

Nutrición-Psicología-Enfermería (Comunicaciones y posters)

SECO 2015

O-001

IMPACTO DE UNA DIETA PROTEICA HIPOCALÓRICA COMERCIAL COMO PREPARACIÓN A CIRUGÍA BARIÁTRICA: RESULTADOS POR GRADO DE OBESIDAD Y TIPO DE CIRUGÍA

J.F. Ruiz Rabelo, N. Díaz Jiménez, C. Muñoz Jiménez, R. Alhambra Expósito, D. Cobo Padilla, A. Membrives Obrero, M.J. Molina, A. Calañas, J. Briceño Delgado

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La mayoría de los cirujanos prefieren pautar una dieta hipocalórica que disminuya el volumen hepático y la grasa visceral como preparación a la cirugía. El objetivo de este estudio es analizar el impacto nutricional de una dieta hipocalórica comercial (Optisource®) en pacientes incluidos para cirugía bariátrica. El objetivo secundario es analizar el impacto teniendo en cuenta el tipo de cirugía en los dos meses del postoperatorio.

MATERIAL Y PACIENTES

Estudio prospectivo sobre 90 pacientes consecutivos incluidos para gastrectomía vertical o bypass con IMC \geq 40 kg/m². Un mes previo a la cirugía se realizó analítica con perfil nutricional estándar que se repitió el día previo a la intervención y al mes postoperatorio. Los pacientes incluidos fueron sometidos a dieta proteica hipocalórica (Optisource®) durante dos semanas previas a la cirugía continuando durante dos semanas tras la intervención. Las variables a estudio fueron comparadas usando la prueba t de student para datos apareados en el caso de ser continuas y chi-cuadrado para variables categóricas.

RESULTADOS

De los noventa pacientes un 51,1% presentaban grado de obesidad III (IMC: 40-49,9) y un 48,9% grado IV (IMC \geq 50) con una pérdida de peso media preoperatoria de 5,2 kg y 6,1 kg respectivamente. Al comparar los parámetros analíticos entre el mes previo a la cirugía y el día anterior a la misma se observó un aumento de los niveles de vitamina B12 y ferritina en todos los pacientes ($p=0,010$ y $p=0,001$ respectivamente). Por otro lado se observó una disminución de la hemoglobina glicosilada ($p=0,008$), colesterol total ($p<0,001$), proteínas totales ($p<0,001$), albúmina ($p=0,010$) y transferrina ($p<0,001$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas para la prealbúmina, hierro, fosfato, folato, triglicéridos y calcio. Analizando por grado de obesidad, en los pacientes con obesidad grado III la dieta preoperatoria provocó además una disminución de prealbúmina ($p=0,037$) y calcio ($p=0,032$). En pacientes con obesidad grado IV encontramos que la disminución de la glucemia y de los niveles de Hb glicosilada no son estadísticamente significativos, encontrándose resultados similares a los de la población total a estudio en cuanto al resto de variables. Al mes de la cirugía en todos los pacientes se encontró una disminución glucemia ($p<0,001$), hemoglobina glicosilada ($p<0,001$), triglicéridos ($p=0,04$) y ferritina ($p<0,001$); y se observó un aumento en las proteínas ($p<0,001$), albúmina ($p<0,001$) y transferrina ($p<0,001$). Al comparar los resultados al mes postoperatorio de la GVL y el Bypass, se objetiva una mayor disminución de la Hb glicosilada, el fosfato y los triglicéridos en el segundo grupo.

CONCLUSIONES

La dieta preoperatoria mejoró el control glucémico antes de la cirugía pero provocó en todos los pacientes un estado proinflamatorio y disminución de transferrina, proteínas totales y albúmina de cara a la misma. La dieta tuvo mayor impacto general en pacientes con obesidad grado IV y en aquellos sometidos a bypass gástrico

O-005

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE PÉRDIDA DE PESO PREOPERATORIA: INFLUENCIA DEL BALÓN INTRAGÁSTRICO

E. Mariño Padín, R. Sánchez-Santos, A. Brox Jiménez, S. González Fernández, E. Carrera Dacosta, Á. Rial Durán, M. Artime Rial, R. Crego Hernández, R. Nicolas Jiménez

Hospital de Pontevedra, Pontevedra

INTRODUCCIÓN

La optimización del paciente obeso mórbido antes de la cirugía bariátrica juega un papel fundamental para ofrecer la máxima seguridad en el procedimiento. La evaluación por el equipo multidisciplinar, la estabilización de sus comorbilidades y la pérdida de peso preoperatoria son claves para evitar un desenlace fatal en el postoperatorio. La pérdida del 10% del sobrepeso ha demostrado ser suficiente para reducir el volumen hepático, mejorar la función cardíaca y pulmonar. En este estudio se evalúa la eficacia de un programa de pérdida de peso que incluye balón intragástrico.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se incluyen todos los pacientes consecutivos sometidos a cirugía bariátrica en el Hospital de Pontevedra entre 2006 y 2014. Todos fueron incluidos en un programa de pérdida de peso preoperatoria con valoración por una dietista con una dieta hipocalórica e hiperproteica equilibrada durante 6 meses; dieta VLCD durante 7 días previos a la cirugía y la opción del balón intragástrico en pacientes con IMC >50kg/m². A los pacientes se les exigió el compromiso de pérdida del 5-10% del sobrepeso para realizar la cirugía. Los pacientes con IMC>50kg/m² eligieron el balón durante 6 meses si no se creían capaces de perder el peso con la dieta. Los datos se recogieron prospectivamente en una base de datos. Los datos fueron analizados con SPSS 21.0.

RESULTADOS

Se incluyen 500 pacientes consecutivos en el programa de pérdida de peso preoperatorio. Un 30% tenían un IMC>50. 91 pacientes eligieron el balón (47% de los pacientes superobesos). Un 75% de los varones superobesos seleccionaron el balón frente a un 40.6% de las mujeres. La media de pérdida de peso preoperatorio fue de 9,6 kg (ds10.1); siendo de 18.6 kg (ds10.5) en los pacientes con balón vs 7.64 (ds 8.9) kg los pacientes sin balón ($p=0.0005$). Los pacientes superobesos con balón perdieron un 20.9% (ds11.09) del sobrepeso antes de la intervención frente a un 15.12% (ds19.86) de los superobesos sin balón. Un 87.6% de los pacientes con balón alcanzan el objetivo de pérdida del 10% del sobrepeso antes de la cirugía frente a un 57.5% de pacientes sin balón. No se han encontrado diferencias significativas en las complicaciones postoperatorias de los pacientes con balón o sin balón; sin embargo hay una tendencia a la reducción de las fístulas en los pacientes que perdieron más del 10% del sobrepeso antes de la intervención 3% vs 5.6% (ns). No hay mortalidad en la serie.

CONCLUSIONES

El programa de dieta hipocalórica e hiperproteica controlada por la dietista ha conseguido que el 57.5% de pacientes pierdan más del 10% del sobrepeso antes de la cirugía bariátrica; el balón intragástrico en casos seleccionados de pacientes superobesos puede aumentar la eficacia del programa hasta el 87.6% de los pacientes; consiguiendo una media de pérdida de sobrepeso del 20% previo a la intervención. Serán necesarios estudios prospectivos más amplios para valorar una posible reducción de las complicaciones postoperatorias en los pacientes que pierden más peso antes de la cirugía.

O-009

SUPLEMENTOS NUTRICIONALES HIPERPROTEICOS vs INMUNONUTRICIÓN PREOPERATORIA vs DIETA 900KCAL/DÍA PREOPERATORIOS: EFECTO SOBRE LA PÉRDIDA DE PESO PREQUIRÚRGICA, LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y LOS REACTANTES DE FASE ANALÍTICOS

J. Ruiz-Tovar (1), L. Zubiaga (2), M. Diez (2), J. González (1), A. García (1), M. Jiménez (1), C. Ferrigni (1), P. Artuñedo (1), D. Alias (1), M. Duran (1)

(1) Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles; (2) Hospital General Universitario, Elche

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los grupos pautan dietas muy bajas en calorías o suplementos hiperproteicos hipocalóricos entre 2-6 semanas antes de la cirugía bariátrica, para reducir el riesgo quirúrgico y disminuir la hepatomegalia a expensas de esteatosis, mejorando así el acto quirúrgico. La inmunonutrición incluye glutamina, arginina, ácidos nucleicos y ácidos grasos omega-3. Se está utilizando en cirugía oncológica donde parece reducir las complicaciones postoperatorias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio prospectivo aleatorizado de todos los pacientes sometidos a GVL. Los pacientes se asignaron a 3 grupos: Suplementos hiperproteicos con un valor calórico de 900 Kcal/día (Grupo 1), Inmunonutrición con un valor calórico de 900 Kcal/día (Grupo 2) y dieta de 900 Kcal/día (Grupo 3). Los pacientes siguieron el tratamiento asignado durante 15 días antes de la operación. Se analizaron la pérdida de peso preoperatoria, el dolor a las 24 horas de la cirugía, las complicaciones y los reactantes de fase aguda a las 24 horas de la intervención.

RESULTADOS

Analizamos 60 pacientes (20 en cada grupo). No hubo diferencias significativas entre grupos en edad, sexo, IMC ni comorbilidades. El porcentaje de exceso de peso perdido con el tratamiento prescrito fue 9,3% en el Grupo 1, 15,3% en el Grupo 2 y 7,7% en el Grupo 3 ($p=0,014$). El tiempo operatorio medio fue de 92, 2 minutos, sin diferencias significativas entre grupos. La tasa global de complicaciones fue de 4 pacientes: 2 fugas por línea de grapas y 2 abscesos intra-abdominales (6,7%) sin diferencias entre grupos. La mediana de dolor postoperatorio fue de 3 en el Grupo 1, 2 en el Grupo 2 y 3,5 en el Grupo 3 ($p=0,04$). La PCR media postoperatoria fue de 102,7 en el Grupo 1,

74,8 en el Grupo 2 y 117,4 en el Grupo 3 ($p=0,026$). No hubo diferencias significativas en el recuento leucocitario, ni en los valores de fibrinógeno, lactato o procalcitonina. En cuanto a los valores de transaminasas, la media de GOT fue 73,5 en el Grupo 1, 44,8 en el Grupo 2 y 69,6 en el Grupo 3 ($p=0,032$). La media de GPT fue 99,1 en el Grupo 1, 64,8 en el Grupo 2 y 110 en el Grupo 3 ($p=0,028$).

CONCLUSIÓN

La Inmunonutrición preoperatoria consigue una mayor pérdida de peso antes de la intervención, un menor dolor postoperatorio y una menor elevación de PCR y transaminasas a las 24 horas de la cirugía

O-020

RESULTADOS DE LA PÉRDIDA DE PESO PREOPERATORIA MEDIANTE UN MODELO DE *VERY LOW CALORIE DIET*, EN PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

A. Molina (1), F. Sabench (1), M. Vives (2), M. París (2), S. González (1), S. Blanco (2), M.L. Piñana (2), C. Alegret (2), A. Bonada (2), D. Del Castillo Déjardin (2)

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

OBJETIVOS

Analizar la pérdida de peso preoperatoria como resultado de la realización de una *Very Low Calorie Diet* (VLCD), en pacientes obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo que incluye 99 pacientes candidatos a cirugía bariátrica entre 2013-2014. Los pacientes realizaron una VLCD durante los diez días previos a la cirugía (4 suplementos hipocalóricos/día), que consistía en la ingesta de 800kcal/día (Optifast® Nestlé). Se registraron datos antropométricos antes y después de la dieta. Se estratificaron los pacientes por sexo, IMC (mayor o menor de 45kg/m²) y edad (mayor o menor de 45 años).

RESULTADOS

Participaron 99 pacientes, 23,2%♂, 76,8%♀, con una edad media de 47,54±11,9 años, un peso medio de 131,44±25,4 kg y un IMC medio de 46,73±6,7kg/m². Los resultados de toda la muestra estratificados por edad e IMC se presentan en la siguiente tabla.

		Edad < 45 IMC < 45	Edad < 45 IMC > 45	Edad > 45 IMC < 45	Edad > 45 IMC > 45
Toda la muestra (n = 99)	Peso inicial	119,57±12,63	158,31±22,38	111,03±14,41	134,34±20,21
	Peso final Kg	114,09±12,43	152,43±21,68	106,97±13,84	128,66±17,88
	perdidos	5,48±2,07	5,88±3,07	4,06±1,69	5,68±3,23

Los hombres presentaron una pérdida media global de 7,35±3,65 kg y las mujeres de 4,64±1,99 kg (p=0,001).

Los hombres menores de 45 años y con un IMC superior a 45 kg/m² presentaron un peso medio de 179,75±12,4 kg y 171,98±13,2 kg inicial y final respectivamente, y una pérdida media de 7,78±3,5 kg al finalizar la dieta. Las mujeres con el mismo rango de edad e IMC presentaron un peso medio de 148,22±18,6 kg y 143,23±18,7 kg inicial y final respectivamente, y una pérdida media de 4,99±2,5 kg. Al comparar ambos sexos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la pérdida de peso media obtenida durante el periodo de estudio (p=0,049).

Los hombres mayores de 45 años y con un IMC superior a 45 kg/m² presentaron un peso medio de 168,08±12,9 kg y 158,26±8,2 kg inicial y final respectivamente, y una pérdida media de 9,82±4,8 kg al finalizar la dieta. Las mujeres con el mismo rango de edad e IMC presentaron un peso medio de 127,32±13,0 kg y 122,50±12,1 kg inicial y final respectivamente, y una pérdida media de 4,82±2,0 kg. Al comparar ambos sexos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la pérdida de peso media obtenida durante el periodo de estudio (p=0,019).

En el grupo de pacientes con IMC inferior a 45 kg/m² y edad inferior o superior a 45 años, no se observaron diferencias.

CONCLUSIONES

Los hombres presentan una pérdida media de kg después del tratamiento superior en todos los grupos respecto a las mujeres. Ser hombre y tener un índice de masa corporal superior a 45kg/m², se asocia a una mayor pérdida ponderal al realizar una *Very low calorie diet*.

O-038

ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES SOBRE LA EFECTIVIDAD DEL BALÓN INTRAGÁSTRICO PREVIO A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

M. Pérez González, L.R. Rábago, J. Martín Ramiro, S. Sánchez-Molero, N. Marcelin, D.T. Enjuto Martínez, J. Bernar de Oriol, J. Vázquez Echarri, N. Herrera Merino

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica se asocia a una morbilidad importante. Existen pocos estudios que evalúen la efectividad del balón intragástrico (BIG) como método para incrementar la pérdida ponderal prequirúrgica y tratar de conseguir así una disminución de las complicaciones postoperatorias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos los resultados preliminares, dentro de un estudio prospectivo randomizado donde se analiza la reducción de complicaciones postoperatorias mediante el uso de un balón intragástrico en los 6 meses previos a la cirugía bariátrica. Para lo cual se ha realizado un estudio caso-control donde el grupo control es tomado de una cohorte histórica del hospital. Los pacientes de ambos grupos son emparejados según edad, sexo y técnica quirúrgica realizada, siendo el objetivo evaluar si la morbilidad y la estancia hospitalaria disminuyen tras el tratamiento preoperatorio con balón intragástrico, y si existe relación entre el peso preoperatorio y la morbilidad quirúrgica.

RESULTADOS

Para el estudio de casos y controles se incluyeron 24 pacientes de una cohorte histórica del hospital y los primeros 24 casos con BIG preoperatorio, emparejados por edad (grupo A-BIG: 42,5 años; grupo B-Control: 44,4 años; DE 10,04 en ambos grupos, $p = 0,261$), sexo (58,3% mujeres) y técnica quirúrgica (66,7% Bypass gástrico, 33,3% gastrectomía vertical).

La tasa de fracaso del BIG fue del 20,9%. El grupo A presentó una puntuación ASA significativamente menor que el grupo control (ASA III 25% vs 54,2%, $p = 0,04$), así como una pérdida de peso preoperatoria mayor (16,7Kg (DE 9,7) vs 1,6Kg (DE 6,1), $p = 0,0001$). La morbilidad relacionada con el BIG-BIB fue del 8,3%. La tasa de complicaciones postoperatorias fue de 29,2% en el grupo A (38,5% severas) vs 33,3% en grupo B (58,8% severas). La tasa de reintervención fue de 8,3% en ambos grupos. La estancia hospitalaria media fue de 7 días en A (P25-75: 5,2-8) vs 8 días en B (P25-75: 7-9,2), $p = 0,061$.

El análisis de casos y controles no ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en términos de morbilidad quirúrgica, morbilidad total (quirúrgica + derivada del BIG), o morbilidad clasificada como severa. El análisis de regresión logística multivariante en las dos cohortes del estudio (grupo A y grupo histórico) no han demostrado que el peso preoperatorio, tipo de técnica quirúrgica, edad o sexo sean predictores de la morbilidad en la cirugía bariátrica.

CONCLUSIONES

El BIG es un método eficaz a la hora de conseguir una disminución de peso previa a la cirugía bariátrica, sin embargo, no se ha conseguido demostrar que ésta mayor pérdida de peso se asocie a un descenso en la morbilidad o en la estancia hospitalaria. Por el contrario, si ha dificultado la creación del reservorio gástrico durante el bypass por la hipertrofia muscular. El análisis de casos y controles no ha demostrado relación entre el peso preoperatorio del paciente y la morbilidad.

O-055

EVOLUCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DESPUÉS DE SER SOMETIDO A UNA CIRUGÍA DE LA OBESIDAD

M.C. Rico Sánchez

Hostal Clínico de San Carlos, Madrid

La dieta poscirugía de la obesidad está diseñada para perder peso de manera significativa, pero también para aprender nuevos hábitos alimenticios que contribuyan a mantener esta pérdida de peso a lo largo del tiempo. En general, la dieta incluye alimentos ricos en proteínas, bajos en grasa, fibra, azúcares y calorías. Las vitaminas y minerales se proporcionan en forma de suplementos. Es importante obtener una adecuada ingestión de proteínas tras la cirugía, para asegurar una adecuada cicatrización de las suturas y, a más largo plazo, preservar la masa muscular. Un exceso de grasa en la dieta retrasa el vaciado gástrico y puede ser causa de reflujo, náuseas, malestar gástrico o diarrea (en especial, en la diversión biliopancreática).

Los alimentos azucarados, como golosinas, galletas, helados, batidos o refrescos, zumos azucarados y la mayoría de los postres, aportan grasas y calorías y pueden precipitar un síndrome de *dumping* en algunos pacientes con cortocircuito gástrico.

La dieta restrictiva poscirugía bariátrica (básicamente en *by-pass* gástrico y procedimientos restrictivos) se desarrolla en varias etapas. La primera fase tras la cirugía consiste en la administración de líquidos claros, durante 2-3 días, para seguir con una dieta líquida completa, baja en grasa y con alto contenido en proteínas (> 60 g/día) durante un período de 3-5 semanas. Algunas de las alternativas dietéticas para esta fase pueden incluir dietas basadas en yogur líquido, preferentemente con proteínas añadidas, o bien utilizar productos comerciales de nutrición enteral o dietas fórmulas, como las empleadas en las dietas de muy bajo contenido calórico.

Una dieta triturada o blanda está indicada a las 4-5 semanas tras el alta (algunos pacientes necesitan esperar más tiempo). La dieta triturada incluye alimentos muy blandos y ricos en proteínas, como el huevo, quesos bajos en calorías y carnes magras de pollo, vacuno, cerdo o bien pescado (las carnes rojas son peor toleradas). Esta dieta evoluciona a entera según tolerancia del paciente y asegurándonos la cantidad de proteína a ingerir.

La dieta normal se puede comenzar hacia las 12 semanas de la cirugía o más tarde.

Es importante incorporar alimentos hiperproteicos en cada comida, como claras de huevo, carnes magras, quesos o leche, en cada comida. Debe tardarse entre 20-30 minutos en efectuar cada comida, utilizando pequeñas cantidades (50-100 g) y masticando cuidadosamente. Los líquidos tendrían que consumirse de manera constante, a pequeños sorbos, pero sólo fuera de las comidas. Para poder realizar un asesoramiento nutricional individualizado y cambios en el estilo de vida, será aconsejable disponer de un profesional en nutrición.

O-056

CUIDADOS Y RECOMENDACIONES TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

M. Hidalgo Iburguchi, E. Salgado Pérez, S. González Rodríguez, M.D.E. Rojo Jiménez, M.A. Bejar Aldazabal, M.R. Hilera Ruiz

Hospital Txagorritxu, Vitoria

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica es un conjunto de técnicas y procedimientos quirúrgicos que buscan cambios en la fisiología del aparato digestivo para conseguir pérdidas de peso mantenidas en el tiempo. Es un complejo procedimiento que no está exento de complicaciones a corto y medio plazo (dehiscencia, trombosis venosa profunda, infección de herida, etc.), por lo que el óptimo cuidado post-operatorio es indispensable.

Este cuidado comienza desde la salida de quirófano. La enfermera responsable proporciona al paciente información sobre los cuidados a realizar durante el ingreso y aquellos que debe continuar en su domicilio. Además, apoya la educación dietética que la enfermera de nutrición proporciona como piedra angular del éxito de la cirugía.

Las hojas de recomendaciones al alta son una herramienta que refuerza esa información proporcionada durante el ingreso. Por otro lado, la demanda de información de los pacientes es cada vez mayor por lo que una documentación que contenga la información suficiente sobre las posibles complicaciones y autocuidados a realizar en el domicilio cumple doble función.

Las recomendaciones al alta en soporte papel complementada con cuadros e imágenes que favorezcan la comprensión de los conceptos transmitidos verbalmente, ayuda a resolver posibles dudas y necesidades que puedan surgir, contribuyendo a disminuir ese temor y ansiedad que se produce con la vuelta al domicilio.

OBJETIVO

Elaborar hoja de recomendaciones al alta estandarizada para el post-operatorio de cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODO

El equipo de trabajo, integrado por seis enfermeras de la unidad de cirugía, ha realizado una revisión crítica y estructurada de bibliografía, guías hospitalarias, hojas de recomendaciones de otros hospitales y artículos referentes a cirugía bariátrica. Estas revisiones se realizan a través de buscadores y bases de datos, primarias y secundarias como Uptodate, ClinicalKey, Cuiden y Cochrane Plus. Tras ello han sido necesarias varias reuniones para llegar a un consenso con el equipo multidisciplinar (servicio de cirugía, servicio de endocrino y nutrición) y unificar criterios con el fin de garantizar la calidad de las recomendaciones elaboradas. Posteriormente será validado por el servicio de calidad del nuestro centro que se encargará de su traducción y difusión en la intranet.

RESULTADOS

Elaboración de una hoja de recomendaciones al alta hospitalaria apoyada por ilustraciones para el proceso de Cirugía Bariátrica. La hoja consta de varios ítems didácticos y de fácil comprensión, se han empleado frases cortas con un lenguaje sencillo e incorporando gráficos y dibujos. Se han empleado varias fuentes de letras, negritas y subrayadas. Los ítems son: herida quirúrgica/ higiene, temperatura, heparina (HPBM), alimentación, actividad/ ejercicio, dolor, patología asociada, hábitos tóxicos y medicación habitual.

DISCUSIÓN

La hoja de recomendaciones al alta es una forma de unificar la información que reciben los pacientes. La información que se proporciona al paciente debe estar apoyada en evidencias científicas para que sea fiable y de calidad. Tras la elaboración de ésta hoja consideramos necesario realizar posteriores estudios que puedan evaluar su efectividad en la práctica diaria.

O-057

MEJORÍA EN LA SINTOMATOLOGÍA RELACIONADA CON TCA Y CALIDAD DE VIDA, AL AÑO DE GASTRECTOMÍA VERTICAL E INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR

Y. Melero Puche, S. Ferrando Herranz, J.V. Ferrer Valls, Á. Sanahuja

Clínica Obesitas, Valencia

OBJETIVOS

Analizar la evolución en la sintomatología relacionada con Trastornos en la Conducta Alimentaria (TCA) y calidad de vida, de un grupo pacientes obesos mórbidos sometidos a gastrectomía vertical, GV. Se comparan los resultados obtenidos antes de la GV, y tras un año de esta cirugía con intervención biopsicosocial.

MÉTODO Y PACIENTES

Nuestra muestra está compuesta de 73 pacientes obesos mórbidos, de los cuales 59 mujeres y 14 hombres; con una media de edad de 36.86 años.

Inicialmente, días antes de la operación y tras realizar una anamnesis completa, los pacientes cumplimentan una serie de tests autoadministrados: **Test de Bulimia de Edimburgo BITE. Body shape questionnaire BSQ. Cuestionario de salud SF-36. Índice de calidad de vida QLI-SP. Inventario de trastornos de la ingesta EDI-1.** Durante los 12 meses, los pacientes reciben una intervención mensual individualizada a nivel médico, nutricional y psicológico. Al cabo de este periodo (12 meses), se realiza una re-evaluación psicométrica (mismo protocolo de test).

Una vez obtenidos los datos realizamos un estudio estadístico de muestras relacionadas para comprobar la significatividad de las diferencias observadas.

RESULTADOS

En cuanto a variables relacionadas con TCA, observamos diferencias extremadamente significativas ($p < 0.001$) en la mayoría de las variables: puntuación síntomas, puntuación gravedad, insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez, bulimia, preocupación corporal, ineficacia y miedo a la madurez. Y diferencias estadísticamente muy significativas ($p < 0.01$) en dos variables: desconfianza interpersonal y desconexión introspectiva. En esta área de TCA encontramos el perfeccionismo como única variable que no presenta una mejoría estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

Respecto al área de Calidad de Vida, también una mayoría de las variables presentan diferencias extremadamente significativas ($p < 0.001$): función física, salud mental, vitalidad, percepción de la salud, cambio de la salud y calidad de vida. Y cuatro variables con diferencias estadísticamente muy significativas ($p < 0.01$): límite de rol físico, dolor función social y límite de rol emocional. No habiendo ninguna en el área donde los cambios observados tengan una significancia menor.

CONCLUSIONES

1. Los datos indican una gran mejoría, con una significación estadística muy alta y extrema en todas las variables - excepto el perfeccionismo-, tanto de los síntomas relacionados con la conducta alimentaria como con el estado general y la calidad de vida percibida.
2. La GV junto con una intervención psicológica y nutricional adecuada, favorece/potencia/facilita un cambio no solo a nivel físico (pérdida de peso y masa corporal), sino en la vida global de la persona y en la percepción que tiene la persona de sí misma.

Consideramos adecuado y eficaz nuestro protocolo de intervención multidisciplinar.

O-058

FRECUENCIA Y TOLERANCIA ALIMENTARIA TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA. DIFERENCIAS ENTRE TG Y BPG

S. Ferrando Herranz, M. Sebastián Machí, J.V. Ferrer Valls, Y. Melero Puche, Á. Sanahuja

Clínica Obesitas, Valencia

La cirugía bariátrica causa un cambio brusco, tanto en la tolerancia de los alimentos, como en la relación emocional con ellos. Los primeros meses tras la intervención son frecuentes la intolerancia al agua, pan, arroces, carnes secas, frutas y verduras crudas, causando desequilibrios alimentarios, carencia de líquidos y la tendencia al estreñimiento. El objetivo de este estudio es evaluar la frecuencia de consumo de alimentos en los meses 3 y 6 post-operatorios en las intervenciones de gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) y Bypass gástrico laparoscópico (BPGL), comparándolos entre sí.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se ha seleccionado de forma retrospectiva, un total de 20 pacientes, 10 intervenidos de GVL y 10 de BPGL en fechas comprendidas entre 2013 y 2015. Los datos se han obtenido mediante la cumplimentación de un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, que cumplimenta el paciente en cada revisión. El cuestionario recaba información sobre todos los grupos de alimentos y su frecuencia de consumo, diario, semanal o mensual.

RESULTADOS

Consumo inapropiado	MES 3		MES 6	
	TG	BPG	TG	BPG
Agua < 1L / día	30%	60%	10%	20%
Lácteos < 2 / día	60%	40%	30%	50%
Cereales < 3 / día	50%	80%	20%	70%
Frutas y verduras < 2 / día	40%	40%	10%	30%
Carnes < 2 / semana	30%	70%	10%	50%
Huevo < 1 / semana	40%	40%	40%	40%
Pescados < 2 / semana	80%	60%	70%	50%

Se aprecia además, aumento en el consumo de refrescos, productos fritos, embutidos grasos y picoteo, factor a tener en cuenta por el riesgo de aumento de peso. Tras la intervención, los pacientes consiguen un equilibrio nutricional en la distribución de alimentos y un total de 5 ingestas diarias.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En ambas intervenciones (GVL y BPGL), inicialmente la distribución de alimentos y nutrientes es inadecuada.

En el mes 6 se aprecia una mejoría en ambas técnicas quirúrgicas, aunque siguen sin comer de forma equilibrada. Los pacientes intervenidos de GVL, muestran menos dificultades para seguir una dieta equilibrada.

Los déficits encontrados en los análisis de control son la Ferritina, la Vit. D y la B12. La repercusión clínica más frecuente fue, la pérdida preocupante de pelo, y las uñas quebradizas.

Esto muestra la importancia de que la dieta de los meses posteriores a la intervención sea controlada y evaluada periódicamente, siendo necesarios los controles analíticos y la orientación dietética sobre cantidad, calidad y métodos de cocinado más favorables.

P-010

CIRUGÍA BARIÁTRICA Y TRASTORNO PSIQUIÁTRICO MAYOR

M.D.L.A. Mayo Ossorio, J.M. Pacheco García, D. Pérez Gomar, A. Bengoechea Trujillo, S. Roldan Ortiz, M. Fornell

Ariza, S. Ayllon Gámez, E.M. Sancho Maraver, M.J. Castro Santiago, J.L. Fernández Serrano

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

OBJETIVO

Las enfermedades psiquiátricas son una contraindicación clásica para la cirugía bariátrica. Sin embargo, la asociación entre trastornos psíquicos y obesidad es muy frecuente. Presentamos el caso de un paciente obeso mórbido con Esquizofrenia rechazado inicialmente para la cirugía bariátrica y posteriormente rescatado tras reevaluación, realizándose gastrectomía vertical laparoscópica con un resultado y seguimiento satisfactorio.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 41 años de edad con antecedentes de Esquizofrenia Paranoide de larga evolución en tratamiento con Risperdal® (risperidona), Seroquel®(quetiapine). Presenta obesidad mórbida desde que fue diagnosticado de esquizofrenia a los 18 años. Peso de 198 kg, talla 1.90 m, e IMC de 55 Kg/m², con las siguientes comorbilidades: Hipertensión arterial, Dislipemia, Síndrome de Apnea obstructiva del sueño, y síndrome metabólico. Inicialmente y con criterio estricto, fue rechazado para cirugía bariátrica. Posteriormente fue reevaluado desde el punto de vista psiquiátrico (que no solo no contraindica, sino que recomienda la cirugía bariátrica), seguido en consulta externa de cirugía bariátrica, presentado en el comité multidisciplinar y aceptado para la realización de la cirugía. Se realiza una Gastrectomía vertical laparoscópica.

RESULTADOS

La evolución postoperatoria fue favorable, no presentando complicaciones inmediatas y reiniciando la tolerancia oral a las 24 horas de la cirugía para poder tomar la medicación antipsicótica. El paciente es dado de alta el 3º día postoperatorio. El seguimiento durante el primer año fue estrecho y correcto por parte del paciente recurriendo incluso a vías de comunicación no tradicionales (correo postal). Al año presenta adecuada pérdida ponderal (70 kg) con IMC de 34.1 kg/m², y mejora de sus comorbilidades (HTA, SAOS). Permanece estable de su patología psiquiátrica y con adecuada tolerancia oral.

CONCLUSIONES

Los trastornos psiquiátricos mayores no son una contraindicación absoluta para la cirugía bariátrica, aunque se requiere una evaluación individualizada por personal especializado. Se recomiendan las técnicas quirúrgicas restrictivas evitando las técnicas malabsortivas y mixtas que pueden interferir en la absorción de la medicación antipsicótica, y que requieren de un seguimiento más estrecho a largo plazo.

P-012

VARIACIONES SOCIALES Y DEL ESTILO DE VIDA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE GASTRECTOMÍA VERTICAL

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

Hospital Comarcal Sierrallana, Torrelavega

INTRODUCCIÓN

Se han analizado las modificaciones en el estilo de vida de pacientes con obesidad mórbida intervenidos con gastrectomía vertical.

METODOLOGÍA

Estudio sobre 56 mujeres y 11 hombres, intervenidos de gastrectomía vertical. Rango de edad entre 20 y 60 años. La media del IMC fue de 47,5, DS 7.74. Fueron seguidos durante 2 años después de su cirugía, y un subgrupo de 34 pacientes (29 mujeres y 5 hombres) fue seguido por otros 3 años más. Las variables de estilo de vida consideradas fueron: el ejercicio físico (al menos media hora de caminata al día); los hábitos alimentarios y la existencia de transgresiones dietéticas (con especial atención a los alimentos semi-líquidos de alto contenido calórico); y situación laboral (considerado como el trabajo en o fuera del hogar).

RESULTADOS

Los pacientes se intervinieron por IMC >45kg/m² en un 50%, el otro 50% por IMC >35kg/m² con comorbilidades asociadas. Al preguntar a los pacientes sobre sus sentimientos acerca de la cirugía, la respuesta fue “neutral” o “favorable” para el 76,6% de los pacientes, mientras que el 23,4% restante se sintió decepcionado.

Los principales trastornos durante los dos primeros años post cirugía fueron baja tolerancia a los alimentos sólidos, alta frecuencia de vómitos asociados a la hora de comer, y el estreñimiento. Otros trastornos, tales como la dispepsia post-prandial, dificultad de mantener un horario de alimentación, o la ausencia de sensaciones de hambre, fueron menos frecuentes. A los 5 años de seguimiento, los pacientes tenían inicialmente baja tolerancia a los sólidos. Los vómitos y el estreñimiento en este grupo se presentaron con menor frecuencia. El 50% de los pacientes manifestó una clara tendencia a cometer transgresiones dietéticas, y de ingerir alimentos fuera de programación.

CONCLUSIÓN

Las variables modificables que afectan al estilo de vida, como el ejercicio físico y actividades fuera del hogar tienen un efecto favorable significativo sobre la evolución del IMC postcirugía a largo plazo.

P-021

VALORACIÓN PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA EN LOS PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA. DATOS DE NUESTRA ÁREA DE SALUD VII. REGIÓN DE MURCIA

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

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

INTRODUCCIÓN

La obesidad mórbida se encuentra ausente de las clasificaciones psiquiátricas, pero el aumento de su frecuencia y la gravedad de los problemas asociados condicionan su abordaje multidisciplinar. La evaluación de las comorbilidades psicológicas y psiquiátricas es fundamental ya que pueden condicionar la técnica quirúrgica y el resultado del tratamiento.

OBJETIVO

Describir los datos sociodemográficos y el estado psicológico-psiquiátrico basal de los pacientes del Área de Salud VII/Murcia-Este propuestos para cirugía bariátrica en los últimos 8 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos 315 pacientes intervenidos por nuestra Unidad de Cirugía Bariátrica entre Noviembre 2006 y Marzo 2014. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de Psiquiatría, valoración psicológica y Anestesia.

Se ha realizado un análisis de frecuencias de las siguientes variables cualitativas dicotómicas: sexo, estado civil, antecedentes familiares de obesidad, nivel de estudios, apoyo familiar, antecedentes de abuso sexual o maltrato, tabaquismo, consumo de alcohol, trastornos alimentarios (hiperfagia, picoteo, atracones).

Se ha realizado un análisis de las variables cuantitativas: edad, número de hijos, cuestionario de actitudes hacia la alimentación EAT-26, Escala de depresión de Beck, Escala de inteligencia de Wechsler para adultos WAIS-III.

RESULTADOS

Predominaron las mujeres (70,8%), de las cuales un 42,2% estaban casadas. La edad media fue de 40,31 años (19-63 años). El número medio de hijos era 1,44 (0-10) siendo nuestra muestra bimodal (0 y 2).

El 47% tenía antecedentes familiares directos de obesidad (al menos uno de ellos). El nivel de estudios predominante era educación secundaria obligatoria y estudios de formación profesional (75% considerando ambos). El 89,8% de las personas que convivían con los pacientes les apoyaba en la decisión de operarse. Solamente 3 pacientes afirmaban haber sufrido abusos sexuales o maltrato. El consumo de tabaco estaba presente en el 35,2% y admitieron consumir alcohol un 11,4%. Entre los trastornos alimentarios, un 38,1% se consideraban hiperfágicos, un 36,2% reconocía picotear y un 26,3% haber tenido atracones.

Los resultados obtenidos en la escala de alimentación EAT-26 mostraron un predominio del patrón de restricción (37,2%) compatible con encontrarse en ese momento a dieta. Según la escala de depresión de Beck: el 56,2% no presentaban depresión, el 24,1% depresión leve y el 12,7% depresión moderada. En la escala de inteligencia de Wechsler el 75,6% resultó de nivel de inteligencia media.

CONCLUSIONES

Los datos iniciales indican una alta prevalencia de sintomatología alimentaria y depresión. El nivel de estudios y el apoyo familiar son elevados, a pesar de que casi la mitad tiene familiares obesos. La cirugía bariátrica ofrece una oportunidad para estudiar la evolución psicológica de estos pacientes, siendo fundamental conocer su estado basal. Se ha descrito que tras la cirugía hay una mejoría de los síntomas psicológicos y del malestar psíquico paralela a la pérdida de peso. En los casos en los que no se produzca esta mejoría, el conocimiento de la situación basal puede ayudar a entender la causa. En determinados casos la intervención psicológica cognitivo-conductual preoperatoria, individualizada y en terapias de grupo, podría favorecer la respuesta postoperatoria.

P-026

EFFECTO DE UNA DIETA RICA EN GRASA Y CIRUGÍA BARIÁTRICA (SLEEVE) SOBRE EL PESO CORPORAL Y EL DE TEJIDOS EN RATA

J. Peinado Onsurbe (1), J. Rossell (1), E. Pardina (1), D. Ricart-Jané (1), C. Piñol (2), M. González (2), N. Mestres (2), J.A. Baena-Fusteguerras (2)

(1) Universidad de Barcelona, Barcelona; (2) Hospital Arnau de Vilanova, Lleida

OBJETIVOS

Estudiar el efecto de una dieta rica en grasa y la cirugía bariátrica (*sleeve*) sobre el peso corporal y el de tejidos en rata Sprague-Dawley.

MATERIAL

Un total de 144 ratas Sprague-Dawley fueron utilizadas en este estudio.

MÉTODOS

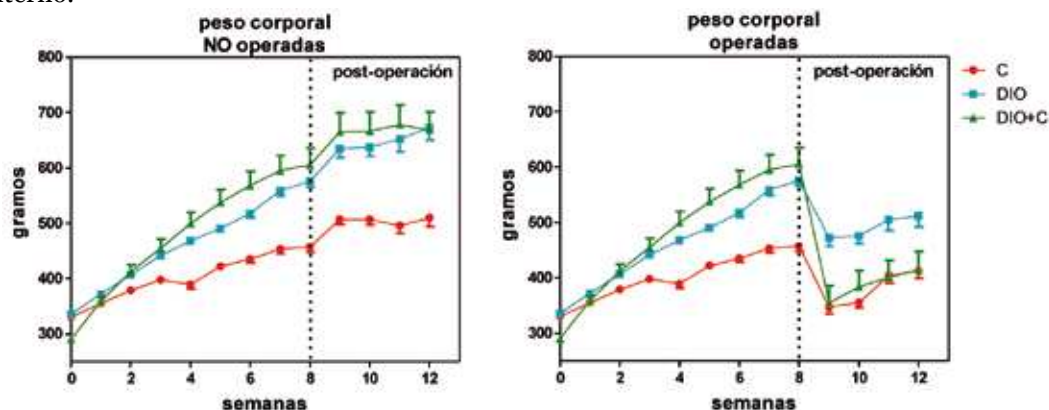
11 grupos control fueron alimentados con dieta normal (C) mientras que 13 grupos fueron alimentados con dieta DIO (DIO, Diet Induced Obesity con 60% de grasa). Un grupo C y un grupo DIO fueron sacrificados cada 2 semanas durante los 3 meses que duró el experimento. En la semana 8, cinco grupos fueron sometidos a una gastrectomía tipo *sleeve* (similar a la cirugía bariátrica realizada en humanos), 5 a cirugía simulada (*sham*) y a los 5 restantes no se les realizó ningún tipo de cirugía. Un grupo dentro de cada grupo DIO restante cambió a dieta C (grupo DIO+C) después de la semana 8 y fue sacrificado a la semana 12. En cada sacrificio, los tejidos fueron recogidos, pesados y congelados en nitrógeno líquido.

RESULTADOS

La dieta DIO incrementó significativamente el peso corporal y el de los tejidos adiposos (TA), los otros tejidos no se vieron significativamente afectados por la dieta. La cirugía bariátrica dio lugar a un descenso del peso corporal en todos los grupos, aunque DIO sufrió una bajada más marcada comparado con C, y siendo DIO+C el grupo que mostró un mayor descenso en el peso, llegando a tener un peso similar al grupo C. El peso corporal en las *sham* y las no operadas se mantuvo estable y no se observó ningún cambio significativo. El efecto de la cirugía bariátrica en los TA fue muy similar al visto en el peso corporal, mostrando un descenso en DIO y especialmente en DIO+C. La cirugía *sham* disminuyó significativamente el peso de los TA en DIO+C.

CONCLUSIONES

La dieta DIO causó cambios significativos tanto en el peso corporal como en los TA. La cirugía tipo *sleeve* causó una reducción de peso inmediata en todos los grupos, viéndose el mayor efecto en las ratas que combinaban cirugía y cambio de dieta. En los TA, se vio además una diferencia significativa en el grupo DIO+C con cirugía *sham* (aunque esa diferencia no estuviese reflejada en el peso corporal) sugiriendo el efecto combinado de la cirugía y el cambio de dieta a nivel interno.



P-047

LOS PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA REFIEREN MENOR ANSIEDAD QUE LOS PACIENTES CON UN IMC MÁS BAJO

I. Rubió (1), J.M. Márquez (1), I. Mangas (1), N. Martínez (2), G. Clemente (2), J. Sanz (2), M.Á. Escartí (1)

(1) Clínica Escartí, Valencia; (2) Universidad Politécnica de Valencia, Valencia

OBJETIVOS

En la primera consulta de psicología, dentro de un contexto multidisciplinar para el tratamiento quirúrgico de la obesidad, muchos pacientes manifiestan expresiones referidas al término «ansiedad» como causa de la ingesta excesiva de alimentos. En el presente estudio, pretendemos valorar si los pacientes candidatos a Cirugía Bariátrica con Obesidad Mórbida (O.M.:IMC \geq 40 Kg/m²), refieren mayor trastorno de ansiedad o sintomatología ansiosa, que los pacientes que tienen una obesidad menor a la mórbida (IMC < 40 Kg/m²). Así mismo, se pretende valorar qué grupo de pacientes (con o sin O.M.) refiere haber recibido tratamiento por algún trastorno de ansiedad o sintomatología ansiosa, previamente a la cirugía de obesidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra evaluada, ha estado formada por un total de 307 pacientes, con edades comprendidas entre 19 y 67 años, (M = 39,2 años). El rango de IMC de la muestra es de (33,7-74,9) y media (M = 42,7). De los 307 pacientes, 122 presentaban un IMC <40 Kg/m², y 185 un IMC \geq 40 Kg/m². Se han llevado a cabo estadísticos descriptivos para definir las características de la muestra y se ha revisado la asociación bivalente entre la prevalencia de O.M. y diferentes factores tales como el trastorno de ansiedad o sintomatología ansiosa y su tratamiento psiquiátrico/psicológico. Los datos han sido recogidos, mediante una primera entrevista psicológica, cara a cara con el paciente, previamente a la intervención de Cirugía Bariátrica. En la sesión clínica, se les ha preguntado que hicieran referencia de si padecían algún trastorno de ansiedad o presentaban sintomatología ansiosa, así como si estaban recibiendo tratamiento por tal sintomatología.

RESULTADOS

Según el análisis estadístico realizado en el presente estudio, los pacientes con O.M., refieren presentar trastorno de ansiedad o sintomatología ansiosa (n=25; 13,5%), en menor medida que los pacientes que presentan obesidades menores (n=31; 25,4%). Entre estas variables, se ha mostrado un riesgo relativo (RR = 0.70), y un intervalo de confianza (ICRR 90%), indicando que la probabilidad de presentar trastorno de ansiedad o su sintomatología, se multiplica por 0.70 cuando el paciente presenta OM. Por otro lado, se ha obtenido que los pacientes con este grado de obesidad, refieren haber recibido en menor medida tratamiento por trastorno de ansiedad o sintomatología ansiosa (n = 18; 9,7%), frente a los pacientes que presentan menor grado de obesidad (n = 27; 22,1%), con un riesgo relativo (RR = 0.63), y un intervalo de confianza (ICRR 90%).

CONCLUSIONES

En contra de lo que cabría esperar, los pacientes con OM refieren tener, en la evaluación psicológica previa a Cirugía Bariátrica, menor trastorno de ansiedad o sintomatología ansiosa y consecuentemente recibir menos tratamiento de ansiedad, respecto de los pacientes con obesidades inferiores. Esto nos indica que, entre los diferentes grados de obesidad, también existe un perfil psicopatológico distinto, y que el grado de obesidad mayor no tiene por qué implicar una psicopatología mucho más grave.

P-049

PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES BARIÁTRICOS CON CONDUCTAS DE ATRACÓN

I. Rubió (1), S. Pérez (2), J.M. Márquez (1), I. Mangas (1), M.Á. Escartí (1)

(1) Clínica Escartí, Valencia; (2) Universidad Católica San Vicente Mártir, Valencia

OBJETIVOS

Estudios previos, han mostrado que los pacientes obesos con conductas de atracón, presentan un perfil más psicopatológico, García E. et al. (2012). Asimismo, y siguiendo el creciente interés por los modelos de personalidad basados en la Teoría de los Cinco Grandes de Costa y McCrae, 1998, aplicados a determinados perfiles clínicos, nos planteamos identificar el perfil de personalidad característico o diferencial de los pacientes obesos con conductas de atracón.

MATERIAL Y MÉTODOS

Evaluamos a 170 pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica con edades comprendidas entre 18 y 67 años ($M = 39.5$, $DT = 9.7$), con IMC comprendido entre 31.4 y 74.8 ($M = 42.7$, $DT = 7.03$). Los pacientes fueron evaluados a través de los cuestionarios NEO-PI-R (Costa y McCrae 1992) y BITE (Henderson, 1987). Se consideró que los pacientes manifestaban conductas de atracón cuando alcanzaron o superaron el punto de corte de 16 de dicho cuestionario (que según los autores indica bulimia subclínica, o conductas de atracón). Se llevaron a cabo estadísticos descriptivos para definir las características de la muestra y pruebas t para comparar a los grupos en los distintos factores de personalidad, así como en las facetas que componen cada uno de los factores.

RESULTADOS

El grupo de pacientes que presentaban conductas de atracón, mostraron puntuaciones significativamente más elevadas en los factores de Neuroticismo ($t = 5.1$, $p = .000$) y Apertura a la Experiencia ($t = 2.2$, $p = .028$) y puntuaciones significativamente más bajas en los factores Responsabilidad ($t = -2.6$, $p = 0.010$) y Extraversión ($t = -2.2$, $p = .030$). En relación a las distintas facetas, los pacientes con conductas de atracón, mostraron puntuaciones significativamente más elevadas en todas las facetas contenidas en el factor Neuroticismo: Hostilidad ($t = 2.8$, $p = .005$), Ansiedad ($t = 3.9$, $p = .000$), Depresión ($t = 5.3$, $p = .000$), Desconcierto ante los demás ($t = 4.4$, $p = .000$), Impulsividad ($t = 4.6$, $p = .000$) y Vulnerabilidad ($t = 3.9$, $p = .000$). Asimismo, mostraron puntuaciones significativamente más elevadas en Fantasía ($t = 2.4$, $p = .016$) y Apertura a la Experiencia ($t = 2.2$, $p = .028$). Por otra parte, se observaron puntuaciones significativamente más bajas en Gregarismo ($t = -2.1$, $p = .036$), Asertividad ($t = -2.2$, $p = .027$), Emociones Positivas ($t = -2.9$, $p = .004$), Confianza ($t = -2.3$, $p = .024$), Competencia ($t = -2.9$, $p = .004$) y Autodisciplina ($t = -2.7$, $p = .008$).

CONCLUSIONES

En la evaluación del paciente candidato a cirugía bariátrica, no sólo es importante la recogida de datos de su perfil dietético y médico, sino también de las variables que influyen en su funcionamiento psicológico. Conociendo su personalidad y su conducta alimentaria, podemos comprender mejor la complejidad de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica, y plantearnos intervenciones más específicas ayudando al paciente a ajustarse a los requisitos del tratamiento quirúrgico.

P-059

¿QUÉ RELACIÓN GUARDA EL GRADO DE OBESIDAD PREOPERATORIO Y EL PERFIL DIETÉTICO DEL PACIENTE? RESULTADOS EN 307 PACIENTES BARIÁTRICOS

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

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

OBJETIVOS

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

MATERIAL Y MÉTODOS

 Se recogieron prospectivamente -antes de la cirugía bariátrica- en 307 casos las siguientes variables: *edad, sexo, IMC máximo alcanzado*. Mediante la historia dietética y los recordatorios de 24 horas: *cantidad de comida durante el desayuno, media mañana, comida, merienda, cena. Picoteo. Velocidad de la ingesta (<10' ó >10')*. *Perfil alimentario* (picoteador, comedor de grandes volúmenes, comedor de dulces, síndrome de comedor nocturno, otros). *Presencia de rasgo de atracón. Ingesta de lácteos, proteínas, grasas, postres, hidratos de carbono, refrescos, frutas y verduras*. La relación entre el grado de obesidad y las variables se ha establecido mediante el residuo corregido de las tablas de contingencia del análisis pareado CHI-cuadrado o el coeficiente de correlación de Spearman.

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

variable analizada		Relación con Grado de Obesidad	Test est.
Cantidad comida		Desayuno, media mañana, merienda y cena: Sin relación	CR Spearman
		Comida: Los que hacen una comida fuerte a mediodía tienen una mayor frecuencia de Obesidad Mórbida	CR Spearman
Picoteo		Picoteo varias veces al día asociado a OM	Residuo corregido Chi-2
Velocidad de ingesta		Velocidad de ingesta rápida se asocia a OM	Chi-2
Perfil alimentario		El perfil comedor de dulces se asocia a < grado de obesidad que los grandes comedores o picoteadores	Chi-2
Presencia rasgo de atracón		Solo el 20% presentan atracones La OM no presenta más atracones	Chi-2
Ingesta alimentaria	Lácteos	29,6% baja ingesta de lácteos. No asocia a grado de	Chi-2
	Proteínas	48,6% OM alta ingesta de proteínas. A mayor IMC mayor ingesta de proteínas	Chi-2
	Grasas	66,1% obesos tienen alta ingesta de grasas, sin relación con el grado de obesidad	Chi-2
	Dulces y postres	52,1% tienen elevada ingesta de dulces, sin relación con el grado de obesidad	Chi-2
	Cereales, tubérc.	El 58,6% tienen alta ingesta y se asocia inversamente con el grado de obesidad	Chi-2
	Frutas y verduras	El 88,9% tiene una baja ingesta, sin que se aprecie correlación con el grado de obesidad	Chi-2
	Refrescos	Un 30% tiene una alta ingesta de refrescos sin asociarse al grado de obesidad	Chi-2

CONCLUSIONES

Un mayor grado de obesidad se asocia a ingestas a mediodía más copiosas, picoteos con mayor frecuencia, ingesta más rápida y mayor toma de alimentos proteicos. El grado de obesidad se asocia inversamente con la ingesta de hidratos de carbono simples y complejos. Llama la atención que el 20% de los candidatos a cirugía bariátrica refiere rasgo de atracón.

P-064

ACCIÓN FORMATIVA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA

C. Quiñones Sánchez, J.A. Jerez González, E.M. Guillamón Casado, C. Cañete Cavanillas, A. Mazuela Domínguez, L. Luquin Fernández, M.J. Del Barrio Martín

Hospital Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat

INTRODUCCIÓN

En el año 2014 se iniciaron una serie de sesiones formativas al personal de enfermería de nuestro servicio que abordaban diferentes patologías dentro del aparato digestivo. Anteriormente a ese año, ya existía la demanda de formación acerca de los cuidados del paciente post-operado de cirugía bariátrica, mayormente entre el personal de enfermería ubicado fuera de la unidad especializada en este tipo de pacientes. De esta manera, nos planteamos incluir dentro del programa una serie de sesiones formativas sobre cirugía bariátrica, para todos los turnos del área del aparato digestivo, de forma que pudieran asistir el máximo número de profesionales. Las causas de esta demanda, eran por un lado, cambios organizativos en la unidad de cirugía bariátrica que provoca la reubicación de éstos pacientes en otras unidades del servicio del área del aparato digestivo. Otro motivo era, el constante movimiento de profesionales de enfermería dentro del mismo área. Por estas razones, se generaban dudas y necesidades entre los profesionales de enfermería, sobre el abordaje de pacientes post-operados de cirugía bariátrica, como patología con un protocolo de cuidados específico.

OBJETIVOS

- Cubrir la demanda formativa entre los profesionales de enfermería.
- Mostrar la actualización sobre los cuidados de enfermería en cirugía bariátrica y metabólica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizaron una serie de 8 sesiones en mayo de 2014, en los turnos de enfermería: turno de mañana y tarde (jornadas de 7 h) y turnos alternos de 12 h diurnos y nocturnos. Se realizaron una serie de 2 repeticiones por turno con una duración cada una de 45 minutos. En las primeras sesiones participó un cirujano especialista en cirugía bariátrica, donde se aclararon dudas, promoviendo la comunicación multidisciplinar. Las sesiones estaban estructuradas en: introducción, técnicas por laparoscopia y endoscopia en nuestro hospital, cuidados de enfermería (protocolo/guía), educación sanitaria, cuidados específicos en Endobarrier®, datos generales a considerar, y discusión.

RESULTADOS

A cada sesión asistieron una media de 105 profesionales del área y del resto del hospital. Los profesionales asistentes han podido cubrir las necesidades formativas sobre actualización en cuidados de enfermería para la práctica diaria con enfermos postoperados de cirugía bariátrica, unificando criterios de actuación, normalizando la práctica clínica y mejorando la calidad asistencial.

CONCLUSIONES

Es necesario realizar formación continuada periódicamente entre el personal del equipo multidisciplinar con el fin de actualizar los conocimientos entorno a los cuidados de enfermería en base a las nuevas técnicas quirúrgicas y endoscópicas.

P-065

MEJORANDO CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTRAOPERATORIOS

S. Bravo Castañeda, A. Sanchón Amador, S. Suárez Peces, M.A. Altozano Yuste

Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares

OBJETIVO

Mejorar el cuidado de Enfermería intraoperatorio en la gastrectomía vertical por vía laparoscópica en cuanto a la “Prevención de lesiones por quemaduras”.

MATERIAL Y MÉTODOS

Poner en práctica nuevas formas de actuar, más seguras, en el área quirúrgica minimiza siempre los riesgos del proceso quirúrgico.

Mostraremos cómo el riesgo de quemaduras es nulo al comenzar a usar en nuestro hospital desde noviembre de 2014 “Electrodos de Retorno” para este tipo de pacientes, comparándolo con las “Placas de Retorno Convencionales” que se habían empleado hasta esa fecha.

RESULTADOS

El usar “Electrodos de Retorno” deriva en una serie de beneficios frente a las desventajas que podían ocasionar las “Placas Convencionales”.

Todo ello mejora un cuidado de Enfermería, aumentando así la calidad asistencial para nuestros pacientes mórbidos en el quirófano.

CONCLUSIONES

- Son pacientes con importante tejido adiposo que no afectará en la conducción eléctrica, reduciendo así la incidencia de quemaduras en la cirugía de los pacientes mórbidos.
- No es necesario rasurar.
- Útil en pacientes con piel dañada.
- Ahorro de costes por ser un electrodo reutilizable.
- Reducción del tiempo del personal al ser reutilizable.

El cuidado de Enfermería intraoperatorio: “Prevención de lesiones por quemaduras” lo hemos mejorado en el H.U. Príncipe de Asturias, ofreciendo así una atención segura y minimizando los riesgos del proceso quirúrgico en este tipo de pacientes.

P-067

PÉRDIDA DE PESO PREOPERATORIA: DIETA VERSUS BALÓN INTRAGÁSTRICO

O. Martín Salinas, M.A. Vicente Vicente, C.E. Gómez-Miranda Ansotegui, B. Serrano Fernández, G. Martínez De Aragón Remírez De Esparza, P. Sierra Polo, C. Cabrejas Gómez

Hospital Universitario Araba, Vitoria

INTRODUCCIÓN

La mayoría de estudios publicados hasta el momento, sugieren que la preparación para la cirugía bariátrica mediante pérdida de peso preoperatoria, facilitaría la técnica laparoscópica y disminuiría complicaciones y estancia hospitalaria, especialmente en aquellos pacientes con obesidades graves o con mayor riesgo quirúrgico por comorbilidades.

OBJETIVOS

Comparar la pérdida de peso antes de la cirugía mediante el uso de una dieta de bajo contenido calórico y la pérdida obtenida tras la colocación de un balón intragástrico en obesos mórbidos. Buscar si existe asociación entre el procedimiento y las complicaciones/estancia hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de revisión de bases de datos e historia clínica de pacientes sometidos a dieta y a balón intragástrico precirugía entre los años 2006 y 2014. Mediante el programa SPSS, se realiza análisis estadístico descriptivo de variables generales y relacionadas con el peso, y se comparan grupos.

RESULTADOS

Grupo de dieta (n=33; 23 varones y 11 mujeres): Edad media 40±11 años (20-60); Peso inicial 142.9 ±21 (106-185); IMC inicial 51.4 ±6 (41.2-64.3); Peso final 133.8 ± 20 (101-175); IMC final 47.9 ± 7 (39.51-62.2); Porcentaje de sobrepeso perdido (%SPP) 12±7%; Días 67 ± 91.

Grupo de balón (n=10; 3 varones y 7 mujeres): Edad media 52±10 años (32-69); Peso inicial 151.9 ± 33 (117.5-227.4); IMC inicial 51.7 ±12 (38.1-77.1); Peso final 124.4 ± 24 (92.5-175.4); IMC final 42.3 ± 9 (29.5-59.5); Porcentaje de sobrepeso perdido 32±9%; Días 187 ± 32.

No hubo diferencias entre los grupos en cuanto a peso e IMC inicial pero sí en cuanto a %SPP y tiempo de consecución. No hubo asociación entre tipo de procedimiento y complicaciones/estancia hospitalaria aunque sí entre el tipo de cirugía y complicaciones/estancia hospitalaria (p<0.027).

CONCLUSIONES

- Con el balón intragástrico se consigue mayor porcentaje de sobrepeso perdido pero en más tiempo.
- El porcentaje de sobrepeso perdido no se correlaciona con las complicaciones ni los días de estancia hospitalaria.
- La aparición de complicaciones se relaciona con el empleo de una técnica quirúrgica más compleja como es el by-pass.

P-068

SEGUIMIENTO DOS AÑOS TRAS EDUCACIÓN GRUPAL PREOPERATORIA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

N.V. García-Talavera Espín, M.B. Gómez Sánchez, T. Monedero Sáiz, A.I. Zomeño Ros, D.M. Lujan Martínez, A.J. Fernández López, M. Nicolás Hernández, F.M. González Valverde, C. Sánchez Álvarez

Unidad de Cirugía de la Obesidad, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

OBJETIVOS

A partir de los 2 años tras la cirugía bariátrica se produce un cambio en la velocidad de pérdida de peso. A esas alturas muchos pacientes han abandonado las pautas saludables que se tratan de establecer en el seguimiento ambulatorio, siendo éste uno de los motivos de la reganancia de peso a largo plazo. Nuestros objetivos fueron:

- 1.-Evaluar los resultados de un programa de educación nutricional grupal preoperatorio en nuestra institución.
- 2.-Conocer la evolución postquirúrgica a 2 años en términos de: a) pérdida de peso, expresada como porcentaje del exceso de peso inicial perdido (%EPP) y como pérdida de índice de masa corporal (IMC) total; b) Adherencia a la pauta dietética y realización de ejercicio físico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Intervención en educación nutricional, con un diseño cuasi-experimental, de seguimiento longitudinal por un periodo de 2 años en pacientes intervenidos de bypass gástrico que acudieron, al menos, a las dos primeras sesiones del programa preoperatorio de educación nutricional (Explicación de pautas dietéticas a seguir, importancia y consecuencias de la pérdida de peso prequirúrgica, fomento del ejercicio diario, y en qué consiste la cirugía bariátrica). Se consideró:

- %EPP a los dos años de la intervención (exceso de peso=kg que excedían al peso correspondiente al IMC=25 kg/m²).
- Adherencia a la pauta dietética: seguimiento correcto de la dieta hipocalórica equilibrada.
- Realización de ejercicio al menos 5 días/semana.

Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desviación estándar y las cualitativas como porcentajes. Las variables cualitativas se compararon entre ambos grupos utilizando la prueba de la Chi Cuadrado de Pearson. Las variables cuantitativas fueron contrastadas mediante la T de Student. En ambos casos el grado de significación se fijó en el 95%.

RESULTADOS

Se incluyeron 78 pacientes. Se excluyeron 11, realizando el estudio sobre los 67 pacientes restantes. Pese a no encontrar diferencias estadísticamente significativas, a los dos años de la intervención, la adherencia a las pautas dietéticas fue del 90,0% y el 76,7% de los pacientes realizaban ejercicio físico diario en el grupo de pacientes que asistió al programa de educación

GRUPO	CONTROL (n=37)	ESTUDIO (n=30)	p
Edad (años)	38,47 \pm 9,16	38,76 \pm 11,26	NS
Hombres (%)	35,1	36,7	NS
IMC ₁ (kg/m ²)	45,39 \pm 4,76	47,49 \pm 5,68	NS
Exceso de Peso (EP)(kg)	56,65 \pm 16,66	63,12 \pm 19,48	NS
PPreQx (kg)	126,81 \pm 23,20	132,56 \pm 25,97	NS
IMC ₂ (kg/m ²)	45,66 \pm 5,34	47,53 \pm 5,74	NS
PPP (kg)	-0,67 \pm 8,49	-0,99 \pm 8,28	NS
IMC ₃ (kg/m ²)	27,23 \pm 3,73	27,92 \pm 4,20	NS
Descenso total IMC	18,29 \pm 4,32	19,59 \pm 4,52	NS
%EPP	90,92 \pm 16,42	87,37 \pm 14,39	NS
Adherencia a dieta (%)	75,7	90,0	NS
Realización de ejercicio físico (%)	64,9	76,7	NS

IMC1: IMC al ser incluidos en el circuito desde Endocrinología.

IMC2: IMC el día previo a ser intervenidos.

PPP: Pérdida de peso alcanzada durante el protocolo preoperatorio de cirugía bariátrica.

IMC3: IMC a los 2 años de la intervención.

NS: no significativo($p>0,05$).

CONCLUSIONES

Nuestros pacientes mostraron buena adherencia a la dieta y el ejercicio y buena evolución ponderal a los dos años tras la cirugía, lo que les sitúa en una mejor situación para mantener las pautas aprendidas en el futuro. De acuerdo con nuestros resultados, es razonable ofrecer un programa de asesoramiento preoperatorio a todos los pacientes candidatos a cirugía bariátrica.

P-069

CASO CLÍNICO: CUIDADOS ENFERMEROS DURANTE EL POST-OPERATORIO COMPLEJO DE UN CRUCE DUODENAL Y ESPLENECTOMÍA

N. Ruiz Muñoz, M.J. Valdizan Rebollo, M. Ortiz Rubio, M.J. Conde Martínez, E. Barberan Camas, E. Coria Pacheco, M. Ramón Pérez, M. Morillas Quero, J.A. Jerez González

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat

JUSTIFICACIÓN / IMPORTANCIA DEL TEMA

El cruce duodenal es el procedimiento quirúrgico más complejo de la cirugía bariátrica y con más complicaciones en el postoperatorio inmediato. La estancia media de los pacientes es de 3-4 días. Requiere unos cuidados enfermeros centrados en la prevención de complicaciones y en la educación sanitaria.

La alta complejidad de los cuidados que requirió la paciente ha sido fundamental para la elección de este caso clínico, ya que necesita la interacción de un equipo multidisciplinar.

OBJETIVOS

Mostrar la implicación del equipo de enfermería en los múltiples cuidados de la paciente.

Describir la colaboración de los diferentes profesionales que participan en el tratamiento terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisa la historia clínica de paciente de 52 años ingresada en la unidad de cirugía bariátrica, desde Octubre de 2014 hasta Marzo de 2015.

Se realizó un seguimiento de los cuidados y evolución de la paciente desde su ingreso a través de los programas informáticos Gacela Care® y SAP®, así como de la observación directa.

La paciente JTP fue ingresada en nuestro centro para control evolutivo por hematoma abdominal después de ser intervenida de cruce duodenal por laparoscopia y esplenectomía en una clínica privada.

Durante su ingreso presentó varias complicaciones: hemoperitoneo, hematoma abdominal y shock hemorrágico por lo que se realizaron dos revisiones quirúrgicas requiriendo varios drenajes intraabdominales, embolización de la arteria gastroduodenal llevada a cabo por el servicio de angioradiología. La evolución clínica se complicó con la aparición de fístula del muñón duodenal, fístula pancreática (las cuáles se cerraron en pocas semanas), y fístula del asa alimentaria. Debido a la persistencia de esta última se intentó sin éxito colocar sonda de nutrición enteral, por lo que se requirió la colaboración del equipo de cirugía bariátrica junto con el servicio de Nutrición y Dietética, para instaurar Nutrición Parenteral Total (NPT). Fue necesario aislamiento de contacto por Pseudomona aeruginosa en cavidad peritoneal y esputo, y Klebsiella pneumoniae en cultivo de catéter venoso central y frotis rectal, controlado por el servicio de enfermedades infecciosas. Debido a la gravedad de estas complicaciones presentó intolerancia a la actividad precisando tratamiento por parte de Fisioterapia y Rehabilitación. A causa de la persistencia de la fístula del asa alimentaria se decidió alta a domicilio con NPT a través de catéter tunelizado, precisando educación sanitaria de la enfermera clínica de NP. Los cuidados de la paciente fueron realizados por la enfermera asistencial en colaboración con el equipo multidisciplinar.

RESULTADO

Con la valoración continuada de los diferentes profesionales y aplicando el plan de cuidados en Gacela Care®: cirugía bariátrica. El problema real: fístula intestinal. Los diagnósticos enfermeros: infección transmisible e intolerancia a la actividad. El protocolo: administración y cuidados de NPT, adaptado a las necesidades de la paciente, se consiguió un correcto manejo terapéutico que permitió el alta domiciliaria de la paciente tras adquirir las habilidades necesarias para sus autocuidados.

DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

Gracias al trabajo conjunto de todos los profesionales se logró un correcto manejo del tratamiento consiguiendo la autonomía suficiente de la paciente para su alta domiciliaria.

P-070

ENFERMERÍA ACTUALIZADA Y FORMADA EN NUEVA TECNOLOGÍA DE SUTURA MECÁNICA PARA GASTRECTOMÍA VERTICAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA

A. Sanchón Amador, S. Bravo Castañeda, S. Suarez Peces, M.A. Altozano Yuste

Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares

INTRODUCCIÓN

La morbilidad y mortalidad de la cirugía bariátrica está estrechamente vinculada a las dehiscencias anastomóticas, que pueden originar fístulas, abscesos localizados y peritonitis generalizadas. La utilización de suturas mecánicas, hechas por grapadoras (Tri-staplers) ha permitido manejar un amplio rango de tejidos, mejorar el grapado de tejidos gruesos y proporcionar un grapado con compresión escalonada, optimizando así la hemostasia y la resistencia al estallido por presión y mejorando la retención del tejido durante la manipulación y la transección.

OBJETIVO

Conseguir una evolución en paralelo de las nuevas tecnologías en cuanto a suturas mecánicas para la cirugía de la obesidad por laparoscopia y la formación por parte de Enfermería sobre su adecuado manejo y requerimiento en cada momento de la cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se inicia el uso de nuevas unidades de recarga de grapas con tecnología Tri-Staple para Endo GIA Ultra Universal desde Julio del 2014 en los pacientes intervenidos de gastrectomía vertical por vía laparoscópica en el H. Universitario Príncipe de Asturias que sustituyen a las anteriores.

Para ello se requiere por parte de Enfermería un conocimiento y entrenamiento de dicho material.

RESULTADOS

La formación es siempre enriquecedora, con lo que aumenta la calidad de la atención de Enfermería, beneficiándose el paciente, cuyo índice de satisfacción también aumenta.

CONCLUSIONES

- Solicitar al proveedor de los equipos e instrumentales que realice talleres de capacitación dirigido al personal de Enfermería encargado del manejo de los mismos en la cirugía bariátrica.
- La calidad NO es nunca una casualidad, sino el resultado del esfuerzo inteligente.

BIBLIOGRAFÍA

- Artusi G, Tripoloni D y Galindo F; Suturas mecánicas en cirugía digestiva. Cirugía Digestiva, F. Galindo. www.sacd.org.ar, 2009; I-108, pág. 1-11.
- Conocimiento y manejo del instrumental laparoscópico - CICAT-SALUD Publicado el 14 de diciembre de 2012. www.cicatsalud.com Publicado en Salud y medicina.
- Manual de Enfermería Quirúrgica. Galdakao Ospitalea . Basozabal Zamakona B, Durán Díaz de Real M. A.
- Cita de Masnou M. "La calidad NO es nunca una casualidad, sino el resultado del esfuerzo inteligente"
- Presentación Endo-GIA y recargas. Covidien