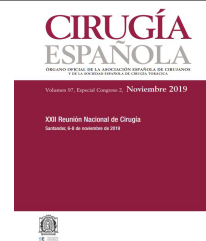




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-119 - PORCENTAJE DE PESO ALTERABLE PERDIDO COMO NUEVO INDICADOR PARA EL ANÁLISIS PONDERAL DESPUÉS DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL Y EL BYPASS GASTROEYUNAL EN Y DE ROUX

Sabench Pereferer, Fátima¹; Molina, Alicia²; Vives, Margarida²; Bartra, Elia¹; Morales, Carla²; París, Marta²; Sánchez, Antonio²; del Castillo, Daniel²

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

Resumen

Introducción: El análisis de la pérdida de peso después de la cirugía bariátrica es objeto de estudio constante y en los últimos años han surgido nuevos indicadores que intentan minimizar la influencia del IMC inicial en los resultados. Además del uso ya extendido del porcentaje de pérdida total de peso perdido, el porcentaje de peso alterable (%AWL) se presenta como un indicador que predetermina de forma basal un IMC independiente a la acción quirúrgica e independiente de la edad de los pacientes. Nuestro objetivo es analizar dos cohortes de pacientes intervenidos en nuestro centro mediante un *bypass* gastroyeyunal en Y de Roux y una gastrectomía vertical, con un seguimiento de 3 años con el fin de valorar las posibles diferencias entre ellas.

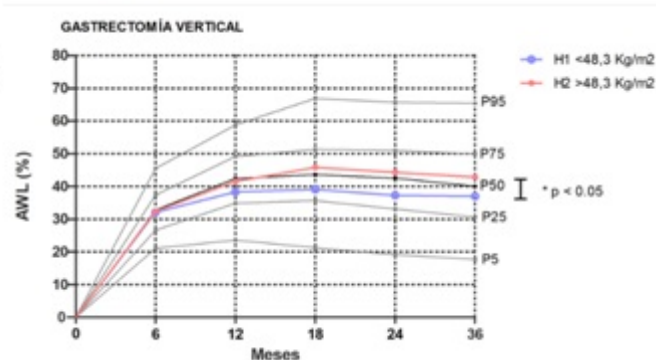
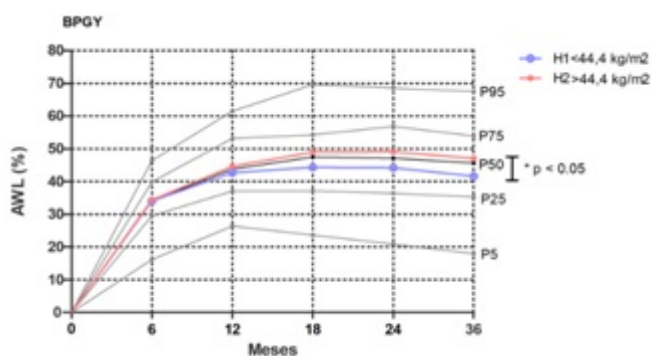
Métodos: Se calcula el %AWL mediante la fórmula propuesta por van de Laar A. $AWL = 100\% \times (BMI \text{ inicial} - BMI \text{ actual}) / (BMI \text{ inicial} - 13)$ a los 12, 24 y 36 meses de la cirugía. Se realizan comparaciones entre grupos, intragrupo y ajustadas por IMC inicial.

Resultados: En la GV, el IMC inicial es mayor que en el BPGY ($49,1 \pm 7$ frente a $44,4 \pm 5$) y por lo tanto, el total de peso modificable por la cirugía en estos pacientes es potencialmente mayor; sin embargo, a los 36 meses, el %AWL en la GV es menor que en el BPGY ($39,8 \pm 14$ frente a $44,6 \pm 13$). Cuando distribuimos a los pacientes en dos grupos de IMC ($> 50 \text{ Kg/m}^2$) para cada técnica, observamos que en IMC 50 Kg/m^2 los valores de AWL son significativamente mayores para el BPGY; no ocurre así en los pacientes con IMC $> 50 \text{ kg/m}^2$. Además, dentro de una misma técnica, los pacientes con IMC mas altos tiene de forma significativa un mayor porcentaje de peso alterable a lo largo de todo el seguimiento (el punto de corte medio de IMC inicial para el BPGY es $44,4 \text{ kg/m}^2$ y $48,3 \text{ Kg/m}^2$ para la GV).

AWL%	IMC $> 50 \text{ Kg/m}^2$		IMC 50 Kg/m^2	
	SG (n = 115)	BPGY (n = 20)	SG (n = 134)	BPGY
12m	$41,8 \pm 10$	$43,6 \pm 14$	$38,5 \pm 12$	$43,7 \pm$

24m	$44,9 \pm 12$	$48,2 \pm 11$	$37,2 \pm 13$	$46,1 \pm 13^*$
36m	$43,8 \pm 13$	$46,8 \pm 12$	$37,1 \pm 14$	$44,3 \pm 13^*$

*p 0,001 intragrupo.



Conclusiones: Los datos indican que para IMC no extremos, la gastrectomía vertical presenta resultados subóptimos en relación al BPGY. El porcentaje de peso alterable perdido puede ser una herramienta útil para la comparación de series quirúrgicas y representar un indicador complementario a los ya existentes como el % de pérdida total de peso perdido o el % de pérdida de sobrepeso pedido.