



O-230 - LA PÉRDIDA DE PESO TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA SE PUEDE MEJORAR

Fernández-López, Antonio José; González-Valverde, Francisco Miguel; Medina-Manuel, Esther; Fernández Fernández, Pedro Vicente; Giménez-Francés, Clara; Luján-Martínez, Delia; Peña-Ros, Emilio; Albarracín-Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: La cirugía bariátrica ha demostrado ser el único tratamiento que mantiene la pérdida de peso a largo plazo. A pesar de esto, sigue existiendo un alto porcentaje de pacientes en los que no podemos explicar la pérdida insuficiente de peso tras cirugía.

Objetivos: Desarrollar y validar un modelo predictivo de pérdida de peso inadecuado al año de la cirugía bariátrica mediante modelo de regresión logística multivariante.

Métodos: Análisis retrospectivo de todos los pacientes intervenidos de obesidad mórbida mediante bypass gástrico o gastrectomía vertical laparoscópica en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia entre los años 2006-2014. El fracaso de la cirugía fue definido como pérdida de menos del 50% del exceso de peso al año de la intervención. Se consideraron variables demográficas, psicológicas, antropométricas y quirúrgicas. Se realizó un análisis univariante para valorar la asociación de cada una de ellas con el fracaso en la pérdida de peso. Para determinar las variables predictoras, todas fueron incluidas en un modelo de regresión logística multivariante. La calibración del modelo fue evaluada mediante la prueba de Hosmer y Lemeshow, utilizando como criterio principal de selección la optimización del índice de Aikake. Para mejorar la eficacia predictiva del modelo se procedió a determinar el “punto de corte óptimo” mediante una curva ROC.

Resultados: Se estudiaron 300 pacientes (mujeres: 71%, edad promedio: 40 ± 10 años), con un peso inicial medio de $124,46 \pm 21,07$ kg y un IMC de $45,53 \pm 5,71$ kg/m². Al año de la cirugía, el peso medio se situó en $80,76 \pm 15,85$ kg y el IMC en $29,54 \pm 4,65$ kg/m². El porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP) global fue del 80% (BGL: 80%; GVL: 83%) aunque 34 (11,3%) presentaron una pérdida de peso insuficiente al año. En el análisis univariante, cuatro variables fueron identificadas como predictivas de una pérdida de peso inadecuada: Score de ASA 4 (OR: 7,20; IC95%: 1,40-36,77), presencia de un trastorno de la conducta alimentaria (OR: 2,69; IC95%: 1,30-5,56), presencia de un trastorno del estado del ánimo (OR: 2,62; IC95%: 1,20-5,70), y obesidad tipo II y III (OR: 0,02; IC95%: 0,00-0,62//OR: 0,04; IC95%: 0,00-0,85). El modelo de regresión logística seleccionó como variables predictoras: edad (OR: 1,09; IC95%: 1,03-1,16), pérdida de peso previa a cirugía (OR: 1,14; IC95%: 1,06-1,22) y el IMC preoperatorio (OR: 1,41; IC95%: 1,26-1,57). El ajuste global del modelo para la predicción de la pérdida de peso inadecuada tras cirugía bariátrica mediante la prueba Hosmer-Lemeshow mostró un valor de 4,54 ($p = 0,805$), por lo que se puede asumir que el modelo tiene un buen ajuste a los datos del estudio. Las variables predictoras de nuestro modelo son capaces de explicar el 50-52% de las causas de tener una pérdida insuficiente de peso tras la cirugía bariátrica. La calibración del modelo fue satisfactoria, también su capacidad de discriminación (ROC: 0,92; IC95%: 0,89-

0,96).

Conclusiones: En este estudio, la edad, el IMC preoperatorio y la pérdida de peso preoperatoria son factores predictivos independientes para la pérdida de peso inadecuada. Este modelo predictivo mostró una calibración satisfactoria, asociada a una capacidad de discriminación acertada para el evento en estudio.