, controladas por el conector que une el equipo externo al skin port. Los pacientes siguen un control multidisciplinar, nutricional, psicológico, psiquiátrico y médico, durante 2 años con una periodicidad de visita cada 3 semanas aproximadamente.

RESULTADOS

16 pacientes intervenidos. Media de % de exceso de peso perdido a los 6 meses (%EWL 6 M) de 35,18 % +/- 13.61 DS, media de % de peso total perdido a los 6 meses(%TBWL 6M) un 14,95 % +/- 5.2 DS con una N= 12; media de %EWL a los 12 meses de 49,31 % +/- 19 DS y una media del %TBWL de un 21,13 % +/- 7.3 DS, con una N= 6. No se han reportado complicaciones durante las intervenciones ni durante el seguimiento.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio demuestran que la técnica de aspiración para el tratamiento de la obesidad mórbida y supermórbida es un método seguro y efectivo, siendo consistentes junto a los estudios previos^{1,2}. Sin embargo, más estudios son necesarios para establecer la terapia de aspiración como tratamiento efectivo de la obesidad a largo plazo.

1 Sullivan, S, Stein S, et al, Aspiration therapy leads to weight loss in obese subjects: a pilot study. *Gastroenterology* 2013; 145: 1245-1252.

2 Forssell, H., Noreen E, A novel endoscopic weight loss therapy using gastric aspiration: results after 6 months, *Endoscopy*, Oct. 2012.

O-018

FÍSTULA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA ¿CÓMO REDUCIR SUS COSTES?

A. Brox Jiménez, R. Sánchez Santos, E. Mariño Padin, S. González Fernández, E. Carrera Dacosta, S. Estevez Fernández, J. Ballinas Miranda, A. Rial Duran, M. Artime Rial, A. Alvarellos Pérez

Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra

INTRODUCCIÓN

La fístula es una de las complicaciones más temibles en la cirugía bariátrica ya que afecta a la seguridad del paciente y puede tener un desenlace fatal; incluso en los casos en los que el paciente evoluciona favorablemente, se consumen muchos recursos para su resolución, especialmente en el caso de la gastrectomía vertical.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se analiza la incidencia de fístula en una serie de pacientes consecutivos a los que se realizó cirugía bariátrica en el Complejo Hospitalario de Pontevedra entre 2006 y 2014. Se analizan los costes de los pacientes con y sin complicación y la efectividad de las medidas terapéuticas utilizadas para el tratamiento de las fístulas.

RESULTADOS

Se incluyen en el estudio 500 pacientes consecutivos intervenidos en el periodo de estudio. Se realizó bypass gástrico en un 70%, gastrectomía vertical en 27.9%, Derivación biliopancreática en 2 casos, gastrectomía total en un caso, cruce duodenal en 2 casos y SADIS en 2 casos. En un 4.6% de los pacientes se registraron complicaciones en el postoperatorio (a 30 días); 1.44% se registraron complicaciones en el seguimiento. No hubo mortalidad en toda la serie.

Se registraron 19 fístulas (3.8%); 3.3% en bypass y 5% en Gastrectomía vertical. El 59% de las fístulas sucedieron durante la curva de aprendizaje. El coste del bypass sin complicaciones fue de 6990 €; el coste de la gastrectomía vertical sin complicaciones fue de 6538 €; el coste del bypass con fístula fue de 25712 € (ds12675) y el coste de la gastrectomía vertical con fístula fue de 71328 €(ds43097). Los pacientes con fístula tuvieron una estancia media en UCI de 6.35 días (ds8.81); con una estancia hospitalaria de 46 días (ds40.3); con un número medio de intervenciones de 0.83 (dso.57). Se utilizó prótesis en 5 casos. La prótesis no redujo la estancia hospitalaria y no queda claro si redujo el tiempo de cierre de la fístula. Una prótesis migró al ileon y se retiró con colonoscopia. En un caso se utilizaron dos prótesis.

Se realizó reintervención en un 84% de los casos; en la mayoría se realizó drenaje y sonda de alimentación; en los últimos 5 casos se colocó un kehr en el orificio de la fístula, consiguiendo una estancia hospitalaria menor de 25 días en todos los casos.

CONCLUSIONES

La fístula es una complicación que aparece con más frecuencia durante la curva de aprendizaje especialmente en la gastrectomía vertical; supone un aumento significativo del coste del procedimiento bariátrico; la prótesis no siempre resuelve la fístula de forma eficaz; la reintervención con colocación de un kehr en el orificio de la fístula y sonda de gastrostomía/yeyunostomía puede reducir la estancia hospitalaria y mejorar la evolución de la fístula.

O-019

APLICACIÓN Y UTILIDAD DE NUEVOS INDICADORES DE PÉRDIDA PONDERAL EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

F. Sabench (1), A. Molina (1), M. Vives (2), C. Rodríguez (1), E. Raga (2), J.À. Àngel (1), R.B. García-Chamón (1), M. Teresa(1), A. Sánchez (2), D. Del Castillo Déjardin (2)

(1) Universitat Rovira i Virgili. Facultat de Medicina, Reus; (2) Hospital Universitari Sant Joan, Reus

INTRODUCCIÓN

La valoración de la pérdida ponderal en cirugía bariátrica ha suscitado controversia en los últimos años. La variable porcentaje de exceso de IMC perdido (%EIMCP) no ha demostrado ser un buen indicador ya que utiliza parámetros en base a un IMC ideal de 25. El IMC esperable representa un nuevo indicador que permite ajustar por técnica los resultados y racionalizar las expectativas del paciente.

OBJETIVO

Comparar el IMC real con el IMC esperado en una muestra de pacientes intervenidos en nuestro hospital según las fórmulas de Baltasar et al. y en diferentes grupos de IMC inicial. Analizar su utilidad en dichos grupos y ajustados por técnica quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de una serie de 444 pacientes (n=266 Gastrectomía vertical-GV y n=178 Bypass gastroyeyunal en Y de Roux-BPGY). Se calculan los siguientes indicadores (12-24-36 meses): Peso real, peso esperable, IMC real, IMC Esperable corregido por técnica. También calculamos el % de Exceso de IMC perdido (% EIMCP) convencional y el ajustado según IMC esperable.

RESULTADOS

Los valores de IMC real, esperable, peso real y esperable a los 12 meses, 2 años y 3 años se muestran en la tabla adjunta. La pérdida máxima de peso ya se produce prácticamente al primer año de la cirugía en IMC<45kg/m², tanto en GV como en BPGY. En IMC >55kg/m², la pérdida máxima de peso se produce a los tres años para la GV, pero a los 2 años para el grupo del BPGY, recuperando peso a partir del tercer año. El IMC esperable se ajusta más al IMC real en el grupo del BPGY. En el grupo SG con IMC elevados no existe una correlación significativa con el IMC esperable. El %EIMCP corregido por técnica presenta valores significativamente superiores a los valores standard de %EIMCP no corregidos, tanto para GV como para BPGY.

IMC		Gastrectomía vertical					
		Basal	1 años	2 años	3 años	Peso	IMC
Peso real (kg)	35-45	112,01±13,9	83,48±12,8	84,95±13,0	87,23±14,2	77,81±10,6	
	45-55	130,66±15,7	90,81±14,3	88,54±15,5	89,98±14,9	80,11±10,6	
	55-65	161,10±22,4	107,15±20,3	102,63±24,0	98,56±19,8	90,00±15,3	
IMC real (kg/m ²)	35-45	41,79±2,2	31,37±3,5	31,59±4,0	32,37±4,2		29,01±1,9
	45-55	49,48±2,8	34,42±4,1	33,76±3,1	34,25±5,5		30,33±2,2
	55-65	58,59±2,9	40,28±6,2	38,48±6,9	38,59±7,3		32,67±3,3
IMC		Bypass gastroyeyunal en Y de Roux					
		Basal	1 años	2 años	3 años	Peso	IMC
Peso real (kg)	35-45	113,39±13,9	80,37±10,5	79,11±11,3	80,17±12,2	76,85±8,7	
	45-55	123,47±14,6	83,13±14,0	78,17±13,5	79,15±13,0	79,30±8,7	
	55-65	149,3±17,4	86,90±20,9	83,65±17,2	94,93±8,6	90,28±9,7	
IMC real (kg/m ²)	35-45	41,33±2,7	29,27±2,7	28,78±3,2	29,32±3,9		28,00±1,2
	45-55	48,17±2,4	32,51±4,6	30,58±4,0	31,40±4,4		30,94±1,0
	55-65	55,52±3,3	35,77±8,4	34,45±7,1	39,32±1,1		35,39±1,4

*valores validados matemáticamente a partir del segundo postcirugía

CONCLUSIONES

El IMC esperable puede ser una ayuda en la práctica clínica diaria con objeto de ofrecer un valor más realista a las expectativas del paciente en cuanto a peso. Dicho valor parece ser más útil en subgrupos de IMC <55 kg/m² y para el BPGY, teniendo en cuenta que en nuestro hospital la GV se realiza la mayoría de las veces como primer tiempo quirúrgico en pacientes con IMC elevado.

O-021

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA - ¿ES TIEMPO DE IMPLEMENTAR UNA POLÍTICA NACIONAL DE RESTRICCIÓN DE SU COBERTURA A CENTROS DE EXCELENCIA?

J. Gazmawi, A. Korin, M. Krausz, A. Troitsa, M. Medvedev, M. Gabarin, M. Kirshon, L. Trost, I. Ashkenazi, R. Alfici

Hillel Yaffe, Hadera Israel

Motivados por la preocupación en cuanto a la seguridad perioperatoria en la cirugía bariátrica, el Ministerio de Salud y el Consejo Bariátrico, junto con la Asociación de Cirujanos de Israel, han evaluado en repetidas ocasiones la necesidad de restringir la cirugía bariátrica a centros de excelencia y cirujanos especializados. El objetivo de este estudio es evaluar la tasa de complicaciones en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en un centro en el que todas las cirugías son llevadas a cabo por cirujanos generales que no están especializados únicamente en el tratamiento de la obesidad mórbida.

Entre el 2008 y 2012, 930 pacientes fueron sometidos a cirugía bariátrica. Estas cirugías fueron llevadas a cabo por un cirujano de un grupo de 10 cirujanos, sobre un total de 14 cirujanos que trabajan en la división de cirugía. De los 930 pacientes operados, 717 fueron sometidos a cirugía de manga gástrica, 117 fueron sometidos a bypass gástrico, 74 pacientes fueron sometidos a banda gástrica ajustable por laparoscopia y 22 fueron sometidos a remoción de banda gástrica.

Casi todas las cirugías fueron llevadas a cabo por laparoscopia, no se reportaron defunciones. La tasa de complicaciones total fue del 5%.

CONCLUSIONES

La cirugía bariátrica es uno de los procedimientos más comúnmente realizados en hospitales públicos. La tasa de complicaciones en la cirugía bariátrica es baja a pesar de que las cirugías fueron realizadas por cirujanos generales que cuentan con un entrenamiento apropiado. Nuestros resultados son comparables con los reportados en la literatura de especialistas en obesidad mórbida. Debe cuestionarse la necesidad de centros especializados para una enfermedad que es tratada comúnmente en cualquier hospital.

O-022

LA CPRE ES POSIBLE EN UN PACIENTES CON BYPASS GASTROYEYUNAL PREVIO POR OBESIDAD MÓRBIDA

R.H. Gianchandani Moorjani, L.E. Pérez Sánchez, M.E. Moneva Arce, J.M. Sánchez González, C. Díaz López, V. Concepción Martín, J.M. Del Pino Monzon, M. Alonso González, M. Barrera Gómez

Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

OBJETIVOS

Presentamos 2 pacientes con Coledocolitiasis y con un Bypass gastroyeyunal previo realizado por obesidad mórbida (OM). En ellas, la esfinterotomía endoscópica fue posible mediante la introducción del endoscopio al estómago excluido con control laparoscópico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente nº 1: mujer de 51 años, intervenida por OM hace años, que estudiada por dolor abdominal y colestasis se le diagnostica una coledocolitiasis.

Paciente nº 2: mujer de 44 años, que se interviene de OM y se le realiza bypass gastroyeyunal. Como presentaba también una colelitiasis sintomática se le realiza a continuación y en la misma intervención una colecistectomía laparoscópica. Anteriormente había sido estudiada y no tenía patrón de colestasis ni la ecografía mostraba una vía biliar dilatada o coledocolitiasis. La paciente, en el postoperatorio inmediato, presentó una fístula biliar recogida por el drenaje, y al realizar pruebas de imagen se diagnostica de coledocolitiasis. Se decide mantener el drenaje percutáneo para conducir la fístula y posteriormente se vuelve a programar para cirugía unas semanas después, una vez consolidadas las suturas gastroyeyunales.

RESULTADOS

En ambos casos, se pudo acceder al duodeno y realizar una esfinterotomía endoscópica con extracción de cálculos introduciendo el endoscopio a través de una gastrotomía en el estómago excluido y con control laparoscópico. En la segunda paciente, por problemas de angulación, fue preciso utilizar un Hand-Port para dirigir correctamente el endoscopio y poder acceder al duodeno.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria en ambas, sin colangitis ni pancreatitis. La segunda paciente presentó una infección de herida donde se puso el Hand-Port, que sanó con curas locales y antibioterapia.

CONCLUSIONES

En pacientes con bypass gástrico por OM es posible la realización de una CPRE asistida por laparoscopia, para un abordaje mínimamente invasivo de la coledocolitiasis.

O-028

RESULTADOS DE UN PROTOCOLO FAST TRACK EN CIRUGÍA DE LA OBESIDAD

J. González González, J. Ruiz Tovar Polo, A. García Muñoz Nájjar, C. Ferrigni, G. Díaz, M. Jiménez, A. Martínez, D. Alías, P. Artuñedo, M. Durán

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles

OBJETIVOS

El objetivo de la presente comunicación es presentar los resultados de morbi-mortalidad de los primeros 207 pacientes intervenidos en una unidad de Cirugía de la Obesidad siguiendo un protocolo de rehabilitación multimodal o “fast track”.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio observacional prospectivo de todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica en nuestro centro, siguiendo un programa de rehabilitación multimodal (“fast track”) desde Noviembre de 2012 hasta Marzo 2014. Dicho protocolo se ha realizado en el seno de una unidad multidisciplinar de cirugía de la obesidad, compuesta por cirujanos, anestesistas, endocrinos, psiquiatras y enfermas especializadas en nutrición, cumpliendo un protocolo diseñado a tal efecto.

RESULTADOS

Durante este tiempo se han intervenido en nuestro centro 207 pacientes, siguiendo un programa de rehabilitación multimodal (“fast track”). Se han realizado 138 bypass gástricos, 57 gastrectomías verticales y 15 cirugías de revisión. De ellas el 96,1% se han realizado mediante abordaje laparoscópico. La mediana de estancia hospitalaria fue de 3 días. Se han reintenido 7 pacientes (3,38%), han reingresado 8 pacientes (3,86%) y ha habido 1 paciente fallecido (0,48%). Ha habido 5 fistulas gástricas tras gastrectomía vertical (8,7%), 4 de ellas resueltas con endoprótesis esofágica recubierta.

CONCLUSIONES

La cirugía bariátrica siguiendo un programa de rehabilitación multimodal es un procedimiento seguro, con una baja morbi-mortalidad. Hoy día representa el manejo de elección para el paciente sometido a cirugía bariátrica, reduciendo el impacto de la intervención y acelerando la reincorporación del paciente a su estilo de vida habitual. A su vez, es un programa coste-efectivo, pues reduce gastos sanitarios y laborales.

O-032

RESULTADOS DE LA GASTROPLASTIA TUBULAR APLICADA A MEDIO Y LARGO PLAZO

J. Elvira López, J. Pujol Gebelli, A. García Ruiz De Gordejuela, B. Campillo Alonso, A. Casajoana Badía

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat

INTRODUCCIÓN

La Gastroplastia Tubular Plicada (GTP) surgió hace pocos años como técnica restrictiva, con gran auge por su aparente simplicidad y buenos resultados. Pese a su inicio pujante, pocos equipos han incorporado esta técnica como cirugía primaria de la obesidad. La escasa experiencia en nuestro entorno y en el resto del mundo implica que aún sea considerada experimental por las Sociedades Internacionales. En este trabajo evaluamos nuestra experiencia a medio y largo plazo.

MÉTODOS

Se analizan los pacientes intervenidos desde noviembre de 2010 de GTP como cirugía primaria. Se evalúan las indicaciones, morbilidad, y resultados de pérdida ponderal.

RESULTADOS

Se han intervenido un total de 41 pacientes. 31 de ellos (75%) mujeres con una edad de 42.78 años (24-60). El IMC inicial fue de 40.43 kg/m² (rango 31 a 48). La estancia hospitalaria fue de 3 días de mediana (rango 2 a 10), con 15 pacientes con estancia prolongada (4 o más días) por náuseas. La pérdida ponderal (%Pérdida de exceso de peso) fue de 63.47, 59.45, 51.14 y 46.53% a los 12, 24, 36 y 48 meses respectivamente. El seguimiento medio es de al menos 48 meses. En cuanto a la evolución de las comorbilidades se consigue mejoría de hipertensión, diabetes y apnea del sueño en casi el 70% de los pacientes a 4 años. La morbilidad de la serie fue de 15 casos de náuseas importantes, 2 hemoperitoneos, 1 migración interna y 1 migración externa de los pliegues. 3 pacientes requirieron de reintervención. No ha habido mortalidad en la serie.

CONCLUSIONES

La GTP es un procedimiento restrictivo con moderados resultados a largo plazo. La tasa de resolución de comorbilidades es inferior a otras técnicas bariátricas. Pese a que aparentemente es una técnica sencilla, precisa de una importante habilidad técnica para conseguir una adecuada pérdida ponderal sin comprometer la tolerancia oral, por lo que probablemente no cuajará como técnica bariátrica primaria.

O-033

REVISIÓN TRAS BAGUA USANDO SÓLO INTESTINO SANO

M. García Caballero

Universidad Málaga, Málaga

La revisión de la cirugía bariátrica primaria es un campo quirúrgico complejo y creciente. No existe un procedimiento de revisión estándar para el fracaso de la cirugía bariátrica primaria. La gran mayoría de los cirujanos bariátricos realizamos esta cirugía correctiva en base a nuestra propia experiencia. BAGUA a medida es un procedimiento utilizado en cirugía de obesidad y diabetes en todos IMC con una pérdida de peso excelente y sana, ajustando el tamaño del reservorio gástrico y la longitud del intestino excluido.

PACIENTES Y MÉTODOS

En los últimos 13 años hemos operado 1049 pacientes con IMC entre 23 y 72. Hemos realizado 12 revisiones: una por exceso y 11 por insuficiente pérdida de peso. En 3 casos convertimos BAGUA en Y-Roux distal. En dos casos (uno exceso pérdida peso) usamos la revisión clásica deshaciendo la anastomosis gastro-yeyunal y rehaciéndola tras excluir otros 2 m de intestino. Y en 7 casos dejamos el parche de intestino de la anastomosis gastroyeyunal y sólo acortamos el canal común en 2 m.

RESULTADOS

El tiempo operatorio fue significativamente mas largo en la revisión clásica (aprox 3 h) que en conversión en Y-Roux o parche intestino). Todos los pacientes habían perdido entre 30 y 50 kg tras la cirugía primaria y habían reganado entre 25 y 35 kg tras los 2 años postoperatorios. La pérdida de peso de los 3 pacientes convertidos en Y-Roux fue de 10 ± 3 kg mientras que en la revisión clásica y el parche de intestino fue 25 ± 7 kg. Una paciente volvió a reganar 20 kg tras la segunda cirugía. El paciente con exceso de pérdida de peso (IMC17) y diarrea resolvió su cuadro diarreico y recuperó un IMC26.

CONCLUSIONES

La cirugía de revisión de BAGUA dejando el parche de intestino en la anastomosis gastroyeyunal y acortando el canal común de manera proporcional a la longitud total intestinal es una cirugía fácil, rápida y segura y con buenos resultados de pérdida ponderal.

O-034

RESULTADOS A CORTO Y A LARGO PLAZO DE LA DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA SEGÚN SCOPINARO COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

A. Pagan Pomar, A. Bianchi, J.A. Martínez Corcoles, C. Jiménez Viña, M. Jiménez Segovia, X. González Argente

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca

OBJETIVO

La técnica malabsortivas de Scopinaro ha sido realizada en nuestro Centro como técnica de elección para el tratamiento de la obesidad mórbida. El objetivo de este estudio es analizar los resultados quirúrgicos, post-quirúrgicos y la mejora de las comorbilidades en nuestra serie.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han estudiado de forma prospectiva todos los pacientes intervenido por obesidad mórbida según la técnica descrita por Scopinaro entre enero 2000 y diciembre 2013. Todos los pacientes fueron incluidos en lista de espera tras el cumplimiento de los requisitos establecidos en el protocolo de cirugía bariátrica consensuado con el Servicio de Endocrinología. La técnica utilizada fue una derivación biliopancreática tipo Scopinaro con un reservorio gástrico de 200-250 cc y un asa común de 50-70 cm y un asa alimentaria entre 250 y 300 cm. Todos los pacientes ingresaron las primeras 24-48 en la UCI para control postoperatorio inmediato y sucesivamente a la sala de hospitalización hasta el alta hospitalaria.

RESULTADOS

Trecientos pacientes, 60 varones y 240 mujeres con edad media de 43 años (rango 19-63) que presentan un IMC entre 45-50 en 25 pacientes, IMC entre 50-55 en 210 pacientes, IMC 55-60 en 33 pacientes y mayor de 60 en 32 pacientes. Se realizó abordaje laparotómico en 208 pacientes (69,3%) y laparoscópico en 92 (31,7%). La mortalidad de la serie ha sido del 0,3%. La morbilidad global precoz aconteció en 16 pacientes (5,6%) relacionada con estenosis gastro yeyunal (8 casos), hemorragia digestiva alta (5 casos), dehiscencia anastomótica (3 casos). Con un índice de conversión del 2,3%.

La mortalidad tardía fue del 1,44%. La presencia de complicaciones debidas al abordaje laparotómico que fue superior al 40% de los casos y que requirió nueva intervención quirúrgica de reparación de eventración entre los 18 y 24 meses. El seguimiento medio de los pacientes es de 9 años (SD 5). El peso medio previo a la intervención fue de 153 kilos pasando a los dos años a 86 lo que se traduce desde un IMC medio de 53 a 32 al año de la intervención que se ha mantenido durante el seguimiento en el 85% de los pacientes. Existe siete pacientes con pérdidas menores al 50%. No hubo diferencias en la pérdida de peso en el grupo laparoscópico frente al de cirugía abierta. Junto con el calo ponderal se ha objetivado mejoría de las comorbilidades en la mayor parte de los pacientes.

CONCLUSIÓN

La técnica de Scopinaro laparoscópica es reproducible, aunque con una curva de aprendizaje no despreciable, con una morbimortalidad aceptable en equipos con amplia experiencia en cirugía laparoscópica. Nuestros resultados iniciales en cuanto a morbimortalidad y resultados a corto plazo nos animan a continuar en este camino.

O-035

LOS NIVELES DE PTH EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA ANTES Y DESPUÉS DE LA DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA SEGÚN SCOPINARO

A. Bianchi, A. Pagan Pomar, J.A. Martínez Corcoles, M. Jiménez Segovia, C. Jiménez Viña, X. González Argente

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca

INTRODUCCIÓN

Estudios previos muestran que la obesidad mórbida con derivación bilio-pancreática puede desarrollar como complicación a largo plazo hiperparatiroidismo secundario. Los niveles de hormona paratiroidea (PTH) se correlacionan positivamente con el índice de masa corporal (IMC). Se presentan los resultados en nuestra serie de los efectos de la cirugía sobre los niveles de la PTH en diferentes tiempos pre y post-operatorio.

PACIENTES Y MÉTODOS

Trecientos pacientes obesos mórbidos, 20% hombres y 80% mujeres de edades comprendida entre los 19 y 65 años con una mediana de IMC: en hembras 49,65 (42-70) hombres 53,65 (46-76) fueron estudiados antes de la cirugía y 6, 12, 24 y 36 meses después de la derivación biliopancreática según Scopinaro.

Los niveles de PTHi se midieron mediante quimioluminiscencia en un Immulite 2000. La comparación entre los medios de PTH pre-cirugía y en los diferentes tiempos se estudió con la prueba de Wilcoxon y la regresión de correlación lineal de Pearson se utilizó para evaluar la asociación entre PTH y IMC.

RESULTADOS

Doscientos dieciocho pacientes (72,9%) con obesidad presentaron niveles de PTH preoperatorios normales, mientras 82 pacientes (27,08%) presentaron hiperparatiroidismo secundario basal. De los 218 pacientes con PTH normal inicial, 71 pacientes (32,8%) desarrollaron hiperparatiroidismo postoperatorio. No se encontró correlación significativa entre la PTH sérica basal a los 6 meses, pero sí a los 12 meses, a los 24 y a los 36 meses ($p < 0,007$). El valor de la PTH previo a la cirugía no ha presentado relación con el IMC.

CONCLUSIONES

1) El hiperparatiroidismo secundario está presente en un gran porcentaje de pacientes con obesidad mórbida y este resultado se mantiene tras una derivación biliopancreática según Scopinaro. 2) La diferencia entre la PTH tiene relevancia a largo plazo, mientras que en el postoperatorio más reciente esta diferencia no resulta significativa. 3) No se ha demostrado que la PTH antes de la cirugía tenga relación con el IMC.

O-039

RESULTADOS OBTENIDOS TRAS EL EMPLEO DEL OS-MRS COMO PREDICTOR DE LA MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

T. Díaz Vico, J.P. Gonzáles Stuva, D. Fernández Martínez, J.H. Jara Quezada, A. Rodríguez Infante, J.L. Rodicio Miravalles, A. Rizzo Ramos, E. Turienzo Santos, L. Sanz Álvarez

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica es un procedimiento electivo que conlleva una morbimortalidad no despreciable. En la actualidad, el sistema de clasificación de riesgo de mortalidad postoperatoria más empleado es el OS-MRS (Obesity Surgery Mortality Risk Score). Nuestro trabajo pretende evaluar el riesgo de morbimortalidad postoperatoria en función de los factores de riesgo preoperatorios, utilizando nuestra muestra poblacional.

El OS-MRS emplea cinco variables: IMC ≥ 50 kg/m², edad ≥ 45 años, hipertensión arterial, sexo masculino y/o factores de riesgo de sufrir embolismo pulmonar. En función de estos parámetros se clasificarán en 3 grupos de riesgo: A, B y C, de menor a mayor riesgo, respectivamente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han analizado de manera retrospectiva todos los procedimientos bariátricos de la base de datos de un hospital de tercer nivel (Hospital Universitario Central de Asturias), sumando un total de 485 casos, desde octubre de 2003 hasta febrero de 2015. Se identificaron los factores de riesgo independientes relacionados con la morbimortalidad perioperatoria y se estudiaron las complicaciones postoperatorias que prolongaron la estancia media, analizándose mediante la distribución Chi cuadrado.

RESULTADOS

Nuestro estudio reclutó 480 pacientes (intervenciones primarias), 370 mujeres (77,1%) y 110 varones (22,9%). La edad media es de 44 años. El índice de mortalidad a los 30 días postoperatorios es del 0,4%. Las técnicas quirúrgicas desarrolladas fueron bypass abierto (49,7%), bypass laparoscópico (43,1%), conversión (3,3%), gastrectomía vertical abierta (1,7%) y gastrectomía vertical laparoscópica (4,2%). La estancia media fue de 9'31 días. Hubo un 29% de complicaciones postoperatorias (139 casos). Del total, 39 casos (8,1%) se deben a complicaciones mayores, siendo la hemorragia la más frecuente (13 casos de HDA y 5 casos de hemorragia intraabdominal). En cuanto a las fistulas, se registraron 14 casos (2,91%), precisando reintervención 10 de ellas. Dentro de las complicaciones menores (21%), la ITU es la más frecuente (56,9%), seguida de infección de herida quirúrgica (11%).

Los factores de riesgo independientes que se asocian a un aumento de la mortalidad incluyen una edad ≥ 45 años (46,9%), IMC ≥ 50 kg/m² (37,5%), sexo masculino (22,9%), hipertensión arterial (49%) y antecedentes de trombosis venosa profunda (2,5%), entre otros.

Dichas variables se agruparon en 3 grupos en función del riesgo de morbimortalidad postoperatoria: A: 0-1 comorbilidad (45,6%), B: 2-3 comorbilidades (51,9%) y C: 4-5 comorbilidades (2,5%). De las complicaciones mayores, 4,16% ocurrieron en pacientes agrupados en la clase A; 3,54% en la clase B; y 0,2% en la clase C. La mortalidad por grupos fue: A=0; B=0,4%; C=8,3%.

CONCLUSIONES

El sistema de clasificación OS-MRS se describe como una herramienta útil para identificar a los pacientes según el riesgo de mortalidad intrahospitalaria. Sin embargo, en nuestro estudio no hemos obtenido diferencias significativas en cuanto a la distribución de estos grupos y su relación con las complicaciones postoperatorias. Probablemente influya el tamaño muestral y el hecho de que la práctica totalidad de las complicaciones se equipare entre las clases A y B.

O-042

CIRUGÍA BARIÁTRICA POR PUERTO ÚNICO: ANÁLISIS DE NUESTROS RESULTADOS TRAS 4 AÑOS DE EXPERIENCIA

S. Morales, I. Alarcón, A. Barranco, V. Duran, J. Reguera, F. López Bernal, M. Socas

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

OBJETIVO

Análisis de nuestros resultados en cirugía bariátrica mediante un abordaje mínimamente invasivo por puerto único. La selección de los pacientes, según nuestros criterios de inclusión, incluyen pacientes con un IMC menor de 50 y una distancia xifoumbilical menor de 25 cms. Se realizaron tanto By-Pass Gástrico en Y de Roux (BGYR) y Gastroplastias tubulares (GT)

MATERIALES Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de base de datos prospectiva. Desde enero de 2010 hasta Diciembre de 2014, se realizaron en nuestro centro un total de 69 cirugías bariátricas por puerto único (31 By Pass gástrico en Y de Roux y 38 Gastroplastias tubulares). Todos los casos fueron hechos por Puerto Único de ubicación transumbilical.

RESULTADOS

De los 69 pacientes incluidos se realizaron 31 BGYR (43,2 años; 30 Mujeres, 1 Hombre) y 38 GT (41,2 años; 36 mujeres, 2 Hombres). El IMC medio preoperatorio fue de 42,3 (42,1 en BGYR y 43,3 en GT) con un ASA medio de 2,4 en GT, y de 2,3 en BGYR. El dispositivo más empleado fue el SILS (65 casos). El tiempo quirúrgico medio fue de 74 minutos en GT frente a 112 min en BGYR. La cantidad media de sangre aspirada fue de 17,2 cc en GT y 17,3 cc en BGYR. Longitud incisión media en GT 24,7 mm y 28,5 mm en BGYR. En cuanto a complicaciones precoces tan solo existió un caso de dehiscencia en BGYR que precisó cirugía urgente, y 2 infecciones de herida en GT. A largo plazo, en el BGYR apareció: 1 reintervención por 1 hernia interna, 3 úlceras de boca anastomótica, 1 eventración, y 6 casos de déficit Vitamínico/Hierro. En GT se realizaron 2 conversiones a BGYR (1 por estenosis cisura, 1 por ERGE) y 2 eventraciones de herida.

El Porcentaje de exceso de peso perdido al año (%EWL) global fue de un 73,2% (71% en GT, 75% en el BGYR).

CONCLUSIONES

La cirugía bariátrica por puerto único es una alternativa segura y eficaz en pacientes seleccionados. El índice de complicaciones precoces y tardías es equiparable a los datos obtenidos en abordaje laparoscópico convencional, así como la efectividad en cuanto pérdida de peso a un año. Nuevos análisis largo plazo y estudios prospectivos randomizados son necesarios para confirmar estos datos, y las potenciales ventajas de este abordaje frente al estándar.

*Estudio parcialmente financiado por Instituto Carlos III.

O-049

¿QUÉ RELACIÓN GUARDA EL GRADO DE OBESIDAD Y LA HISTORIA DE OBESIDAD DEL PACIENTE? RESULTADOS EN 307 PACIENTES BARIÁTRICOS

M.A. Escartí (1), I. Rubió (2), J. Márquez (3), I. Mangas (4)

(1) Clínica Escartí, Valencia; (2) Hospital 9 de Octubre, Valencia; (3) Clínica Virgen de la Vega, Murcia; (4) Hospital Virgen de la Paloma, Madrid

OBJETIVOS

Analizar la relación entre la historia de la obesidad y el grado de obesidad en un grupo de 307 pacientes posteriormente intervenidos de cirugía bariátrica en un centro privado en España.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogieron prospectivamente en 307 casos operados de cirugía bariátrica las siguientes variables: edad, sexo, IMC máximo alcanzado, ratio "oscilación máxima de peso"/peso máximo, edad de inicio de la obesidad (infanto- juvenil, edad adulta), motivo de la consulta (calidad de vida, imagen corporal, factores sociales, combinaciones), motivo del fracaso de los tratamientos anteriores (estancamiento peso, monotonía de la dieta, dietas poco realistas, otros). Se ha estudiado la relación entre el grado de obesidad y las variables mediante el test Chi-cuadrado (residuo corregido de las tablas de contingencia).

RESULTADOS

n=307 pacientes bariátricos intervenidos

Edad	39,2 (19-67)	
Sexo	77,2% mujeres, 23,8% hombres	
IMC máximo alcanzado	42,7 (33,7-74,9)	<40 122 ≥40 185
Oscilación/Peso máximo	0,16 (0-0,6) (16% peso corporal) (0-60%)	

variable analizada		Asociación con el Grado de Obesidad	Test estadist.
Oscilación/peso máximo		No asociado	Chi-2
Edad inicio	Infanto-juvenil/Adulto	A mayor grado de obesidad más temprano refieren el inicio de la obesidad	Chi-2
Motivo consulta	Calidad de vida/Imagen corporal/Factores Sociales/Combinaciones	A mayor grado de obesidad mayor preocupación por mejorar la calidad de vida. La preocupación por la imagen corporal (como factor asociado) aparece en grados de	Chi-2
Motivo fracasos	Estancamiento/Monotonía/Dietas poco reales/Otras	Las dietas fracasan por los mismos motivos sin asociarse al grado de obesidad excepto que los mayores grados de obesidad refieren la monotonía como una causa más frecuente de fracaso de dieta	Chi-2

CONCLUSIONES

Los pacientes que acuden a una Unidad de Cirugía Bariátrica presentan una correlación entre el grado de obesidad y la edad de inicio de ésta, una mayor preocupación por la calidad de vida como motivo de consulta y refieren haber fracasado con las dietas como causa fundamental por la monotonía de éstas. Llama la atención en nuestro trabajo que las oscilaciones de peso no se asocian al grado de obesidad.

O-054

PERCEPCIÓN DE LOS RIESGOS QUE TIENEN LOS PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL PROCESO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA DESDE EL INGRESO HASTA EL ALTA EN LA U.R.P.A.

I. Ayestaran Guillerna, M. Del Pino Salgado, M.T. Ferrero Mozo, B. Garitano Tellería, M.D. Jiménez Mendía

Hospital Universitario Araba, sede Txagorritxu, Vitoria

INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario de Álava (HUA) sede Txagorritxu es el hospital de referencia de Álava, Alto Deba y La Rioja para la cirugía bariátrica.

La Organización Mundial de la Salud, considera a la obesidad como la epidemia del s. XXI, en España el 14,5% de la población padece esta enfermedad.

La obesidad mórbida se define a partir de un índice de masa corporal, (IMC) ≥ 40 kg/m².

En nuestro hospital, HUA sede Txagorritxu la cirugía por obesidad mórbida se ha duplicado en estos últimos 7 años, pasando de 34 intervenciones (año 2007) a 61 (año 2014).

La cirugía bariátrica laparoscópica supone un reto para el personal implicado en el proceso, ya que el obeso mórbido es un paciente de alto riesgo.

OBJETIVOS

Conocer la percepción de riesgos que tienen los profesionales implicados en el proceso de cirugía bariátrica desde el ingreso hasta el alta en la U.R.P.A.

Cuantificar la importancia de los riesgos detectados. Identificar áreas de mejora.

METODOLOGÍA

Se crea un grupo de trabajo y se realiza una búsqueda bibliográfica sobre herramientas para detección de riesgos y elaboración de mapas de riesgos.

Se elabora, con la referencia de las herramientas encontradas en los trabajos revisados acerca de herramientas para la detección de riesgos, un cuestionario "ad hoc", incorporando una primera parte de preguntas abiertas para detección de riesgos y áreas de mejora complementada con una segunda parte para valorar el nivel de riesgo que incluye el sistema de valoración de Índice de Prioridad de Riesgo (IPR) de la herramienta AMFE.

Se distribuye el cuestionario a todas las personas vinculadas con la cirugía bariátrica desde el ingreso hasta el alta en URPA.

Se categorizan los distintos riesgos y se elabora el mapa con priorización de riesgos. Se elabora un plan de mejora de seguridad en el proceso de cirugía bariátrica.

RESULTADOS

Se entregan un total de 87 encuestas de las cuales se recogen 30 lo que supone un porcentaje de respuesta del 34.45%. Los profesionales han valorado el cuestionario de difícil cumplimentación.

Ha existido una desigual participación de las distintas categorías profesionales lo que puede sesgar los resultados. Se agruparon los riesgos por categorías: movilidad, paciente, cuidados, anestesia, cirugía, paciente, aparataje y mobiliario, técnicas invasivas, medicación preoperatorio y postoperatorio.

Las categorías de riesgos que mayor valoración han obtenido han sido: movilidad, paciente, aparataje, anestesia y realización de técnicas invasivas.

Las áreas de mejora propuestas están relacionadas con: la Formación en diferentes áreas, realización y revisión de protocolos, realización de check list y utilización de guías clínicas.

CONCLUSIONES

La cirugía bariátrica tiene unos riesgos específicos que es necesario tener en cuenta estableciendo áreas de mejora específicas.

Para la detección de todos los riesgos es necesario contar con la participación de todos los profesionales que actúan en el proceso.

La valoración del nivel de riesgo (IPR) es muy útil pero es una herramienta difícil de manejar de forma individual.

O-059

DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE DOS MÉTODOS DE MEDICIÓN DEL DOLOR

E. Martín Gómez, B. Oses, M. Portas, E. Lacosta, E. Álvarez, S. Pérez, A. Alás

Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN

Los tratamientos tradicionales en pacientes con obesidad mórbida, para perder peso (cambios en el tipo de dieta y en el estilo de vida) conllevan un fracaso terapéutico elevado. La cirugía bariátrica: bypass gástrico (YRGB) y gastrectomía tubular (SG), se ha consolidado como la opción de tratamiento más apropiado para conseguir buenos resultados de pérdida de peso y resolución de co-morbilidades a largo plazo. Para disminuir posibles complicaciones tras la intervención y en consecuencia no alargar el tiempo de estancia hospitalaria, los profesionales de enfermería deben implantar medidas que aceleren la pronta recuperación de los pacientes. Para ello, el control del dolor postoperatorio es un factor primordial. El adecuado tratamiento del dolor se considera un indicador de buena práctica clínica y calidad asistencial.

OBJETIVO

Comparar el dolor referido por el paciente mediante un cuestionario completado por él, con el valor reflejado por enfermería en el plan de cuidados a las 24 horas tras la cirugía.

MÉTODOS

Se trata de un estudio no experimental, descriptivo y retrospectivo llevado a cabo entre enero y septiembre de 2014 incluyendo todos los pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica laparoscópica (YRGB y SG) en un hospital privado de atención terciaria y centro de referencia de dicha cirugía. La muestra constó de 47 pacientes. Como método para la recogida de datos se utilizó el cuestionario Internacional de Dolor Postoperatorio validado por la Asociación Americana del dolor (IPO-Qo), traducido al español y la Escala Analógica Visual para el Dolor (VAS).

RESULTADOS

La población objeto de estudio era predominantemente mujeres (37/10) de edad media [45,02 (D.E. 10,07)], todos presentaban obesidad mórbida [peso medio: 122,6 (D.E. 17,12) e IMC medio: 45,27 (D.E. 8,99)]. La técnica más utilizada fue el bypass gástrico frente a la gastrectomía tubular (39/8).

Se realizó una encuesta utilizando el cuestionario internacional del dolor postoperatorio a todos los pacientes del estudio. Este trabajo se centró en la pregunta P2: *¿Cuál fue el peor dolor en las primeras 24 h?* La escala fue de 0 a 10. Este ítem se comparó con los datos del VAS recogido diariamente por el personal de enfermería. Una escala con una puntuación de 0 a 10. Aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos, se observó un valor medio de dolor menor en la valoración de enfermería que en la reflejada por el paciente en la encuesta (VAS medio: 2,14; Cuestionario medio: 5,6; $p=0,085$).

CONCLUSIONES

Aunque no existe diferencia significativa entre la valoración subjetiva del dolor del paciente y la que refleja enfermería en su plan de cuidados, sería necesario hacer nuevos estudios de la eficacia de esta escala en el dolor postoperatorio para que sea una herramienta de uso profesional, así como trabajos relacionados con los conocimientos de enfermería sobre el manejo del dolor para poder proporcionar un cuidado excelente al paciente.

O-060

¿Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA QUE HAY?

A. Delgado Marchante, B. Roldan Ibáñez, S. García Albiach, Y. Álvarez Ongil

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica avanza a gran velocidad para bien y para mal. La tecnología bien aplicada hace que el desarrollo quirúrgico beneficie al usuario. Pero al mismo tiempo el paciente menosprecia los riesgos de la cirugía que en pleno desarrollo nos ciega. Muchos pacientes obesos o con sobrepeso no se cuidan pensando en que en el momento de convertirse en obesos mórbidos se van a operar y problema resuelto.

OBJETIVOS

Comprobar el grado de información del paciente sobre la cirugía bariátrica y cirugías concomitantes. Evaluar los beneficios y complicaciones de las cirugías coadyugantes.
Prevención de efectos adversos inherentes al ingreso prolongado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en diciembre 2014 en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica sobre las complicaciones y los beneficios de las cirugías concomitantes: dermolipectomía, braquioplastía, onfaloplastia, mamoplastia, etc.

RESULTADOS

Reducción de ansiedad y miedo debido a la información ofertada al paciente sobre las complicaciones postquirúrgicas.
Mejor predisposición ante la nueva cirugía. Fomento de la educación sanitaria.

CONCLUSIONES

Los pacientes operados de cirugía bariátrica tienen magnificada estas técnicas, que las ven como solución milagrosa sin ser conscientes de los graves riesgos que conllevan.

El 80% de los pacientes no saben que después de su cirugía bariátrica hay asociadas cirugías plásticas de elevada morbimortalidad.

O-062

VALORACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LA ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA CON TÉCNICA ARFI EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA INTERVENIDOS MEDIANTE CIRUGÍA BARIÁTRICA

N. Ibáñez, F. Guzmán, J. Luján, Q. Hernández, J. Abrisqueta, R.M. Sánchez, D. Abellán, V. López, M.D. Frutos, P. Parrilla

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN

El aumento de la prevalencia de la obesidad se asocia a un aumento en la prevalencia de patologías como la esteatosis y la esteatohepatitis no alcohólica, entidad que determina fibrosis hepática en un 2% de pacientes. Actualmente, la biopsia hepática es considerada el estándar de referencia para la evaluación de la fibrosis hepática. Sin embargo, existen indicadores séricos y métodos de imagen no invasivos como la técnica ARFI (Acoustic Radiation Force Impulse) que nos permiten identificar la esteatosis y la fibrosis hepática, permitiendo su cuantificación.

OBJETIVOS

Evaluar la utilidad de la técnica ARFI como método de control de la esteatohepatitis no alcohólica en pacientes con obesidad mórbida intervenidos mediante cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo entre Enero 2010 y Junio de 2013 a 40 pacientes con obesidad mórbida intervenidos mediante bypass gástrico en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca a los que se les ha realizado una ecografía convencional y con técnica ARFI y una medición analítica del perfil hepático como método de evaluación prequirúrgica y durante el seguimiento tres años después. Los análisis se realizaron tras un ayuno de 12 horas y para la obtención de la velocidad de corte se tuvo en cuenta la media obtenida tras la realización de 3 medidas. Se establecieron como criterios de exclusión: la presencia de enfermedad hepática previa conocida, VIH, toma de medicación hepatotóxica y pacientes con consumo de alcohol >20 gramos/día.

RESULTADOS

Se han analizado 40 pacientes (24 varones/16 mujeres) con una edad media de $44,28 \pm 10,26$ [25-65] años. Ningún paciente fue excluido. El IMC medio prequirúrgico de los pacientes fue de $43,95 \pm 6,18$ [33,7-59,8] kg/m². Los análisis del perfil hepático mostraron los siguientes resultados preoperatorios: Colesterol Total $188,10 \pm 49,46$ [89-303] mg/dl LDL-colesterol $113,07 \pm 45,67$ [44-210] mg/dl Triglicéridos $158,82 \pm 114,30$ [40-462] mg/dl GOT $24,55 \pm 8,47$ [14-51] U/l GPT $35,28 \pm 20,30$ [15-91] U/l. La evaluación mediante técnica ARFI reveló una Velocidad Corte preoperatoria media $1,72 \pm 0,88$ [0,76-3,53] m/s. La reevaluación postquirúrgica 3 años después mostró un IMC de $29,17 \pm 4,40$ [21,41-39,08] kg/m². Los resultados de laboratorio fueron: Colesterol Total $159,59 \pm 25,96$ [122-216] mg/dl LDL-colesterol $85,64 \pm 27,23$ [42-148] mg/dl Triglicéridos $83,68 \pm 49,41$ [35-259] mg/dl GOT $22,59 \pm 11,78$ [11-71] U/l GPT $25,86 \pm 18,45$ [9-99] U/l. El estudio ecográfico con técnica ARFI reveló una velocidad de corte de $1,26 \pm 0,33$ [0,73-2,19] m/s. El análisis estadístico mostró una reducción estadísticamente significativa del IMC de $14,78 \pm 6,64$ IC 95% [12,65-16,90] kg/m² $p < 0,0001$, en cuanto a los parámetros analíticos de laboratorio se produjo una reducción estadísticamente significativa de los valores de Colesterol total $40 \pm 36,66$ IC 95% [23,74-56,25] mg/dl $p < 0,0001$, LDL-Colesterol $37,68 \pm 35,16$ IC 95% [22,08-53,27] mg/dl $p < 0,0001$ y Triglicéridos $75,13 \pm 104,68$ IC 95% [28,72-121,55] mg/dl $p < 0,003$. Durante la valoración ecográfica con técnica ARFI mostró una disminución de la Velocidad de corte de $0,47 \pm 0,92$ IC 95% [0,18-0,77] m/s $p < 0,02$ llegando hasta valores normales.

CONCLUSIONES

La ecografía abdominal con técnica ARFI junto con la medición de los parámetros analíticos de perfil hepático es un método útil en la valoración de la esteatohepatitis no alcohólica en pacientes sometidos a cirugía bariátrica ya que supone una alternativa no invasiva a la biopsia hepática.

P-002

SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

N. Roca Rossellini, M. Pons Busom, C. Barnadas, M.A. Blasco Blanco, L. Alsina Estallo, J. Focillas Corvinos

Hospital Sagrat Cor, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con obesidad mórbida (OM) sometidos a cirugía bariátrica (CB), precisan un seguimiento postoperatorio periódico y cercano, tanto para controlar la pérdida de peso y la tolerancia a la dieta, como para vigilar incidencias, lo cual masifica las consultas.

Es importante que este seguimiento esté estandarizado y bien programado.

OBJETIVO

Revisar la adhesión al seguimiento en consulta externa (CE) en las visitas sistematizadas, a los pacientes con OM sometidos a CB, repasar el porcentaje de peso perdido (PSP) y las incidencias detectadas, para prevenir complicaciones y conseguir una buena organización de la CE.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde enero de 1984 hasta diciembre de 2014 en nuestra Unidad de Cirugía Metabólica y de la Obesidad Mórbida (UCMOM) se han intervenido de CB a 1.693 pacientes.

En la UCMOM se han sistematizado **las visitas presenciales** en la CE el 15º día y el 1º, 3º, 6º, 9º, 12º y 18º meses después de la cirugía (mínimo 7 visitas por paciente) y controles en forma de **llamada telefónica** al 2º y 5º tras la CB.

Se han revisado las visitas presenciales realizadas a 162 pacientes intervenidos de CB con la técnica de gastrectomía tubular por laparoscopia durante los años 2012 y 2013.

Se han valorado sexo, edad, BMI inicial y recogido los datos retrospectivos de % PSP e incidencias.

RESULTADOS

Se ha revisado la evolución en consulta de 162 pacientes (P): 126 mujeres (77,8%) y 36 hombres, con edad media 44,5 (18-68) y BMI inicial 44,9 (32- 65).

La visita el 15º día ha sido siempre solo para revisión quirúrgica.

La adherencia a las visitas del 1º y 3º meses ha sido del 98,7% (160 P); al 6º mes del 90% (146 P), al 9º mes del 64% (104 P) y al 12º mes del 78,3% (127 P).

El porcentaje de peso perdido (PSP) ha sido de 26,5% (DE= 7,9) al 1º mes, 45% (DE= 11) al 3º, 62,7% (DE=13,8) al 6º, 71,3% (DE=15,5) al 9º y 72,9% (DE = 15,3) al año de la CB, no se han encontrado diferencias significativas relacionadas con la adhesión a la consulta y con las incidencias.

Se han detectado 33 incidencias: 8 epigastralgias (25%), 6 esofagitis (18%), 4 vómitos (12%), 3 ansiedad/ depresión (9%), 2 anemias (6 %), 2 colelitiasis (6%) y 8 otras (24%).

Se observa un aumento progresivo en la detección de incidencias con el tiempo de evolución postoperatorio (1º mes = 2,4%, 3º mes = 3,6%, 6º mes =4,8%, 9º mes =4,8% y 1º año = 9,9%). Dos pacientes han precisado ingreso (1 por vómitos y 1 por artritis gotosa).

CONCLUSIONES

La adherencia espontánea al seguimiento ha sido máxima en los controles del 1º y 3º meses y mínima al 9º mes. El PSP es del 79,2% al año de la CB.

Se han detectado 33 incidencias (55% digestivas), los ingresos son excepcionales.

Nos proponemos suprimir la visita sistemática del 9º mes y sustituirla por llamada telefónica para desmasificar la consulta.

P-003

GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA EN UN PACIENTE OBESO INTERVENIDO PREVIAMENTE POR COARTACIÓN DE AORTA

J. De Tomás Palacios, I. Bretón, A. Sánchez, M. Cuadrado, J.M. Monturiol

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

OBJETIVOS

Los pacientes con obesidad mórbida que han sido intervenidos por cardiopatía congénita suponen un reto tanto para el cirujano como para el anestesista a la hora de planificar una operación bariátrica. Sin embargo, estos pacientes, que pueden padecer trastornos funcionales cardíacos residuales, se benefician notablemente de los cambios hemodinámicos y estructurales que suceden en el corazón tras una pérdida significativa de peso. La coartación de aorta (CA) es la quinta malformación congénita cardíaca más frecuente y puede ser reparada con diferentes técnicas según el tipo de alteración que presente. Los adultos operados por CA presentan una mayor incidencia de obesidad y de hipertensión arterial. El objetivo de este trabajo es comprobar el impacto positivo y la seguridad de la cirugía bariátrica en un paciente obeso con CA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 42 años que fue intervenido a los 4 años de CA y reintervenido hacía 3 años con implante de prótesis aórtica valvulada por insuficiencia aórtica severa con aneurisma de aorta ascendente. También refería HTA mal controlada, bloqueo A-V con marcapasos, SAHS y un ictus isquémico sin secuelas. El paciente estaba anticoagulado con acenocumarol y antiagregado con salicilato (AAS). Como antecedente familiar destacaba sobrepeso en ambos padres. La exploración física puso de manifiesto un peso de 155 kg y una talla de 174 cm (IMC:51 kg/m²). El ecocardiograma mostró normofunción de la prótesis valvular aórtica con hipertrofia concéntrica del VI, el tránsito intestinal fue normal y en la ecografía se evidenció esteatosis hepática.

RESULTADOS

El paciente fue intervenido durante 90 minutos realizando una gastrectomía vertical laparoscópica a 4 cm del píloro sobre sonda de 40 Fr. Durante la operación no fue necesario disminuir la presión del neumoperitoneo por debajo de 14 mmHg, tampoco hubo episodios de inestabilidad hemodinámica ni de sangrado. Tras 4 días en la UCI, el sujeto fue dado de alta al 5º día post-operatorio con enoxaparina y AAS. A los 14 días de la operación, cuando el paciente había sustituido la enoxaparina por acenocumarol, reingresó por sangrado espontáneo en el lecho quirúrgico que fue controlado de forma conservadora. A los 3 meses de la operación, el peso es de 118 kg (%EPP: 47%), se han disminuido significativamente los fármacos anti HTA y ha desaparecido el SAHS.

CONCLUSIONES

Los pacientes intervenidos de CA con obesidad mórbida se benefician de operaciones bariátricas que deben ser indicadas de forma individual. La gastrectomía vertical laparoscópica es una buena opción si no existe reflujo gastroesofágico o una diabetes mal controlada. La estrecha monitorización intraoperatoria es fundamental para evitar problemas hemodinámicos durante la cirugía. La disminución significativa de peso mejora notablemente la HTA y otras comorbilidades en estos pacientes.

P-011

FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS QUE AFECTAN A LA EVOLUCIÓN DEL IMC A MEDIO Y LARGO PLAZO DESPUÉS DE GASTRECTOMÍA VERTICAL

P. Colsa Gutiérrez, M. Kharzmi, R. Sosa, E. Gutiérrez Cantero, J.C. Cagigas, M. Bolado, V. Ovejero, R. Hernández, J.M. Gutiérrez, A. Ingelmo

Hospital Comarcal Sierrallana, Torrelavega

INTRODUCCIÓN

La gastrectomía vertical es un procedimiento bariátrico eficaz en pacientes con obesidad mórbida, lo que resulta en una drástica reducción del índice de masa corporal (IMC) durante el primer año postoperatorio. Se estudiaron los posibles factores intrínsecos y extrínsecos que influyen en la evolución del IMC a largo plazo, y se investiga el impacto de dichos factores, con el objetivo de establecer un pronóstico de pérdida de peso del paciente a largo plazo.

MÉTODOS

Se analizan sesenta y siete pacientes con obesidad mórbida que fueron sometidos a gastrectomía vertical. El seguimiento se realizó durante 2 años, si bien treinta y cuatro pacientes de este grupo fueron seguidos durante 3 años más, para un total de 5 años de seguimiento. La evolución de IMC se controló y se correlacionó con datos demográficos intrínsecos (IMC preoperatorio, familiares obesos, la edad y el sexo) y modificables extrínsecos (actividad física, transgresión dietética habitual y situación laboral). Se calcularon la mediana, media y las desviaciones estándar para todos los parámetros adecuados. Se utilizó la prueba t de Student para determinar la significación de las diferencias observadas entre los subgrupos. La significación estadística se consideró $p < 0.005$.

RESULTADOS

El IMC global desciende de 47,5 en el momento de la cirugía a 32,1 cuando se examinaron los pacientes 12 meses después de la cirugía. A partir del segundo año, se observó una tendencia al alza, y a los 5 años, la media de IMC fue superior a 35. Los factores modificables extrínsecos como el modo de vida han demostrado tener efectos favorables sobre el índice de masa corporal significativamente en la evolución. Entre los factores intrínsecos, el IMC antes de la cirugía y los padres obesos también predicen la evolución a largo plazo.

CONCLUSIÓN

Los factores intrínsecos y extrínsecos se podrían utilizar para establecer un perfil de paciente para este tipo específico de intervención, con atención clínica preoperatoria en algunos de los factores significativos que afectan el IMC evolución. También se evaluaron algunas características de la tolerancia a los alimentos que influyeron sobre la calidad de vida de los pacientes.

P-016

MANEJO PERIOPERATORIO EN CIRUGÍA BARIÁTRICA: PROTOCOLO ERAS

I. Del Hoyo Aretxabala, J. Ortiz, I. Diez, C. Loureiro, J. Barrenetxea, M. García, P. Pérez De Villarreal, L. Hierro-Olabarria, J.E. Bilbao, J.J. Méndez

Hospital de Basurto - Osakidetza, Bilbao

INTRODUCCIÓN

Aunque la experiencia en cirugía bariátrica es limitada, los protocolos de fast-track/ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) en cirugía colorrectal han demostrado la posibilidad de acortar la estancia postoperatoria sin aumentar las complicaciones ni los reingresos. Se ha comprobado que el proceso es más homogéneo, se ejecuta con menor variabilidad individual y permite una mejora económica.

COMPONENTES DEL PROTOCOLO ERAS

Objetivos:

1. Minimizar riesgos con una adecuada preparación e información preoperatoria.
2. Mejorar los resultados y la calidad de la atención a los pacientes.
3. Disminuir la morbilidad en relación a complicaciones cardíacas, pulmonares, infecciosas o tromboembólicas.

Metodología:

1. Actuaciones que modulen la “agresión quirúrgica”: cirugía laparoscópica y anestesia balanceada.
2. Acortar el periodo convalecencia: movilización precoz y nutrición temprana.
3. Limitar gestos invasivos innecesarios: sondas, drenajes y catéteres.
4. Criterios de alta establecidos en los cuidados tradicionales.
5. Control adecuado del dolor.

MANEJO PERIOPERATORIO

En el **periodo preoperatorio** el paciente debe estar adecuadamente informado del proceso. En este periodo pueden modificarse aspectos (optimizar la comorbilidad asociada) para mejorar su recuperación funcional postoperatoria, así como emplear una dieta hipocalórica normo o hiperproteica que favorecerá el tiempo quirúrgico.

En el **periodo de anestesia e intervención**, se debe limitar el uso de opiáceos, trabajar a una adecuada presión intraabdominal, además de posicionar al paciente en antiTrendelenburg forzado para asegurar el mejor acceso supramesocólico. El uso de anestesia local en las incisiones favorece el control del dolor. Al despertar la utilización de oxígeno al 80% disminuye la tasa de infección y dehiscencia anastomótica. En el **periodo postoperatorio** la sonda nasogástrica y la uretral se retirarán en las primeras 12-24 horas. No consideramos que pueda prescindirse del drenaje intrabdominal, dado que permite diagnosticar y/o dirigir una eventual dehiscencia. El inicio de la ingesta oral de forma temprana y la movilización precoz aceleran la recuperación. Los requisitos indispensables para el alta son: ausencia de complicaciones mayores, un entorno adecuado, dolor controlado con analgésicos orales, heridas en buenas condiciones, adecuada tolerancia oral (dieta semilíquida) y comprensión de las recomendaciones entregadas.

RESULTADOS

Durante el año 2014, hemos realizado 81 intervenciones (55 bypass gástricos y 26 gastrectomías tubulares) de cirugía bariátrica. Con una adecuada información, hemos conseguido evitar el ingreso la víspera de la intervención e iniciar la tolerancia a las 24 horas, reduciendo la estancia mediana a 3 días sin incremento sustancial de las complicaciones y con una tasa de reingresos inferior al 5%.

DISCUSIÓN

Los programas ERAS constituyen un método efectivo para mejorar la calidad de la asistencia en cirugía bariátrica con respecto a los métodos tradicionales. Los resultados obtenidos muestran menor índice de complicaciones, menor estancia media y una disminución de los costes derivados, sin que aumenten las reintervenciones o reingresos.

Su puesta en marcha exige un cambio de mentalidad, trabajo en equipo y una planificación a largo plazo

P-018

HERNIA DE PETERSEN

M. García, I. Díez, C. Loureiro, J. Barrenetxea, J. Ortiz, L. Hierro, I. Del Hoyo, S. García, J. Bilbao, J.J. Méndez

Hospital de Basurto - Osakidetza, Bilbao

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción del tránsito digestivo tras la cirugía bariátrica derivativa favorece la aparición de espacios a través de los cuales se puede producir la herniación del intestino delgado provocando cuadros obstructivos.

En el bypass gástrico en Y de Roux, según la variante ante o retrocólica, se generan tres espacios: espacio de Petersen, ojal mesocólico y defecto mesentérico.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 54 años intervenido en abril de 2011 por obesidad mórbida con IMC de 41, realizándose gastrectomía tubular. Durante el seguimiento, la pérdida de peso es adecuada, pero presenta reflujo gastroesofágico severo que no mejora con IBPs. Por este motivo, se le propone bypass gástrico, que se lleva a cabo en abril de 2014 con IMC de 29 en ese momento.

Cuatro meses más tarde, comienza con episodios de dolor postprandial y náuseas, acompañados de cortejo vegetativo, que precisan atención en Urgencias de varios centros hospitalarios, donde se le practican analíticas y radiologías que son normales. Los cuadros ceden con analgesia habitual.

Ocho meses después del bypass, acude de nuevo al Servicio de Urgencias de nuestro Centro por un nuevo episodio de dolor. Existe discordancia entre el dolor referido por el paciente y la exploración del abdomen que es blando, depresible y sin defensa. La analítica y radiología simple de abdomen son anodinas, pero dados sus antecedentes se realiza TC abdominal, que muestra edema importante del mesenterio del intestino delgado, dilatación del pie de asa y localización atípica de las asas.

Con la sospecha de hernia interna se realiza laparoscopia exploradora, objetivando herniación a través del espacio de Petersen de íleon y yeyuno en sentido derecha a izquierda. No se consigue devolvulación por laparoscopia, por lo que se decide conversión a laparotomía, procediendo a reducción herniaria y cierre del defecto de Petersen con puntos sueltos de seda.

DISCUSIÓN

El bypass gástrico por vía laparoscópica sigue siendo una de las técnicas de cirugía bariátrica más realizadas, logrando pérdidas de peso del 60-70% a largo plazo con una baja morbimortalidad.

Las hernias internas son una frecuente causa de obstrucción intestinal en estos pacientes, al asociarse los defectos generados por la cirugía, la menor presencia de adherencias propiciada por la laparoscopia y una importante pérdida de peso. El riesgo se reduce, aunque no por completo, con el ascenso antecólico del asa de Roux y con el cierre sistemático de los defectos mesentéricos con material irreabsorbible.

Ante cualquier paciente sometido a cirugía bariátrica con dolor abdominal esporádico, intermitente y atípico debe sospecharse una hernia interna. La confirmación del diagnóstico se realizará con estudios radiológicos (tránsito baritado y TC), aunque pueden ser normales hasta en un 20% de los casos, precisándose realización de laparoscopia diagnóstica si persiste la sospecha clínica. La resolución del cuadro puede ser difícil por vía laparoscópica, siendo necesaria en cerca de la mitad de los casos conversión a laparotomía.

P-019

MORBIMORTALIDAD Y RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN UN HOSPITAL NIVEL II

J.C. Santiago Peña, S. Martínez Cortijo, E. Ortega Ortega, M. Milla Tobarra, J. Díez Izquierdo, M. García Aparicio, L. Gómez Ruiz, P. Cruz Romero, R. Rodríguez Fernández, R. Ochoa

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina

INTRODUCCIÓN

Un tercio de la población occidental padece algún grado de obesidad. La obesidad mórbida es una enfermedad crónica multifactorial asociada a un gran número de complicaciones. La cirugía bariátrica, en conjunto con el trabajo de un equipo multidisciplinario es el método más efectivo para tratar la enfermedad, produciendo pérdida de peso duradera, mejorando las comorbilidades asociadas y reduciendo la mortalidad.

OBJETIVO

Presentamos los resultados obtenidos, en cuanto a morbilidad perioperatoria, en nuestra unidad de obesidad mórbida, tomando en cuenta las características de los pacientes seleccionados, sus comorbilidades, técnica bariátrica elegida y los procedimientos quirúrgicos asociados.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo mediante la revisión de las historias clínicas de los 53 pacientes intervenidos en el Hospital Nuestra Señora del Prado entre enero 2010 y enero 2015. Valoramos la prevalencia de patología asociada, el periodo perioperatorio y la incidencia de complicaciones.

RESULTADOS

Tras valoración estricta del grupo multidisciplinar de obesidad de nuestro Hospital. Se han intervenido 53 pacientes (17.4% de los pacientes que iniciaron el programa) (44 mujeres y 9 hombres) con una edad comprendida entre 25 y 58 años. Entre las comorbilidades que presentaban, 14 padecían hipertensión arterial, 11 diabetes mellitus, 22 artropatías, 37 síndromes de apnea del sueño y 14 reflujo gastroesofágicos. Con respecto a las técnicas quirúrgicas, se han realizado 7 bypass gástricos (6 laparoscópicos y una laparotomía) y 46 gastrectomías tubulares (45 laparoscópicas y una laparotomía). Las cirugías asociadas fueron: 4 colecistectomías, 8 cierre de pilares, 2 eventraciones, 2 hernias y una ligadura de trompa. La duración media de las intervenciones fue de 110 minutos (70-390 minutos). De los 53 pacientes 19 (36%) tenían una PEIMCP > 65%, 25(46%) entre 50-65 y 9(17%) <50% por lo el 82% de los pacientes consiguieron una pérdida de peso óptima. El 74% presentaban comorbilidades antes de la cirugía que se redujeron a un 5% después de la misma.

Las complicaciones postquirúrgicas fueron 5 mayores (4 fistulas o dehiscencia de anastomosis y 1 caso de tromboembolismo pulmonar) (7.5%); 9 menores (3 febrículas, 2 flebitis, 2 infecciones de herida, 1 intolerancia digestiva y un dolor por postoperatorio). Reingresaron 6 pacientes: 2 por dehiscencias, una intolerancia digestiva, un absceso del lecho vesicular, una suboclusión intestinal y una infección de herida quirúrgica. Precisarons reintervención quirúrgica 5 pacientes: 4 por fistulas gástricas y un caso por infección de herida quirúrgica. Mortalidad 1.8% (1 TEP).

CONCLUSIONES

La incidencia de la obesidad en nuestro días exige un tratamiento cercano a los cirujanos, por este motivo los Hospitales de nivel II deben estar capacitados para el tratamiento integral de este tipo de pacientes. El manejo de esta patología por grupos multidisciplinarios con protocolos estrictos de actuación permite una selección de pacientes aptos para cirugía. Esta discriminación es importante puesto que los recursos son limitados y se deben ofrecer a pacientes que se van a beneficiar de los mismos. Sin embargo estos enfermos conllevan un elevado número de comorbilidades muy costosas para el sistema y sólo la cirugía puede reducir de forma significativa las mismas.

P-020

FÍSTULA GÁSTRICA COMO COMPLICACIÓN DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA; SERIE DE CASOS

J.C. Santiago Peña, S. Martínez Cortijo, E. Ortega Ortega, J. Díez Izquierdo, M. García Aparicio, L. Gómez Ruiz, M.D.C. Carballo López, M. Milla Tobarra, B. Blanco, E. Pikula

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina

La fistula gástrica es una de las complicaciones más graves de la cirugía bariátrica. En las derivaciones gástricas la localización más frecuente es la gastroyeyunal, con una incidencia media de 2,1%. En las gastrectomías tubulares se localiza en la unión gastroesofágica con una incidencia de hasta el 6,8%.

OBJETIVO

Hacer una revisión de los casos de fistulas gástricas que se presentaron en una serie de pacientes sometidos a cirugía bariátrica en nuestro centro con respecto a las manifestaciones clínicas, las pruebas diagnósticas, las opciones terapéuticas y evolución.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo mediante la revisión de las historias clínicas de los 53 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en el Hospital Nuestra Señora del Prado entre enero 2010 y enero 2015.

RESULTADOS

De los 53 pacientes intervenidos en nuestro centro se presentaron 4 casos de fistula (7,547%).

Caso 1. Mujer de 50 años intervenida de gastrectomía vertical y eventroplastia tipo Rives mediante laparotomía supraumbilical. Al 4to DPO inicia con hipotensión y disnea, El TAC abdominal se objetiva gas extraluminal y neumomediastino. Se interviene encontrando colección en nivel proximal de la gastroplastia, se realiza drenaje más lavado. Presenta en TAC control mediastinitis. Se trasladó a otro centro para colocación de prótesis esofágica para manejo de la fistula con buena evolución posterior.

Caso 2. Mujer de 55 años intervenida de gastrectomía tubular laparoscópica, dada de alta al 4to DPO sin incidencias; 3 días después acude a urgencias por dolor epigástrico y retrosternal. Se realiza transito EGD objetivando fistula alta. Se realiza lavado y se deja drenaje evolucionando favorablemente.

Caso 3. Mujer de 38 años intervenida de gastrectomía tubular laparoscópica que acude a urgencias al 8vo días tras el alta presentando dolor abdominal fiebre y disnea. En el TAC se visualiza colección intraabdominal de 5x4 cm en zona de la gastroplastia Se decide intervención con lavado de cavidad, colocación de drenaje y de catéter de yeyunostomía. Buena evolución pero sin cierre de la fistula por lo que se decide mantener nutrición enteral de forma ambulatoria. En EGD control no se visualiza fistula.

Caso 4. Mujer de 48 años intervenida de Bypass gástrico laparoscópico a la 48 horas de presenta inestabilidad hemodinámica. En el TAC se observa colección en región de anastomosis. Se realiza lavado y drenaje más gastrostomía en remante gástrico. Evoluciona satisfactoriamente, tolerando nutrición por gastrostomía y disminución progresiva del débito de la fistula.

CONCLUSIÓN

La fistula digestiva es una complicación frecuente que puede comprometer el pronóstico vital del paciente por lo que un rápido diagnóstico se hace indispensable. La tomografía y el transito EGD demuestran la existencia de la fistula. Si se establece el diagnóstico se precisa de cirugía de revisión. El drenaje correcto y la nutrición adecuada es la base fundamental del tratamiento. Las fistulas gástricas en los tubulares gástricos son más frecuentes y de tratamiento más complicado. Hoy en día el uso de prótesis esofágicas en los primeros momentos facilita la nutrición del paciente y su rápida recuperación. De cualquier forma el tratamiento debe ser individualizado como demuestra nuestra casuística.

P-023

PATOLOGÍA BASAL EN LOS OBESOS MÓRBIDOS DEL ÁREA DE SALUD VII DE LA REGIÓN DE MURCIA. RELEVANCIA DE SU ESTUDIO

A.J. Fernández López, M. Tamayo Rodríguez, F.M. González Valverde, D.M. Lujan Martínez, N. Martínez Sanz, J. Ródenas Moncada, P. Pastor Pérez, M. Maestre Maderuelo, M. Ruiz Marín, A. Albarracín-Marín Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

OBJETIVO

La obesidad mórbida es una enfermedad crónica multifactorial asociada frecuentemente a numerosas patologías sistémicas. El objetivo de este trabajo es el estudio descriptivo de la patología médica basal de los pacientes obesos mórbidos intervenidos para cirugía bariátrica en los últimos 8 años en el Área de Salud VII de Murcia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han analizado todos los pacientes intervenidos por la Unidad de Cirugía Bariátrica entre Noviembre 2006 y Marzo 2014. Se incluyen un total de 315 pacientes. Los datos se han obtenido a través de las historias clínicas de Endocrinología, Nutrición, Psiquiatría, Neumología, Digestivo, Cirugía, Anestesia así como de informes de alta de urgencias.

Se ha realizado un análisis de las variables cuantitativas: edad, índice de masa corporal (IMC) y riesgo anestésico (ASA).

Se ha realizado un análisis de frecuencias de las siguientes variables cualitativas dicotómicas: sexo, estado civil, técnica quirúrgica, diabetes (DM), hipertensión (HTA), dislipemia (DLP), síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), enfermedad cardiovascular, reflujo gastroesofágico (RGE), insuficiencia vascular, hipotiroidismo, osteoartrosis.

RESULTADOS

Predominio de mujeres (70,8%), de las cuales casadas un 42,2%. La edad media era de 40,31 años (19-63 años). El 79% eran ASA 3, el 10,8% ASA 2 y el 9,8% ASA 4.

La media de los IMC previa a la cirugía era 45,99 con una desviación estándar de $\pm 5,90$ y un rango de 30 - 63,71 de IMC.

Comorbilidades: El 52,4% de los pacientes eran HTA, el 31,4% eran DM, el 25,2% DLP, el 62,9% padecían SAOS, el 7,3% enfermedad cardiovascular, el 28,6% RGE, el 19,7% eran hipotiroideos y el 28,3% presentaban osteoartrosis o dolor articular incapacitante.

La técnica más realizada fue el Bypass gástrico con un 80,2%. Al 77,6% de las mujeres se les realizó un Bypass, frente al 86% de los hombres.

CONCLUSIÓN

Las patologías médicas en los pacientes obesos mórbidos tienen una alta prevalencia, son múltiples y se asocian a alto riesgo para la salud. Además son pacientes jóvenes a los que la cirugía les ofrece una amplia posibilidad de mejora.

P-034

RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL CRUCE DUODENAL CON LIGADURA DE ARTERIA GÁSTRICA DERECHA

J. Pujol Gebelli, A. García Ruiz De Gordejuela, B. Campillo Alonso, G. Rodríguez León, J. Elvira López, A. Casajoana Badía

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat

INTRODUCCIÓN

El cruce duodenal por laparoscopia no es un procedimiento bariátrico común debido a su elevada complejidad. Varios grupos han publicado ya excelentes resultados en pérdida de peso y resolución de comorbilidades a largo plazo. En nuestro grupo añadimos la ligadura de la arteria gástrica derecha para facilitar la anastomosis duodeno- ileal. Aquí presentamos los resultados a largo plazo esta técnica.

MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo de la base de datos del equipo multidisciplinar de cirugía bariátrica. Se incluyen los procedimientos en uno y dos tiempos. Se analiza la morbilidad, mortalidad, pérdida de peso y resolución de comorbilidades tras la cirugía.

RESULTADOS

Desde abril de 2007 a noviembre de 2014 se intervinieron 201 pacientes de cruce duodenal por laparoscopia. 73,63% (148) de ellos fueron mujeres. La edad media fue de 46 años (rango de 22 a 61). 26 casos fueron un segundo tiempo tras gastrectomía vertical. El IMC medio en el momento de la intervención fue de 46,92 kg/m² (rango de 34 a 64). El tiempo quirúrgico medio fue de 150 minutos (110 a 250). La estancia hospitalaria mediana fue de 4 días (rango 2 a 181). 41 pacientes (20,5%) requirieron reingreso. La morbilidad registrada fue del 20,5% (43 pacientes), siendo la hernia (11 casos) y el hemoperitoneo (7 casos) las más frecuente. En el 65% de los pacientes que presentaron morbilidad ésta fue menor (Clavien menor o igual a II). 14 pacientes fueron reintervenidos. 1 caso fue éxitus al cabo de 16 meses por complicaciones del procedimiento primario. El seguimiento mediano fue de 48 meses (0 a 84 meses). La pérdida de peso a los 12, 24, 36, 48 y 60 meses fue de 67,36%, 67,03%, 65,81%, 69,47% y 68,09% y el exceso de IMC perdido 73,64%, 73,28%, 72,08%, 75,63%, y 73,89% respectivamente. Todos los pacientes con DM2 dejaron la medicación y normalizaron la bioquímica después de los primeros dos años. El resto de las comorbilidades metabólicas presentaron mejoría significativa en más del 80% de los pacientes.

CONCLUSIONES

Aunque el cruce duodenal laparoscópico es un procedimiento complejo, nuestros resultados muestran baja morbilidad y mortalidad, junto con excelente pérdida ponderal.

P-036

LITIASIS RENOURTERAL TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

D.M. Luján Martínez, F.M. González Valverde, N. Martínez Sanz, A.J. Fernández López, A. Sánchez Cifuentes, M. Vicente Ruiz, M.E. Tamayo Rodríguez, F.J. Ródenas Moncada, A. Albarracín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

INTRODUCCIÓN

La probabilidad de formación de cálculos renoureterales se duplica en personas con $IMC < 30$. La hiperinsulinemia, el aumento del IMC, la hiperoxaluria, la ingesta elevada de sodio, el bajo volumen de orina y la hipercalcemia son algunos de los factores de riesgo litogénicos asociados con la obesidad.

Los hombres son más propensos que las mujeres a desarrollar la enfermedad y este riesgo aumenta con la edad. Las litiasis renoureterales también han sido descritas entre los posibles efectos secundarios de la cirugía bariátrica, con incidencias de hasta un 16% (*Nelson et al. Surgery 2006*). Como consecuencia de la malabsorción ocasionada por la derivación yeyunal, el oxalato no es ligado por el calcio en cantidad suficiente en el intestino, lo que deriva en un estado de hiperoxaluria e hipocitratemia, dos elementos fundamentales en la génesis de los cálculos renales de oxalato cálcico.

OBJETIVO

Analizar la incidencia de litiasis renoureteral en los pacientes bariátricos intervenidos en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia en un periodo de 8 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica laparoscópica en nuestro hospital desde noviembre de 2006 hasta abril de 2014. Se revisaron las historias clínicas de Cirugía, Endocrinología y Urología, y la información del visor de imágenes Riskweblink 1.5.7. (Siemens®, España) que almacena en formato digital todas las exploraciones radiológicas de cada paciente.

Las variables tenidas en cuenta fueron edad, sexo, IMC, tipo de intervención, litiasis renoureteral en ecografía pre y post cirugía y tratamiento urológico.

RESULTADOS

La población de estudio quedó conformada por un total de 319 pacientes, de los que 220 eran mujeres (69%). La edad media fue de 40 (DE10) años. Del total de pacientes, 253 fueron intervenidos mediante by-pass gástrico laparoscópico (BPGL) y 66 fueron sometidos a gastrectomía vertical (GVL).

Solo un paciente tenía litiasis renal evidenciada en estudios de imagen previos a la operación. Aproximadamente un año tras la cirugía se realizó una ecografía en 201 pacientes (63%). Se hallaron 9 casos (4,5%) de litiasis renoureteral, con una edad media de 42 (DE7) años. De ellos 3 eran varones y dos precisaron tratamiento, realizándose litotricia por ondas de choque y tratamiento expulsivo.

Sólo 2 presentaron clínica, siendo el resto un hallazgo de la ecografía. Todos los casos se objetivaron en pacientes con BPGL.

CONCLUSIÓN

En nuestra experiencia, se trató de una complicación menos frecuente de lo esperado en los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica. Predominó en varones con edad superior a la media, que fueron diagnosticados en el primer año tras el procedimiento quirúrgico. Todos los casos se dieron en pacientes sometidos a BPGL, debido sin duda a los cambios metabólicos litogénicos provocados por esta técnica.

P-042

CIRUGÍA BARIÁTRICA EN UN CENTRO DE BAJO VOLUMEN. ANÁLISIS DE 172 PACIENTES CONSECUTIVOS

A. De La Llave Serralvo, A. Crespí Mir, J.M. Romero Marcos, S. Pascual Camarena, F.X. Julián Argudo, M.D.P. Sanchís Cortés, J.A. Cifuentes Ródenas

Fundación Hospital Son Llàtzer, Son Ferriol, Palma de Mallorca

OBJETIVOS

Varios documentos de consenso de diferentes organismos y sociedades para el estudio de la cirugía bariátrica han intentado definir los estándares de calidad respecto a la misma. Nuestro objetivo es evaluar los resultados obtenidos en los pacientes sometidos a procedimientos de cirugía bariátrica en nuestro centro y comprobar si se cumple con dichos estándares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos de forma retrospectiva todos los pacientes sometidos en nuestro hospital a procedimientos de cirugía bariátrica (*by-pass* gástrico o *sleeve gastrectomy*) entre Enero 2002 y Diciembre 2013, para definir los valores de morbimortalidad asociados a la cirugía y evaluar la efectividad de la misma. Se han comparado los resultados en función de la técnica quirúrgica.

RESULTADOS

Identificamos 172 pacientes (72.7% mujeres), con una edad media de 42.7 años y un IMC medio de 48,3 Kg/m². 115 de estos pacientes fueron sometidos a un *by-pass* gástrico. La morbilidad operatoria a los 30 días, definida como el número de pacientes que sufrieron efectos adversos mayores, fue de 11,6% y la mortalidad a los 30 días de 1.2%. La media de porcentaje de sobrepeso perdido al mes, a los 6 y a los 12 meses de la intervención fue de 23.8%, 55.1% y 69.1% respectivamente. El porcentaje de IMC perdido al mes, a los 6 y a los 12 meses fue de 11%, 25,6% y 32,4%. Según los criterios recogidos en el Documento de Consenso de la SEEDO y la SECO de 2004, nuestros resultados pueden calificarse como buenos en un 40,9% de los pacientes y excelentes en un 30,9%. Un mayor número de pacientes sometidos a *by-pass* gástrico alcanzó resultados excelentes en comparación con los pacientes sometidos a *sleeve-gastrectomy* (38% vs 16.3%, $p<0.05$), y el porcentaje de sobrepeso perdido al año también fue mayor en el primer grupo (71.1% vs 63.4%, $p<0.05$). Las diferencias en cuanto a complicaciones de una u otra técnica no resultaron estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en nuestros pacientes cumplen con los estándares de calidad exigidos para un programa de cirugía bariátrica. Aunque los datos sugieren que la técnica más efectiva es el *by-pass* gástrico, es necesario un seguimiento a más largo plazo para comprobar si esas diferencias se mantienen.

P-043

INCIDENCIA DE COLELITIASIS UN AÑO DESPUÉS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

D.M. Luján Martínez, F.M. González Valverde, A.J. Fernández López, N. Martínez Sanz, A. Sánchez Cifuentes, M. Vicente Ruiz, M.E. Tamayo Rodríguez, F.J. Ródenas Moncada, A. Albarracín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

INTRODUCCIÓN

La litiasis biliar es más frecuente en los pacientes obesos, especialmente en mujeres (21%), debido probablemente a un aumento en la excreción biliar de colesterol, a la disminución de la contractibilidad vesicular y al aumento de microcristales y de sales biliares. Sin embargo los mecanismos por los que se produce no son suficientemente conocidos. Cuando los pacientes pierden peso tras la intervención bariátrica, aumenta la incidencia de litiasis biliar, sobre todo tras las operaciones malaabsortivas.

OBJETIVO

Analizar la incidencia de colelitiasis en los pacientes bariátricos un año después de ser intervenidos en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia en un periodo de 8 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica laparoscópica en nuestro hospital desde noviembre de 2006 hasta abril de 2014. Se revisaron las historias clínicas de Cirugía, Endocrino y Nutrición y la información del visor de imágenes Riskweblink 1.5.7. (Siemens®, España). Las variables tenidas en cuenta fueron edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), tipo de intervención, colelitiasis en ecografía pre y post cirugía, disminución de IMC al año de la intervención.

RESULTADOS

La población de estudio quedó conformada por un total de 319 pacientes, de los que 220 eran mujeres (69%). La edad media fue de 40 (DE10) años. Del total de pacientes, 253 fueron intervenidos mediante by-pass gástrico laparoscópico (BPGL) y 66 fueron sometidos a gastrectomía vertical (GVL). El IMC medio fue 46,5 (DE5,5) Kg/m². Se objetivó que 19 pacientes (6%) ya estaban colecistectomizados y 48 pacientes (15%) presentaban colelitiasis antes de la cirugía. La edad media de estos pacientes fue 42 (DE8) años y 37 pacientes eran mujeres (77%). Se realizó cirugía bariátrica y colecistectomía en el mismo acto quirúrgico en 26 casos.

Se realizó una ecografía aproximadamente un año tras la intervención en 201 pacientes. Se registraron una coledocolitiasis y 69 colelitiasis o pólipos vesiculares (45 de ellos en mujeres (65%)). Se recogieron además dos casos de pancreatitis aguda y tuvieron que ser intervenidos de urgencia por colecistitis 4 pacientes. Tras BPGL se observaron 58 casos (22%) y tras GVL 11 (16,6%). La coledocolitiasis fue resuelta mediante radiología intervencionista. El IMC al año en los pacientes con colelitiasis fue 29,2 (DE5,2) y de los pacientes sin litiasis 30,0 (DE4,7) Kg/m².

CONCLUSIONES

La rápida pérdida de peso al año de la intervención y el sexo femenino parecen aumentar la posibilidad de padecer colelitiasis, sobre todo en los pacientes intervenidos de BPGL. En nuestra experiencia, sin embargo, no ha habido diferencias en cuanto al peso perdido y las diferencias entre sexos o entre técnicas son menores de lo que esperábamos. Dado que la mayor parte de colelitiasis son asintomáticas, recomendamos el seguimiento con ultrasonido en todos los pacientes, independiente del procedimiento quirúrgico. El riesgo de padecer colelitiasis es alto en un corto periodo de tiempo, sin embargo la colecistectomía profiláctica en el mismo acto quirúrgico es controvertida.

P-044

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA: TÉCNICA DE SALMON

A. Vílchez Rabelo (1), A. García Navarro (1), M. J. Álvarez Martín (1), A. A. Molina Martín (2), M. Segura (1), A. Mansilla Rosello (1), J.A. Jiménez Ríos (1)

(1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; (2) Hospital Úbeda, Jaén

OBJETIVOS

Más de treinta técnicas quirúrgicas de cirugía bariátrica han sido descritas en la historia, para considerarla como buena, ésta debe ser segura (morbilidad inferior al 10% y mortalidad inferior al 1%) y eficiente. Algunos estudios revelan que entre el 5 y el 50% de los pacientes intervenidos requerirán una segunda cirugía por complicaciones secundarias. La técnica de Salmon se encuentra dentro del grupo de las técnicas mixtas, encontrando en la literatura que este grupo requiere entorno al 20% de cirugías de revisión, siendo las hernias internas una de las causas. Muy poco es lo que se encuentra en la bibliografía sobre este tipo de técnica y mucho menos sobre sus posibles consecuencias. Comentamos el caso de un paciente intervenido por cirugía bariátrica según técnica de Salmon, el cual sufrió varias complicaciones derivadas de la misma, requiriendo varias intervenciones posteriores, algunas de ellas de forma urgente con gran morbilidad asociada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 52 años, con antecedentes actualmente de osteoporosis y anemia crónica. Intervenido mediante cirugía bariátrica con técnica de Salmon en 2001 con posterior intervención por eventroplastia en 2003, el cual tuvo que reintervenirse de forma urgente en 2012 por dolor abdominal y distensión, asociado a fallo multiorgánico, donde se evidenció en quirófano una necrosis duodenal y perforación del mismo debido a obstrucción por adherencias múltiples, realizando duodenopancreatectomía cefálica (DPC) así como resección de unos 100 cm de asa biliopancreática. El paciente tuvo que intervenir hasta en cuatro ocasiones por inestabilidad en el quirófano hasta la realización de la DPC. Posteriormente intervención de forma programada por disfagia intermitente debido a inclusión de banda gástrica de la cirugía inicial con realización de gastrectomía en cuña.

RESULTADOS

El paciente evolucionó de forma satisfactoria, siendo dado de alta con buena tolerancia oral. Actualmente en seguimiento y con buena evolución.

CONCLUSIONES

La técnica de Salmon, descrita en 1988, se considera dentro del grupo de las técnicas mixtas, ya que lo que se realiza es una gastroplastia vertical anillada junto con un bypass gástrico. Como indicación principal en paciente con obesidad supermórbida.

En la literatura es poco lo recogido en lo referente a este tipo de técnica quirúrgica en concreto, encontrando como complicaciones más frecuentes tanto las del referente malabsortivo como las restrictivas. La técnica de Salmon se engloba dentro de las técnicas “complejas”, siendo actualmente el bypass gástrico y el bypass biliopancreático las técnicas de elección.

En cuanto a las complicaciones recogidas en nuestro caso encontramos varias, tanto desde el punto de vista malabsortivo (osteoporosis, anemia) como restrictivas (inclusión de la banda gástrica), así como complicaciones propias de la cirugía (necrosis duodenal).

Podemos decir que la Cirugía bariátrica se encuentra en continuo avance, y que las complicaciones derivadas por cirugías previas pueden aparecer incluso en años posteriores, por lo que es muy importante el seguimiento de este tipo de pacientes a larga data.

P-045

FLUIDOTERAPIA EN EL PACIENTE OBESO: A GRANDES PACIENTES, PEQUEÑOS VOLÚMENES?

M.C. Vallejo Lantero, E. García Villabona, I. Portero Larragueta, J. Ruiz-Tovar Polo, J. González González, A. Martínez Pozuelo, A. García Muñoz Najar, J.L. Ayala Ortega, M. Durán Poveda

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles

OBJETIVOS

La fluidoterapia en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica se dirige hacia la optimización en el transporte de oxígeno a los tejidos. El manejo de fluidos en este escenario es complicado por las características propias de estos pacientes y de la cirugía.

Además interfieren factores como la preparación dietética, el aumento de presión intraabdominal, el tratamiento farmacológico crónico o la posición quirúrgica.

El objetivo de este estudio es demostrar que la instauración de un protocolo de optimización intraoperatoria guiada por un monitor hemodinámico no invasivo es un método eficaz y seguro para el control de la fluidoterapia intraoperatoria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio piloto prospectivo intervencionista. Durante 6 semanas se recogieron datos de todos los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles (Madrid). Los pacientes se dividieron en 2 grupos: pacientes en los que se instauró un protocolo de optimización intraoperatoria guiada por un monitor hemodinámico no invasivo (Clearsight), y pacientes sin monitorización de la fluidoterapia. El monitor Clearsight emplea la tonometría arterial, el método clamp de volumen y la pletismografía para obtener parámetros hemodinámicos como Presión Arterial continua no invasiva, gasto cardíaco y otros parámetros hemodinámicos avanzados.

Las variables analizadas dependientes son: deterioro de función renal (descrita en función del incremento respecto al nivel basal de creatinina), diuresis intraoperatoria y nivel de ácido láctico postoperatorio, como medida de hipoperfusión tisular. Como variables independientes, el empleo de monitor de gasto cardíaco no invasivo Clearsight para realización de fluidoterapia guiada por objetivos mediante protocolo de Kuper y el volumen total administrado.

RESULTADOS

Se recogen un total de 14 pacientes. La edad media fue de 48 años. El 64,28% son mujeres con un IMC medio de $44,2 \pm 5,25$ Kg/m². Respecto al riesgo anestésico estimado, el 14,25% de los pacientes eran ASA IV 35,75% ASA III y el 50% ASA II. En todos se realizó una técnica quirúrgica de by-pass gástrico.

En el 42,8% de los pacientes se aplicó el protocolo Kuper de optimización (guiado por el monitor no invasivo Clearsight). En este grupo se administró una media de $1166,66 \pm 276,38$ ml de cristaloides. En el grupo de pacientes sin intervención (51,5%) se administra una media de $1281,25 \pm 231,76$ ml de cristaloides no encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos en el volumen total administrado ($p = 0,433$).

En cuanto a la diuresis intraoperatoria, encontramos diferencias significativas entre el grupo sin monitorización $225 \pm 31,6$ ml y el grupo clearsight $180 \pm 27,4$ ml ($p = 0,024$). Sin embargo, la función renal no empeoró en ninguno de los 2 grupos.

El ácido láctico se mantuvo por debajo de 2 mmol/l en todos los casos.

CONCLUSIONES

La administración racional de líquidos en pacientes obesos es complicada por múltiples razones. El monitor Clearsight puede ser una buena opción en estos pacientes, ya que permite establecer un protocolo de fluidoterapia guiada por objetivos y por su baja invasividad. Pese a no encontrar diferencias significativas en el volumen administrado entre ambos grupos, el tamaño muestral es demasiado pequeño para extraer otras conclusiones

P-046

ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA TRAS 200 PROCEDIMIENTOS

A.L. Picardo, D. Sánchez, F. Del Castillo, J.M. Gil, S. Azriel, C. Alameda, J.A. Balsa

Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes

OBJETIVO

En el actual entorno de contención del gasto, el control de la variabilidad clínica de los resultados debido a las complicaciones postoperatorias es imprescindible.

El objetivo de este trabajo es analizar la morbilidad postoperatoria de los pacientes intervenidos por obesidad mórbida en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

La serie incluye 199 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica de nuestro centro (2011-2015). El 74% eran mujeres, y la edad media era de 47 años (19-67). El IMC medio fue de 45 kg/m² (36,5-60). 167 pacientes (84%) presentaba alguna co-morbilidad. 6 pacientes habían sido previamente intervenidos por obesidad mórbida (3 GVA, 2 BGA y 1 GV), y un 32% tenía una operación previa en el abdomen. Se realizó by-pass gástrico (BPG) en 151 pacientes (76%), gastrectomía vertical (GV) en 47 (24%) y derivación bilio-pancreática (DBP) en 1.

Se analiza la morbilidad postoperatoria a lo largo de los cuatro años de experiencia (2011-2014), y entre las técnicas quirúrgicas empleadas.

Para el cálculo estadístico se utilizó el test de chi².

RESULTADOS

El número de pacientes intervenidos en cada uno de los años fue de 48 (11 GV/37 BPG/ 1 DBP) en 2011, 46 (5 GV/41 BPG) en 2012, 42 (13 GV/29 BPG) en 2013 y 60 (17GV/43BPG) en 2014 (incluidos dos meses de 2015). El 98% se realizaron por abordaje laparoscópico. La morbilidad postoperatoria de la serie fue del 10% (20 pacientes). Las complicaciones más frecuentes fueron: HDA (6 pacientes, 3%), dehiscencia/fuga de la sutura (4 pacientes, 2%) y obstrucción intestinal (3 pacientes, 1,5%). 8 pacientes (4%) fueron re-intervenidos de urgencia en el postoperatorio; las causas fueron: dehiscencia/fuga (3), obstrucción intestinal (2), hemorragia de la línea de sutura y absceso intra-abdominal (1). La estancia media (EM) fue de 5,1 días (2-52). En los pacientes que no presentaron complicaciones, la EM fue 4,2 días (2-10). La mortalidad de la serie fue 0. El seguimiento medio de los pacientes ha sido de 27,3 meses. La evolución de la morbilidad en los cuatro años de la serie (2011-2012-2013-2014) fue: 8 pacientes (16,7%) – 6 (13%) – 1 (2,4%) - 5 (8,3%) (n.s.). La tasa de re-intervención en la misma división cronológica fue: 5 pacientes (10,4%) – 1 (2,2%) – 1 (2,4%) - 1 (1,7%) (p<0,005). La evolución de la EM en el período de estudio fue: 8,9 – 5,6 – 5-1 - 4,6 días. Por procedimientos, el 4,2% de los pacientes intervenidos por GV sufrió alguna complicación, frente al 11,2% del BPG (n.s.). El índice de re-intervención GV/BPG fue 4,2% frente a 3,3% (n.s.).

CONCLUSIONES

Se evidencia la curva de aprendizaje necesaria para adecuar las tasas de Morbilidad/reintervención. No existieron diferencias significativas entre la gastrectomía vertical y el by pass gástrico. Se evidencia una alta tasa de HDA en el postoperatorio, que pudiera estar en relación con el régimen extendido de profilaxis antitrombótica de nuestro protocolo.

P-054

CIRUGÍAS BARIÁTRICAS REALIZADAS ENTRE 2008-2014 EN 3 HOSPITALES PÚBLICOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID: EVOLUCIÓN DE COMORBILIDADES MAYORES A 6 MESES DE SEGUIMIENTO

J.S. Chacín Coz (1), A. Galdón Sanz-Pastor (2), S. Gutiérrez Medina (1), O. Sánchez-Vilar Burdiel (2), C. Aragón Valera (2), J. González González (1), C.J. Castellón Pavón (3), J.M. De Jaime Guijarro (3), P.W. Vorwald (2), C. Vázquez Martínez (2)

(1) Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles; (2) Fundación Jiménez Díaz, Madrid; (3) Hospital Infanta Elena, Valdemoro

Análisis retrospectivo de los procedimientos de Cirugía Bariátrica realizados entre 2008 y 2014 en 3 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, que siguen el mismo protocolo enmarcado en la Unidad Multidisciplinar de Obesidad (UMO) del Grupo Quirónsalud.

OBJETIVOS

Estudio descriptivo preliminar de la evolución de las variables antropométricas y comorbilidades mayores a los 6 meses de la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Un total de 452 pacientes fueron intervenidos tras selección y preparación con arreglo al Protocolo común multidisciplinar de la UMO, en la Fundación Jiménez Díaz y los Hospitales Universitarios Rey Juan Carlos (Móstoles) e Infanta Elena (Valdemoro). Las historias clínicas han sido revisadas retrospectivamente. Se ha utilizado el programa SPSS versión 15 para la recogida de datos y análisis estadístico.

RESULTADOS

Se han intervenido 452 pacientes, de los cuales el 33% eran hombres y 67% mujeres, con una media de edad de $44,19 \pm 10,72$ años, de IMC prequirúrgico $44,38 \pm 5,6$ Kg/m² y un exceso de peso de $60,05 \pm 15,78$ Kgs. El 67,9% de los pacientes tenían comorbilidades mayores prequirúrgicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia y/o síndrome de apnea-hipopnea del sueño - SAHS). Con respecto a la técnica quirúrgica realizada, el 92,7% se realizó mediante vía laparoscópica y el 7,3% restante, mediante laparotomía (por reconversión técnica o por criterio del cirujano). Se realizaron un total de 368 bypass gástricos (81,42%), 83 gastrectomías verticales (18,36%) y 1 SADI (0,22%). La mortalidad en el postoperatorio alcanzó un 0,9% (4 pacientes). Tenían antecedente de cirugía bariátrica previa 13 pacientes (2,88%), siendo en un 69,23% bandas gástricas ajustables y en un 30,77%, gastrectomías verticales. Revisamos la evolución a los 6 meses de la cirugía de 264 pacientes (58,4% del total). En esta muestra, observamos media de IMC a los 6 meses de $33,8 \pm 4,7$ Kg/m², porcentaje de sobrepeso perdido de $49,41 \pm 14,06\%$ y porcentaje de exceso de IMC perdido de $56,8 \pm 17,33\%$. De este grupo de pacientes, un 21,97% tenían DM previa, observándose a los 6 meses un porcentaje de resolución de 62%, definida como una HbA1c <5,7% sin medicación antidiabética oral o parenteral. El 42,8% de los pacientes eran hipertensos, encontrándose a los 6 meses una resolución del 42,48% y mejoría del 29,31%. El 31,82% de los pacientes estaban diagnosticados de SAHS. A los 6 meses, un 48,81% presentaron mejoría del mismo (disminución de los parámetros de la CPAP) y resolución en el 26,19% (abandono de la misma con ausencia de sintomatología asociada). Finalmente, el 26,52% de los pacientes que inicialmente padecían dislipemia, el 60% presentaron resolución de la misma (LDL y/o triglicéridos normales sin tratamiento farmacológico) y mejoría en el 28,57% de los casos (disminución de dosis o número de fármacos).

CONCLUSIONES

La cirugía bariátrica es actualmente el tratamiento de la obesidad mórbida (o grado 2 con complicaciones) que ha demostrado mayor porcentaje de resolución de comorbilidades mayores de manera coste-efectiva. En nuestro grupo, encontramos una resolución temprana a los 6 meses de seguimiento.

AGRADECIMIENTOS

La realización de este estudio fue posible gracias a Vegemat S.A.

P-056

NEUROPATÍAS CARENCIALES SECUNDARIAS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

F.M. González Valverde, M. Ruiz Marín, D.M. Lujan Martínez, M.E. Tamayo Rodríguez, F.J. Rodenas Moncada, M. Vicente Ruiz, A. Sánchez Cifuentes, N. Martínez Sanz, A.J. Fernández López, A. Albarracín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones neurológicas (CN) secundarias a las carencias de micronutrientes provocadas por la cirugía bariátrica (CB) son infrecuentes, pero su repercusión es considerable por las secuelas que dejan.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo entre mayo-2006 y enero-2015. Analizamos los datos demográficos, IMC, técnica quirúrgica y CN postoperatorias.

RESULTADOS

343 pacientes intervenidos, 240 (69,9%) mujeres. Edad media 40 (DE:10) años, IMC medio: 46,5 Kg/m² (DE:5,5). Se realizaron 265 (77,2%) Bypass gástrico (BPGL) y 78 (22,7%) gastrectomía vertical. Seguimiento: 2 meses-9 años. Se hallaron 4 pacientes con CN, todas secundarias a BPGL.

Caso 1: Mujer de 32 años sometida a dilatación GY a los 2 meses del BPGL por estenosis con vómitos frecuentes. Pérdida de 28 kg (51,8%SPP). Acudió por dificultad motora progresiva y anestesia regional en MMII con hipoestesia distal MMSS desde 5 días antes. Paresia proximal 4/5 en MMII. ROT MMII abolidos. Anestesia-hipoestesia MMII hasta tobillo. EMG: polirradiculitis aguda con afectación proximal MMII.

Con el diagnóstico de polirradiculitis aguda axonal severa de predominio motor de origen carencial se inició tratamiento con suplementos vitamínicos, calcio, hierro, corticoterapia, y rehabilitación funcional. Mejoría clínica con recuperación progresiva.

Caso 2: Mujer de 30 años con dilatación por estenosis GY y pérdida de 30 kg (46%SPP). Dos meses tras la CB comenzó con parestesias en abdomen y MMII con debilidad progresiva de MMII. Presentaba paresia proximal 3/5 en MMII, ROT abolidos. Hipoestesia-analgésia en región anterior de abdomen y en MMII proximalmente. MMSS normales. Analítica: normal. Vit B12:868 pg/ml, fólico: 2,7 ng/ml.

EMG: severos signos de denervación aguda en músculos dependientes de ambos nn. femorales.

Se pautó tratamiento con suplementos hiperproteicos, vitamina B1,B6,B12,D,E, calcio, hierro y ácido fólico, con la sospecha de neuropatía femoral bilateral carencial, asociando rehabilitación funcional, con mejoría paulatina motora y recuperación sensitiva.

Caso 3: Varón de 37 años con IMC: 66 Kg/m² Dos meses después del BPGL ingresó para dilatación de una estenosis GY. Había perdido 26 kg (28%SPP). Tres días después de la dilatación comenzó con debilidad de MMII y progresivamente, sintomatología neuropática. Se constató: tetraparesia de predominio distal en las extremidades superiores e inferiores, hiporreflexia osteotendinosa, anestesia en guante-caletín, alteración artrocinética. El paciente fue tratado inicialmente como un Sdme. de Guillain-Barre, pero desarrolló un síndrome meningoencefalopoliradicular con crisis tonicoclónicas e hipoxia por lo que ingresó en UCI. Analítica: fólico 8,26 ng/ml; B12: 952 pg/ml; tiamina: 14,6 mcg/dl; Serología negativa.

EMG: polineuritis aguda sensitivo-motora con componente desmielinizante. Se trató con tiamina 500 mgiv/24h. Actualmente persiste tetraplejía por polineuropatía axonal sensitivomotora (Beriberi seco).

Caso 4: Mujer de 26 años con IMC:51 (130Kg). Consultó 4 meses después del BPGL por “acorchamiento” y dolor de pies y manos. El cuadro avanzaba con parestesias ascendentes y torpeza en las cuatro extremidades. Había perdido 30 kg (45,5%SPP), toleraba dieta y tomaba los suplementos prescritos.

LCR y RMN normales. Analítica: B12: 359 pg/ml; B1: 17,6 mcg/L, fólico: 3,87ng/ml. EMG: polineuropatía sensitivo-motora. Con tiamina, acfol y magnesio los síntomas remitieron completamente.

CONCLUSIONES

La familiarización del cirujano con las primeras manifestaciones de las neuropatías carenciales es imprescindible para su diagnóstico y tratamiento precoz en pacientes sometidos a CB. La revisión clínica y control analítico periódicos son herramientas fundamentales para evitar el desarrollo de complicaciones posteriores.

P-057

ESCALA OBESITY SURGERY MORTALITY RISK SCORE. INSTRUMENTO DE PREDICCIÓN DE COMPLICACIONES TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA

C. Muñoz Jiménez, M.R. Alhambra Expósito, N. Díaz Jiménez, J. Ruiz Rabelo, G. Manzano García, M.J. Molina Puertas, A. Calañas Continente

Hospital Reina Sofía, Córdoba

INTRODUCCIÓN

La vía laparoscópica ha supuesto una disminución de la morbimortalidad y días de estancia hospitalaria en la cirugía bariátrica respecto de la cirugía abierta. Sin embargo, sigue asociándose a complicaciones postoperatorias y mortalidad. Encontrar un método que permita estratificar el riesgo de morbilidades y mortalidad postoperatorias, así como algún factor de riesgo modificable y optimizable que permita disminuir el riesgo de complicaciones.

OBJETIVO

Evaluar la utilidad de la escala Obesity Surgery Mortality Risk Score (OS-MRS) para predecir el riesgo de complicaciones postoperatorias en candidatas a cirugía bariátrica, e identificar algún factor de dicha escala cuya optimización reduzca el riesgo quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 114 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica laparoscópica con Bypass gástrico (BGL) y gastrectomía vertical (GVL) en el Hospital Reina Sofía de Córdoba entre junio de 2012 y junio 2014.

RESULTADOS

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de la muestra global y por procedimiento quirúrgico.

	Total 114	BG 62 (56,4%)	GV 46 (41,8%)
Hombre/mujer	29,8%/70,2%	24,2%/75,8%	41,3%/58,7
Edad media	42±9	43±9	40±10 años
IMC	50±7	48,7±6	52±9

Tabla 2. Distribución de pacientes según la escala de riesgo y complicaciones.

OS.MRS	Total 114	BG 62 (56,4%)	Complicación BGL	GV 46 (41,8%)	Complicación GVL
Categoría A (bajo riesgo)	40 %	41,4 %	0	38,1 %	2,3%
Categoría B (intermedio)	49,5%	50 %	0	47,6 %	0
Categoría C (alto riesgo)	10,5 %	8,6 %	1,8%	14,3 %	0

Tabla 3. Complicaciones quirúrgicas.

Complicaciones postop	Total 114	BG 62 (56,4%)	GV 46 (41,8%)
Fuga gástrica	0,9 %	0	2,2 %
Peritonitis	0,9%	1,6 %	0
Ingreso UCI	2,6 %	3,2 %	2,2 %
Exitus	1,8%	3,2% (2 casos)	0
IOT	1,8%	3,2%	0
VMNI	0,9%	0	2,2%

Tabla 4. Prevalencia global factores de riesgo quirúrgicos en el estudio y subgrupos.

Factores OS-MRS	Total 114	BG 62 (56,4%)	GV 46 (41,8%)
HTA	0,9 %	39,7 %	35,7 %
Edad >45 años	0,9%	48,3 %	33,3 %
IMC ≥50 años	2,6 %	39,7 %	59,5 %

Riesgo TEP	1,8%	26,7 %	21,7 %
Sexo masculino	1,8%	24,2 %	41,3%

En la correlación entre factores OS-MRS y el riesgo de complicaciones se halló correlación entre HTA y probabilidad de ingreso en UCI de **0,219 (p=0,025)** y **con el exitus de 0,178 (p=0,07)**, cercana a la significación. El resto de factores no fueron significativos. La correlación entre exitus y peritonitis fue de 0,704(p<0,0001) y con la fuga gástrica -0,013 (p=0,8).CONCLUSIONES: La escala OS-MRS es una herramienta útil para estimar el riesgo de morbilidades y mortalidad en la cirugía bariátrica. HTA es un factor de riesgo modificable y optimizable con tratamiento adecuado previo a la cirugía.

P-071

PREPARADOS, LISTOS.....YA!!!

M.A. Durán García, A. Pereda Gil, E. Fernández Carrasco, G.P. Roldán Pérez, J. Normand Barrón

Hospital Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN

Siguiendo el segundo reto de la OMS: “cirugía segura salva vidas” comprobamos diariamente que cada vez se da mayor importancia a la seguridad del paciente. Todos los días hablamos de política de calidad, cuidados eficientes, seguros y de calidad. En los últimos años se han ido implantando diversas mejoras en este sentido. Una muestra de ello es el listado de verificación quirúrgica, implantado en nuestro hospital hace más de 5 años. Es un documento que cada vez toma mayor relevancia y del que todos los miembros del equipo quirúrgico somos responsables.

Ha sido muy interesante hacer una revisión sobre ello y, más interesante aún los resultados obtenidos.

V-021 – Enlace: <https://goo.gl/M0ohCW>

PERFORACIÓN GÁSTRICA COMO COMPLICACIÓN DE LA COLOCACIÓN DE ESTIMULADOR GÁSTRICO IMPLANTABLE

E. Arrue Del Cid, M. Fernández Nespral Loring, M. Josa, P. Saez Carlin, A. Ruano, L. Cabrerizo, E. Martín Antona, M.Á. Rubio, A. Sánchez Pernaute, A. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

INTRODUCCIÓN

El estimulador gástrico implantable (EGI) se encuentra dentro de las técnicas emergentes mínimamente invasivas para el tratamiento de la obesidad mórbida. Funciona como un marcapasos, ofreciendo una restricción funcional en la cual teóricamente se reduce el apetito y aumenta la saciedad después de su implantación.

El sistema tiene dos componentes, un cable con dos electrodos que se implantan en la curvatura menor y un generador de impulsos eléctrico conectado al cable el cual se coloca en el subcutáneo. La técnica de implantación es segura y simple de realizar, con una baja morbilidad en el postoperatorio temprano y tardío.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 54 años con antecedentes personales de colocación de un EGI por laparoscopia en enero de 2012 en nuestro centro, en ese momento tenía un IMC de 40 kg/m² y padecía de artropatía como única comorbilidad. En los tres años de seguimiento había presentado tolerancia al estímulo con una pérdida de 8 kg.

Acude a urgencias por un cuadro de 13 días de evolución de dolor epigástrico espástico, asociado a náuseas, vómitos, y fiebre de hasta 40°C.

El dolor que presentaba era distinto a la sensación de la estimulación del marcapasos, y dada la mala respuesta al tratamiento con analgésicos se desconectó el marcapasos 24 horas antes de acudir a urgencias.

La exploración física no reveló alteraciones significativas. Se realizó TC de abdomen en la cual se observó una colección de 3x2 cm en el trayecto del cable del marcapasos en contacto con la pared gástrica, otra colección subhepática y líquido libre en pelvis; no presentaba neumoperitoneo.

Se realizó cirugía urgente por vía laparoscópica donde se apreció gran plastrón epiploico sobre antro gástrico, colección purulenta subhepática y alrededor del cable del marcapasos que se drenó. Se retiraron los electrodos y el generador del marcapasos dejando un drenaje aspirativo. La extracción de los electrodos y el cable resultó laboriosa, pero eficaz, sin producir alteraciones en la anatomía y sin evidenciarse la presencia de una fístula tras la retirada del sensor intragástrico. La paciente fue dada de alta a los pocos días sin presentar complicaciones durante el postoperatorio.

DISCUSIÓN

Las causas descritas para retirar los EGI incluyen mala tolerancia al estímulo eléctrico, erosión gástrica, mala posición y migración de los electrodos, volvulación intestinal alrededor del cable e infección del dispositivo.

Como había ocurrido en nuestra paciente, también se describe la tolerancia a la estimulación y reganancia de peso, lo cual nos puede plantear a una cirugía de revisión que pueda ofrecer una adecuada pérdida de peso.

CONCLUSIONES

Se necesitan estudios a largo plazo que evalúen la eficacia y los beneficios de los EGI. En la información publicada hasta ahora, los resultados ponderables a corto plazo no superan el 25% de EWL a los 2 años, con lo cual la selección de pacientes debe ser adecuada. Al indicar este tipo de técnica no debemos olvidar que se trata de un cuerpo extraño colocado sobre la pared gástrica, con lo cual hay que ofrecer a nuestros pacientes un estrecho seguimiento.

