



# Endocrinología, Diabetes y Nutrición



## CO-021 - MAGNITUD DE LA PÉRDIDA DE PESO Y EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA: DEFINIENDO LA PÉRDIDA INSUFICIENTE de PESO

A. Jiménez Pineda<sup>a,2,3</sup>, A. Pané Vila<sup>a,2</sup>, A. Ibarzabal Olano<sup>a</sup>, A. de Hollanda Ramírez<sup>a,2,3</sup>, L. Flores Meneses<sup>a,2,4</sup>, E. Ortega Martínez de la Victoria<sup>a,2,3</sup> y J. Vidal Cortada<sup>a,2,4</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínic de Barcelona. <sup>b</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de la Obesidad y la Nutrición (CIBEROBN). <sup>c</sup>Institut d'Investigació Biomèdica August Pi Sunyer (IDIBAPS). <sup>d</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red en Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas, (CIBERDEM).

### Resumen

**Objetivos:** La cirugía bariátrica (CB) se ha asociado a una disminución de la morbi-mortalidad cardiovascular. La relación entre la magnitud de la pérdida de peso lograda tras CB y la incidencia postquirúrgica de eventos cardiovasculares mayores (MACE) ha sido escasamente estudiada. Una mejor comprensión de esta relación puede ayudar a establecer los objetivos deseables de pérdida ponderal. Los objetivos de este trabajo fueron: (1) explorar la relación entre la magnitud de la pérdida de peso y la incidencia de MACE poscirugía y (2) evaluar la capacidad para discriminar a sujetos con riesgo incrementado para presentar MACE de dos de los criterios utilizados para definir la pérdida de peso insuficiente (PPI) poscirugía: un porcentaje del exceso de peso perdido 50 (EPP 50) o un porcentaje de peso perdido 20% (PPP 20).

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes operados de una primera cirugía bariátrica en los que esta se hubiera llevado a cabo al menos 6 años antes de la fecha del análisis (30/12/20). Se recogieron los datos demográficos, médicos, antropométricos y bioquímicos precirugía y anualmente tras la intervención. El desenlace primario se definió como la ocurrencia de muerte cardiovascular, infarto agudo de miocardio no fatal, ictus no fatal o episodio de insuficiencia cardíaca que requiriese de hospitalización. Se utilizaron modelos de riesgos proporcionales ajustados por edad, sexo, tipo de cirugía, índice de masa corporal (IMC), presencia de factores de riesgo cardiovascular, insuficiencia renal, tabaquismo y enfermedad cardiovascular precirugía. En los pacientes que se sometieron a una cirugía de conversión durante el seguimiento, se censuraron los datos en la fecha de la última evaluación previa a la conversión.

**Resultados:** Se incluyeron 1.700 participantes (73,8% mujeres) con una edad y un IMC medio de  $44,9 \pm 11,9$  años y  $46,7 \pm 6,4$  Kg/m<sup>2</sup>. El 53% se sometieron a una gastrectomía vertical y el 47% a un bypass gástrico. El seguimiento medio fue de  $10,2 \pm 2,8$  años. El riesgo de MACE se redujo en un 33% por cada 9 puntos extras de PPP al año (RR: 0,77, IC95%: 0,61-0,98) y en un 37% por cada 10,5 puntos extras de PPP a los 5 años (RR: 0,63, IC95%: 0,43-0,92). Un PPP 20 (RR: 1,97, IC95%: 1,09-3,35) o un EPP 50 (RR 2,09, IC95%: 1,19-3,64) incrementaron por dos el riesgo de sufrir un MACE. Una PPP 5 años) poscirugía (RR: 2,34 (IC95%: 1,12-4,88).

**Conclusiones:** Se observa una relación dosis-respuesta entre la pérdida de peso y los beneficios cardiovasculares tras CB. Una PPP 20 a corto o medio plazo tras CB se asocia a un riesgo incrementado de eventos cardiovasculares adversos y podría considerarse como punto de corte para identificar la PPI.