



O-067 - LA DIETA BAJA EN GRASAS TRAS LA COLECISTECTOMÍA NO APORTA BENEFICIOS. ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO

Silva Infantino, Marycarmen; Pou Macayo, Sara; Gómez Fernández, Laura; Zárate Moreno, Fabián; Mato Ruiz, Raúl; Giuell Puigcercós, Dolors; Ribas Blasco, Yolanda; Oms Bernad, Luis

Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.

Resumen

Introducción: El consejo de dieta reducida en grasa durante un tiempo variable figura entre las recomendaciones que los pacientes pueden recibir tras ser colecistectomizados. En un estudio observacional previo, nuestro grupo no había identificado diferencias en la medición de la calidad de vida digestiva (síntomas GIQLI 60 ± 11) o la frecuencia de diarrea entre los pacientes que ingerían una dieta con grasa normal o reducida. Se pretende confirmar prospectivamente dicha ausencia de efectividad.

Métodos: Estudio prospectivo aleatorizado de no superioridad, incluyendo pacientes candidatos a colecistectomía por dolor biliar o complicaciones de la colelitiasis, sin restricción alimentaria por motivo de enfermedad asociada o preferencia dietética. Previo consentimiento, los pacientes fueron aleatorizados en dos grupos (G: dieta equilibrada con grasa, R: restricción de lípidos) según la dieta a seguir durante el primer mes después de la intervención, tras el que recuperaban su dieta habitual. Se registraron las variables demográficas, comorbilidad y los aspectos relativos a la colelitiasis. Se valoró la mejora clínica mediante el cálculo del dominio sintomático del GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index) basal y un mes tras la colecistectomía. Se calculó un tamaño muestral de 80 pacientes por grupo de acuerdo a una diferencia mayor de 4 puntos, error alfa de 0,5, beta de 0,2 y pérdidas del 10% de pacientes. Así mismo se cumplimentó una encuesta relativa a la consistencia de las deposiciones y la tolerancia a la grasa en la dieta.

Resultados: Entre febrero y noviembre de 2017, se incluyeron 160 pacientes (96 mujeres y 54 hombres) de 54 ± 14 años que cumplían con los criterios de inclusión, de los que se descartaron diez por renuncia o mal cumplimiento de la dieta asignada. No hubo diferencias basales en cuanto a edad, IMC, ASA, tipo de patología biliar, urgencia, abordaje laparoscópico o puntuación sintomática basal del GIQLI (G: 53 ± 10 vs R: 50 ± 12 , NS) entre los grupos G ($n = 73$) y R ($n = 77$). Un mes tras la intervención se observó una puntuación sintomática equivalente en ambos grupos (G: 66 ± 5 vs R: 64 ± 9 , NS). El incremento de la puntuación respecto al valor basal tampoco difirió (G: $0,28 \pm 0,30$ vs R: $0,34 \pm 0,34$, NS). Los incrementos relativos al valor basal en cada uno de los diecinueve síntomas constitutivos de la puntuación, tampoco fueron significativos. No se apreciaron diferencias en la encuesta relativa a la aparición autolimitada o la persistencia de diarrea (G: 18 y 6 vs R: 22 y 6 respectivamente) un mes tras la colecistectomía. La grasa en la dieta fue subjetivamente bien tolerada en 62 de los 73 pacientes del grupo G.

Conclusiones: Los resultados de la intervención dietética de limitar la grasa en la dieta tras la colecistectomía confirman nuestros resultados descriptivos previos de que una ingesta reducida de alimentos grasos no influye en la sintomatología ni en la aparición de la diarrea. Por tanto, la restricción de grasa en la dieta puede

considerarse como una medida superflua ya desde el postoperatorio inmediato.