



III



CONGRESO IFSO LATINOAMERICANO

INTERNATIONAL FEDERATION FOR THE SURGERY OF
OBESITY AND METABOLIC DISORDERS

CAPITULO LATINOAMERICANO

SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA BARIATRICA Y METABOLICA

"CONTROVERSIAS EN CIRUGIA BARIATRICA"

1 AL 4 DE ABRIL DE 2009

SEDE: HOTEL ENJOY CASINO DE VIÑA DEL MAR

VIÑA DEL MAR - CHILE

CON EL PATROCINIO DE:

- MINISTERIO DE SALUD
- COLEGIO MEDICO DE CHILE A.G.
- SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE
- UNIVERSIDAD DE CHILE
- UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
- PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE
- UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
- UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
- UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
- UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

COMITE PLANIFICADOR DEL CONGRESO

Presidente del Congreso
Dr. William Awad Faray, Chile

Dr. Mal Fobi
Presidente IFSO

Dr. Arthur Garrido
Presidente Capítulo Latinoamericano de IFSO

Secretario General:
Dr. Marcos Berry S., Chile

Comité Organizador:

Presidente: Dr. Luis Ibáñez A., Chile
Dr. Camilo Boza W., Chile
Dr. Italo Braghetto M., Chile
Dr. Juan Eduardo Contreras P., Chile
Dr. Carlos Farías O., Chile
Dr. Félix Raimann La-Manna, Chile

Comité Científico:

Presidente: Dr. Attila Csendes J., Chile
Dr. Patricio Burdiles P., Chile
Dr. Carlos Carvajal H., Chile
Dr. Julio González P., Chile
Dr. Cristián Ovalle L., Chile
Dr. Gustavo A. Pérez B., Chile
Dr. Julio Yarmuch G., Chile

INVITADOS OFICIALES:

| | | |
|-------|----------------------------|-----------|
| Drs.: | CARLOS SOSA GALLARDO | ARGENTINA |
| | CARLOS CASALNUOVO | ARGENTINA |
| | ARTHUR GARRIDO Jr. | BRASIL |
| | ANDREY CARLO | BRASIL |
| | RICARDO COHEN | BRASIL |
| | NILTON KAWAHARA | BRASIL |
| | LUIZ VICENTE BERTI | BRASIL |
| | NATAN ZUNDEL | COLOMBIA |
| | MANOLO CORTEZ | ECUADOR |
| | ANICETO BALTASAR | ESPAÑA |
| | RAFAEL ALVAREZ CORDERO | MEXICO |
| | JUAN ANTONIO LOPEZ CORVALÁ | MEXICO |
| | LUIS ALBERTO HARP | MEXICO |
| | CARMEN CALLEJAS | MEXICO |
| | MAL FOBI | U.S.A. |
| | LEE KAPLAN | U.S.A. |
| | NEIL HUTCHER | U.S.A. |

MIERCOLES 1 DE ABRIL DE 2009

PROGRAMA

SALON "PACIFICO"

CURSO DE POSTGRADO: "NUTRICION INTEGRAL EN CIRUGIA PARA LA OBESIDAD Y ENFERMEDADES METABOLICAS"
Directora: Dra. Karin Papapietro V., Chile.

- 08:45 a 09:00 Inscripción
- 09:00 a 09:30 Evaluación del candidato a cirugía bariátrica. ¿Cuándo esta listo para operarse?
Estudio clínico y análisis nutricional para la cirugía bariátrica.
Dra. Verónica Alvarez V., Chile
- 09:30 a 10:00 Factores de riesgo en cirugía de la obesidad. Importancia del manejo nutricional y la reducción de peso preoperatorio.
Dra. Karin Papapietro V., Chile
- 10:00 a 10:30 Factores predictores de éxito de la cirugía bariátrica. Visión clínica.
Dra. Eliana Reyes, Chile
- 10:30 a 11:00 Manejo cognitivo -conductual para la cirugía bariátrica ¿ para que sirve?.
Ps. Sra. Denisse Montt, Chile
- 11:00 a 11:30 Café
- 11:30 a 12:00 Seguimiento clínico del paciente operado. Qué hay que tratar y qué hay que prevenir. Intervención nutricional en el corto y largo plazo.
Dr. Fernando Carrasco N., Chile
- 12:00 a 12:30 Enfrentamiento de las enfermedades metabólicas asociadas a la obesidad después de la cirugía bariátrica.
Dra. Julieta Klaassen, Chile
- 12:30 a 14:00 Almuerzo con los expositores
- 14:00 a 17:00 INTRODUCCION A LA CIRUGIA METABOLICA
Presidente: Dr. Enrique Lanzarini S., Chile
Secretaria: Dra. Karin Papapietro V., Chile
- 14:00 a 14:45 Regulación del metabolismo de la glucosa por péptidos gastrointestinales
Dr. Andrey Carlo, Brasil.
- 14 :45 a 15:30 Técnicas quirúrgicas que intervienen en el metabolismo glucídico
Dr. Ricardo Cohen, Brasil.

"CONTROVERSIAS EN CIRUGIA BARIATRICA"

" SALON "PACIFICO "

- 08:30: a 10:00 Módulo: "CONTROVERSIAS EN TECNICAS QUIRURGICAS".
Presidente: Dr. William Awad F., Chile
Secretario: Dr. Carlos Farias O., Chile
- 08:30 a 08:40 Por qué banda gástrica?.
Dr. Juan Antonio López Corvalá , México
- 08:40 a 08:45 Comentario.
Dr. Italo Braghetto M., Chile
- 08:45 a 08:55 Por qué gastrectomía vertical?.
Dr. Manolo Cortez, Ecuador
- 08:55 a 09:00 Comentario.
Dr. Gustavo Pérez B., Chile
- 09:00 a 09:10 Por qué bypass resectivo?
Dr. Attila Csendes J., Chile
- 09:10 a 09:15 Comentario
Dr. Sergio Guzmán B., Chile
- 09:15 a 09:25 Por qué bypass anillado?
Dr. Mal Fobi, U.S.A.
- 09:25 a 09:30 Comentario
Dr. Andrey Carlo, Brasil
- 09:30 a 09:40 Por qué derivación biliopancreática, ¿vigente aún?
Dr. Aniceto Baltasar, España
- 09:40 a 09:45 Comentario
Dr. Luis Vicente Berti, Brasil
- 09:45 a 10:00 Controversia en técnica quirúrgica.
Moderador: Dr. Natan Zundel, U.S.A
Integrantes: Dr. Aniceto Baltasar, España
Dr. Manolo Cortez, Ecuador
Dr. Attila Csendes, Chile
Dr. Mal Fobi, U.S.A.
Dr. Juan A. López Corvalá, México
-

JUEVES 2 DE ABRIL DE 2009

- 10:00 a 10:30 Módulo: NOTES
Presidente: Dr. Jorge Widerstrom A., Chile
Secretario: Dr. Leonardo Rodríguez G., Chile
- 10:00 a 10:15 Cirugía bariátrica transvaginal.
Dr. Natan Zundel, Colombia
- 10:15 a 10:30 Cirugía endoscópica.
Dr. Andrey Carlo, Brasil.
- 10:30 a 11:00 Café
- 11:00 a 13:00 Módulo: "CONTROVERSIAS EN CIRUGIA METABOLICA".
Presidente: Dr. Ricardo Cohen, Brasil
Secretario: Dr. Juan Edo. Contreras P., Chile
- 11:00 a 11:15 Avances y limitaciones en el tratamiento médico de la Diabetes Mellitus
Dr. Rodolfo Lahsen, Chile
- 11:15 a 11:30 Mecanismo de resolución de la diabetes en la cirugía bariátrica
Dr. Lee Kaplan, U.S.A.
- 11:30 a 11:40 Por qué bypass?
Dr. Andrey Carlo, Brasil
- 11:40 a 11:45 Controversia
Dr. Juan Antonio López Corvalá, México
- 11:45 a 11:55 Por qué gastrectomía vertical?
Dr. Carlos Sosa Gallardo, Argentina
- 11:55 a 12:00 Controversia
Dr. Gustavo Pérez B., Chile
- 12:00 a 12:15 Por qué switch duodenal?
Dr. Aniceto Baltasar, España
- 12:15 a 12:30 Controversia
Dr. Nilton Kawahara, Brasil
- 12:30 a 12:45 Rol de las nuevas técnicas en diabetes. Bypass duodenoyeyunal.
Transposición ileal.
Dr. Ricardo Cohen, Brasil
- 12:45 a 13:15 Mesa Redonda: Controversia en cirugía metabólica. Resultados actuales
Moderador: Dr. Ricardo Cohen, Brasil
Integrantes: Dr. Camilo Boza W., Chile
Dr. Attila Csendes J., Chile
Dr. Lee Kaplan, U.S.A.
Dr. Rodolfo Lahsen, Chile
Dr. Andrey Carlo, Brasil
-

13:15 a 14:30

Visita Poster:

Comentadores: Dr. Patricio Burdiles P., Chile
Dr. N. Sosa Gallardo, Argentina

1.-"CIERRE ASISTIDO POR VACIO EN FISTULA POSTOPERATORIA"

Drs.: Guangioli Marcelo, Leiria Mario, Molina Juan, Villagra Facundo, Pagano Carolina, Leitner Wanda.
(Centro Integral de Tratamiento de Obesidad , Neuquén, Argentina)

2.-"CIRUGIA DE REMODELAMIENTO CORPORAL EN PACIENTES CON PERDIDA MASIVA DE PESO"

Drs.: Daniel Sokolowicz, Gustavo Rudy, Sergio Korzin, Eduardo Babor, Rafael Mirabal, Alejandro Arosemena.
(Centro Uriburu, Universidad del Salvador, Buenos Aires , Argentina)

3.-"EVALUACION PROGRESIVA DE LA CAPACIDAD PARA INGERIR ALIMENTOS DESPUES DE UN BYPASS GASTRICO"

Drs.: K. Papapietro, D. Adjemian, Nut.: A. Riffo, E. Díaz.
(Unidad de Nutrición Hospital Clínico U. de Chile)

4.-"FISTULA SLEEVE GASTRECTOMIA. TRATAMIENTO CONSERVADOR"

Drs.: Guangioli Marcelo, Molina Juan, Villagra Facundo, Pagano Carolina, Leitner Wanda.
(Centro Integral de Tratamiento de Obesidad, Clínica Pasteur, Neuquén , Argentina)

5.-"INFLUENCIA DE LA TERAPIA PSICOLOGICA PREVIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA BARIATRICA"

Drs.: P. Villalón, K. Papapietro, D. Adjemian, Nut.: E. Díaz, A. Riffo, Ps.: D. Montt, L. Marín.
(Hospital Clínico Universidad de Chile)

6.-"PERDIDA DE PESO A CORTO Y MEDIANO PLAZO: GASTRECTOMIA EN MANGA (GM) V/S BANDA GASTRICA AJUSTABLE (BGA)"

Drs.: Carlos Esquivel, Fernando Martínez, José María Foscarini.
(Sanatorio Allende, Córdoba Argentina)

14:00 a 16:10

Seccional Temas Libres: "CIRUGIA BARIATRICA"

Presidente: Dr. Carlos Casalnuovo, Argentina

Secretario: Dr. Cristián Martínez B., Chile

Comentadores: Dr. Carlos Carvajal H., Chile

Dr. Cristián Ovalle L., Chile

Dr. Leonardo Rodríguez G., Chile

14:00 a 14:10 "CATETER VENOSO CENTRAL CON ACCESO PERIFERICO EN CIRUGIA DE LA OBESIDAD"

Drs.: Gabriel Martínez de Aragón Remírez de Esparza; Cándido Martínez Blázquez; José M^e Vitores López; Valentín Sierra Esteban; Juan Valencia Cortejoso; Irune Esquiroz Carballo.
(Hospital Txagorritxu, Vitoria, España)

14:10 a 14:20 "SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A BYPASS GASTRICO SIN EVALUACION MULTIDISCIPLINARIA PREVIA"

Drs.: D. Adjemian, K. Papapietro, E. Díaz, A. Riffo, D. Montt, L. Marín.
(Unidad de Nutrición Hospital Clínico Universidad de Chile)

JUEVES 2 DE ABRIL DE 2009

14:20 a 14:30 "ALTA UTILIDAD DE PREGABALINA EN EL MANEJO DE DOLOR POSTOPERATORIO DE CIRUGIA BARIATRICA LAPAROSCOPICA"

Drs.: M.C. Cabrera Schulmeyer, J. De la Maza, C. Ovalle, C. Farias, E.U.: I. Vives, M. A. Cumsille.
(Hospital Clínico Fuerza Aérea de Chile y Universidad de Valparaíso)

14:30 a 14:40 "CONTENIDO MINERAL OSEO EN PACIENTES CON BYPASS GASTRICO"

Drs.: K. Papapietro, D. Adjemian, Nut.: A. Riffo, E. Díaz.
(Unidad de Nutrición Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

14:40 a 14:50 "DROTRECOGIN EN COMPLICACION POSTOPERATORIA DE BY-PASS GASTRICO"

Drs.: Guangirolí Marcelo, Leiria Mario, Molina Juan, Villagra Facundo, Bishels Emilia, Pagano Carolina, Leitner Wanda.
(Centro Integral de Tratamiento de Obesidad, Clínica Pasteur, Neuquén , Argentina)

14:50 a 15:00 "EMBARAZO LUEGO DE BYPASS GASTRICO EN Y DE ROUX"

Drs.: J.I. Fernández, J. Salinas, Int.: C. Weiss, J.A. Iglesias, Drs. C. Boza, A. Escalona, A. González, S. Urzúa, E.U. D. Turiel, G. Pérez.
(Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile)

15:00 a 15:10 "EXPERIENCIA PERSONAL EN BYPASS GASTRICO: REPORTE DE 1000 CASOS"

Drs.: L. Rodríguez, E. Reyes, J. Saba, O. Isla, C. Nilo, J. Muñoz, F. Carrasco, P. Arias.
(Hospital Dipreca, Centro Clínico de la Obesidad)

15:10 a 15:20 "GASTRECTOMIA EN MANGA LAPAROSCOPICA (LSG) EN PACIENTES CON IMC MENOR A 35, RESULTADOS INICIALES"

Drs.: Marcos Berry, Rodrigo Villagrán, Patricio Lamoza, Lionel Urrutia.
(Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica, Clínica Las Condes)

15:20 a 15:30 "IMC ADECUADO TRAS CIRUGIA BARIATRICA"

Dr. Aniceto Baltasar.
(Hospital de Alcoy, España)

15:30 a 15:40 "PERDIDA DEL EXCESO DE PESO: BYPASS GASTRICO V/S GASTRECTOMIA EN MANGA"

Drs.: Almada M.J., Sosa Gallardo N., Herrero Maia, Sosa Gallardo C., Simón C.
(CTOM Bariátrica Córdoba - Argentina)

15:40 a 15:50 "RELACION ENTRE INGESTA NUTRICIONAL, GASTO ENERGETICO Y REDUCCION DE PESO CORPORAL HASTA UN AÑO POST BYPASS GASTRICO"

Drs.: Inostroza J., Carrasco F., Rojas P., Ruz M., Codoceo J., Rebolledo A., Basfi-fer K.
(Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Hospital Clínico, Universidad de Chile)

15:50 a 16:00 "RESULTADOS DE GASTRECTOMIA EN MANGA LAPAROSCOPICA: 185 CASOS"

Drs.: Marcos Berry, Rodrigo Villagrán, Patricio Lamoza, Lionel Urrutia, Héctor Coñoman.
(Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica, Clínica Las Condes)

16:00 a 16:10 "RESULTADOS MATERNOS Y NEONATALES DE PACIENTES EMBARAZADAS LUEGO DE BYPASS GASTRICO VS. EMBARAZADAS SIN CIRUGIA BARIATRICA PREVIA"

Drs.: J.I. Fernández, J. Salinas, Int.: C. Weiss, J.A. Iglesias, Drs. C. Boza, A. Escalona, A. González, S. Urzúa, E.U. D. Turiel, G. Pérez.
(Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina, Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile)

16:10 a 16:40 Café

16:40 a 18:10 Seccional Video-Foro:
 Presidente: Dr. Aniceto Baltasar, España
 Secretario: Dr. Alvaro Garay M., Chile

16:40 a 16:50 "CALIBRACION CARDIAL + GASTROPEXIA POSTERIOR + CIERRE DE PILARES + GASTRECTOMIA SUBTOTAL DISTAL + VAGOTOMIA SELECTIVA + GASTROYEYUNOSTOMIA EN Y DE ROUX ASA LARGA, EN PACIENTES CON ESOFAGO DE BARRETT Y OBESIDAD TIPO I"
Drs.: I. Braghetto, O. Korn, H. Valladares, L. Gutiérrez, L. Brunet.
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

16:50 a 17:00 "CRUCE DUODENAL LAPAROSCOPICO"
Drs.: A. Baltasar, M. Bengochea, R. Bou, C. Serra.
(Hospital de Alcoy, España)

17:00 a 17:10 "HALLAZGO DE MAL ROTACION INTESTINAL DURANTE BYPASS GASTRICO LAPAROSCOPICO"
Drs.: L. Rodríguez, J. Saba, O. Isla, A. Perez, E. Reyes, J. Muñoz, C. Nilo, P. Arias.
(Centro Clínico de la Obesidad, Clínica Indisa)

17:10 a 17:20 "OBSTRUCCION INTESTINAL POR HERNIA INTERNA DEL DELGADO EN BYPASS GASTRICO LAPAROSCOPICO"
Drs.: A. Garay, C. Martínez, V. Oñate, I. Turu, J. Yarmuch, W. Awad.
(Hospital Clínico Universidad de Chile, Integramédica)

17:20 a 17:40 "TAENIA SAGINATA, HALLAZGO DURANTE BYPASS GASTRICO LAPAROSCOPICO"
Drs.: L. Rodríguez, J. Saba, O. Isla, E. Reyes, J. Muñoz, C. Nilo, P. Arias.
(Centro Clínico de la Obesidad, Santiago)

17:40 a 17:50 "ALARGAMIENTO INTESTINAL PARA LA MALNUTRICION PROTEICA"
Drs.: Baltasar A., Bengochea M., Bou R., Serra C.
(Hospital de Alcoy , España)

17:50 a 18:00 "HERNIA DE PETERSEN"
Drs.: J. Saba, L. Rodríguez, O. Isla, E. Reyes, J. Muñoz, C. Nilo, P. Arias.
(Centro Clínico de la Obesidad)

18:00 a 18:10 "BYPASS GASTRICO CON RESECCION"
Drs.: Cándido Martínez Blázquez; Gabriel Martínez de Aragón Remírez de Esparza, Kepa Latorre García, Juan Valencia Cortejoso, José M^º Vitores Lopez, Valentin Sierra Esteban, Irune Esquiroz Carballo.
(Hospital Txagorritxu, Vitoria, España)

18:15 a 19:00 ASAMBLEA DE CAPÍTULO LATINOAMERICANO IFSO
 Presidente: Dr. Arthur Garrido Jr, Brasil
 Conferencia: Presente y futuro de IFSO y del capítulo latinoamericano IFSO
 Dr. Arthur Garrido Jr, Brasil

VIERNES 3 DE ABRIL DE 2009.

SALON PACIFICO

- 08:30 a 10:00 Módulo: "COMPLICACIONES PERSONALES EN CIRUGIA BARIATRICA".
Presidente: Dr. Luis Ibáñez A., Chile
Secretario: Dr. Patricio Burdiles P., Chile
- 08:30 a 08:45 Complicaciones vividas en gastrectomía vertical.
Dr. Aniceto Baltasar, España
- 08:45 a 09:00 Complicaciones vividas y manejo en Bypass gástrico.
Dr. Luiz Vicente Berti, Brasil
- 09:00 a 09:15 Complicaciones de la banda gástrica y su manejo
Dr. Antonio López Corvalá, México
- 09:15 a 09:30 Conferencia Plenaria: "Luces y Sombras en Cirugía Bariátrica".
Dr. Rafael Alvarez Cordero, México
- 09:30 a 10:00 Café
- 10:00 a 12:00 Presidente: Dr. Simón Córdova, Argentina
Secretario: Dr. Juan Carlos Díaz J., Chile
- 10:00 a 10:25 Radiología en obesidad mórbida
Dr. Claudio Cortés, Chile
- 10:25 a 12:00 Casos Clínicos
Moderador: Dr. Marcos Berry S., Chile.
Integrantes: Dr. Luis Vicente Berti, Brasil
Dr. Carlos Casalnuovo, Argentina
Dr. Manolo Cortez, Ecuador
Dr. Sergio Guzmán B., Chile
Dr. Fernando Maluenda G., Chile
- 12:00 a 12:25 Presidente: Dr. Aniceto Baltasar, España
Secretario: Dr. Carlos Sosa Gallardo, Argentina
Conferencia: "Presente y Futuro de la Cirugía Bariátrica"
Dr. Mal Fobi, U.S.A.
- 12:30 a 14:30 Workshop - Simposio: (Auspicio de Johnson y Johnson).
Presidente: Dr. Attila Csendes J., Chile
Secretario: Dr. Ramiro Carbajal, Perú
- 12:30 a 12:45 La obesidad como problema de salud pública en Chile y Latinoamérica
Dr. Tito Pizarro, Chile
- 12:45 a 13:00 Centro de excelencia: Es más que un título. Dr. Neil Hutcher, U.S.A.
- 13:00 a 14:20 Mesa Redonda: "Acreditación Cirujano bariátrico en Chile y Latinoamérica.
aspectos éticos y médico legales".
Moderador: Dr. Attila Csendes J., Chile
Panelistas: Dr. Alex Escalona P., Chile
Dr. Arthur Garrido Jr., Brasil
Dr. Luis Alberto Harp, México
Dr. Tito Pizarro, Chile
Dr. Pablo Rodríguez, Chile
-

VIERNES 3 DE ABRIL DE 2009.

14:30 a 16:00 Seccional Temas Libres: "CIRUGIA BARIATRICA".
Presidente: Dr. Alex Escalona P., Chile
Secretario: Dr. Ramiro Carbajal, Perú
Comentadores: Dr. N. Sosa Gallardo, Argentina
Dr. Luis Ibáñez A., Chile
Dr. Félix Raimann, Chile

14:30 a 14:40 "BYPASS DUODENO - YEYUNAL LAPAROSCOPICO (LDJB) COMO TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2) EN PACIENTES NO OBESOS, EXPERIENCIA INICIAL"

Drs.: M. Berry, P. Lamoza, L. Urrutia, H. Coñoman, R. Lahsen, R. Villagrán.
(Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica, Clínica Las Condes)

14:40 a 14:50 "CONTROL DE LA DIABETES Y DISLIPIDEMIA EN PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA OBESIDAD CLINICA SEVERA"

Drs.: Carbajal Ramiro, Palacios Néstor, Orrego Jorge, Mena Víctor, Lombardi Emilio, Vargas F., Portanova Michel.
(Servicio de Cirugía Gástrica, Departamento de Cirugía Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú)

14:50 a 15:00 "GASTRECTOMIA EN MANGA LAPAROSCOPICA (LSG): RESULTADOS EN PACIENTES DIABETICOS OBESOS (DM2) COMO PROCEDIMIENTO UNICO"

Drs.: Marcos Berry, Rodrigo Villagrán, Patricio Lamoza, Lionel Urrutia.
(Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica, Clínica Las Condes)

15:00 a 15:10 "GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCOPICA SIN SUTURA DE REFUERZO NI DRENAJE"

Drs.: Fernando Maluenda, Juan León, Xabier de Aretxabala, Attila Csendes, Enrique Lanzarini.
(Departamento de Cirugía, Clínica Alemana, Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile)

15:10 a 15:20 "TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA DIABETES MELLITUS 2 EN PACIENTES CON IMC < 35: RESULTADOS INICIALES DEL BYPASS GASTRICO MODIFICADO".

Drs. Enrique Lanzarini, Attila Csendes, Italo Braghetto, Fernando Maluenda, Luis Gutiérrez, A.M. Burgos, Owen Korn, Hanns Lembach, Juan Carlos Molina, Karin Papapietro, Rodolfo Lahsen
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile)

15:20 a 15:30 "EVOLUCION DE LA DIABETES MELLITUS 2 EN PACIENTES CON IMC < 35 GASTRECTOMIZADOS Y RECONSTRUIDOS CON Y DE ROUX".

Drs. Enrique Lanzarini, Attila Csendes, Juan Carlos Molina, Hanns Lembach, Luis Gutiérrez, Maher Musleh.
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile)

15:30 a 15:40 "BY PASS DUODENO-YEYUNAL EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA DIABETES MELLITUS 2"

Drs. Enrique Lanzarini, Attila Csendes, Italo Braghetto, Fernando Maluenda, Luis Gutiérrez, A.M. Burgos, Owen Korn, Hanns Lembach, Juan Carlos Molina, Karin Papapietro, Rodolfo Lahsen
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile)

15:40 a 15:50 PANENDOSCOPIA ORAL PREOPERATORIA EN CIRUGIA BARIATRICA

Drs.: Gabriel Martínez de Aragón Remírez de Esparza; Cándido Martínez Blázquez; José M^a Vitores López; Valentín Sierra Esteban; Juan Valencia Cortejoso; Irune Esquiroz Carballo.
(Hospital Txagorritxu, Vitoria, España)

16:00 a 16:30 Café

VIERNES 3 DE ABRIL DE 2009.

16:30 a 18:50 Seccional Temas Libres: "CIRUGIA BARIATRICA".

Presidente: Dr. Carlos Farias O., Chile
Secretario: Dr. Fernando Crovari, Chile
Comentadores: Dr. Sergio Guzmán B., Chile
Dr. Andrey Carlo, Brasil
Dr. Italo Braghetto M., Chile

16:30 a 16:40 "BYPASS GASTRICO LAPAROSCOPICO SIMPLIFICADO"

Drs. O. Isla, L. Rodríguez, J. Saba, F. San Miguel, M. Galvao, A. Ramos.
(Hospital Dipreca y Centro Clínico de la Obesidad, Centro Quirúrgico de la Obesidad, Viña del Mar, Hospital El Pino, Gastro Obeso Center, Sao Paulo)

16:40 a 16:50 "BYPASS GASTRICO Y GASTRECTOMIA VERTICAL: CURVA DE APRENDIZAJE, BAJA DE PESO Y CALIDAD DE VIDA"

Drs.: W. Awad, A. Garay, C. Martínez, V. Oñate, I. Turu, J. Yarmuch.
(Hospital Clínico Universidad de Chile. Integramédica).

16:50 a 17:00 "CONVERSION DE BANDA GASTRICA (LAGB) A GASTRECTOMIA EN MANGA LAPAROSCOPICA (LSG). PRESENTACION DE 9 CASOS)

Drs.: Marcos Berry, Rodrigo Villagrán, Patricio Lamoza, Lionel Urrutia.
(Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica, Clínica Las Condes)

17:00 a 17:10 "DERIVACION BILIOPANCREATICA DE SCOPINARO EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA SUPEROBESIDAD EN PACIENTES NO EUROPEOS"

Drs.: Carbajal Ramiro, Palacios Néstor, Orrego Jorge, Mena Víctor, Lombardi Emilio, Vargas F., Portanova Michel.
(Servicio de Cirugía Gástrica, Departamento de Cirugía Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú)

17:10 a 17:20 "ENTRENAMIENTO EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA PRA CIRUJANOS GENERALES: UN MODELO EFECTIVO"

Drs.: Gamboa C., Boza C., Salinas J., Devaud N., Awruch D., Escalona A., Pérez G., Funke R., Crovari F., Ibáñez L.
(Departamento de Cirugía Digestiva, Laboratorio de Cirugía Experimental. Pontificia Universidad Católica de Chile)

17:20 a 17:40 "ESTUDIO COMPARATIVO DEL USO DEL DRENAJE EN LA GASTRECTOMIA VERTICAL SUBTOTAL LAPAROSCOPICA (GVSL)"

Drs.: Juan Eduardo Contreras, Diva Villao, Jorge Bravo, Marco Ceroni, Alberto Maldonado, Ismael Court, Julio Núñez, Carlos Carvajal, Alberto Maldonado.
(Departamento de Cirugía Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Unidad de Cirugía Bariátrica, Clínica Santa María)

17:40 a 17:50 "ESTUDIO COMPARATIVO DEL USO O NO USO DE LA SUTURA DE LA LINEA DE STAPLER EN GASTRECTOMIA EN MANGA LAPAROSCOPICA"

Drs.: Juan Eduardo Contreras, Jorge Bravo, Diva Villao, Alberto Maldonado, Julio Núñez, Carlos Carvajal.
(Departamento de Cirugía Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Unidad de Cirugía Bariátrica, Hospital Salvador.)

17:50 a 18:00 "GASTRECTOMIA EN MANGA - TECNICA DE ELECCION EN UN HOSPITAL PUBLICO GRATUITO"

Drs.: C.E. Simon, N. Sosa Gallardo, M. Sánchez, M.J. Almada, C. Sosa Gallardo.
(Servicio de Cirugía - Probicor - Hospital Córdoba, Argentina)

VIERNES 3 DE ABRIL DE 2009.

18:00 a 18:10 "GASTRECTOMIA EN MANGA ABIERTA Y LAPAROSCOPICA COMPLICACIONES - REVISION DE 153 PACIENTES"

Drs.: N. Sosa Gallardo, M. Herrero, M.J. Almada, C.E. Simon, M. Sanchez, C. Sosa Gallardo.
(Centro de Tratamiento de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas (CTOM), Bariátrica Córdoba, Argentina)

18:10 a 18:20 "GASTRECTOMIA EN MANGA CON BYPASS ENTERAL: UNA NUEVA TECNICA QUIRURGICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD, RESULTADOS A 4 AÑOS"

Drs.: Alamo M., Sepúlveda C., Gellona J., Astorga C.
(Departamento de Cirugía, Universidad Diego Portales, Programa Magister Salud Pública, Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital Dipreca)

18:20 a 18:30 "GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCOPICA, UNA VISION CRITICA"

Drs.: J. Saba, L. Rodríguez, O. Isla, E. Reyes, J. Muñoz, C. Nilo, P. Arias.
(Centro Clínico de la Obesidad, Santiago)

18:30 a 18:40 "REFLUJO GASTROESOFAGICO Y OBESIDAD: ESTRATEGIA QUIRURGICA POR VIA LAPAROSCOPICA"

Drs.: I. Braghetto, L. Gutiérrez, A. Csendes, O. Korn, A. Sauré, H. Valladares.
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

18:40 a 18:50 "BYPASS GASTRICO DISTAL COMO TECNICA REVISIONAL"

Drs.: Cándido Martínez Blázquez; Gabriel Martínez de Aragón Remírez de Esparza, Kepa Latorre García, Juan Valencia Cortejoso, José M^a Vitores López, Valentín Sierra Esteban, Irune Esquiroz Carballo.
(Hospital Txagorritxu, Vitoria, España).

20:30 Hrs. Cena de Gala Sporting Club

" CONTROVERSIAS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA "
" SALON "PACIFICO "

- 08:30 a 10:00 Video Foro: Aspectos técnicos en cirugía Bariátrica
Presidente: Dr. Cristian Ovalle L., Chile
Secretario: Dr. Félix Raimann La-Manna., Chile
- 08:30 a 08:40 Bypass gástrico simplificado.
Dr. Andrey Carlo, Brasil
- 08:40 a 08:50 Gastrectomía en manga. Unificando criterios.
Dr. Natan Zundel, Colombia
- 08:50 a 09:05 Derivación biliopancreática.
Dr. Aniceto Baltasar, España
- 09:05 a 09:25 Banda en hernia hiatal y en fracaso de Bypass.
Dr. Juan Antonio López Corvalá, México
- 09:25 a 09:35 Obesidad mórbida y reflujo gastroesofágico.
Dr. Italo Braghetto M., Chile
- 09:35 a 09:45 Consenso actual en gastrectomía vertical.
Dr. Camilo Boza W., Chile
- 09:50 a 10:15 Café
- 10:15 a 11:15 Seccional Plenaria: Premio ISAPRE MASVIDA al mejor trabajo presentado.
Presidente: Dr. Julio Yarmuch G, Chile
Secretario: Dr. Marcos Berry S., Chile
Comentadores: Dr. Natan Zundel, Colombia
Dr. Nilton Kawahara, Brasil
Dr. Luis Alberto Harp, México

1.-"ABSORCION DE ALCOHOL DESPUES DE GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCOPICA"
Drs.: Fernando Maluenda, Xabier de Aretxabala, Attila Csendes, Sra. Iris Delgado, Dr. Jaime Poniachik y Nut. Patricia Rodríguez.
(Departamento de Cirugía, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile)

2.-"GASTRECTOMIA EN MANGA UNA ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD Y LA DIABETES TIPO 2"
Drs.: M. Herrero, M.J. Almada, N.Sosa Gallardo, C. Simón, C. Sosa Gallardo.
(Centro de Tratamiento de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas (CTOM), Bariátrica Córdoba, Argentina)

3.- "EFECTO DE LA GASTRECTOMIA TUBULAR VERTICAL EN LA PRESION BASAL DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR"
Drs. Enrique Lanzarini, Italo Braghetto, Juan C. Molina, Hanns Lembach, Owen Korn, Héctor Valladares
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile).

4.-"CIRUGIA BARIATRICA: 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO"

Drs.: J.I. Fernández, L. Ibáñez, G. Pérez, C. Boza, A. Escalona, A. Raddatz, F. Pimentel, R. Funke, E.U. D. Turiel, S. Guzmán.

(Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina, Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile)

5.-"EFECTOS DE LA OMENTECTOMIA ASOCIADA A GASTRECTOMIA VERTICAL SOBRE LOS CAMBIOS METABOLICOS EN PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA"

Drs.: Carbajal Ramiro, Palacios Néstor, Ortega Jorge, Mena Víctor, Orellana Arturo, Lombardi Emilio, Vargas F., Portanova Michel.

(Servicio de Cirugía Gástrica, Departamento de Cirugía General, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima , Perú)

11:15 a 11:30 Clausura. Entrega de premios

JUEVES 2 DE ABRIL DE 2009

PROGRAMA

SALON "ESTRELLA - 1"

CURSO DE POSTGRADO: "MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN CIRUGIA BARIATRICA"

Directoras: Ps. Viviana Assadi, Chile
E.U. Guisela Poblete, Chile

MODULO: "MULTIDISCIPLINARIO"
Presidenta: Dra. Karin Papapietro, Chile
Secretaria: Ps. Denisse Montt, Chile

- 08:15 a 08:20 Bienvenida.
Dr. William Awad F., Chile
- 08:20 a 08:40 Cambio en los paradigmas médicos frente al paciente obeso.
Dr. Sergio Guzmán B., Chile
- 08:40 a 09:00 Criterios de indicación quirúrgica, nuevas técnicas.
Dr. Cristián Ovalle L., Chile
- 09:00 a 11:00 MODULO: "ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL PACIENTE CANDIDATO A CIRUGIA"
Presidenta: Ps. Daniela Nicoletti, Chile
Secretaria: Ps. Yael Lehmann, Chile
- 09:00 a 09:20 Evaluación y manejo de pacientes con trastornos de personalidad candidatos a cirugía.
Psic. Alejandro Koppmann, Chile
- 09:20 a 09:40 Instrumentos de evaluación en proceso pre -operatorio ¿nos sirven para predecir conductas?
Ps. Blanca Ríos, México
- 09:40 a 10:00 ¿Existen contraindicaciones psicológicas absolutas para el paciente que se someterá a cirugía bariátrica?
Ps. Sylvia Gimeno, Argentina
- 10:00 a 10:20 Revisión, evaluación y manejo del paciente adolescente.
Ps. Marcela Luarte, Chile
Ps. Carla Lancellotti, Chile
- 10:20 a 10:40 Mesa de discusión: "CONTROVERSIAS EN EL MANEJO DEL PACIENTE BARIATRICO".
Moderador: Ps. Daniela Nicoletti, Chile
Participantes: Ps. Carla Lancellotti, Chile
Psic. Alejandro Koppmann, Chile
Ps. Blanca Ríos, México
Ps. Sylvia Gimeno, Argentina
Ps. Yael Lehman, Chile
-

JUEVES 2 DE ABRIL DE 2009

- 11:40 a 11:15 Café
- 11:15 a 12:45 MODULO: "CASOS CLINICOS I: EXITO Y FRACASO EN CIRUGIA BARIATRICA, ¿EXISTEN CRITERIOS ABSOLUTOS? "
Presidenta: Ps. Siomara Chahuan, Chile
Secretaria: Ps. Laura Kñallinsky, Argentina
- 11:15 a 11:30 Casos clínicos-controversias
Dra. Karin Papapietro, Chile
- 11:30 a 11:45 Casos clínicos-controversias.
E.U. Claudia Chandia , Chile Ps.
- 11:45 a 12:00 Casos clínicos.
Dra. Verónica Irribarra, Chile
- 12:00 a 12:15 Casos clínicos.
Ps. Sandra Navarrete, Chile
- 12:15 a 12:30 Casos clínicos,
Nut. Ana Palacio, Chile
- 12:30 a 12:45 Mesa de discusión: "EXITO Y FRACASO EN CIRUGIA BARIATRICA, ¿EXISTEN CRITERIOS ABSOLUTOS? "
Moderador: Psiq. Juan Andrés Prato, Chile
Integrantes: Dra. Karin Papapietro, Chile
 Dra. Verónica Irribarra, Chile
 Ps. Siomara Chahuan, Chile
 Dr. Munir Alamo, Chile
 Ps. Sandra Navarrete, Chile
 Dra. Carmen Callejas, Mexico
- 13:00 a 14:30 REUNIÓN NÚCLEO DE PSICÓLOGOS EN CIRUGÍA DE LA OBESIDAD EN LATINOAMÉRICA (NPCO)COORDINACIÓN Y EXPOSICIÓN DE LOS ESTADOS DE AVANCES DE CONSENSOS POR PAÍS.
Coordinadoras: Ps. Carla Venancio, Portugal
 Ps. Daniela Nicoletti, Chile
 Ps. Viviana Assadi, Chile
-

SALON "ESTRELLA - 1"

- 09:00 a 10:30 MODULO: "ACTIVIDAD FISICA"
Presidente: Dr. Fernando Yáñez, Chile
Secretaria: Prof. E.U. María Loreto Alvarado, Chile.
- 09:00 a 09:20 Influencia del ejercicio en la composición corporal en etapa postoperatoria
Klga. Johana Pino, Chile
- 09:20 a 09:40 Preparación física preoperatoria. Ventajas y consideraciones.
Klga. Carolina Bascuñan, Chile
- 09:40 a 10:00 Adaptaciones fisiológicas con el ejercicio en el paciente obeso.
Dr. Carlos Saavedra. (Dpto. de Salud, Univ. P. de Madrid España), Chile
- 10:00 a 10:30 Mesa de discusión:
Moderador: Dr. Fernando Yáñez, Chile
Participantes: Klga. Johana Pino, Chile
Dr. Carlos Saavedra, Chile
Prof. E.U. María Loreto Alvarado, Chile
Klga. Carolina Bascuñan, Chile
- 10:30 a 11:00 Café
- 11:00 a 12:30 Seccional de Temas Libres: "MULTIDISCIPLINARIA EN OBESIDAD MORBIDA"
Presidente: Dr. Francisco Pacheco, Chile
Secretaria: Nut. Ana Palacio, Chile
- 11:00 11:10 "¿EXISTEN DIFERENCIAS EN ESTADO NUTRICIONAL Y ABSORCIÓN DE MINERALES ENTRE EL BYPASS GÁSTRICO RESECTIVO Y NO RESECTIVO?"
P. Rojas, F. Carrasco, M. Ruz, J. Codoceo, J. Inostroza, K. Papapietro, A. Csendes, G. Watkins, J. Rojas. (Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina y Hospital Clínico, Universidad de Chile)
- 11:10 a 11:20 "ALEXITIMIA EN PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA"
Lic. Gimeno, M.S; Lic. D Alessio, S; Lic. Torres, S.
(Grupo BAROS, Hospital Español de la Plata, Buenos Aires, Argentina)
- 11:20 a 11:30 "CAMBIOS EN NIVELES DE GHRELINA AL AÑO POST - BYPASS GÁSTRICO: ASOCIACIÓN CON REDUCCIÓN DE PESO E INGESTA ALIMENTARIA"
Drs.: F. Carrasco, M. Ruz, P. Rojas, J. Codoceo, K. Papapietro, J. Inostroza, A. Csendes, G. Watkins, J. Rojas. (Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile)
- 11:30 a 11:40 "CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE PACIENTES OBESOS EVALUADOS CON TEST DE RORSCHACH"
Ps. Siomara Chahuán Chahuán.
(Centro Integral de Nutrición y Dietética, Clínica Tabancura)
- 11:40 a 11:50 "¿COMO PERCIBE EL OBESO SU SALUD GENERAL?"
Mtra. en Psic. Blanca Ríos Martínez.
(Clínica del Cuidado Integral del Paciente Obeso, Hospital Angeles del Pedregal, México D. F.)
-

11:50 a 12:00 "DESCRIPCION DE CARACTERISTICAS SICOLOGICAS EN PERSONAS OBESAS EN UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD"

Ps. Francsetti V., Nicoletti D.

(Psicólogas, Centro de Tratamiento de la Obesidad de la Pontificia Universidad Católica de Chile)

12:00 a 12:10 "DESCRIPCION DE LA PERCEPCION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE Y SU INCIDENCIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD, DESDE EL MODELO DE ETAPAS DEL CAMBIO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE)

Drs.: Nicoletti D., Berger A.

(Centro de Tratamiento de la Obesidad CTO - UC de la Pontificia Universidad Católica de Chile)

12:10 a 12:20 "EVOLUCION POST - OPERATORIA EN ADOLESCENTES OBESOS SOMETIDOS A CIRUGIA BARIATRICA. SEGUIMIENTO A CUATRO AÑOS"

Denisse Montt S., Adriana Quesada, Karin Papapietro, Luciana Marin L.

(Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

12:20 a 12:30 "MODELO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN UN PROGRAMA DE CIRUGIA DE LA OBESIDAD DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO : ENFASIS EN LA EDUCACION CONTINUA OBJETIVADA A TRAVES DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION"

E.U. Turiel D., Drs.: Hernández S., Navarro S., González P., Caro A., Poblete G., Villarroel L., Escalona A.

(Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile, PUC)

12:30 a 12:40 "PREOBESITY SURGERY PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT: A PORTUGUESE CLINICAL INTERVIEW.

Carla Venancio, Isabel Silva, Alice Bordalo, Ana Rebelo, Cidália Almeida, Clara Estima, Joao Santana, María-Joao Fagundes, Maria-Joao Brito, Maria-Natália Mendes, Olga Ribeiro y Susana silva.

12:40 a 13:30 Seccional de Temas Libres: "MULTIDISCIPLINARIA EN OBESIDAD MORBIDA"

Presidente: Dr. Francisco Pacheco, Chile

Secretaria: Nut. Ana Palacio, Chile

12:40 a 12:50 "NUCLEO DE PSICOLOGOS EN CIRUGIA DE LA OBESIDAD ARGENTINA: DESCRIPCION DEL DESEMPEÑO DE LOS PSICOLOGOS EN EL EQUIPO BARIATRICO"

Lic. Kñallinsky, L; Psicologa del Equipo de los Dres. Sosa y Simon; Lic. Gimeno, M.S, Psicologa del Equipo del Dr. Cavo Frigerio.

(CTOM Bariátrica Córdoba, Grupo Baros, Hospital Español, Buenos Aires Argentina)

12:50 a 13:00 "PREDICTORES PSICOSOCIALES DE LA BAJA DE PESO EFECTIVA EN PACIENTES OBESOS SOMETIDOS A CIRUGIA BARIATRICA"

Denisse Montt S., Luciana Marin L.

(Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

13:00 a 13:10 "EVALUACION DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES JOVENES SOMETIDOS A CIRUGIA BARIATRICA"

Drs.: A. Quesada, K. Papapietro, A. Adjemian, Ps. D. Montt, L. Marin, Nut. E. Díaz, A. Riffo.

(Unidad de Nutrición Hospital Clínico Universidad de Chile)

VIERNES 3 DE ABRIL DE 2009

13:10 a 13:20 "ANALISIS DESCRIPTIVO DE FACTORES PSICOLOGICOS ASOCIADOS A LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CANDIDATOS A CIRUGIA BARIATRICA"

Dr. Juan Eduardo Contreras, Ps. Sandra Navarrete, Nta. Ingrid Darvich, Dra. Diva Villao, Dr. Jorge Bravo, Dr. Julio Núñez.
(Servicio de Cirugía, Clínica Santa María. Santiago)

13:20 a 13:30 "INFLUENCIA DEL SEGUIMIENTO NUTRICIONAL EN LA PERDIDA DE PESO POST BANDA GASTRICA AJUSTABLE "

N. Pampillón, C. Penutto, P. Omelanczuk, J. Nefa, A. Mantován, M Mantován. V. Lasagni. (Centro Quirúrgico de la Obesidad. Mendoza. Argentina)

14:30 a 15:30 ALMUERZO

15:30 a 17:20 MODULO: "OTRAS DISCIPLINAS EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD"

Presidente: Dr. Julio Fdo. González P., Chile
Secretaria: E.U. Claudia Chandía, Chile

15:30 a 15:45 Importancia de la Fluoroscopia en el éxito y la detección temprana en complicaciones en banda gástrica ajustable.
Dra. Viviana Callejas, Brasil

15:45 a 16:00 Seguimiento integral del paciente con banda gástrica (Nutrición y ajustes).
Dra. Viviana Callejas, Brasil

16:00 a 16:20 Rol de la enfermera en el equipo multidisciplinario.
E.U. Patricia González , Chile

16:20 a 16:40 Cirugía plástica en pacientes postoperados, nuevas tendencias,
Dr. Rodrigo Ramírez, Chile

16:40 a 17:00 Terapia ocupacional en el tratamiento integral de la obesidad.
T.O. Marcos Paredes, Chile

17:00 a 17:20 Consideraciones de la anestesia en el paciente obeso.
Dr. Rafael Ortúzar, Chile

SABADO 4 DE ABRIL DE 2009

SALON "ESTRELLA - 1"

- 08:30 a 10:30 MODULO: "NUTRICION"
Presidenta: Dra. Daniela Adjemian, Chile
Secretaria: Nut. Ingrid Darvich, Chile
- 08:30 a 08:50 Metabolismo óseo en pacientes sometidos a cirugía bariátrica.
Dr. Gilberto González, Chile
- 08:50 a 09:10 Intolerancias alimentarias ¿cambios fisiológicos v/s conductas aprendidas?
Nut. María José Almada, Argentina
- 09:10 a 09:30 Educación del paciente operado ¿cómo encantar al paciente y mantener su motivación?
Nut. Alejandra Alarcón, Chile
- 09:30 a 09:50 Manejo de hipoglicemias después de la cirugía
Dr. Felipe Pollak, Chile
- 09:50 a 10:10 Dietas especiales en el preoperatorio, ¿son necesarias?
Dra. Verónica Alvarez, Chile
- 10:00 a 10:30 Mesa Redonda: "Nutrición"
Moderadora: Dra. Daniela Adjemian, Chile
Participantes: Nut. Alejandra Alarcón, Chile
Nut. María José Almada, Argentina
Dra. Verónica Alvarez, Chile
Nut. Ingrid Darvich, Chile
Dr. Felipe Pollak, Chile
- 10:30 a 11:00 Café
- 11:00 a 12:30 MODULO: "CASOS CLINICOS II: ÉXITO Y FRACASO EN CIRUGÍA BARIÁTRICA, ¿EXISTEN CRITERIOS ABSOLUTOS? "
Presidenta: Dra. Julieta Klaassen, Chile
Secretaria: Nut. Soledad Reyes, Chile
- 11:00 a 11:15 Caso Clínico
Dra. Verónica Alvarez, Chile
- 11:15 a 11:30 Caso Clínico
Nut. Andrea Riffo, Chile
- 11:30 a 11:45 Caso Clínico
Dr. Manuel Moreno, Chile
- 11:45 a 12:00 Caso Clínico
Nut. María José Almada, Argentina
-

SABADO 4 DE ABRIL DE 2009

12:00 a 12:30 Mesa de discusión:
Moderador: Dr. Fernando Carrasco, Chile
Integrantes: Dra. Julieta Klaassen, Chile
Dra. Verónica Alvarez , Chile
Nut. Andrea Riffo , Chile
Nut. María José Almada, Argentina
Dr. Manuel Moreno, Chile

12:30 Hrs. Clausura y Entrega de Certificados

Seccional: MULTIDISCIPLINARIA EN OBESIDAD MORBIDA

EXISTEN DIFERENCIAS EN ESTADO NUTRICIONAL Y ABSORCIÓN DE MINERALES ENTRE EL BYPASS GÁSTRICO RESECTIVO Y NO RESECTIVO

Drs. P. Rojas, F. Carrasco, M. Ruz, J. Codoceo, J. Inostroza, K. Papapietro, A. Csendes, G. Watkins, J. Rojas. (Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina y Hospital Clínico, Universidad de Chile).

Antecedentes: El bypass gástrico resectivo (BPG-R) potenciaría más alteraciones nutricionales que el bypass gástrico no resectivo (BPG-NR), porque la secreción ácida del estómago remanente podría facilitar la absorción de algunos nutrientes.

Objetivo: Evaluar si existen diferencias en el estado nutricional de algunos minerales entre ambas técnicas quirúrgicas.

Material y método: 42 mujeres, 25 BPG-R y 17 BPG-NR, sin diferencia significativa preoperatoria en edad (36,9 9,5 años), índice de masa corporal (44,8 4,7 kg/m²), ni estado nutricional de hierro, zinc y cobre. Se determinó en preoperatorio, mes 6^o, 12^o y 18^o postoperatorio: ingesta alimentaria, zinc plasma (Znpl), cobre plasmático (Cupl), hemoglobina, ferritina sérica (FS). En una submuestra (n=19) capacidad de absorción de hierro a partir de dieta (AbsFed) y solución de ascorbato ferroso (AbsFesol).

Resultados: Sólo hubo diferencias significativas entre BPG-R y BPG-NR en Cupl al mes 18^o (100,5 19,5 vs 131,7 49,5 d/dL respectivamente). En el grupo completo disminuyó en forma significativa Znpl al mes 12^o respecto basal (-6,5%); Cupl no varió en forma significativa; hemoglobina disminuyó en forma significativa en todos los tiempos postoperatorios respecto al basal; FS disminuyó en forma significativa al 12^o (-25,0%) y 18^o mes postoperatorio (-21,8%) respecto basal.

Conclusiones: El grupo con bypass gástrico resectivo sólo presentó un mayor deterioro del estado nutricional de cobre al 18^o mes postoperatorio respecto al bypass no resectivo. No hubo diferencias en la capacidad de absorción de hierro.

ALEXITIMIA EN PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA

Lic. María Sylvia Gimeno, Lic. Sebastián Domingo D., Lic. Sandra Torres. (Hospital Español de La Plata, Buenos Aires, Argentina).

Antecedentes y Objetivos: El término alexitimia (Peter Sifneos, 1972) proviene de las raíces griegas a (sin) lexis (palabra) y thimos (afecto): Sin palabras para los

afectos. Es un constructo desarrollado a partir de la observación clínica de personas que muestran incapacidad para identificar en sí mismas el componente afectivo de las emociones, y de expresarlas verbalmente. Se lo ha relacionado con dependencia a sustancias, trastornos de la conducta alimentaria y obesidad, personalidad antisocial y trastorno por estrés postraumático. Se evaluó la presencia de Alexitimia en una muestra de 83 pacientes Obesos Mórvidos, con el fin de determinar la prevalencia del rasgo.

Material y Métodos: Se aplicó la Escala TAS 20 en 83 pacientes Obesos Mórvidos evaluados en el marco del Programa BAROS de Cirugía de la Obesidad del Hospital Español de La Plata en el periodo 2007/2008.

Resultados: La Media para pacientes Obesos Mórvidos es de TAS 48, para No Pacientes TAS 41, para Psicósomáticos TAS 59. Tomando como puntaje de corte 50, el 53 % de los pacientes Obesos resultan No Alexitímicos, 47 % Alexitímicos. Conclusiones: Los pacientes Obesos no presentan características excluyentes para ser agrupados con Psicósomáticos Alexitímicos. Se observa un leve incremento de alexitimia en pacientes con mayor IMC. La presencia del rasgo de todos modos no es significativamente mayor al resto de la población No Paciente, lo que no permite afirmar que los pacientes obesos sean alexitímicos. El empleo de la escala permite la identificación del rasgo lo que favorecería la planificación del tratamiento.

CAMBIOS EN NIVELES DE GHRELINA AL AÑO POST-BYPASS GÁSTRICO: ASOCIACIÓN CON REDUCCIÓN DE PESO E INGESTA ALIMENTARIA

Drs. F. Carrasco, M. Ruz, P. Rojas, J. Codoceo, K. Papapietro, J. Inostroza, A. Csendes, G. Watkins, J. Rojas.

(Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina y Hospital Clínico, Universidad de Chile).

Introducción: La ghrelina es un potente estimulante del apetito producido principalmente en el estómago. Su rol en la pérdida de peso después del bypass gástrico (BPG) es controvertido. El objetivo del presente estudio fue analizar los cambios en los niveles plasmáticos de ghrelina al año del BPG resectivo (BPG-R) y no resectivo (BPG-NR), y su relación con los cambios de peso e ingesta alimentaria.

Método: 30 mujeres, 15 con BPG-R (resección gástrica > 95%) y 15 con BPG-NR, pareados por edad e IMC inicial. Se registró peso, composición corporal (DEXA)

e ingesta alimentaria en los meses 6, 12 y 18 post BPG. Ghrelina sérica (GS) fue medida antes del BPG y al mes 12 (RIA; LINCO Res., USA).

Resultados (promedio d.e.): la edad, IMC, %MG y GS iniciales fue 36,6 9,6 años, 44,8 4,8 kg./m², 48,3 4,8 %, y 652,9 142,9 pg/mL, respectivamente, sin diferencia significativa entre BPG-R y BPG-NR. El % de pérdida del exceso de peso (%PEP) fue 70,9 12,8% al mes 12 y 72,6 16,3% al mes 18 post-BPG. La reducción en GS fue significativamente mayor en BPG-R (- 26±15%) que en BPG-NR (+ 4,3±32,6%) (p < 0,005). No hubo diferencia significativa en %PEP ni en ingesta calórica entre BPG-R y BPG-NR. No hubo asociación entre cambio en GS y %PEP, pérdida de masa grasa o ingesta calórica al mes 6, 12 y 18. Para expandir estas observaciones, GS está siendo medida en un estudio en curso en mujeres sometándose a BPG y gastrectomía vertical.

Conclusiones: una mayor reducción en los niveles de ghrelina no se relacionó con mayor reducción de peso ni de ingesta alimentaria hasta el año y medio post- bypass gástrico.

Financiado por Proyectos Fondecyt 1040765 y 1080576.

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE PACIENTES OBESOS EVALUADOS CON TEST DE RORSCHACH.

Ps. Siomara Chaguán Chaguán.

(Centro Integral de Nutrición y Dietética, Clínica Tabancura).

La obesidad, galopante enfermedad crónica, debe ser abordable multidisciplinariamente, buscando mejores diagnósticos y tratamientos. Existen obesos con y sin patología, desembocando en una ausencia del perfil psicológico propio. Las herramientas psicológicas proyectivas favorecen agrupaciones de características comunes otorgando mejores y confiables diagnósticos, ya que descartan la variable de deseabilidad social. Se investigó a 236 pacientes, candidatos a cirugía bariátrica, retrospectivamente, usando una entrevista semiestructurada, encuesta Baros (calidad de vida) y test de Rorschach, buscando referenciales diferentes.

Se consideraron los antecedentes mórbidos psiquiátricos, motivación quirúrgica, conducta alimentaria, calidad de vida y eventos relacionados.

Dentro de los hallazgos más importantes, se encontró la salud y baja autoestima como motivación para someterse a cirugía, las causas del aumento de peso, se deberían a un desorden en la conducta alimentaria y al comer en abundancia. La mayoría confiesa haber consultado previamente a un especialista en salud mental, debido a consecuencias de crisis con la pareja y calidad de vida. Los principales indicadores del Rorschach, demuestran que un 71% percibe la realidad desde un punto de vista concreto, un 79% está hiperalerta, un 90% reprime la agresividad, un 73% presenta síntomas melancólicos, en un 62%, predominan notificaciones internas del cuerpo, un 35% establece vínculos inseguros y un 48% baja tolerancia a la frustración, entre otros.

Los resultados no difieren significativamente de otros empleados (técnica de cuestionario), sin embargo, algunas

conclusiones marcan características grupales importantes. Palabras claves: características psicológicas, test proyectivo de Rorschach, pacientes obesos, cirugía bariátrica.

¿CÓMO PERCIBE EL OBESO SU SALUD GENERAL?

Mtra. en Psic. Blanca Ríos Martínez

(Clínica del Cuidado Integral del Paciente Obeso, Hospital Ángeles del Pedregal, México, D.F.)

Antecedentes: La obesidad se ha convertido en un problema de salud pública prioritaria que acarrea problemas físicos y psicológicos.

Objetivo: conocer cómo perciben los obesos su salud en diferentes ámbitos de su vida (social, laboral, emocional, etc.).

Metodología: Se valoraron a 224 pacientes que asisten a la Clínica del Cuidado Integral del Paciente Obeso del Hospital Ángeles del Pedregal. Se aplicó la Encuesta de Salud RAND de 36 puntos, la cual mide diversas dimensiones: funcionamiento social y físico, salud mental y física, dolor corporal, limitaciones de roles debido a problemas físicos y/o emocionales, vitalidad y su salud general. Se investigó la existencia de diferencias entre el sexo, tipo de tratamiento (quirúrgico y no quirúrgico) y el grado de obesidad (sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida).

Resultados: Se encontraron diferencias significativas (p<0.05) en algunas de las dimensiones que mide la Encuesta; las mujeres tienen un peor funcionamiento social y emocional que los hombres; los canalizados a bypass gástrico reportan mayor cansancio que los pacientes para banda gástrica. Además, los que tienen obesidad mórbida muestran menor funcionamiento físico, mayor dolor y peor salud general que los que tienen obesidad. Conclusión: La obesidad causa múltiples malestares en todas las áreas de su vida, desde las físicas hasta las cognitivas, emocionales y sociales, por lo que es necesario atender al paciente obeso de una manera integral.

DESCRIPCIÓN DE CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS EN PERSONAS OBESAS EN UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Ps. Francsetti V., Nicoletti D.

(Psicólogas, Centro de Tratamiento de la Obesidad de la Pontificia Universidad Católica de Chile).

Resumen: La Obesidad en estas últimas décadas es considerada una epidemia mundial y una preocupación para la salud pública, en cuanto se acompaña de múltiples comorbilidades, las cuales aumentan el riesgo de morbi-mortalidad.

Diversos estudios han demostrado que tanto los tratamientos convencionales como la cirugía Bariátrica no han alcanzado los resultados esperados a largo plazo.

Lo anterior, ha hecho pensar que existirían variables de tipo psicológicas involucradas en el origen, desarrollo y/o mantención la patología, como depresión, ansiedad, descontrol de impulsos y conducta alimentaria. En Chile, los estudios sobre el tema son escasos y por ello

a importancia de realizar la presente investigación, que evalúa a una muestra intencionada aproximada de 50 adultos, atendidos en los Centros de Tratamiento de la obesidad de la Universidad Católica de Chile, con distintos niveles de Obesidad, medidos en Índice de Masa Corporal (IMC), examinando si existe alguna diferencia e influencia de estas variables según el IMC presentado. Los instrumentos utilizados son el Inventario de Depresión de Beck (BDI I), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI, la Escala de Impulsividad Barrat (BIS-11), del Cuestionario de Conducta Alimentaria Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)

A nivel general se espera demostrar la existencia de una diferencia significativa entre estas variables según IMC, donde a menor control de impulsos, mayor sintomatología depresiva, mayor ansiedad y mayor alteración en la conducta alimentaria, se encontraría mayor IMC.

Para analizar los datos se realizaron análisis multivariados como ANOVA y Regresión.

DESCRIPCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y SU INCIDENCIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD, DESDE EL MODELO DE ETAPAS DEL CAMBIO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE

Drs. Nicoletti D., Berger A.

(Centro de Tratamiento de la Obesidad CTO-UC de la Pontificia Universidad Católica de Chile).

Resumen: En el contexto de la multiplicidad de factores que influyen en el origen y mantenimiento de la obesidad se ha ido dando paso en el tratamiento de ésta, desde un modelo biomédico a un modelo biopsicosocial, donde se incluye el abordaje desde múltiples disciplinas, surgiendo así, los Equipos Multidisciplinarios de tratamiento que acogen y contienen al paciente (buena relación médico paciente) generando una mayor satisfacción con sus logros, con expectativas de resultados sentidas como cercanas y posibles de realizar, y con una mayor adherencia y confianza en los resultados del tratamiento, todos ellos elementos fundamentales en el éxito de un tratamiento. Se toma entonces relevante evaluar la relación que existe entre la relación médico-paciente, la adherencia a un tratamiento médico de la obesidad, y el progreso o avance en las etapas del cambio de hábitos de salud propuestas por Prochaska y DiClemente.

Esta evaluación se llevó a cabo a través de una escala tipo Likert que midió las variables a estudiar y posteriormente se realizaron análisis de tipo descriptivo, inferencial, prueba de hipótesis y análisis de fiabilidad.

Dentro de los resultados es posible señalar que se encontraron asociaciones positivas y significativas entre las variables relación médico-paciente, adherencia al tratamiento y etapas del cambio; además de una alta influencia de los profesionales tratantes en el desarrollo y curso del tratamiento, percibido por los pacientes.

EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA EN ADOLESCENTES OBESOS SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA, SEGUIMIENTO A CUATRO AÑOS.

Denisse Montt S., Adriana Quesada, Karin Papapietro, Luciana Marin L.

(Hospital Clínico de la Universidad de Chile).

Antecedentes: La prevalencia de Obesidad en la población infanto-juvenil casi se ha triplicado en las últimas 3 décadas, con las consiguientes co-morbilidades médicas asociadas, deterioro en la calidad de vida y malestar psicológico. Su tratamiento impone un desafío a los profesionales de la salud, considerando el bajo éxito que tienen tratamientos conservadores. La cirugía bariátrica se ha planteado como una alternativa efectiva de tratamiento en esta población; no sin controversias, considerando la etapa evolutiva en la que se encuentran.

Objetivo: Identificar variables psicosociales que pudieran asociarse con baja de peso.

Material y método: Se revisa la evolución de 15 pacientes adolescentes con un promedio de 17 años, sometidos a cirugía bariátrica, entre los años 1998-2007 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, con una evolución post-operatoria de 4 años promedio. Se evalúa patrón de baja de peso, antecedentes de trastornos depresivos y manifestación de psicopatología post-operatoria

Resultados: Se examinan los patrones de cambio en el peso, evidenciándose que tanto el modelo lineal como el cuadrático son significativos ($F_{1, 2} = 90,242$ y $554,528$, $p < 0,01$), sin embargo, el modelo que mejor representa los cambios corresponde al cuadrático. Al examinar qué factores determinan estos cambios, encontramos que la presencia de antecedentes de un trastorno depresivo se asocia con una mayor pérdida de peso inicial (primera medición postoperatoria), pero menor con la segunda medición postoperatoria.

Conclusiones: Los resultados sugieren que si bien los adolescentes bajan de peso rápidamente de manera inicial, el proceso luego se desacelera de manera importante, mostrando una subida de peso. Para aquellos adolescentes con antecedentes de un trastorno depresivo, este efecto parece ser aún mayor y sugiere que constituye un aspecto clave sobre el cual intervenir en esta población antes de iniciar el tratamiento.

MODELO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PROGRAMA DE CIRUGÍA DE LA OBESIDAD DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: ÉNFASIS EN LA EDUCACIÓN CONTINUA OBJETIVADA A TRAVÉS DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.

E.U. Turiel D., Drs. Hernández S., Navarro S., González P., Caro A., Poblete G., Villarroel L., Escalona A.

(Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile, PUC).

Introducción: La cirugía bariátrica ha demostrado ser un tratamiento efectivo para tratar la obesidad mórbida

y las enfermedades asociadas. La entrega de cuidados al paciente que se someterá a una cirugía de este tipo, ha posicionado a enfermería como la gestora de cuidados terapéuticos a través del desarrollo de procesos educativos, desde la programación hasta los controles anuales posteriores a esta cirugía. El objetivo de este trabajo es validar una encuesta de satisfacción del proceso educativo en cirugía de la obesidad.

Materiales y Método: Se aplicó una encuesta de satisfacción de educación del programa de obesidad con escala tipo Likert a 38 pacientes operados de bypass gástrico o gastrectomía en manga en la PUC. Se realizó análisis estadístico con índice de confiabilidad Alfa de Cronbach de 0.8, que midió 3 ítems: educador, proceso de educación y metodología.

Resultados: Con respecto al educador los pacientes refieren su máxima favorabilidad respecto a la claridad para explicar el contenido (87%), en el proceso de educación la máxima favorabilidad está concentrada en el respeto por parte del educador (92%) y un 59% de los medios educativos permiten comprender de manera muy clara los contenidos entregados. Se obtuvo nota final para las 3 dimensiones de un 6,5 y un promedio final para todo el proceso de educación de 6,4.

Conclusiones: Esta escala fue creada y validada estadísticamente de forma exitosa, siendo la primera que mide satisfacción respecto al proceso educativo en las personas que acceden al tratamiento quirúrgico de obesidad en la PUC.

PRE OBESITY SURGERY PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT: A PORTUGUESE CLINICAL INTERVIEW

Drs. Carla Venâncio, Isabel Silva, Alice Bordalo, Ana Rebelo, Cidália Almeida, Clara Estima, João Santana, Maria-João Fagundes, Maria-João Brito, Maria-Natália Mendes, Olga Ribeiro & Susana Silva

Background: Clinical experience shows that obesity surgery outcomes largely depend on patients' ability to adapt their lifestyle to post-surgical self-care. Pre obesity surgery psychological assessment is a fundamental instrument of the multidisciplinary team because it improves the understanding of the patient psychological functioning (concerning cognitive, emotional, relational and behavioural domains), and collect data about the factors that might compromise the patient adaptation post obesity surgery, in short or long time.

The present oral communication intends to provide a summary of the data explored in the Portuguese Clinical Interview to perform pre obesity surgery psychological assessment.

Methods: In order to construct the Portuguese Clinical Interview, we considered literature review, Portuguese psychologists' clinical experience in the field of obesity surgery and the Portuguese guidelines to pre obesity surgery psychological assessment. Several meetings with Portuguese psychologists were conducted to discuss the structure and the data to be included in the clinical interview guide.

Results: Surprisingly, the data and domains explored by psychologists from different public and private hospitals and clinical centres from all over the country did not vary greatly. It was produced a final structured document with all the data and domains which were consensually accepted.

The Portuguese Clinical Interview is an instrument to be used by psychologists in pre obesity surgery psychological assessment only for collecting and registration data.

Conclusion: We believe that it is vital to construct national and international clinical interviews to perform psychological assessment, in order to collect data and develop researches between different countries.

NUCLEO DE PSICÓLOGOS EN CIRUGÍA DE LA OBESIDAD ARGENTINA: DESCRIPCIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS PSICÓLOGOS EN EL EQUIPO BARIÁTRICO

Lic. Laura Kñallinsky, Dr. Sosa Gallardo, Dr. Simon, Lic. M. Sylvia Gimeno, Dr. Cavo Frigerio.
(CTOM Bariátrica Córdoba, Grupo Barros, Hospital Español, Buenos Aires Argentina).

La Cirugía de la Obesidad ha tenido un gran desarrollo en los últimos años en Argentina, existiendo actualmente 39 Equipos Bariátricos con sus respectivos psicólogos.

Con motivo del primer encuentro del NPCO Argentina, fueron encuestados voluntariamente 24 de los 28 psicólogos participantes, constituyendo una muestra representativa del 61,5 % sobre el total de psicólogos bariátricos. Se describe la actual situación de los psicólogos bariátricos argentinos en base al número de pacientes evaluados, pacientes que han sido rechazados, criterios de exclusión de los mismos, expectativas del rol del psicólogo, formación de post grado, etc.; presentado la sistematización de lo recabado por el instrumento material y método: 39 encuestas para psicólogos bariátricos, auto administradas, diseñadas por coordinación NPCO a tal efecto.

Conclusiones: Es necesario contar con un espacio de debate y discusión, formación y reflexión que brinde al rol del psicólogo respaldo científico y soporte institucional, transformando lo meramente empírico en diseños metodológicos específicos para la práctica.

Los resultados obtenidos de éste trabajo permiten el diseño de programas de actualización, investigación y acciones derivadas, confirmando y legitimando la necesidad de impulsar el NPCO de Argentina, a su vez incorporarlo definitivamente a SACO y promover el cumplimiento de objetivos fijados para ello.

Se considera indispensable contar con evaluaciones transculturales que permitan comparar la situación de psicólogos de otros países y promover estos espacios en Congresos Internacionales IFSO.

PREDICTORES PSICOSOCIALES DE LA BAJA DE PESO EFECTIVA EN PACIENTES OBESOS SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA.

Denisse Montt .S, Luciana Marin L.
Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Antecedentes: La cirugía bariátrica se ha convertido en una de las opciones de tratamiento para la obesidad mórbida, dada la baja efectividad que se ha mostrado tienen manejos conservadores. Sin embargo algunos pacientes no logran obtener la baja de peso propuesta, re-ganan peso o desarrollan síntomas psicopatológicos.

Objetivo: Identificar que variables psicosociales pueden predecir la pérdida de peso en pacientes obesos mórbidos sometidos a cirugía bariátrica, al año de seguimiento post-operatorio.

Material y método: 100 pacientes obesos, candidatos a cirugía bariátrica, operados entre los años 2005-2007 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, fueron evaluados utilizando una entrevista semiestructurada, y cuestionario para trastorno por atracones (BED). Se siguen sumando participantes al estudio.

Resultados: Se realizó un análisis usando un ANOVA de mediciones repetidas para examinar el cambio en el peso en cuatro mediciones y el patrón que mejor representa estos cambios. Los datos sugieren que un patrón de cambio lineal representa mejor los cambios de peso en estos pacientes ($F(1,12) = 378,911$). Al examinar qué determinantes psicosociales dan cuenta de estos cambios, encontramos una interacción de sexo por presencia de trastornos alimentarios, sugiriendo que el efecto en la disminución de peso entre pacientes con trastornos de alimentación es más grande en hombres que en mujeres ($p < 0,01$). No se encontró influencia por la presencia de trastornos depresivos, ansiosos ni por la presencia de trastornos de personalidad. Tampoco encontramos efectos del apoyo social.

Conclusiones: Los resultados sugieren que el cambio en el peso de pacientes sometidos a cirugía bariátrica se representa mejor con un modelo lineal después de un año de seguimiento. Al examinar qué factores dan cuenta de este cambio, se observó una interacción de sexo por la presencia de un trastorno de alimentación, lo que da cuenta de la importancia de este factor en la pérdida de peso en estos pacientes, y en particular en hombres si se espera que la pérdida de peso sea mayor. Es probable que estos pacientes mantengan algunas de las conductas asociadas a este trastorno que inciden en el inicio y mantención de la obesidad.

EVALUACION DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES JOVENES SOMETIDOS A CIRUGIA BARIATRICA

Drs. A. Quesada, K. Papapietro, A. Adjerman., Ps. D. Montt, L. Marin, Nut. E. Díaz y A. Riffo.
(Unidad De Nutrición Hospital Clínico Universidad De Chile)

Introducción: En los resultados de la cirugía bariátrica en pacientes adolescentes y jóvenes se debiera considerar también aspectos psicológicos.

Objetivo: Evaluar en el largo plazo aspectos psicológicos y ponderales de pacientes operados durante su adolescencia o juventud temprana.

Método: Se evaluó la curva de peso, se aplicó encuesta de calidad de vida BAROS y se consignó alteraciones psicológicas en pacientes con más de 2 años de evolución post cirugía bariátrica.

Resultados: Se evaluaron 16 pacientes (5H/11M), operados entre los 15 y 21 años de edad, con evolución entre 2 y 7 años. En 6 se encontró reganancia de peso y trastornos en al menos alguna de las áreas afectivo-sociales evaluadas. Una paciente tiene bajo peso y cursa con bulimia activa. En este grupo los pacientes se caracterizaron por no contar con evaluación psicológica ni nutricional preoperatoria y controles irregulares postoperatorios. El 56% restante mantiene la pérdida de peso lograda y BAROS bueno o muy bueno.

Conclusión: En una frecuencia no menor de pacientes jóvenes se observa reganancia de peso y trastornos psico-sociales que sugieren la importancia de la evaluación multidisciplinaria preoperatoria y seguimiento regular en el periodo post-operatorio.

ANALISIS DESCRIPTIVO DE FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIATRICA.

Dr. Juan Eduardo Contreras, Ps. Sandra Navarrete, Nta. Ingrid Darvich, Dr. Diva Villao, Dr. Jorge Bravo, Dr. Julio Nuñez.
(Servicio de Cirugía. Clínica Santa María. Santiago, Chile)

Introducción: Un pilar importante en la evaluación a pacientes candidatos de cirugía bariátrica es predecir sus hábitos alimentarios post-operatorios.

Objetivos: Predicción comportamiento alimenticio postquirúrgico.

Material y métodos: En el Departamento de Cirugía de Clínica Santa María, se seleccionaron 100 pacientes con IMC < 40 (grupo A), y 100 con IMC > 40 (grupo B), entre el año 2005 y 2008. Se aplicó el Eating Disorder Inventory, EDI-1, y el State Trait Anxiety, STAI, en la evaluación pre-quirúrgica.

Resultados: Las edades se distribuyeron con mediana 36 (rango 19 - 61 años) para grupo A; y mediana 40 (rango 15 - 63 años) para grupo B. 66% y 54% mujeres, grupo A y B respectivamente. Al comparar ambas muestras por sexo, se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) para grupo A en 6 variedades del EDI-1 y una variable STAI. Para grupo B la diferencia se redujo a 3 variables EDI-1. Comparando con IMC (grupo A versus B), los hombres presentaron diferencias significativas entre 3 variables EDI-1 y una STAI. Las mujeres solo se diferenciaron por IMC en 2 variables EDI-1.

Conclusiones: Las mujeres candidatas a cirugía bariátrica con IMC < 40 se comportan distintivamente de los hombres (6 variables EDI-1, 1 STAI). Las diferencias entre mujeres según IMC es menor (2 variables EDI-1). Lo mismo ocurre con hombres (3 variables EDI-1 y 1 STAI). Las variables psicológicas relacionadas con trastornos de ingesta alimentaria e identificadas como significativas para ambas muestras, permitiría estructurar un perfil de riesgo y mejorar la predicción del comportamiento post-quirúrgico

INFLUENCIA DEL SEGUIMIENTO NUTRICIONAL EN LA PERDIDA DE PESO POST BANDA GASTRICA

N. Pampillón, C. Penutto, P. Omelanczuk, J. Nefa, A. Mantován, M. Mantován. V. Lasagni. (Centro Quirúrgico de la Obesidad. Mendoza. Argentina.)

Objetivo: Determinar la relación entre el número de consultas nutricionales y el descenso de peso un año post banda gástrica ajustable (BGA).

Material y Método: Se realizó seguimiento nutricional de 62 pacientes (42 mujeres y 20 hombres) un año post cirugía de BGA. IMC preoperatorio de 46,4+- 6,9 kg/m². Se los dividió en tres grupos: Grupo 1: menos de 7 consultas anuales. Grupo 2: entre 7 y 12 consultas. Grupo 3: más de 12 consultas. Se relacionó el número de consultas nutricionales con el porcentaje de sobrepeso perdido.

Resultados: Grupo 1 (n=18). Con IMC preoperatorio 44,83 kg/m², presento un 33,7 +-21 % sobrepeso perdido. Grupo 2 (n=35) con IMC preoperatorio 46,40 kg/m², presento un 47,5 +-18,1 % sobrepeso perdido. Grupo 3 (n=9) con IMC preoperatorio 51 kg/m² presento un 49,2 +- 15,6 % sobrepeso perdido.

Conclusiones: a mayor número de consultas post operatoria mayor es el porcentaje de sobrepeso perdido siendo el número de consultas mínimas anuales mayor a 7 y óptimas mayor a 12; las cuales favorecen a realizar cambios de la conducta alimentaria necesario para obtener un buen resultado en la cirugía de BGA.

Seccional: PLENARIA

ABSORCIÓN DE ALCOHOL DESPUÉS DE GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA.

Drs. Fernando Maluenda, Xabier De Aretxabala, Attila Csendes, Sra. Iris Delgado, Dr. Jaime Ponjachik y Nut. Patricia Rodríguez.

(Departamento de Cirugía. Clínica Alemana. Universidad del Desarrollo. Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile)

Introducción: Las distintas técnicas de cirugía bariátrica que alteran la anatomía digestiva, modifican la superficie de absorción. Como consecuencia de ello, se afecta la absorción de nutrientes, medicamentos y drogas. Siendo el alcohol una sustancia absorbida principalmente en estómago, nuestra hipótesis es que la absorción de alcohol post gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) está alterada.

Método: Estudio de muestra repetida en 12 pacientes obesos severos sometidos a GVL (8 hombres, 4 mujeres). A cada uno de ellos se dio a beber 3,6 ml. de vino tinto al 14%, por cada litro de agua de composición corporal. Esta se determinó mediante bioimpedanciometría (mediana 47,8 lts). Se midió valores de Alcotest (Aloscan AL-6000) a partir de 10 min. de terminada la ingesta de la dosis de vino. Se repitió la medición cada 5 min. hasta obtener la eliminación completa de alcohol en la sangre (Alcotest=0) con 4 hrs. como límite. Luego se repitió la medición en el postoperatorio (mediana de 2,3 meses) con dosis total por Kg. ajustada a la nueva cantidad de agua corporal, medida por otra bioimpedanciometría (44,1lts.). Los resultados se analizan mediante un análisis no paramétrico para muestras repetidas.

Resultados: El peak máximo promedio de alcotest fue de 1,98 gr/lit. en el postoperatorio, comparado con 0,83 gr/lit. en el preoperatorio, lo que determina una diferencia de 1,15 gr/lit entre ambas mediciones ($p=0,001$ Willcoxon). El valor máximo observado a los 10' fue de 4,0 gr/lit y 1,5 gr/lit para el post y preoperatorio respectivamente. A los 175 min. el valor de alcohol en sangre llega a cero (0) en todos los pacientes en el preoperatorio, mientras que en el mismo tiempo en el postoperatorio, se observa un valor promedio de 0,26 gr/lit ($p=0,027$ Willcoxon). A las 4 hrs. se observa una media de alcotest de 0,20 gr/lit y a las 6 hrs. todavía no llega a 0 (dos pacientes con 0,2 y 0,1 gr/lit.).

Conclusión: La absorción de alcohol fue significativamente modificada después de GVL, encontrándose valores más elevados y prolongados de alcoholemia, para dosis equivalentes de alcohol.

GASTRECTOMIA EN MANGA UNA ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD Y LA DIABETES TIPO 2.

Drs. M. Herrero; M.J Almada; N. Sosa Gallardo; C. Simon; C. Sosa Gallardo

(Centro de Tratamiento de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas (CTOM), Bariátrica Córdoba, Argentina.)

Introducción: La cirugía bariátrica surge como una alternativa para el tratamiento de la obesidad, lo asombroso ha sido la mejoría y la resolución de las comorbilidades, entre ella la diabetes. Describimos la experiencia obtenida en pacientes con diabetes tipo 2 (DBT2) y gastrectomía en manga (GM) al año.

Metodos: Estudio retrospectivo, se incluyeron 74 pacientes con GM entre diciembre 2005 a septiembre 2007. El 72% (n= 53) mujeres y el 28 % (n= 20) hombres, entre 15-68 años (media= 46,5 años). El 20 % (n= 15) con (DBT 2), entre los cuales el 40 % (n= 6) DBT 2 Insulino-requiriente (IR) y el 60 % (n= 9) eran DBT 2 con antidiabéticos orales (ADO).

Resultados: Al tercer mes de la cirugía los pacientes DBT 2 con ADO el 100 % suspendieron la medicación. Los pacientes DBT2 IR tuvieron una disminución de la dosis de insulina entre el 100% - 58, 4 %. Al año los pacientes que suspendieron la medicación continuaron sin cambios. Los pacientes DBT2 IR el 80 % (n = 4) suspendieron la insulina e iniciaron tratamiento con ADO. Solo el 20 % (n= 1) continuo con insulina con una disminución del 60 % de la dosis previa a la cirugía. Todos con HBA1C entre 5,3 - 6,7.

Conclusiones: La GM podría ser una alternativa mas para pacientes con obesidad y DBT2, seguimiento más prolongado y casuística más importante confirmarían nuestra experiencia.

EFEECTO DE LA GASTRECTOMIA TUBULAR VERTICAL EN LA PRESION BASAL DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR

Drs. Enrique Lanzarini, Italo Braghetto, Juan C. Molina, Hanns Lembach, Owen Korn, Héctor Valladares (Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile)

Introducción: Existe amplia evidencia que apoya la gastrectomía tubular vertical (GTV) como tratamiento

quirúrgico de la obesidad, sin embargo, se ha observado que frecuentemente estos pacientes evolucionan con síntomas de reflujo gastroesofágico y distintos grados de esofagitis.

Objetivo: Medir el efecto de la GTV en la presión basal de esfínter esofágico inferior (PBEEI). *Material y Método:* Estudio prospectivo que incluyó a 20 pacientes a quienes se les realizó estudio manométrico pre operatorio y a los 6 meses post GTV. Se analizó la variación de la PBEEI utilizando la prueba de t student para grupos pareados.

Resultados: Serie formada por 20 pacientes, 17 mujeres y 3 hombres, con edad promedio de $37,6 \pm 12,6$ años y un IMC promedio de $38,3 \pm 3,47$. La PBEEI preoperatoria fue de $14,2 \pm 5,8$ mmHg, y la post operatoria de $11,2 \pm 5,7$ mmHg ($p < 0,05$). Dieciséis de los pacientes tenían PBEEI preoperatoria mayor a 12 mmHg. En todos estos pacientes la PBEEI disminuyó post GTV, manteniéndose sobre 12 mmHg en 7 pacientes y disminuyendo a niveles bajo 12 mmHg en 9.

Conclusión: La GTV produce una disminución significativa de la PBEEI, lo que podría explicar la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico en estos pacientes, probablemente debido a la resección de las fibras oblicuas a nivel del fondo y cardias.

CIRUGÍA BARIÁTRICA: 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Drs. J.I. Fernández, L. Ibañez, G. Perez, C. Boza, A. Escalona, A. Raadtz, F. Pimentel, R. Funke, E.U. D. Turiel, Dr. S. Guzmán.

(Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La obesidad se ha convertido en una epidemia mundial. En Chile, la obesidad afecta a un 22% de la población y la obesidad mórbida a un 1,3%. Actualmente la cirugía bariátrica es la única alternativa que ha demostrado una baja de peso y resolución de comorbilidades significativa a largo plazo. El objetivo de este trabajo es analizar el desarrollo y evolución de la cirugía bariátrica en nuestra institución desde sus inicios hasta la actualidad.

Material y Métodos: Se analizaron los datos de la base de datos prospectiva de cirugía bariátrica desde 1992 hasta junio del 2008. Se incluyeron en el análisis datos demográficos, resultados quirúrgicos, %EWL y resolución de comorbilidades.

Resultados: Desde el año 1992 hasta junio del 2008, se realizaron 3162 procedimientos bariátricos. Estos incluyen 760 bypass gástricos con técnica abierta (BPG), 1754 bypass gástricos laparoscópicos (BPGL), 421 gastrectomías en manga laparoscópicas (GM), 201 bandas gástricas ajustables (BGAL), 14 revisiones de BPG, 7 BPGL distales y 5 BPG distales. La serie completa presenta una mortalidad del 0,06% y 0% considerando sólo procedimientos laparoscópicos. El IMC promedio fue de $43,3 \pm 6,8$ Kg/m² en el grupo de BPG, $40,3 \pm 5,2$ Kg/m² en BPGL, $35,9 \pm 4,3$ Kg/m² en GM, y $36,1 \pm 4,4$ Kg/m² en BGAL. Se obtuvo un %EWL al año de 85,7% con el BPG, un 92,7% con el LGBP laparoscópico, un 85% con la GM y un 61,3% con la BGAL.

Conclusiones: La cirugía bariátrica resulta ser una terapia segura y efectiva para el tratamiento de la obesidad mórbida en un centro universitario de alto volumen. La selección de la técnica quirúrgica más adecuada para cada paciente, aún es materia de discusión y estudio.

EFFECTOS DE LA OMENTECTOMIA ASOCIADA A GASTRECTOMIA VERTICAL SOBRE LOS CAMBIOS METABOLICOS EN PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA

Drs. Carbajal Ramiro, Palacios Néstor, Orrego Jorge, Mena Victor, Orellana Arturo, Lombardi Emilio, Vargas F., Portanova Michel.

(Servicio de Cirugía Gástrica . Departamento de Cirugía General, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima Perú)

Antecedentes y Objetivos: Con el propósito de comparar los cambios metabólicos de la omentectomía asociada a gastrectomía vertical

Material y Metodos: Se realizó un estudio prospectivo en 60 pacientes con obesidad mórbida desde el año 2005 a la actualidad. Los grupos fueron comparables teniendo 17 varones y 43 mujeres con edades entre los 18 y 65 años (promedio 43 años). Se midieron concentraciones séricas de glucosa, Hemoglobina glicosilada, insulina, colesterol total, triglicéridos y mediciones de presión arterial y peso corporal a los 3, 6, 12, 24 y 36 meses luego de realizárseles gastrectomía vertical. Los pacientes fueron distribuidos en dos grupos: Grupo A: Gastrectomía vertical abierta y omentectomía (30) y Grupo B: Gastrectomía vertical Laparoscópica (30). Los datos fueron expresados en promedios y desviación estándar al 95%. Las diferencias entre los datos continuos fueron analizadas con t de Student para comparaciones pareadas y las diferencias entre proporciones y variables categóricas fueron evaluadas con Chi cuadrado ($p < 0,05$)

Resultados: No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a datos basales. En el seguimiento no hubo diferencia entre los valores de promedio de pérdida de peso corporal e Índice de masa corporal. Hubo una mayor y más rápida mejoría en los datos del grupo con omentectomía. Después del procedimiento la tasa de mejora de los valores de glicemia, insulina y trigliceridemia fueron mayores en el grupo de omentectomizados. La mejora de la diabetes fue mayor en omentectomizados (66.6 % vs 50 %). Las reducciones de concentraciones de colesterol total y de HDL no mostraron variaciones significativas y la hipertrigliceridemia (73.3 vs 46.5%), la presión arterial se normalizó en 50% vs 43.3%. Entre los omentectomizados requirieron relaparotomía 13.33% por sangrado severo (3 casos) y un caso por fistula gástrica (3.33%). Se tuvo 13.3% de reganancia de peso leve en el grupo de no omentectomizados. No se tuvo mortalidad en ningún grupo.

Conclusiones: La Omentectomía asociada a gastrectomía vertical tiene un efecto favorable sobre los parámetros metabólicos en pacientes obesos, por lo que podría tomarse en cuenta como alternativa de tratamiento.

Seccional: TEMAS LIBRES CIRUGÍA BARIÁTRICA

CATETER VENOSO CENTRAL CON ACCESO PERIFÉRICO EN CIRUGÍA DE LA OBESIDAD

Drs. Gabriel Martínez de Aragón Remírez de Esparza, Cándido Martínez Blázquez, Jose M^o Vitores López, Valentín Sierra Esteban, Juan Valencia Cortejoso, Irune Esquiroz Carballo.

(Hospital Txagorritxu, Vitoria, España)

Los pacientes obesos mórbidos tienen un abordaje venoso difícil, más aun, el abordaje venoso central. El catéter central es muy útil, tanto en el manejo operatorio como en el postoperatorio. Permite la infusión de sueros y medicación, el control de PVC y la extracción de muestras sanguíneas sin necesidad de nuevas punciones. Hasta ahora utilizábamos la punción de las venas yugular interna, subclavia o femoral, con sus riesgos inherentes (Neumotórax, punción arterial, infección, imposibilidad,...) Con la utilización de la técnica de acceso periférico se han minimizado los riesgos.

Estudiamos 150 pacientes consecutivos intervenidos de cirugía bariátrica a los que se les ha colocado un catéter Arrow de 2 luces calibre 16 y 60 cm. de longitud. A todos los pacientes se les coloco el catéter. No hubo infecciones. El catéter se retiró en el momento del alta hospitalaria. Una paciente con trombofilia presentó una trombosis venosa profunda de la vena subclavia el día 16 del postoperatorio que requirió tratamiento. No hubo otro tipo de complicaciones.

Consideramos una técnica de elección en cirugía bariátrica por ser sencilla y con pocas complicaciones.

SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A BYPASS GÁSTRICO SIN EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PREVIA

Drs. D. Adjemian, K. Papapietro, E. Diaz, A. Riffo, D. Montt, L. Marín.

(Unidad de Nutrición Hospital Clínico Universidad de Chile)

Antecedentes: Mundialmente se acepta que el manejo de la obesidad es multidisciplinario, especialmente en obesos sometidos a cirugía bariátrica. Esto implica un riguroso control por parte de los especialistas con mayor énfasis durante el primer año de la cirugía.

Objetivos: Evaluar la curva ponderal de los pacientes sometidos a bypass gástrico sin evaluación nutricional ni de salud mental y la adherencia a los controles postoperatorios.

Materiales y Métodos: Se analizaron datos de 25 pacientes operados de bypass gástrico el año 2005 que no tuvieran evaluación nutricional ni de salud mental preoperatoria del HCUCH. Se registró: IMC pre y postoperatorio, delta peso y número de controles nutricionales.

Resultados: El IMC preoperatorio fue 40,4±3,9 kg/m² y se alcanza el IMC mínimo al año de operados (27,2±4,3kg/m²). La pérdida máxima fue de 36,8±13,9 kilos. Se observó reganancia de peso llegando a un IMC de 33,4±4,4kg/m². Catorce pacientes no asistieron a controles nutricionales el primer año y sólo cuatro asistieron a tres controles. A partir del segundo año, 22 pacientes no asistieron nunca a controles.

Conclusiones: La baja de peso que se logra el primer año depende de la restricción provocada por la cirugía más que de los controles nutricionales. La mala adherencia a los controles postoperatorios podría explicar la reganancia de peso y posibles déficits vitamínicos y de minerales reportados en la literatura

ALTA UTILIDAD DE PREGABALINA EN EL MANEJO DE DOLOR POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA

Drs. M. C. Cabrera Schulmeyer, J. De la Maza, C. Ovalle, C. Farías, E.U.I. Vives, M. A Cumsille.

(Hospital Clínico Fuerza Aérea de Chile y Universidad de Valparaíso)

Introducción: El manejo del dolor agudo luego de una cirugía bariátrica laparoscópica requiere considerar a pacientes obesos que en general tienen un umbral menor al dolor postoperatorio y en que los efectos adversos de los opioides pueden ser especialmente deletéreos como son la presencia de náuseas, vómitos y depresión respiratoria. Como parte de una terapia analgésica multimodal, se investiga el uso de pregabalina.

Objetivos: Demostrar que la adición de pregabalina al tratamiento de dolor agudo postoperatorio mejora eficacia analgésica y disminuye el consumo de morfina de rescate.

Material y Método: De manera prospectiva, aleatorizada y doble ciega se estudian pacientes obesos sometidos a derivación gastroyeyunal o gastrectomía en manga laparoscópica. El grupo pregabalina recibió 150 mg por vía oral 2 horas previo a la cirugía. El grupo placebo recibió una tableta de similares características en el mismo horario. Durante el intraoperatorio se administró una dosis

de ketoprofeno de 100 mg y al finalizar la cirugía 0,1 mg por Kg de peso ideal de morfina EV. En su postoperatorio se indicó ketoprofeno 300 mg en infusión a 10 ml por hora y bolos de morfina de rescate. Se consignó la presencia de dolor (EVA), consumo de morfina de rescate e incidencia de efectos adversos por 24 horas (náuseas, vómitos, retención urinaria, alteraciones neurológicas y depresión respiratoria).

Resultados: 47 pacientes fueron estudiados, 72 % mujeres, con edad promedio de 38 ± 12 años y peso $104,54 \pm 18,97$ kg. En 23 pacientes del grupo pregabalina y 24 pacientes del grupo control, se demostró un significativo menor consumo de morfina, $9,3 \pm 9,4$ mg del grupo pregabalina versus $23,6 \pm 9,4$ mg del grupo control en 24 horas ($p < 0,01$). La evaluación de dolor (EVA) por horario en las primeras 24 horas también fue significativamente menor en el grupo pregabalina. La incidencia de náuseas y vómitos fue un 21 % menor en el grupo pregabalina como así el consumo de fármacos antieméticos de rescate.

Conclusión: El uso de pregabalina como parte de una terapia analgésica multimodal es exitosa y genera beneficios para los pacientes como son una adecuada eficacia analgésica (bajos valores de EVA) y una clara disminución del uso de morfina.

CONTENIDO MINERAL ÓSEO EN PACIENTES CON BYPASS GÁSTRICO

Drs. K. Papapietro, D. Adjemian, Nut. A. Riffó y E. Díaz. (Unidad de Nutrición. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Santiago, Chile.)

Introducción: El bypass gástrico provoca disminución en la biodisponibilidad de calcio y vitamina D y pérdida de peso importante. Todos factores de riesgo para desarrollar osteopenia (bajo contenido mineral en el hueso).

Objetivo: Evaluar la densidad mineral ósea (DMO) en pacientes sometidos a bypass gástrico con evolución mayor a 1 año.

Método: Se evaluó la DMO con densitometría (DEXA), en 74 pacientes. Resultados: En 70 mujeres y 14 hombres, edad promedio 43 años, se encontró disminución de la DMO en 22/74 (30%). El 25,6% correspondió a osteopenia (T: -1 a -2,49) y 4% a osteoporosis (T<-2,5).

Conclusión: La osteopenia es frecuente en pacientes sometidos a bypass gástrico. Estos resultados refuerzan la necesidad de vigilar la ingesta de alimentos, fuentes de calcio y suplementar en caso necesario calcio farmacológico permanente para alcanzar una absorción adecuada.

DROTRECUGIN EN COMPLICACION POSTOPERATORIA DE BY-PASS GASTRICO.

Drs. Guangiroli Marcelo, Leiria Mario, Molina Juan, Villagra Facundo, Bishels Emilia, Pagano Carolina, Leitner Wanda. (Centro Integral de Tratamiento de Obesidad- Clínica Pasteur- Neuquén - Argentina.)

Antecedentes y Objetivos: El síndrome de sepsis resulta de la respuesta inflamatoria y procoagulante generalizada del huésped, a una infección. La Proteína C

Recombinante Humana Activada (rhAPC) o Drotrecogin alfa (activado) como tratamiento en sepsis severa, limita la respuesta inflamatoria endotelial mediada por la generación de Trombina y reduce la mortalidad; esto último no ha sido demostrado en pacientes con APACHE < 25, ni evaluado en pacientes con peso mayor a 135 kg. Se presenta un caso de paciente con shock séptico como complicación de cirugía de Obesidad Mórbida, tratado con rhAPC.

Material y método: Un caso clínico con shock séptico en posoperatorio complicado de By pass gástrico.

Resultados: Paciente masculino de 47 años; peso: 161 kg; IMC: 51,5; con Hipertensión Arterial, Diabetes tipo 2; cursando 1° día posoperatorio de by-pass gástrico por laparoscopia, presenta perforación de intestino delgado con peritonitis difusa. Evoluciona con shock séptico y falla multiorgánica (acidosis metabólica con hiperlactacidemia, hipoxemia severa y fallo renal). APACHE: 23 y SOFA: 8. Expansión con cristaloisdes, inotrópicos y asistencia respiratoria mecánica. Antibioticoterapia con Imipenem. Reintervención quirúrgica. Se realiza tratamiento con Drotrecogin Alfa activado endovenoso. Rescate de Escherichia Coli en líquido abdominal. Evoluciona favorablemente de cuadro séptico con restitución de función renal, descenso de lactacidemia, sin complicaciones hemorrágicas. Seguimiento quirúrgico con tratamiento de fistula con sistema de vacío continuo. Actualmente en día 300 de seguimiento por cirugía bariátrica.

Conclusiones: El tratamiento del shock séptico en este paciente con APACHE < 25 y peso mayor 135Kg resultó efectivo y seguro.

EMBARAZO LUEGO DE BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX.

Drs. J.I. Fernández, J. Salinas, Int. C. Weiss, J.A. Iglesias, Drs. C. Boza, A. Escalona, A. González, S. Urzúa, E.U. D. Turiel, Dr. G. Pérez.

(Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El 2,3% de la población femenina chilena sufre obesidad mórbida, encontrándose la mitad en edad fértil. Actualmente la cirugía bariátrica es el tratamiento más efectivo disponible para el manejo de la obesidad mórbida. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados del embarazo, parto y del recién nacido, de pacientes sometidas a bypass gástrico en Y de Roux (BPGYR).

Material y Métodos: Se analizaron datos demográficos, cambio de peso durante el embarazo, desenlace del parto, complicaciones maternas y neonatales de pacientes sometidas a BPGYR.

Resultados: Un total de 32 pacientes sometidas a BPGYR (11 con técnica abierta y 21 con técnica laparoscópica), presentaron 36 embarazos, con una edad promedio de $34,8 \pm 5,8$ años e IMC de $27,9 \pm 4,4$ Kg/m². Los embarazos se produjeron en promedio a los 27 meses postoperatorios; 16 de estos (44%) antes de los 18 meses postoperatorios. El incremento de peso promedio fue $8,5 \pm 7,1$ Kg. En sólo 4 embarazadas (5%) se produjo baja

de peso. En 5 embarazos (15%) se produjeron complicaciones maternas. La resolución de 24 embarazos (67%) fue mediante cesárea. Se registraron 32 partos de término (89%) y 4 partos de pretérmino (11%). El peso promedio de los recién nacidos (RN) fue de 3164±574grs., observando 5 RN (14%) con peso menor a 2500 grs. (cuatro prematuros y uno con RCIU) y sólo uno (2,8%) mayor a 4000grs.

Discusión: Los resultados del embarazo, parto y del RN son seguros y satisfactorios en la mayoría de las pacientes sometidas a BPGYR.

EXPERIENCIA PERSONAL EN BYPASS GÁSTRICO: REPORTE DE 1000 CASOS

Drs. L. Rodríguez, E. Reyes, J. Saba, O. Isla, C. Nilo, J. Muñoz, F. Carrasco, P. Arias.
(Hospital Dipreca - Centro Clínico de la Obesidad)

Introducción: Se presentan 1.000 casos consecutivos de Bypass gástrico (BG) realizados por el autor entre Junio de 1994 y Diciembre de 2007. Método: Se revisa retrospectivamente fichas clínicas de pacientes sometidos a BG, registrándose el índice de masa corporal (IMC), peso inicial, pérdida de exceso de peso, morbimortalidad, resolución de comorbilidades y tiempo operatorio.

Resultados: Se realizaron 1.000 BG, 307 por laparotomía y 693 por laparoscopia. Distribución por género: 59% mujeres, 41% hombres. Edad promedio: 40,2 años. El peso e IMC promedio fueron de 104,3 kg y 39,2 respectivamente. Tiempo quirúrgico promedio: 121 minutos; BG abierto (BGA): 134 minutos, BGL:105. Estadía hospitalaria promedio: 3,4 días, BGA: 5,6 , BGL: 2,8. Conversión: 1,73%. Mortalidad postoperatoria precoz: 0,2%, tardía: 0,1%. Complicaciones globales:10,2%; BGA: 15%, BGL: 7,5%. Reoperaciones: 3,4%, principalmente por hernia incisional en la serie de BGA. La pérdida de exceso de peso al año postoperatorio fue de 82,3%, a los 2 años fue de 86,7% y a los 5 años de 86,3%. Las comorbilidades se mejoraron o resolvieron en un 87,5% para la Hipertensión arterial, un 99% para Dislipidemia, un 89% para la DM tipo 2, un 100% para la Resistencia a insulina y un 58% para la Apnea obstructiva del sueño.

Conclusiones: Los resultados presentados son comparables con estudios nacionales e internacionales

GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA (LSG) EN PACIENTES CON IMC MENOR A 35, RESULTADOS INICIALES

Drs. Marcos Berry, Rodrigo Villagrán, Patricio Lamoza, Lionel Urrutia.
(Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica, Clínica Las Condes)

Introducción: La LSG tiene cada vez mayor indicación para el tratamiento de la obesidad y sus comorbilidades. Sus resultados han ampliado su indicación a grupos con IMC más bajos asociados a comorbilidades como procedimiento único.

Objetivos: Evaluar la pérdida de peso, seguridad

y resolución de comorbilidades de este procedimiento en pacientes con IMC bajo 35.

Material y Método: Estudio prospectivo, no randomizado, consecutivo, pacientes intervenidos entre Enero y Octubre de 2008. Registramos: Edad, Peso, IMC, Comorbilidades, Complicaciones, Pérdida de Exceso de Peso, Seguimiento 6 meses.

Resultados: 42 pacientes. 31 Mujeres, 11 Hombres. Edad 41,4 (16-62)años. Peso 89±9.6 (71.5-115)kg. Comorbilidades más frecuentes: Hígado graso, Alteraciones del metabolismo de los Carbohidratos, Hipertensión arterial. Número de patologías promedio 3.5±1.1(1-6) por paciente. Tiempo operatorio promedio 93.9±20.7(60-150)min.

Complicaciones 0%. IMC preop 32.9±1.1 (29-34)Kg/m² . IMC Postop: 25.9±0.3 p<0.0001, EBML% 88.9±22 (32.2-123.3)%. Glicemia Preop: 96.6± 2.14, Postop 86.7±3.3 p=0,03.

Insulinemia Preop: 16.3± 1.4 Post op: 8.03±1.5 p=0.02 Col Tot Preop: 200.6±5.8, Col tot post op: 184±10.1 p=0.2 NS. Trigliceridos Preop: 160.4±12.1 Trigliceridos Postop: 117.2±13.6 p=0.1 NS. Presión Art Sist preop: 122.8±1.4 post op: 111.6±2.4 p=0.0005. Presión Diast Preop: 79.0±1.3 Postop: 70.7± 2.3 p=0.003. Número medicamentos Preop: 1.15±0.2 Postop: 0.09±0.06p<0.0001.

Conclusiones: En obesidad moderada la LSG presenta una excelente pérdida de exceso de peso, reducción significativa de comorbilidades y de requerimientos medicamentosos. La Gastrectomía en manga es un procedimiento seguro en pacientes con obesidad moderada. Se requiere mayor tiempo de seguimiento.

IMC ADECUADO TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA. (Oral)

Dr. Aniceto Baltasar
(Hospital de Alcoy. España)

Introducción: El IMC = Kg / m² es el método más útil para medir obesidad. El Porcentaje Perdido del Exceso del Índice de Masa Corporal (PPEIMC) mide resultados en pacientes operados. El PPEIMC se basa en la premisa de un IMC-25, pero no es correcto para todos los pacientes operados pues es fácil en pacientes obesos mórbidos con IMC iniciales bajos (<50) y difícil en superobesos con IMC >50.

Objetivo del trabajo: Obtener un IMCA de forma objetiva para cada individuo dependiendo del IMC inicial con el que se operó y que sea independiente de su sexo, raza o estatus social.

Pacientes y Método: 135 pacientes, con IMC entre 35-70, operados de Cruce duodenal por obesidad mórbida y con un seguimiento mínimo de 3 años. Método estadístico de regresión lineal para obtener una fórmula que calcule el IMCA para cada paciente operado. "Adecuado" es Apropiado a las condiciones, circunstancias u objeto de algo, según el Diccionario de la Academia Española de la Lengua.

Resultado: La fórmula IMCA= IMC Inicial x 0.33 + 14. Si aplicamos el IMCA individualizado en vez de la constante de IMC-25, el PPEIMC mediano es de 99.48 (rango: 76.75-110.46).

Conclusión: Éste resultado sugiere que la aplicación individual del IMCA estima con mayor fiabilidad el éxito o fracaso de las operaciones bariátricas.

PERDIDA DEL EXCESO DE PESO: BYPASS GÁSTRICO V/S GASTRECTOMÍA EN MANGA

Drs. Almada M. J., Sosa Gallardo N., Herrero Maía., Sosa Gallardo C., Simón C.
(CTOM Bariátrica Córdoba- Argentina)

Introducción: La obesidad constituye una epidemia en los países del primer mundo. Lamentablemente, el tratamiento conservador (dieta, ejercicio y medicación), logra una modesta reducción del 10% del peso corporal con una altísima tasa de recidiva. Estos resultados generaron la alternativa de la cirugía bariátrica para el tratamiento de la obesidad.

El objetivo del tratamiento quirúrgico de la Obesidad mórbida tiene como finalidad mejorar las comorbilidades y la calidad de vida de los pacientes, mediante la reducción del exceso de peso y su mantenimiento a largo plazo.

Objetivo: Conocer el porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP) en pacientes con obesidad mórbida, sometidos a cirugía bariátrica, tras dos años de seguimiento.

Sujeto y método: Se estudiaron retrospectivamente 180 pacientes (45 hombres y 135 mujeres) de 43.5 años de edad media (15 - 68) a los que se les practicó Cirugía Bariátrica (90 Bypass gástrico y 90 Gastrectomía en manga). Se procedió al control de parámetros antropométricos: IMC y cálculo del %EPP, que se le realizaron antes de la Cirugía y a los 24 meses post quirúrgicos.

Resultados: Se logró tras dos años de Bypass gástrico y Gastrectomía en manga una pérdida del exceso de peso del 71.4 - 61.8 % promedio para ambos sexos respectivamente.

Conclusión: Con la Cirugía Bariátrica se logra un % de EPP mayor al 60% a los dos años post quirúrgicos con diferencia según la técnica. El Bypass gástrico ofrece mejores resultados en la disminución y mantenimiento del descenso ponderal.

RELACION ENTRE INGESTA NUTRICIONAL, GASTO ENERGÉTICO Y REDUCCIÓN DE PESO CORPORAL HASTA UN AÑO POST BYPASS GÁSTRICO

Drs. Inostroza J., Carrasco F., Rojas P., Ruz M., Codoceo J., Rebollo A., Basfi-fer K.
(Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Hospital Clínico, Universidad de Chile).

Introducción: La ingesta alimentaria y el gasto energético de reposo (GER) ameritan ser analizados en pacientes obesos mórbidos post bypass gástrico (BPG), considerando su probable valor predictivo en la reducción de peso.

Objetivo: Relacionar la reducción de peso con ingesta alimentaria y GER en pacientes sometidas a BPG.

Método: 58 mujeres (edad 36,4±9,9 años, IMC 45,2±4,6 kg/m²) fueron evaluadas previo al BPG, a los 6 y 12 meses postoperatorios. Se evaluó: peso, ingesta de alimentos (registro de tres días) y GER (calorimetría indirecta).

Resultados: (promedio±d.e.): El % de pérdida del exceso peso (%PEP) al mes 6 fue 56,9±10,1% y aumentó significativamente al mes 12 (70,2±13,4%). Al comparar entre cuartiles de %PEP, al mes 6 y 12, la ingesta energética (10,9±3,7 y 13,9±3,4 kcal/kg), carbohidratos (111,4±35,0 y 131,4±37,7 g.), proteínas (0,54±0,2 y 0,68±0,2 g./kg.) y % de adecuación de ingesta calórica (46,2±15,6 y 54,9±16,8%) no mostraron diferencias significativas. El cuartil mayor de %PEP al mes 12 (>77,6%) presentó un GER/kg al mes 12 significativamente mayor que los 3 cuartiles con menor %PEP. El GER/kg al mes 6 y 12 se correlacionó positivamente con el %PEP al mes 6 (p<0,01) y mes 12 (p<0,001). Hubo correlación negativa entre IMC y %masa grasa iniciales con %PEP en ambos periodos (p<0,001 mes 6 y p<0,05 mes12).

Conclusiones: Un mayor IMC y % de masa grasa inicial predice en esta serie una menor pérdida del exceso de peso. Una mayor reducción del exceso de peso se observó en mujeres con mayor gasto energético postoperatorio, y no se relacionó con parámetros alimentarios.

Financiado por proyecto FONDECYT 1040765.

RESULTADOS DE GASTRECTOMIA EN MANGA LAPAROSCOPICA: 185 CASOS.

Drs. Marcos Berry, Rodrigo Villagrán, Patricio Lamoza, Lionel Urrutía, Héctor Coñoman
(Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica, Clínica las Condes)

Introducción: La Gastrectomía en manga laparoscópica es una técnica nueva en el tratamiento de la Obesidad, con cada día mayor importancia e indicación.

Objetivo: Evaluar resultados, en cuanto a seguridad, efectividad en pérdida de peso y resultados a mediano plazo.

Material y Método: Estudio prospectivo, pacientes sometidos a Gastrectomía en Manga Laparoscópica en Clínica Las Condes, entre Abril de 2006 y Noviembre de 2008. Identificamos: Sexo, Edad, Peso, Talla, IMC, Exceso de Peso, Comorbilidades, Cirugía Asociada, Tiempo operatorio, Complicaciones, Conversión, Porcentaje de exceso de peso perdido en el seguimiento postoperatorio.

Resultados: Fueron sometidos a cirugía 185 pacientes. Del grupo estudiado: 56 de sexo masculino y 88 de sexo femenino, Edad fue de 39±10.8años(16-70). Peso preoperatorio 99.4±15(71.5-170) kg. IMC preoperatorio 36.3±4.1(28-52). Exceso de peso 30.5±12.3(8.4-84.4). En 20 pacientes se asoció otro procedimiento. El tiempo operatorio fue de 95.8±20.2(60-150) minutos. 5 pacientes presentaron complicaciones (2,7%). No fue necesario la conversión en ningún caso. La pérdida de exceso de peso según IMC ideal, a los 6 y 12 meses, fue de 77.2±24.2(26.1-123.4) y 92.6±31.1(41.9-155.5)%, respectivamente.

Conclusiones: La Gastrectomía en manga, como procedimiento único para el tratamiento de la obesidad, demostró ser un procedimiento seguro, con muy baja morbilidad y sin mortalidad en nuestra serie. La pérdida de peso fue satisfactoria, con una pérdida de exceso de peso mayor al 70% a los 6 meses y al 90% a los 12 meses. Aún se requiere análisis con mayor tiempo de seguimiento.

RESULTADOS MATERNOS Y NEONATALES DE PACIENTES EMBARAZADAS LUEGO DE BYPASS GÁSTRICO V/S. EMBARAZADAS SIN CIRUGÍA BARIÁTRICA PREVIA

Drs. J.I. Fernández, J. Salinas, Int. C Weiss, J.A. Iglesias, Drs. C. Boza, A. Escalona, A. González, S. Urzúa, E.U. D. Turiel, Dr. G. Pérez.

(Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile).

Introducción: La obesidad es un factor de riesgo conocido para complicaciones maternas y resultados neonatales adversos. La cirugía bariátrica pudiera reducir algunas de estas complicaciones; sin embargo, podría aumentar el riesgo de alteraciones en el desarrollo fetal. El objetivo de este trabajo es comparar los resultados del embarazo, parto y del recién nacido (RN), de pacientes sometidas a bypass gástrico en Y de Roux (BPGYR), con los de pacientes sin cirugía bariátrica previa.

Material y Métodos: Se analizaron datos demográficos, cambio de peso durante el embarazo, desenlace del parto, complicaciones maternas y neonatales, de pacientes sometidas a BPGYR. Se compararon con los embarazos de las mismas pacientes, previo al BPGYR; y con los partos registrados durante el año 2007 en nuestro centro, en pacientes sin cirugía bariátrica previa.

Resultados: 32 pacientes sometidas a BPGYR, presentaron 36 embarazos, con una edad de 34.8 ± 5.8 años e IMC de 27.9 ± 4.4 Kg/m². Previo al BPGYR, 14 pacientes habían presentado 25 gestaciones. Luego del BPGYR disminuyó significativamente el incremento de peso y la incidencia de macrosomía; sin embargo se registró un mayor número de cesáreas. Al comparar con los resultados de 1467 pacientes sin cirugía bariátrica, se observó un menor incremento de peso materno en el grupo BPGYR, y no hubo diferencias en cuanto a diabetes mellitus gestacional y macrosomía. El porcentaje de cesáreas y RN de bajo peso fue significativamente mayor en el grupo BPGYR, sin traducirse en problemas neonatales.

Discusión: El BPGYR permite embarazos con resultados aceptables, logrando disminuir algunas complicaciones maternas y neonatales.

BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO SIMPLIFICADO

Drs. O. Isla, L. Rodríguez, J. Saba, F. San Miguel, M. Galvao, A. Ramos.

(Hospital Dipreca y Centro Clínico de la Obesidad. Santiago Centro Quirúrgico de la Obesidad, Viña del Mar, Hospital El Pino, Santiago, Gastro Obeso Center, Sao Paulo).

Introducción: El Bypass Gástrico es la cirugía de elección para el tratamiento de la obesidad mórbida. Su reproductibilidad es difícil debido a la diversidad de técnicas existentes.

Objetivo: Evaluar los resultados de un grupo de Cirujanos entrenados en forma sistemática en bypass gástrico laparoscópico con técnica estandarizada.

Método: Un grupo de cirujanos del Hospital Dipreca fue entrenado sistemáticamente en la técnica de Bypass Gástrico Laparoscópico Simplificado (BGLS). Luego, dos cirujanos, de Viña del Mar y Hospital del Pino (HP) se entrenan de igual forma en Hospital Dipreca. Análisis retrospectivo de fichas clínicas de 425 pacientes

sometidos a BGLS entre Noviembre de 2001 y Diciembre de 2007. Hospital Dipreca: 280, Viña del Mar: 75, HP: 70.

Resultados: Tasa de conversión global: 1.2%; Dipreca: 1.07%, Viña: 1.33% y HP: 1.4%. IMC global bajó de 42.3 a 28.4. Dipreca de 44.3 a 28.8; Viña de 41.8 a 28.4 y HP de 40.8 a 28.0. Tiempo quirúrgico global: 130 minutos; Dipreca 110; Viña 150 y HP 140. Estadía hospitalaria: 3,2 días; Dipreca: 3.27, Viña: 3.04 y HP: 3.09. Reoperaciones 1.65%; Dipreca: 1.43%, Viña: 1.33% y HP: 2.86%. No hubo mortalidad.

Conclusión: El entrenamiento sistematizado en BGLS permite una transición segura con disminución de la curva de aprendizaje.

BYPASS GÁSTRICO Y GASTRECTOMÍA VERTICAL: CURVA DE APRENDIZAJE, BAJA DE PESO Y CALIDAD DE VIDA

Drs. W. Awad, A. Garay, C. Martínez, V. Oñate, I. Turu, J. Yarmuch.

(Hospital Clínico Universidad de Chile. Integramédica)

Antecedentes: El bypass gástrico laparoscópico (BPGL) tiene una larga historia, con buenos resultados. La gastrectomía vertical (GV) ha despertado gran interés entre los cirujanos bariátricos como una alternativa a la banda gástrica y recientemente al BPGL. Objetivo: comparar la curva de enseñanza, complicaciones, %baja exceso de peso (%EWL) y calidad de vida (QOL) en BPGL y GV.

Método: seleccionamos los primeros 100 BPGL (Grupo A) efectuados entre 1997-1999 y las primeras 100 GV laparoscópicas (Grupo B) efectuadas los años 2006 a 2007. Ambos grupos eran comparables en cuanto a edad, sexo, IMC y comorbilidades. Evaluamos en ambos grupos %EWL y QOL usando BAROS II. Se analizaron los cambios en comorbilidades y complicaciones durante la curva de aprendizaje.

Resultados: % EWL a los 3 meses, fueron 35 y 36, a los 6 meses 55 y 56, a los 12 meses, 73 y 71 y a los 24 meses 83 and 90 respectivamente, todas diferencias no significativas. ($p > 0.05$). BAROS similar en ambos grupos. Fístula se produjo en 6% and 4,5% respectivamente, no significativo. Las comorbilidades tuvieron similar evolución en ambos grupos.

Conclusiones: Ambos procedimientos tienen un buen %EWL, QOL y evolución de comorbilidades a dos años de seguimiento. Las complicaciones y curva de aprendizaje son similares en ambos grupos aun cuando es el mismo equipo que ya tenía una gran experiencia en el BPGL, con pocas complicaciones al momento que iniciamos la GV. La filtración en la GV es usualmente en la parte alta de la línea de grapas, lo que no es nuestra experiencia en el BPGL, aún cuando la sección y sutura de la parte alta se hace de la misma forma. Puede ser que el píloro juegue algún papel aumentando la presión en la GV. Actualmente preferimos reforzar la línea de grapas con una sutura continua invaginante.

CONVERSIÓN DE BANDA GÁSTRICA (LAGB) A GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA (LSG). PRESENTACIÓN DE 9 CASOS.

Drs. Marcos Berry, Rodrigo Villagrán, Patricio Lamoza, Lionel Urrutia.

(Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica, Clínica las Condes)

Introducción: Las principales indicaciones para cirugía revisional, en el caso de LAGB incluyen: problemas

de la banda, tales como deslizamiento o mal funcionamiento del tubo-reservorio, dilatación esofágica o del pouch proximal, baja de peso inadecuada y mala adaptación. En la mayoría de los casos se requiere un nuevo procedimiento para obtener la baja de peso esperada.

Objetivos: Evaluar resultados peri y postoperatorios de cirugía de conversión de LAGB a LSG.

Material y Método: Estudio prospectivo. Pacientes sometidos a cirugía laparoscópica simultánea de Retiro de Banda Gástrica y LSG. Entre Junio de 2007 y Noviembre de 2008. Registramos Edad, IMC Prebanda, EWL% post banding, IMC preoperatorio, Causa de conversión, Tiempo quirúrgico, Complicaciones postoperatorias y pérdida de exceso de peso a 6 meses.

Resultados: 9 pacientes, 5 mujeres y 4 hombres. Edad promedio: 39.5 (20-50) años. IMC prebanda 36.9 ± 3.1 (33.1-40.8). Tiempo entre LAGB y LSG 3.5 ± 0.6 años. Indicación de cirugía: baja de peso inadecuada (8 casos, EWL% 10.9 ± 13.1 [0-34]) acompañada de maladaptación (5 casos), 1 caso de mal adaptación con adecuada EWL% (78.9%). IMC Preoperatorio: 34.2 ± 3.7 (28-41) Kg/m². Promedio EW: 25.6 ± 9.3 (8.4-38.8) kg. Tiempo operatorio: 127 ± 33.5 (60-165) min. Complicaciones 0%, IMC postop: 28.1 ± 2.2 (25-31.2). mortalidad 0%. EWL promedio a 6 meses 17.2 ± 7.9 (5.7-29.4) kg y EBML% 67 ± 18.2 (42.5-100.2)%.

Conclusiones: La indicación más frecuente de retiro de banda gástrica corresponde a baja de peso insatisfactoria. El procedimiento laparoscópico de retiro de banda y LSG simultáneo demostró ser seguro, con una baja de peso satisfactoria en el corto plazo. Aún son necesarias series con seguimiento a largo plazo.

DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA DE SCOPINARO EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA SUPER-OBESIDAD EN PACIENTES NO EUROPEOS

Drs. Carbajal Ramiro, Palacios Nestor, Orrego Jorge, Mena Victor, Lombardi Emilio, Vargas, F. Portanova Michel (Servicio de Cirugía Gástrica . Departamento de Cirugía Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú)

Antecedentes y Objetivos: Se denomina superobesidad al paciente que tiene un IMC mayor de 50, Se realiza un estudio de seguimiento de pacientes sometidos a Derivación Biliopancreática de Scopinaro entre el periodo de 2003 a 2008. Se analizan los resultados de pérdida de peso y complicaciones postoperatorias de los primeros 60 casos de nuestra serie. Los parámetros analizados son la pérdida de peso en kilogramos, el porcentaje de pérdida de exceso de peso, la caída del IMC, el porcentaje de IMC perdido y el porcentaje de exceso de IMC perdido. Se han analizado las complicaciones tanto en el postoperatorio inmediato como a largo plazo, clasificándolas en complicaciones mayores y menores. Es evaluada la calidad de vida según BAROS.

Resultados: Con un IMC medio preoperatorio de 56.8 y con un seguimiento del 72% a 24 meses para el global de la serie, la pérdida media de peso a los cinco años de la intervención es de 69 kg; con una pérdida porcentual del exceso de peso del 87% y una porcentaje de exceso de IMC perdido de 84%. Se ha evidenciado 2

casos de fracasos ponderales al seguimiento. La tasa de complicaciones en el postoperatorio para el global de la serie ha sido de un 40%, complicaciones tardías un 62%, complicaciones mayores un 36,2% y complicaciones menores un 67,8%. Las complicaciones más frecuentes fueron seromas (40%), infección de sitio quirúrgico: 15%, Evisceraciones (25%), diarrea: 15%, 20% de flatulencia exageradamente fétida, hipoalbuminemia leve (10%). Desnutrición severa (10%), se relaparotomizaron 4 pacientes para reubicación de asa. Un caso de desnutrición severa falleció por insuficiencia hepática. La calificación BAROS fue de 7.1.

Conclusiones: Asegurado el seguimiento a largo plazo, aporte proteico adecuado, la derivación biliopancreática de Scopinaro podría considerarse como técnica de elección en los pacientes con IMC mayor a 50.

ENTRENAMIENTO EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA AVANZADA PARA CIRUJANOS GENERALES: UN MODELO EFECTIVO.

Drs. Gamboa C., Boza C., Salinas J., Devaud N., Awruch D., Escalona A., Pérez G., Funke R., Crovari F., Ibañez L. (Departamento de Cirugía Digestiva. Laboratorio de Cirugía Experimental. Pontificia Universidad Católica de Chile).

Introducción: El entrenamiento en modelos de adquisición de destrezas ha reducido el tiempo de aprendizaje para cirugía laparoscópica avanzada y cirugía bariátrica. El objetivo de este trabajo fue desarrollar y evaluar un modelo de entrenamiento inanimado en cirugía laparoscópica avanzada.

Material y Método: Se efectuó un curso de entrenamiento de cirugía laparoscópica avanzada, realizado en el Hospital Clínico UC entre los años 2007-2008. Participaron 33 cirujanos generales. Se entregó las nociones teóricas de la realización de una yeyuno-yeyuno anastomosis latero-lateral con stapler lineal y sutura manual. Se utilizó intestino delgado de porcino llenado con una solución espesa y fijado a una caja de entrenamiento, donde practicaron los cirujanos durante 14 horas. Se realizó evaluación al inicio y término del curso en cerdos, donde fueron grabados los procedimientos y evaluados en doble ciego. Los parámetros evaluados fueron el tiempo total del procedimiento, score general y específico del procedimiento según escala validada (OSATS). Se utilizó correlación de Pearson o Spearman.

Resultados: Se observó correlación significativa entre la evaluación inicial y final realizada en porcino, luego de entrenamiento en modelo inanimado, para el tiempo total, score general y específico del procedimiento. El tiempo total al inicio y final del curso fue 35,2 13,2 y 24,3 10,5 minutos ($p < 0,01$). Score del procedimiento general al inicio y final del entrenamiento fue 10,3 3,1 y 15,1 4,0 ($p < 0,01$). Score del procedimiento específico fue 7,5 2,6 y 11,5 3,2 ($p < 0,01$).

Conclusión: La anastomosis yeyuno-yeyunal en caja de entrenamiento demuestra ser una buena herramienta para mejorar las destrezas técnicas en cirugía bariátrica.

ESTUDIO COMPARATIVO DEL USO DEL DRENAJE EN LA GASTRECTOMÍA VERTICAL SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA (GVSL)

Drs. Juan Eduardo Contreras, Diva Villao, Jorge Bravo, Marco Ceroni, Alberto Maldonado, Ismael Court, Julio Nuñez y Carlos Carvajal.

(Departamento de Cirugía Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Unidad de Cirugía Bariátrica. Clínica Santa María).

Introducción: La GVSL es una de las cirugías más utilizadas para el tratamiento de la obesidad debido a su efectividad y seguridad. Se reporta tasas de filtración y sangrado precoz alrededor de 1% y 0,5%, respectivamente. La utilidad del drenaje para la detección de estas complicaciones está en discusión.

Objetivos: 1) Evaluar la necesidad del uso del drenaje en la GVSL. 2) Determinar la utilidad del drenaje en la GVSL para la detección de una complicación intraabdominal precoz.

Material y Método: Estudio prospectivo randomizado entre Junio de 2007 y Noviembre de 2008, en el que se incluyen los pacientes que cumplen los criterios de la NIH, evaluados por un equipo multidisciplinario. Se excluyen los pacientes con antecedentes de cirugías bariátricas, alteraciones de la coagulación o la realización de una cirugía abdominal asociada a la GVSL. Se consignan los datos epidemiológicos, tiempo de hospitalización, días de uso del drenaje, débito total del drenaje, EVA, infección del sitio quirúrgico, complicaciones postoperatorias y satisfacción. El análisis estadístico fue realizado con test de Fisher y t de student, considerando significancia estadística con valor $p < 0,05$.

Resultados: Conforman el estudio 130 pacientes, 72 (55%) con drenaje. Distribución por sexo: 43 (59,7%) mujeres con drenaje, 34 (59,6%) mujeres sin drenaje. Edad promedio: 39 años (DE 10,1) en los pacientes con drenaje y 39,7 años (DE 9,4) en los pacientes sin drenaje ($p=0,775$). IMC promedio: 40,3 (DE 5,5) en los pacientes con drenaje y 37,5 (DE 4,4) en los pacientes sin drenaje ($p=0,003$). Días de hospitalización promedio: 4,91 (DE 0,9) con drenaje y 4,38 (DE 0,8) sin drenaje, lo que es estadísticamente significativo ($p=0,0013$). La EVA en las 24, 48 y 72 hrs no tiene diferencia estadística entre los grupos ($p=0,42$; $p=0,41$; $p=0,58$). El drenaje se retiró en promedio a los 4,7 días (DE 1,3 días). El débito del drenaje es 171,5 cc (DE 114). No se observaron complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: No es necesario el uso del drenaje en la GVSL debido a que no se observan beneficios claros en el grupo de pacientes estudiado. Su uso aumenta el tiempo de hospitalización y discomfort del paciente. No se puede determinar la utilidad del drenaje para la detección de una complicación intraabdominal debido a la ausencia de complicaciones en esta serie.

ESTUDIO COMPARATIVO DEL USO O NO USO DE LA SUTURA DE LA LINEA DE STAPLER EN GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA.

Drs. Juan Eduardo Contreras, Jorge Bravo, Diva Villao, Alberto Maldonado, Julio Nuñez, Carlos Carvajal.
(Departamento de Cirugía Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Unidad de Cirugía Bariátrica. Hospital Salvador).

Introducción: La gastrectomía en manga es uno de los procedimientos bariátricos aceptados para la reducción de peso. Este procedimiento es técnicamente

más fácil que otros. Técnicamente no habría consenso en cuanto al beneficio de sutura invaginada en la línea de stapler de la gastrectomía.

Objetivos: Evaluar el beneficio de esta sutura, evaluando morbi-mortalidad y tiempo quirúrgico de este procedimiento.

Material y Método: Estudio prospectivo desde junio/2007 a enero/2008 en pacientes sometidos a gastrectomía en manga laparoscópica en Hospital del Salvador. Fueron randomizados en 2 grupos, con sutura invaginante (grupo A = 7 pacientes) y sin esta (grupo B = 5 pacientes).

Resultados: Ambos grupos son comparables en promedio de edad (41,1 versus 44,4 años), promedio IMC (43,1 versus 43,6 Kg/mt²); entre grupos A y B respectivamente.

Tiempo quirúrgico promedio entre grupos A y B (100 versus 82 minutos). Mayor morbilidad en grupo sin sutura invaginante (40% versus 0%) debido a que 2 pacientes con hemoperitoneo por un sangrado en la línea de stapler de la gastrectomía; ambos fueron resueltos por vía laparoscópica sin mortalidad. Estas complicaciones prolongaron el tiempo de hospitalización en el grupo B (5,2 versus 3,8 días).

Conclusiones: Hay diferencia estadística significativa en la morbilidad post-operatoria entre grupos. Se consideró ético suspender el estudio luego del segundo caso de hemoperitoneo en pacientes del grupo B, desde entonces el beneficio de la sutura en la línea de stapler de la gastrectomía para garantizar una apropiada hemostasis fue demostrada. Esta sutura no muestra una gran variación en el tiempo operatorio.

GASTRECTOMÍA EN MANGA-TECNICA DE ELECCIÓN EN UN HOSPITAL PÚBLICO GRATUITO.

Drs. C. E. Simon, N. Sosa Gallardo, M. Sanchez, M. J. Almada, C. Sosa Gallardo.

(Servicio de Cirugía-Probicor-Hospital Córdoba, Argentina).

Introducción: En Septiembre del 2004 se inició un programa de Cirugía Bariátrica Gratuito, en el Hospital Córdoba (Hospital Público).

Teniendo acceso a este programa, pacientes de la provincia de Córdoba, sin cobertura social, entre 21 y 65 años y un IMC entre 40 y 65.

El equipo multidisciplinario se capacitó en dos centros internacionales.

Comenzamos operando Banda Gástrica y luego By-Pass Gástrico, con técnicas abiertas y laparoscópicas. Hace 3 años empezamos a realizar Gastrectomía en Manga, comprobando la efectividad, resultados y costos; lo que nos llevó a incorporarla como procedimiento de elección en nuestro programa público.

Metodos: se realizaron 83 Gastrectomías en Mangas convencional y laparoscópica a 21 pacientes masculinos y 62 femeninas.

Resultados: Fueron ampliamente satisfactorios, a pesar de haber tenido una mortalidad (deshicencia de sutura) y distintas complicaciones que no son motivo de esta presentación. Nuestros beneficios fueron numerosos: es más económica (mas cirugías a igual presupuesto); menos tiempo operatorio; menos compleja (realizan residentes avanzados); menor riesgo en pacientes de alto IMC; menores complicaciones intra y postoperatorias; recuperación más rápida.

Teniendo buenos descenso del IMC, pérdida del exceso de peso, más del 60% y remisión satisfactorias de morbilidades. Nos lleva a un control médico menos estricto y menos costoso.

Conclusiones: Creemos después de tres años que la decisión fue correcta, mejoramos la mortalidad, morbilidad y calidad de vida de estos pacientes al ofrecer una técnica más accesible a las posibilidades de recursos, materiales, edificaciones y humanos.

GASTRECTOMÍA EN MANGA ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA COMPLICACIONES - REVISIÓN DE 153 PACIENTES

Drs. N.Sosa Gallardo, M. Herrero, M. J. Almada, C. E. Simon, M. Sanchez, C.Sosa Gallardo

(Centro de Tratamiento de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas (CTOM), Bariátrica Córdoba, Argentina).

Introducción: a medida que la cirugía bariátrica adquiere popularidad, los procedimientos son realizados preferentemente en forma laparoscópica, por sus menores complicaciones y rápida recuperación.

La Gastrectomía en Manga (GM) surgió como un primer paso del cruce duodenal en los pacientes superobesos. A pesar que la GM parecería ser un procedimiento, eventuales complicaciones pueden ocurrir.

Metodos: Entre Diciembre del 2005 y del 2008 se les practicó GM a 153 pacientes; a 88 Gastrectomía en Manga Abierta (GMA) y a 65 Laparoscópica (GML)

Resultados: Intra operatoriamente la GMA, presento 3(3.4%) complicaciones: 1 esplenectomía y 2 hemorragias (vasos cortos); la GML 6 (9,1%) ,1 dehiscencia, 1 sección de la bujía. 1 esplenectomía, 2 filtraciones y 1 hemorragia del trocar, todas solucionadas en la cirugía. En el postoperatorio inmediato (<15 días) la GMA, tuvo 13(14.7%) complicaciones: 2 fistulas, 3 hemorragias, 2 epiploitis o flemón, 5 neuropatías y 1 evisceración. Se reintervinieron 2(evisceración y hemorragia), fallecieron 2 pacientes.

En la GML 4 complicaciones (6.15%): 2 hemorragias controladas, 1 hematoma de pared y 1 absceso intra-abdominal, ninguna reintervención y falleció 1 paciente. En el postoperatorio mediato 2 fistulas que se trataron médicamente y 1 flemón en la GMA y en la GML 1 estenosis.

Conclusiones: En nuestra experiencia la mayoría de las complicaciones se presentaron en la GMA y durante la curva de aprendizaje. Es por ello que pensamos que la GML podría representar un nuevo estándar para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida.

GASTRECTOMÍA EN MANGA CON BYPASS ENTERAL: UNA NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD, RESULTADOS A 4 AÑOS.

Drs. Alamo M., Sepúlveda C., Gellona J., Astorga C. (Departamento de Cirugía, Universidad Diego Portales, Programa Magíster Salud Pública, Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital Dipreca)

Introducción: El objetivo de esta investigación es presentar los resultados de una técnica quirúrgica mixta, propia de los autores, denominada Gastrectomía en manga con Bypass Enteral (SGEBP). *Material y Método:* 130 pacientes (99 mujeres y 31 hombres) con IMC >40 kg/m²

o IMC >35 kg/m² con comorbilidades, fueron sometidos a una SGEBP entre el 2004 y el 2008. La técnica consiste en un gastrectomía en manga, para luego realizar un bypass enteral a 30 cm. del ángulo de treitz, dejando un asa desfuncionalizada de 300 cm (Y de Roux). *Resultados:* El IMC y Peso Pre Operatorio promedio fue de 40,8 + 4,7 kg/m² y 109,8 ± 16,9 Kg. A los 48 meses, se registró una baja promedio del exceso de peso de 65,5% ± 15,5; alcanzando un IMC y peso promedio de 28,4 ± 4,8 kg/m² y 72 ± 17,1 kg respectivamente, para el mismo periodo. Ningún paciente presentó dumping. Las tasas de mejoría de las comorbilidades asociadas superan el 85%. Las morbilidades registradas fueron: dehiscencia de sutura gástrica, hemoperitoneo, filtración entero anastomosis, entre otras. La mortalidad fue del 0,7%.

Conclusión: La Gastrectomía en manga con bypass enteral, es una técnica mixta, segura y efectiva, con tasas de baja de peso y mejoría de comorbilidades similares a otras técnicas. Tiene algunas ventajas, como la ausencia de dumping y diarrea. Además al no existir un by pass del duodeno, permite la absorción fisiológica de hierro y el acceso diagnóstico y/o terapéutico a la ampolla de Vater.

GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA, UNA VISIÓN CRÍTICA.

Drs. J. Saba, L. Rodríguez, O. Isla, E. Reyes, J. Muñoz, C. Nilo, P. Arias (Centro Clínico de la Obesidad, Santiago).

Introducción: La Gastrectomía Vertical (GV) es desarrollada en EEUU en 1988. La GV es un procedimiento restrictivo utilizado para el manejo de la obesidad mórbida. No existe una técnica quirúrgica estandarizada ni resultados postoperatorios uniformes. Sumado a la carencia de estudios de buena calidad y de resultados a largo plazo, se hace necesario un análisis crítico de la literatura.

Material y Método: Búsqueda en MEDLINE, Pubmed, EMBASE, LILACS, Scielo y Cochrane Library. Trabajos publicados en los congresos de mayor importancia de la especialidad. Criterios de inclusión: estudios con más de 10 casos, IMC>35. Variables consideradas: porcentaje de exceso de peso perdido (%EWL), morbimortalidad, tiempo quirúrgico, aspectos técnicos, estadía hospitalaria y resolución de comorbilidades.

Resultados: Total: 3066 pacientes. Sólo 3 de los estudios analizados fueron prospectivos y randomizados. Tiempo operatorio: 30 a 550 minutos. Tamaño de la sonda de calibración: 29 a 60 French. Volumen de la manga gástrica: 50 a 200 ml. Estadía hospitalaria: 1 a 59 días. El seguimiento más prolongado fue de cinco años con 24 casos. El %EWL a un año: 33% a 83%. Complicaciones postoperatorias: 0 a 16%, mortalidad promedio: 0.6%.

Conclusión: La GVL es una técnica factible y segura; sin embargo, no está estandarizada, no hay resultados más allá de 5 años, ni estudios de buena calidad. No podemos asegurar éxito en el largo plazo.

REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y OBESIDAD: ESTRATEGIA QUIRÚRGICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA.

Drs. I. Braghetto, L. Gutiérrez, A. Csendes, O. Korn, A. Sauré, H. Valladares. (Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: En la literatura y en un reciente meta-análisis, se concluye que la enfermedad por Reflujo

Gastroesofágico (ERGE) con esofagitis crónica y Barrett es entre 1.25 a 3 veces más frecuente en pacientes con diverso grado de obesidad.

Se ha planteado que estos pacientes pueden tener exitosos resultados con tratamiento quirúrgico que cumpla con el doble objetivo de tratar el reflujo y mejorar los índices de obesidad.

El objetivo del presente trabajo es presentar la estrategia quirúrgica y sus resultados en pacientes con distinto grado de severidad de la ERGE que presentan obesidad grado I-II y obesidad mórbida.

Se incluyen 26 pacientes estudiados con endoscopia, manometría, biopsia, monitoreo de pH de 24 horas, de los cuales 8 presentan esófago de Barrett extenso y esofagitis; 6 pacientes con esofagitis y/o Barrett con IMC < 35 y 12 pacientes con esofagitis sin Barrett con IMC < 35 a los cuales se les indicó cirugía bariátrica.

Resultados: Los 8 pacientes con obesidad mórbida y Barrett asociado se indicó Gastrectomía casi total (95%) con gastroyeyunostomía asa larga laparoscópica, en los 6 pacientes con esofagitis y Barrett con índice < 35 se realizó calibración cardial más cierre de pilares más gastropexia posterior más vagotomía selectiva más gastrectomía subtotal tipo A-D (60-75%) más gastroyeyuno anastomosis en Y de Roux con asa larga (120 cm) y en 12 pacientes con esofagitis sin Barrett se efectuó cirugía antireflujo más gastrectomía vertical tubular distal. En todos los pacientes con Barrett y GST 95% +GY Y Roux asa larga desaparecieron los síntomas de reflujo y los índices de obesidad han mejorado significativamente en el seguimiento. Los pacientes sometidos a cirugía antireflujo más Gastrectomía subtotal distal presentan un comportamiento similar en cuanto a control de la esofagitis y presentan mejoría progresiva de los índices de obesidad. Los pacientes sometidos a Cirugía antireflujo y Gastrectomía en manga distal refieren desaparición de la sintomatología, regresión de la esofagitis y han bajado en promedio 10Kg., disminución de 4 puntos en el IMC en el primer mes de control y posteriormente han presentado un patrón similar a los pacientes con gastrectomía en manga. No se tienen resultados a más largo plazo.

Conclusión: los pacientes con EGE que presentan diverso grado de obesidad deben ser evaluados y sometidos a diversas opciones quirúrgicas de acuerdo a su IMC.

BYPASS GÁSTRICO DISTAL COMO TÉCNICA REVISIONAL

Drs. Cándido Martínez Blázquez, Gabriel Martínez de Aragón Remírez de Esparza, Kepa Latorre García, Juan Valencia Cortejoso, Jose M^a Vitores López, Valentín Sierra Esteban, Irune Esquiroz Carballo.
(Hospital Txagorritxu, Vitoria, España)

Introducción: La Cirugía Bariátrica, en general, se ha mostrado efectiva en la pérdida de peso y en el mantenimiento en el tiempo del sobrepeso perdido (SPP) en un porcentaje elevado de los pacientes. Sin embargo, dependiendo de la técnica quirúrgica, entre un 10-20 % de pacientes no consiguen una pérdida de peso según criterios de éxito (IMC<35 y más del 75% de los pacientes estén con más del 50% de SPP).

Descartadas las complicaciones relacionadas con la técnica y reevaluado el paciente desde el punto de vista psicológico-conductual, esta indicada la realización de una cirugía que incremente la pérdida de peso.

Revisamos 20 pacientes reintervenidos a Bypass gástrico

distal tras fracaso de gastroplastia (9 casos) y bypass gástrico (11 casos) a los 5 años. Ambas técnicas fueron realizadas por laparotomía ó por laparoscopia. El bypass se realiza con asa común de 100 cm.

Nuestros resultados son: la pérdida de peso con el bypass distal es menor en la cirugía revisional que en el bypass empleado en cirugía primaria (SPP 62 % versus 82%). Diferencias significativas en SPP entre el bypass gástrico y gastroplastia hasta la cirugía de revisión (45.75 versus 28.71) y muy significativas a los 5 años en efectividad cuando el B.G.D. se practica asociado a técnica restrictiva (Gastroplastia), que cuando se asocia a bypass standard. (SPP 55% versus 9.83%) (U de Mann Whitney) A la vista de estos resultados, coincidentes con lo publicado en la literatura, a los pacientes superobesos en los que el By-pass gástrico standard pueda quedarse corto ¿Deberíamos realizar by-pass distal ó una técnica restrictiva (sleeve) seguida de bypass?.

BYPASS DUODENO-YEYUNAL LAPAROSCÓPICO (LDJB) COMO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2) EN PACIENTES NO OBESOS. EXPERIENCIA INICIAL

Drs. M. Berry, P. Lamoza, L. Urrutia, H. Coñoman, R. Lahsen, R. Villagrán
(Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica, Clínica las Condes)

Introducción: Todas las técnicas quirúrgicas bariátricas resuelven la DM2 de 73% a 98%, entre los días o semanas después de la cirugía. LDJB se ha propuesto como una alternativa de tratamiento para T2DM en pacientes no obesos.

Objetivos: Confirmar LDJB como un nuevo tratamiento para DM2 en pacientes no obesos
Pacientes y Métodos: 11 pacientes DM2 sometidos a un LDJB. Técnica quirúrgica: transección del duodeno 2 cm. distal al piloro, anastomosis duodeno-yeyunal, asa biliopancreática de 150 cm, 100 cm de asa alimentaria. Todos los pacientes están tomando metformina por al menos 6 meses después de la cirugía.

Resultados: 10 Hombres, 1 Mujer. Edad media: 45 años (34-54). Promedio de años de DM2: 5 (1-10), 2 pacientes usuarios de insulina, IMC Preop 28,7 (26,8-31), IMC Postop: 6 meses 27,5(27-27,9), glicemia Preop en ayunas 165 (128-251), Post-op de glucosa en sangre en ayunas: 1 mes 113,9(95,5-130). 3 meses: 129(101-165). 6 meses: 108,5 (97 -120). Pre-op HbA1c: 8,3 (6,9 - 9,3), Post-op HbA1c: 1 mes: 6,6 (5,9-7,5), 3 meses: 6,86(6,1-8,4), 6 meses: 6,65(6,2-7,1). Tiempo operatorio: 150 min. Morbilidad: 1 fistula duodeno-yeyunal, gastroparesia 3 casos. 0% mortalidad.

Conclusiones: Estos primeros resultados son alentadores. Aunque estos datos preliminares son muy prometedores, como un tratamiento alternativo para la T2DM en pacientes no obesos, se necesita más seguimiento a largo plazo.

CONTROL DE LA DIABETES Y DISLIPIDEMIA EN PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD CLÍNICA SEVERA

Drs. Carbajal Ramiro, Palacios Néstor, Orrego Jorge, Mena Victor, Lombardi Emilio, Vargas F., Dr. Portanova Michel.

(Servicio de Cirugía Gástrica . Departamento de Cirugía Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú)

Introducción: Para analizar los resultados obtenidos a 5 años de seguimiento con la aplicación de

protocolo de tratamiento quirúrgico de la obesidad clínica severa.

Se estudia a los primeros 300 pacientes intervenidos quirúrgicamente mediante las técnicas de colocación de banda gástrica ajustable (40), manga gástrica (40), derivación biliopancreática de Larrad (160) y Derivación Biliopancreática de Scopinaro (60). Se analizan los cambios en la comorbilidades metabólicas diabetes y perfil lipídico.

Resultados: Valorados individualmente los obesos mórbidos se obtiene un 71,8% de resultados excelentes, un 19,1% buenos y un 9,1% de fracasos, y los superobesos un 57,1% excelentes, un 28,7% buenos y un 14,2% de fracasos. En las técnicas restrictivas el 60% de los pacientes diabéticos e hipercolesterolémicos normalizan las concentraciones plasmáticas de glucosa y colesterol y sus fracciones, controlándose sin medicación el 60,5% de los hipertensos modificaciones que varían con el tiempo de seguimiento. Con la cirugía derivativa la tasa de mejora de la diabetes fue del 98%, La hipertrigliceridemia mejoró en un 81%, la hipercolesterolemia desapareció en todos los casos, la hipertensión arterial desapareció en 86% de los casos. El porcentaje de descenso de los valores de glucosa fueron de 33,5% a los 6 meses de 45,2 a los 12 meses y 46,1% a los 24 meses. La insulina mejoró en sus niveles en 46,2% a los seis meses 60,6% a los 12 meses y 62,5% a los 24 meses. La disminución de colesterol fue de 47,7%, 44,8% y 45,5% en cada periodo de corte, los triglicéridos mejoraron en 41% (6m), 57,8% (12m) y 58,2% (24 m). Se observaron diferencias significativas entre el grupo de pacientes con buena adhesión al tratamiento ($p < 0.05$).

Conclusiones: Con una correcta selección de los pacientes, adecuados estudio preoperatorio y seguimiento, un mantenimiento de unas normas dietéticas básicas y la suplementación con vitaminas y minerales, las técnicas de cirugía bariátrica son intervenciones que si bien favorecen la pérdida de peso, tienen mayor repercusión sobre la mejoría de las comorbilidades con control de la diabetes, dislipidemias, hipertensión arterial con lo que el paciente mejora significativamente el riesgo coronario y su calidad de vida.

GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA (LSG): RESULTADOS EN PACIENTES DIABÉTICOS OBESOS (DM2), COMO PROCEDIMIENTO ÚNICO.

Drs. Marcos Berry, Rodrigo Villagrán, Patricio Lamoza, Lionel Urrutia.

(Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica, Clínica Las Condes).

Introducción: La mayoría de los pacientes diabéticos tipo 2, sufren de obesidad. Existen claras evidencias del mejor control metabólico e incluso remisión de la DM2 tras Cirugía Bariátrica.

Objetivo: Evaluar seguridad y eficacia de la LSG en el control de la DM2, realizada como procedimiento único.

Materia y Método: Estudio prospectivo, no randomizado. Pacientes intervenidos entre Abril de 2006 y Julio de 2008. Tabulamos Sexo, Edad, Peso, IMC Preoperatorio, Niveles preoperatorios de: Glicemia en ayuna, Insulinemia, HbA1c; Tiempo Quirúrgico, Seguimiento a 6 meses, Porcentaje de Exceso de Peso Perdido, IMC Postoperatorio, Niveles de Glicemia Insulinemia y HbA1c. Tratamiento farmacológico pre y postoperatorio.

Resultados: 14 pacientes. 9 Mujeres. Edad 50.6 ± 12.7 (24-70) años. IMC Preoperatorio 38.3 ± 6.7 (31-51) Kg/m². Glicemia en Ayunas Preoperatoria 131.9 ± 17.6 (84-158) mg/dL Insulinemia preoperatoria 34.3 ± 24.5 (12-108) uU/mL HbA1c 7.1 ± 1.3 (5.5-9.5)%. Tratamiento farmacológico: monoterapia 9 pacientes, biasociado 4 y un paciente sin tratamiento previo. Tiempo quirúrgico 100.7 ± 22.3 (60-150) min. Complicaciones: 1 Sangrado Extraluminal, No hay reoperaciones., no hubo mortalidad. IMC postoperatorio a 6 meses 31.1 ± 6.3 (24.3-43.9) Kg/m². EBMI% 68.1 ± 29.4 (27.3-109)%. Glicemia Postoperatoria 96.7 ± 12.8 (72-119) mg/dL Insulinemia 14.2 ± 5.7 (6.9-22.2) uU/mL. HbA1c 5.5 ± 0.7 (4.4-6.1)%. 11 pacientes suspendieron medicamentos y 2 disminuyeron la dosis, el restante paciente no requirió tratamiento.

Conclusión: La LSG es un procedimiento seguro. Demostró ser efectivo en pacientes DM2 obesos en relación a la pérdida de peso y en el control metabólico con disminución significativa en niveles de Glicemia, Insulinemia y HbA1c.

GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA SIN SUTURA DE REFUERZO NI DRENAJE.

Drs. Fernando Maluenda, Juan León, Xabier De Aretxabala, Attila Csendes, Enrique Lanzarini.

(Departamento de Cirugía. Clínica Alemana, Departamento Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile).

Introducción: La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es una de las técnicas quirúrgicas utilizadas para el tratamiento de la obesidad. Esta nueva forma de realizar la gastrectomía, mediante el uso de sutura mecánica, permite introducir ciertos cambios en conceptos clásicos de cirugía digestiva, como es la necesidad de suturar y drenar. Nuestra hipótesis es que la no utilización de sutura de refuerzo ni de drenaje post GVL, es igualmente segura.

Método: Cuantificar la presencia de complicaciones postoperatorias mediante seguimientos clínico y radiológico post GVL. Después de un grupo inicial de 35 pacientes en que se usó sutura de refuerzo con PDS 3/0 continuo, se modificó la técnica, dejando de hacer sutura sobre la línea de corchetes. En los siguientes 66 pacientes consecutivos, sometidos a GVL, no se utilizó, ni sutura de refuerzo a la zona de gastrectomía, ni drenaje intraabdominal. IMC promedio de 37,6 Kg/ m² de superficie corporal (rango 32.8 - 67,6). Mediante 5 trócares (en 9 pacientes se uso solo 4) se inicia la gastrectomía desde 2 a 3 cm. proximal al píloro, usando 2 endoGIA de 80 mm. carga verde y 4 de 60 mm. carga azul, hasta llegar al ángulo de His visualizando y esqueletizando el pilar izquierdo. En todos los pacientes se tomó una biopsia hepática en cuña del segmento III al comenzar la intervención. A todos los pacientes se les realizó una Rx EED a las 48 hrs. del postoperatorio. Dados de alta a las 72 hrs. y control ambulatorio al 10º y 30º día.

Resultados: En todos los pacientes la radiografía mostró buen pasaje a distal y ausencia de filtraciones. Todos los pacientes recibieron alimentación líquida oral hipocalórica, después del control radiológico hecho a las 48 hrs. Un 95% de los pacientes fueron dados de alta a las 72 hrs. No hubo manifestaciones clínicas ni radiológicas de sangrado, filtración o estenosis en ningún paciente, en ningún momento de la evolución. Un 58% de los pacientes

mostraron evidencia de esteatosis y/o esteatohepatitis en la biopsia de hígado y el 74% presentó gastritis crónica en la biopsia de estómago resecaado.

Conclusión: Esta experiencia quirúrgica plantea la posibilidad que la GVL sin sutura de refuerzo ni drenaje, puede ser una opción técnica también segura, después de una curva de aprendizaje, en ciertos grupos con experiencia en cirugía gástrica.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA DIABETES MELLITUS 2 EN PACIENTES CON IMC < 35: RESULTADOS INICIALES DEL BYPASS GÁSTRICO MODIFICADO

(Drs. Enrique Lanzarini, Attila Csendes, Italo Braghetto, Fernando Maluenda, Luis Gutiérrez, A.M. Burgos, Owen Korn, Hanns Lembach, Juan Carlos Molina, Karin Papapietro, Rodolfo Lahsen

(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile).

Introducción: La Cirugía Bariátrica está formalmente indicada en obesos con IMC > 40 ó > 35 cuando existen comorbilidades asociadas. Los prometedores resultados demostrados en el control metabólico de los diabéticos con IMC > 35 han planteado su posible uso en diabéticos con obesidad leve o no obesos.

Objetivo: Reportar los resultados iniciales del bypass gástrico modificado en pacientes con Diabetes Mellitus 2 (DM2) con IMC < 35.

Material y Método: Protocolo prospectivo que incluye pacientes con DM2 con IMC < 35, sometidos a bypass gástrico modificado, con asa bilio-pancreática de 2mt y asa alimentaria de 1mt, desde agosto del año 2008. Resultados: Serie prospectiva compuesta por 11 pacientes con DM2, 5 hombres y 6 mujeres, con una edad promedio de 50,3 años, e IMC promedio de 31,7. El tiempo promedio de evolución de la DM2 fue de 5,2 años. El promedio de seguimiento postoperatorio es de 4 meses. En el preoperatorio la glicemia promedio fue de 175 mg/dl, todos usaban hipoglicemiantes orales, 4 de ellos 2 fármacos, y 2 pacientes usaban insulina. En la actualidad, el IMC promedio de la serie es de 27,1. Diez pacientes tienen glicemia normal y sin medicamentos, y sólo 1 paciente persiste con glicemia > a 126 y con 1 hipoglicemiante, aunque suspendió la insulina.

Conclusión: El bypass gástrico modificado parece ser un procedimiento efectivo en el control de la DM2 en pacientes con IMC < 35.

EVOLUCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS 2 EN PACIENTES CON IMC < 35 GASTRECTOMIZADOS Y RECONSTRUIDOS CON Y DE ROUX

(Drs. Enrique Lanzarini, Attila Csendes, Juan Carlos Molina, Hanns Lembach, Luis Gutiérrez, Maher Musleh.
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile)

Introducción: Ampliamente estudiada está la evolución de la Diabetes Mellitus 2 en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Además del control del peso, se ha demostrado sistemáticamente un adecuado control glicémico, una normalización de la insulinemia y hemoglobina glicosilada, efecto que podría estar dado por la exclusión del duodeno y yeyuno proximal.

Objetivo: Revisar la evolución de la Diabetes Mellitus 2 (DM2) en pacientes con IMC < 35 sometidos a gastrectomía total o subtotal con gastroyeyuno anastomosis en Y de Roux, en que se excluye el duodeno y parte del yeyuno proximal, por una indicación distinta a obesidad.

Material y Método: Estudio retrospectivo mediante revisión de fichas clínicas de pacientes diabéticos tipo 2 con IMC < 35, sometidos a gastrectomías y reconstruidos con Y de Roux, entre el 2002 y 2008, por indicación distinta a obesidad.

Resultados: De un total de 304 gastrectomizados, 54 eran diabéticos, y 19 cumplieron los criterios de inclusión, 11 hombres y 8 mujeres, con una edad promedio de 64 años, e IMC promedio de 28,7, todos con asa biliopancreática de 50 a 70 cms de largo. El tiempo promedio de evolución de la DM2 fue de 6,9 años. El promedio de seguimiento fue de 22 meses. En el preoperatorio 5 de ellos eran manejados con dieta, 13 con hipoglicemiantes orales y 1 con insulina. En la actualidad 16 pacientes se encuentran con glicemias normales y sin ningún fármaco, 2 tomando hipoglicemiantes orales y 1 con insulina. Conclusión: La exclusión del duodeno y parte del yeyuno proximal parece tener un rol importante en la remisión de la DM2 en pacientes no obesos mórbidos sometidos a este procedimiento.

BY PASS DUODENO-YEYUNAL EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA DIABETES MELLITUS 2

(Drs. Enrique Lanzarini, Attila Csendes, Italo Braghetto, Fernando Maluenda, Luis Gutiérrez, A.M. Burgos, Owen Korn, Hanns Lembach, Juan Carlos Molina, Karin Papapietro, Rodolfo Lahsen

(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile).

Introducción: En cirugía bariátrica se ha observado que la DM2 puede ser revertida. Los mejores resultados se han obtenido con el by pass gástrico y la derivación biliopancreática, que excluyen el duodeno y parte del yeyuno, así, el bolo alimenticio llega al yeyuno distal sin ser normalmente digerido, ésto trae como consecuencia un estímulo potente para la producción de incretinas, resultando en mayor secreción de insulina y remisión o mejoría de la DM2, lo que podría ser alcanzado en pacientes no obesos.

Metodología: Estudio prospectivo que incluye 11 pacientes con DM2, entre los 18 y 60 años, con IMC entre 25 y 30 Kg/mt², con Péptido C > 1 y estudio inmunológico negativo para diabetes, que fueron sometidos a un By pass duodeno yeyunal vía laparoscópica, desde enero del año 2008. Se analizaron los datos obtenidos en cuanto a remisión, mejoría y falla del tratamiento quirúrgico.

Resultados: Hasta Diciembre del 2008 se operaron 11 pacientes diabéticos tipo 2 no obesos, 10 hombres y 1 mujer, con edad promedio de 52 años, IMC promedio de 26 Kg/mt², con 8 y medio años de evolución en promedio, con glicemia preoperatoria promedio de 225 mg/dl, hemoglobina glicosilada promedio de 8,6. Con un seguimiento de 6 meses en promedio, 2 pacientes presentan remisión de la DM2, 8 mejoría y 1 fracaso. Cuatro pacientes

presentaron complicaciones postoperatorias, siendo la principal la paresia gástrica.

Conclusión: El By pass duodeno yeyunal produce mejoría en el control metabólico de los pacientes con DM2, pero se asocia a morbilidad importante, por lo que no lo recomendamos y hemos decidido terminar con su realización.

PANENDOSCOPIA ORAL PREOPERATORIA EN CIRUGIA BARIÁTRICA

Drs. Gabriel Martínez de Aragón, Ramírez de Esparza, Cándido Martínez Blázquez, Jose M^a Vitores Lopez, Valentín Sierra Esteban, Juan Valencia Cortejoso, Irune Esquiroz Carballo.

(Hospital Txagorritxu, Vitoria, España).

La panendoscopia oral está incluida en la guía de cirugía bariátrica de nuestro hospital como estudio preoperatorio rutinario. Para valorar la utilidad de esta

prueba, estudiamos los últimos 200 pacientes consecutivos a los que se les ha realizado cirugía bariátrica (173 mujeres y 27 hombres) entre 2005 y 2008. El IMC entre 38 y 61 Kg/m². El 88% tenían co-morbididades. A todos los pacientes se les realizó biopsia de antro gástrico.

100 pacientes presentaban gastritis crónica, 42 hernia de hiato, 6 duodenitis, 1 displasia moderada, 4 metaplasia intestinal y en 48 fue normal. 54 pacientes con gastritis presentaban Helicobacter pylori positivo.

En el paciente con displasia moderada se modificó la técnica del by-pass estándar practicando la resección del estómago excluido y a los pacientes con metaplasia intestinal se les realizó una gastrectomía tubular que nos permitirá realizar endoscopias de revisión.

Los hallazgos obtenidos justifican la realización de gastroscopia sistemática en todos los pacientes candidatos a cirugía bariátrica, con el objetivo de poder elegir el mejor y más seguro procedimiento quirúrgico.

Seccional: POSTER

CIERRE ASISTIDO POR VACIO EN FÍSTULA POSOPERATORIA.

Drs. Guangirolí Marcelo, Leiria Mario, Molina Juan, Villagra Facundo, Pagano Carolina, Leitner Wanda.
(Centro Integral de Tratamiento de Obesidad, Neuquén, Argentina).

Antecedentes y Objetivos: El cierre asistido por vacío (VAC), es un sistema no invasivo que favorece la cicatrización de las heridas aplicando presión negativa, protegiendo la herida y succionando exudado y material necrótico que inhibe la granulación. Consiste en la aplicación de una esponja de poliuretano, sellada con un plástico autoadherente al cual se lo perfora y coloca un tubo de aspiración continua, unido a una bomba con una presión de 125 mmHg

Material y métodos: aplicación sistema VAC a un caso clínico posoperatorio.

Resultados: Paciente masculino de 47 años; IMC: 51,5; antecedente de HTA, Diabetes tipo 2. El 15/1 /08 se realiza by-pass gástrico por laparoscopia, se reopera a las 48 horas detectándose peritonitis difusa por perforación de intestino delgado dejándose gastrostomía. Evolucionó con shock séptico. El 22/1/08 evisceración aguda, se coloca malla transitoria y el 27/1/08 se detecta fístula en cierre previos. Comienza aplicación de VAC concomitante nutrición enteral por gastrostomía. El débito por fístula es 500cc/día. El 15 /2 /08 se realiza cierre primario de misma. Mejora estado general, disminuyendo débito de la misma. Continúa curación con presión negativa, los bordes se aproximan paulatinamente, al tercer mes prácticamente cerrada. Se suspende terapia de VAC en mayo del 2008 con el paciente en su domicilio. Actualmente el peso 102 kilos IMC 32 sin ninguna medicación de enfermedades previas.

Conclusiones: el sistema es efectivo en manejo de heridas complejas en complicaciones agudas derivadas de cirugía del paciente obeso.

CIRUGÍA PARA EL REMODELAMIENTO CORPORAL EN PACIENTES CON PÉRDIDA MASIVA DE PESO.

Drs. Daniel Sokolowicz, Gustavo Rudy, Sergio Korzin, Eduardo Babor, Rafael Mirabal B, Alejandro Arosemena.
(Centro Uriburu, Universidad del Salvador. Buenos Aires, Argentina).

Introducción: Los beneficios obtenidos de la pérdida masiva de peso en los pacientes con obesidad mórbida no se pueden negar, pero esta pérdida masiva de peso trae como consecuencia múltiples deformidades estéticas y funcionales que se corrigen con la cirugía para el remodelamiento del contorno corporal.

Objetivos: Describir las características demográficas, las comorbilidades y la evolución clínica de los pacientes sometidos a cirugía para el remodelamiento del contorno corporal posterior a la pérdida masiva de peso.

Materiales y Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes sometidos a cirugía para remodelamiento corporal posterior a la pérdida masiva de peso en el periodo comprendido entre julio de 2006 y agosto del 2008. Los factores estudiados fueron el sexo, la edad, las comorbilidades de los pacientes, el índice de masa corporal(IMC) antes del inicio de tratamiento contra la obesidad, el IMC antes de la cirugía de remodelamiento corporal, el lapso de tiempo que transcurrió entre el inicio del tratamiento contra la obesidad mórbida y la primera cirugía de remodelamiento del contorno corporal, el número total de cirugías realizadas, los tipos de cirugía más frecuentes y las complicaciones.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes en el presente trabajo, a los cuales se le realizó un total de 56 cirugías para el remodelamiento corporal, la edad promedio fue 46 años y el sexo femenino fue el predominante, la cirugía que más se realizó fue la dermolipectomía abdominal y la complicación más frecuente fue el seroma.

Discusión: En este análisis se puede destacar la importancia de operar a los paciente con un IMC adecuado para obtener los mejores resultados estéticos y funcionales, a pesar de esto, en muchas ocasiones se necesitan múltiples retoques quirúrgicos debido a la deflación progresiva de los tejidos.

La mayoría de las secuencias de procedimientos quirúrgicos se iniciaron con la dermolipectomía abdominal, seguidas por las dermolipectomía de los miembros, por las mastoplastias y por último el tratamiento la región cervicofacial. En cuanto a las complicaciones cabe resaltar que las necrosis de ombligo estuvo asociada a las hemioplastias ventrales. Los seromas los cuales tuvieron alta incidencia se resolvieron con tratamiento conservador.

Conclusiones: La cirugía para el remodelamiento corporal posterior a la pérdida masiva de peso consiste en una serie de procedimientos que procura un objetivo estético y funcional en los pacientes ex obesos. Como todo procedimiento quirúrgico no esta exento de complicaciones pero en la mayoría de los casos el beneficio es mayor que los riesgos. La clave del éxito consiste en individualizar cada caso y secuenciar el tratamiento quirúrgico para reducir las complicaciones.

EVALUACIÓN PROGRESIVA DE LA CAPACIDAD PARA INGERIR ALIMENTOS DESPUÉS DE UN BYPASS GÁSTRICO

Drs. K. Papapietro, D. Adjemian. Nuts. A. Ríffo, E. Díaz
(Unidad de Nutrición. Hospital Clínico U. de Chile).

Introducción: El bypass gástrico es una técnica mixta de cirugía bariátrica, que incluye un componente restrictivo para la ingesta de alimentos, al reseca el estomago en más del 80%.

Objetivo: Evaluar la capacidad volumétrica de ingerir alimentos después del bypass gástrico. Método. En 50 pacientes sin complicaciones postoperatorias, se evaluó el volumen (en gramos y cc) de ingesta de alimentos durante una comida habitual, al alta, al mes y posterior a un año de la cirugía.

Resultados: Al alta, los pacientes ingirieron sólo alimentos semilíquidos en volúmenes menores a 100cc (rango 20 - 200cc). Durante el primer mes postoperatorio la capacidad aumenta a 200cc (rango 100 - 500cc) En todos los pacientes se observó aumento en la capacidad para ingerir porciones progresivamente mayores de alimentos sólidos y líquidos. Después de un año la mayoría de ellos ingiere más de 300gr de alimentos y 400cc de volumen durante una comida habitual.

Conclusión: El bypass gástrico inicialmente provoca una fuerte restricción en la capacidad para ingerir alimentos que cede en los meses siguientes a la cirugía y podría tener algún rol en la reganancia de peso de los pacientes.

FISTULA SLEEVE GASTRECTOMÍA. TRATAMIENTO CONSERVADOR

Drs. Guangirolí Marcelo, Molina Juan, Villagra Facundo, Pagano Carolina, Leitner Wanda.
(Centro Integral de Tratamiento de Obesidad, Clínica Pasteur, Neuquén, Argentina).

Antecedentes y Objetivos: La fistula de sleeve gastrectomía es una complicación que pone en riesgo la vida del paciente. La verdadera incidencia aún no es clara por escasos datos en la literatura. Los tratamientos son múltiples desde cirugía, nutrición parenteral, celantes de goma, stents, cierre endoscópico pero ninguno es totalmente efectivo.

Material y Método: Se presentan dos casos de fistula gástrica post manga gástrica con tratamiento conservador.

Resultados: Caso 1: paciente femenino de 58 años, IMC: 43; a las 48 horas postoperatorio por radiología se detecta fistula en tercio superior de sleeve, relaparoscopia cierre primario con vicril 3/0. Drenaje adecuado y antibióticos. Persiste fistula, se decide manejo conservador. Comienza con nutrición naso-enteral distal, ayuno por 10 días, débito drenaje 100cc/día. Progresión alimentación vía oral. Drenaje disminuye débito hasta el tercer mes donde se retira radiológicamente, observando dificultad pasaje tercio superior y medio de estómago y la endoscopia no demuestra estenosis.

Caso 2: paciente masculino de 29 años IMC: 55; evoluciona bien primera semana de cirugía, drenaje débito purulento escaso. A los 15 días comienza con taquicardia y fiebre, velamiento seno costodiafragmático, TAC demuestra absceso perigástrico, se realiza relaparoscopia y tratamiento del mismo, la fistula se drena adecuadamente en tercio superior, antibióticos, nutrición enteral con sonda distal. Progresión alimentación oral, débito de fistula disminuye gradualmente y se retira al tercer mes.

Conclusiones: El manejo conservador de la fistula con antibióticos, drenaje adecuado, alimentación enteral distal, progresión dieta oral y control débito del mismo es una opción para pacientes con fistula de manga gástrica.

INFLUENCIA DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA PREVIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA
Drs. P. Villalón, K. Papapietro, D. Adjemian, Nut. E. Diaz, A. Rizzo, Ps. D. Montt, L. Marín.
(Hospital Clínico Universidad de Chile)

Antecedentes: Existe consenso en la indicación de cirugía bariátrica para la obesidad severa. Se ha enfatizado el enfrentamiento multidisciplinario incluyendo el área psicológica.

Objetivos: Evaluar la curva ponderal 12 y 18 meses postoperatorio en pacientes con contraindicación psicológica relativa para ésta cirugía. Analizar la influencia en los resultados de la terapia psicológica previa.

Material y Método: Se revisaron datos de 140 pacientes operados entre 2005-2007 en el HCUCH con evaluación preoperatoria por el equipo de salud mental, 28 tuvieron alguna contraindicación psicológica relativa. 17/28 realizaron terapia psicológica hasta obtener pase operatorio, 11/28 fueron operados sin pase. Se registró en el preoperatorio índice de masa corporal (IMC) y patologías psicológicas preexistentes. En el postoperatorio se registró: curva ponderal y complicaciones.

Resultados: El IMC disminuyó de 43,6+5 a 29,5+5 kg/m² y 29+3,6 kg/m² a los 12 y 18 meses, respectivamente, sin diferencia significativa entre los grupos. No se encontró diferencia significativa en la baja de peso postoperatoria entre los pacientes con y sin antecedente de TCA, en la presencia de dumping y en las complicaciones.

Conclusiones: No se evidencian diferencias significativas en pérdida de peso entre pacientes con y sin preparación psicológica. Ambos grupos mantuvieron control postoperatorio multidisciplinario frecuente para refuerzo en cambios conductuales y psicoeducación, esto pudiera explicar la homogeneidad en la baja de peso.

PERDIDA DE PESO A CORTO Y MEDIANO PLAZO: GASTRECTOMÍA EN MANGA (GM) VS. BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE (BGA)"

Drs. Carlos Esquivel, Fernando Martínez, José María Foscarini.
(Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina).

Antecedentes y Objetivos: La GM y la BGA son dos técnicas quirúrgicas de menor morbimortalidad dentro de los procedimientos quirúrgicos bariátricos.

Objetivos: Determinar el descenso del peso, índice de masa corporal (IMC) y porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP), comparando estos dos procedimientos, a los seis meses y al año del postoperatorio.

Materiales y método: Estudio prospectivo, desde junio del 2004 hasta enero del 2008. IMC mayor o igual a 40 con/sin comorbilidades, o IMC de 35 a 39 Kg./m² con comorbilidades asociadas a la obesidad.

Resultados: n=95. BGA n = 40 y GM n = 45. Los pacientes sometidos a BGA presentaron una pérdida de peso a los seis meses de 21.41 kg con un IMC de 35.40 kg/m². El % EPP fue de 17.15%. A los doce meses postoperatorios el descenso de peso fue de 32.3 kg. El IMC fue de 32.66 kg/m². El %EPP fue de 25.75%. Los pacientes operados de GM presentaron una pérdida de peso a los seis meses de 27.68kg con un IMC de 35.51 kg/m². El % EPP fue de 21.71%. A los doce meses postoperatorios el descenso de peso fue de 34.91 kg, con un IMC de 32.89 kg/m². El %EPP fue de 27.29%.

Conclusión: para ambos procedimientos, el descenso de peso, descenso de IMC y %EPP obtenidos a corto y mediano plazo son similares. Se deberían reevaluar a largo plazo.

Seccional: VIDEO

CALIBRACIÓN CARDIAL + GASTROPEXIA POSTERIOR + CIERRE DE PILARES + GASTRECTOMIA SUBTOTAL DISTAL + VAGOTOMIA SELECTIVA + GASTROYEYUNOSTOMIA EN Y DE ROUX ASA LARGA, EN PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT Y OBESIDAD TIPO I.

Drs. Italo Braghetto, Owen Korn, Héctor Valladares, Luis Gutiérrez, Luis Brunet

(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Los pacientes con Esófago de Barrett operados con funduplicatura clásica (Nissen o Calibración Cardial) no presentan buenos resultados al seguimiento a largo plazo razón por la cual nuestro grupo ha sugerido el empleo de la técnica de supresión ácida y derivación biliar adicionado al procedimiento antirreflujo par reducir la recurrencia o progresión de la enfermedad. Muchos de estos pacientes además presentan diverso grado de obesidad. En pacientes con Esófago de Barrett confirmado y obesidad mórbida se ha sugerido el Bypass gástrico como técnica quirúrgica que cumple con el doble objetivo de tratamiento. En este video se presenta la técnica quirúrgica empleada para el tratamiento de pacientes con Esófago de Barrett con obesidad con IMC < 35 y sin patología asociada. Esta técnica ha sido indicada en 4 pacientes sin complicaciones y buenos resultados clínicos con regresión sintomática y con disminución del IMC progresivo.

CRUCE DUODENAL LAPAROSCÓPICO

Drs. A. Baltasar, M. Bengochea, R. Bou, C. Serra.
(Hospital de Alcoy. España)

Introducción: El Cruce duodenal es la más compleja y efectiva operación para la obesidad con componente restrictivo y malabsortivo.

Método: Utilizamos 4 trocares de 5 mm, uno de 10 para la cámara y uno de 12 para trabajo., todos ellos Termanian (Storz) reutilizables y mínimo costo. Para la manga gástrica devascularizamos toda la curvatura mayor con ultrasonido y grapamos desde píloro haciendo una manga de <50cc con bujía de 12 mm. Y sutura extra grapas de PDS 3/0. Se hace un túnel retro -duodenal y se divide con grapadora blanca a 3 cm de píloro. Se refuerzan las grapas con Sutra de PDS. Asa Común de 65 cm y Asa Alimentaria de 235 cm. Anastomosis T-L de asa biliopancreática a mano con PDS. Cierre de mesenterio. Paso de Asa alimentaria retrocólica y anastomosis monoplano T-T de duodeno-ileo. Se saca el estómago sin bolsa y se cierra el agujero de 12 mm con PDS y se dejan dos drenajes. El tiempo operatorio medio es ente 128-140 minutos. Resultados: alta al 2-3 día. 520 abiertos y 420 lap con 0.8 y 0.5% de mortalidad.

Conclusión: el cruce duodenal laparoscópico tiene menor morbi-mortalidad que el abierto

LAP DUODENAL SWITCH.

Baltasar, A., Bengochea M., Bou R. Serra C.,
(Alcoy Hospital)

Background: Lap BPD/DS (LDS) is the most complex elective bariatric operation with restrictive and malabsorptive components.

Method: We use 4 trocars of 5 mm, one 10 mm for the camera on the midline and a Working Trocar (WT) on the paramedian right upper quadrant all of them Termanian-type non-disposable at almost zero cost. The Sleeve Gastrectomy (SG) starts at the pylorus after complete devascularization of the whole greater curvature of the duodenum. A tunnel is created in between the posterior wall of the duodenum and the pyloric artery and a white loaded 6 cm stapler used to divide it. A Lembert running suture covers the stapes of the duodenum stump. A 12 mm bougie is used and 2 green firings are done at the antrum and the rest of the stomach divided with blue staplers. A running suture covers the stapler-line. Mean volume of the sleeve is 50 cc. The team changes position at the head of the table. The greater omentum is divided, the small bowel is measured from the Ileo-cecal valve (ICV) for 65 cm Common Limb (CL) and then up to 300 cm the mesentery is divided with ultrasound. The Bilio-Pancreatic Limb (BPL) is open and anastomosed end-to-side hand-sewn to the CL with two running sutures. The team changes position again and the Alimentary Limb (AL) is brought retro or antero colic and a end-to end Duodeno-Ileal Anastomosis (DIA) performed in one layers with PDS running sutures. Two drains and extraction of the stomach without bag plus closure of the WT opening are done. OR time runs 128-140 minutes.

Results: Patients are discharged on the 2-3 day. 520 DS were open and 420 LDS with 0.85 and 0.5% mortality. Conclusion: LDS can be done at lower mortality than the Open and slightly higher cost.

HALLAZGO DE MAL ROTACIÓN INTESTINAL DURANTE BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO.

Drs. L. Rodríguez, J. Saba, O. Isla, A. Perez, E. Reyes, J. Muñoz, C. Nilo, P. Arias
(Centro Clínico de la Obesidad, Clínica Indisa)

Introducción: La mal rotación intestinal (MRI) es una anomalía congénita que se desarrolla durante la cuarta y décimo segunda semana del embarazo, cuya incidencia

es 0,2-0,5% de la población adulta. La literatura en idioma inglés describe 7 reportes de MRI durante un by-pass gástrico laparoscópico (BGL). Presentamos un caso de MRI en un BGL.

Reporte del caso: Mujer de 37 años, obesa, IMC: 40. Al intentar identificar el ángulo de Treitz, no fue encontrado en la posición habitual. El duodeno no tenía porción fija y no cruzaba la línea media. El intestino delgado se encontraba al lado derecho del abdomen y el colon, al lado izquierdo. El asa biliar-pancreática permaneció en el hemiabdomen derecho y la gastroentero-anastomosis se realizó invertida, dejando el asa alimentaria descendiendo a la izquierda. No hubo necesidad de convertir. El paciente evoluciona satisfactoriamente.

Discusión: La MRI debe tenerse en consideración durante la exploración. Su manejo requiere de una mayor experiencia quirúrgica. La literatura reporta una alta tasa de conversión en MRI. Si es posible hacer el diagnóstico e implementar las modificaciones técnicas necesarias, no debiera haber un impacto en la morbilidad-mortalidad de estos pacientes.

Conclusión: La MRI es una condición que no impide la realización de un BGL.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA INTERNA DEL DELGADO EN BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO.

Drs. A. Garay, C. Martínez, V. Oñate, I. Turu, J. Yarmuch, W. Awad.

(Hospital Clínico Universidad de Chile, Integramédica)

Antecedentes: Paciente de 40 años operada de bypass gástrico laparoscópico hace 4 meses. Baja de peso muy adecuada. Hace un mes inicia dolores abdominales periódicos cólicos que ceden espontáneamente. Radiografía simple y TAC abdomen no son resolutivas. Se decide explorar por persistencia del cuadro con sospecha de hernia interna, obstrucción parcial, intermitente. En video se muestra la anatomía de la brecha mesenterial y la hernia interna intermitente causal de los síntomas.

TAENIA SAGINATA, HALLAZGO DURANTE BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

Drs. L. Rodríguez, J. Saba, O. Isla, E. Reyes, J. Muñoz, C. Nilo, P. Arias.

(Centro Clínico de la Obesidad, Santiago).

Introducción: La Taenia saginata (Ts) es un platelminto de la clase Cestoda, cuyos adultos se desarrollan en el intestino del ser humano. Su incidencia va de 2 a 5% de la población general. Se reporta un caso de Ts durante la realización de un bypass gástrico laparoscópico (BGL). La literatura no registra ningún caso de Ts en este contexto.

Relato del caso: Mujer de 53 años, obesa, IMC: 40, sometida a BGL. Durante el cierre de la brecha de la gastroyeyuno anastomosis, se evidencia la presencia de un platelminto emergiendo desde el yeyuno hacia la cavidad peritoneal, el cual es traccionado con pinza disectora obteniéndose una muestra de varias proglótidas que se extraen en bolsa de látex para estudio parasitológico diferido. Durante la realización de la entero-entero

anastomosis se observa nuevamente el platelminto. El estudio parasitológico demuestra que se trata de una Taenia saginata, por lo que el paciente recibe una dosis única de Praziquantel.

Discusión: Éste es el primer reporte del hallazgo de una Ts durante un BGL. Tradicionalmente estas parasitosis se asociaban a poblaciones con carencias nutricionales, por ello resulta curioso el hallazgo de una Ts en una paciente obesa que habita en una zona urbana del centro del país.

Conclusión: El hallazgo de un platelminto en un BGL es infrecuente y no altera el procedimiento quirúrgico.

ALARGAMIENTO INTESTINAL PARA LA MALNUTRICIÓN PROTEICA.

Drs. Baltasar A., Bengochea M., Bou R., Serra C.
(Hospital de Alcoy, España)

Introducción: La malnutrición Proteica (MP) es la complicación más seria a largo plazo de las operaciones malabsortivas. Un diagnóstico temprano y tratamiento las corrige fácilmente si se alarga el asa común (AC).

Materia y método: 12 pacientes entre 917 con Cruce han necesitado de alargamiento del AC. Doce necesitaron restauración de la continuidad intestinal total. Cinco necesitaron una anastomosis latero-lateral ("en beso") a 60 cm por encima de la base de la Y-de-Roux. A otros cinco se les alargó el asa alimentaria con 125 cm de la biliopancreática. Se presenta en video los dos tipos de alargamiento con anastomosis manuales. El marcar después de medir las asas con clips evita equivocaciones.

Resultados: Una paciente murió por lesión no detectada de pinzas en la medición. Un paciente necesitó re-operación por malrotación. Otro necesitó re-cirugía por un "en beso" realizado en otra institución. El resto de pacientes se recuperó.

Conclusiones: Indicamos la "en beso" en pacientes añosos y el alargamiento basado en el asa biliopancreática en los más jóvenes, pues un fallo podría corregirse con más cirugía después.

HERNIA DE PETERSEN

Drs. J. Saba, L. Rodríguez, O. Isla, E. Reyes, J. Muñoz, C. Nilo, P. Arias.

(Centro Clínico de la Obesidad, Santiago - Chile).

Introducción: Las hernias internas son la causa más frecuente de obstrucción intestinal en pacientes sometidos a un bypass gástrico laparoscópico (BGL). Los espacios potenciales de hernia incluyen: el defecto del mesocolon transverso, el espacio de Petersen y el defecto mesentérico de la entero-enterostomía. La incidencia de hernia de Petersen oscila entre 1-9%, constituyéndose en la hernia interna de menor frecuencia.

Relato del caso: Hombre de 45 años, con 14 meses de evolución de un BGL, con pérdida de 70 kg de peso, y que en los últimos 4 meses refiere dolor cólico periumbilical, postprandial y que cede con antiespasmódicos orales. Durante el estudio se identifica una coleditiásis por lo que se realiza una colecistectomía laparoscópica, durante la que se evidencia una hernia de Petersen con el asa biliopancreática protruyendo hacia hemiabdomen derecho, sin atascamiento. Se reduce el asa herniada y se cerró la

brecha con sutura continua irreabsorbible (ethibon 2-0). El paciente evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta al primer día postoperatorio.

Discusión: Las hernias internas post BGL constituyen un desafío diagnóstico dado que su sintomatología es inespecífica, recurrente y que las imágenes radiológicas tienen baja sensibilidad.

Conclusión: Aunque no existen estudios clínicos prospectivos y randomizados que recomienden el cierre de las brechas en el BGL, parece razonable cerrar todos los espacios en forma protocolizada y con suturas irreabsorbibles.

BYPASS GASTRICO CON RESECCIÓN

Drs. Cándido Martínez Blázquez, Gabriel Martínez de Aragón Remírez de Esparza, Kepa Latorre García, Juan Valencia Cortejoso, Jose M^a Vitores Lopez, Valentín Sierra Esteban, Irune Esquiroz Carballo.

(Hospital Txagorritxu, Vitoria, España)

La Cirugía Bariátrica es el tratamiento más efectivo de pacientes con Obesidad Mórbida. Aunque a lo

largo de la Historia de esta cirugía han surgido varias técnicas intentando mejorar la seguridad y efectividad, el bypass gástrico, con distintas modificaciones, ha perdurado en el tiempo y es la técnica más realizada en la actualidad. Practicada por vía laparoscópica consigue excelentes resultados en pérdida de peso > 70 % SPP, resuelve comorbilidades en cerca del 100% de los pacientes y con una tasa de mortalidad menor del 1%. Una de las cuestiones que se han planteado clásicamente es la imposibilidad de explorar el estómago excluido, por lo que creemos, es imprescindible su estudio preoperatorio Aunque en nuestro entorno la neoplasia gástrica no es frecuente, en el protocolo de nuestra unidad se realiza de modo sistemático, mediante gastroscopia.

La aparición de una lesión preneoplásica imposible de controlar endoscópicamente justifica, a nuestro entender, una modificación técnica.

En este video presentamos la realización por laparoscopia de un bypass con resección del estómago excluido, por encontrar una displasia a nivel antral, en una paciente con O.M. de IMC 45 y comorbilidades asociadas.