



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-266 - CALIDAD DE VIDA, PÉRDIDA PONDERAL Y EVOLUCIÓN DE COMORBILIDADES. ESTUDIO COMPARATIVO DE GASTRECTOMÍA VERTICAL VS *BYPASS* GÁSTRICO. RESULTADOS PRELIMINARES

Sierra Fernández, Isabel; Sancho Moya, Cristina; Cánovas de Lucas, Raúl; Asencio Arana, Francisco

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

Resumen

Objetivos: Analizar y comparar los resultados obtenidos en calidad de vida, pérdida ponderal y resolución de comorbilidades al año, en pacientes con obesidad mórbida intervenidos de gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) o *bypass* gástrico en Y de Roux laparoscópico (BGYRL) en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional de una base de datos prospectiva de pacientes con obesidad mórbida intervenidos de cirugía bariátrica de forma consecutiva por el mismo equipo quirúrgico entre enero 2017 y enero 2019. Las variables principales del estudio fueron IMC pre y postoperatorio, el porcentaje de exceso de IMC perdido (PEIMCP), puntuación obtenida en los cuestionarios *Gastrointestinal Quality of Life Index* (GIQLI) y *Bariatric Analysis and Reporting Outcomes System* (BAROS) y la resolución de las comorbilidades.

Resultados: De los 68 pacientes intervenidos, se excluyeron 8 por no cumplimentar los cuestionarios de calidad de vida. De los 60 reclutados: 37 fueron intervenidos de GVL y 23 de BGYRL. 22 pacientes (95,7%) intervenidos de BGYRL y 26 pacientes (70,3%) intervenidos de GVL presentaron preoperatoriamente comorbilidades mayores. El IMC medio preoperatorio fue $44,7 \pm 5 \text{ Kg/m}^2$ (BGYRL) y $44,1 \pm 5,1 \text{ Kg/m}^2$ (GVL), con un descenso significativo en ambos grupos; IMC postoperatorio al año de $29,9 \pm 4 \text{ Kg/m}^2$ (BGYRL) y $31,3 \pm 5 \text{ Kg/m}^2$ (GVL). El PEIMCP, fue $74,5 \pm 19,2\%$ (BGYRL) y $67,5 \pm 23,1\%$ (GVL). La puntuación media con BAROS fue $4,6 \pm 1,7$ (BGYRL) y $4,5 \pm 1,6$ (GVL), y con GIQLI fue de $108,3 \pm 19$ (BGYRL) y $109,8 \pm 18,3$ (GVL). Al analizar específicamente síntomas digestivos del GIQLI la puntuación fue $54,3 \pm 9,5$ (BGYRL) y $56 \pm 9,1$ (GVL). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con ningún cuestionario. Se ha conseguido PEIMCP $> 65\%$ (resultados excelentes) en 16 pacientes (69,6%) de BGYRL y en 22 pacientes (59,5%) de GVL; un BAROS bueno o superior en 20 pacientes (87%) de BGYRL y 31 pacientes (83,8%) de GVL y una puntuación GIQLI (> 100 puntos) en GVL (27 pacientes, 73%) mejor que en BGYRL (16 pacientes, 69,6%), sin ser estadísticamente significativo. Los pacientes con PEIMCP ($> 65\%$), obtuvieron mejor puntuación BAROS ($p 0,01$). En cuanto a las comorbilidades, 11 pacientes (50%) de BGYRL y 14 pacientes (53,8%) de GVL presentaron resolución, 10 pacientes (45,5%) de BGYRL y 11 pacientes (42,3%) de GVL presentaron mejoría; y sólo 1 paciente en cada técnica (4,5% BGYRL y 3,8% GVL) no presentaron cambios o se agravaron.

Conclusiones: Ambas técnicas son eficaces en cuanto al PEIMCP, a la calidad de vida y al control de comorbilidades al año de la intervención. Al compararlas, el grupo de BGYRL presenta mejores resultados en el PEIMCP y calidad de vida (BAROS), y el grupo de GVL presenta mejor puntuación con el GIQLI y de

síntomas digestivos específicamente, aunque sin ser significativo. Independientemente del procedimiento, los pacientes que obtuvieron mayor PEIMCP, obtuvieron de forma significativa una mejor puntuación en BAROS y mejor evolución de las comorbilidades. La valoración de la calidad de vida en estos pacientes es compleja y subjetiva. Se deben crear cuestionarios y escalas propias para los pacientes con obesidad mórbida que definan mejor las expectativas y problemas específicos de la cirugía bariátrica.