



CARDIOLOGÍA DEL ADULTO – ARTÍCULO ORIGINAL

Modificación en el score de Framingham con la reducción de peso por cirugía bariátrica



Arturo Márquez^{a,*}, Marco-Fidel Chala^b, Ricardo Bohórquez^a, Manuel Urina^a,
Ángel García^a y Carlos Arias^a

^a Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^b Clínica de obesidad, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

Recibido el 14 de diciembre de 2014; aceptado el 5 de agosto de 2015

Disponible en Internet el 28 de octubre de 2015

PALABRAS CLAVE

Factores de riesgo;
Obesidad;
Cirugía

Resumen

Objetivo: Evaluar el comportamiento de diferentes factores de riesgo y del score de Framingham con la disminución de peso obtenida a través de cirugía bariátrica al año postoperatorio, en una clínica de obesidad durante los años 2008 y 2011. Se evaluaron las modificaciones en los factores de riesgo y riesgo global con el score de Framingham al año postoperatorio, de una cohorte retrospectiva de 209 pacientes de la clínica de obesidad en un hospital universitario; los cambios se expresan como porcentajes de disminución respecto al valor prequirúrgico, en las variables nominales.

Resultados: El peso y el índice de masa corporal tuvieron una reducción del 48% y 38%, respectivamente; el score de Framingham se redujo de 12,4 a 7,6 (35%), es decir, pasó de riesgo intermedio a bajo (menor al 10%). Así mismo, se observó disminución en los valores de hemoglobina glicosilada (14,7%), colesterol total (11,59%), colesterol-LDL (7%) y triglicéridos (31,4%), elevación del colesterol-HDL (15,3%), suspensión del uso de insulina (18%), disminución del 20% del valor de la glucosa y la HbA1c, a menos de 5,7 en un 23% de pacientes con glicemia alterada en ayunas, y finalmente, reducción de la presión arterial sistólica (9,2%) y diastólica.

Conclusiones: La cirugía bariátrica es una herramienta válida en pacientes en quienes han fallado otros métodos clínicos para disminuir de peso e índice de masa corporal. Con ésta, además, se logra una disminución en el score de Framingham y se mejora el control de comorbilidades.

© 2015 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amarquez235@hotmail.com (A. Márquez).

KEYWORDS

Risk factors;
Obesity;
Surgery

Framingham score modification with weight loss due to bariatric surgery**Abstract**

Objective: To assess the behaviour of different risk factors and Framingham score with weight loss, obtained with bariatric surgery one year after surgery, in an obesity clinic during 2008 and 2011. Modifications of risk factors and global risk of the Framingham score one year after surgery, of a retrospective cohort of 209 patients of the obesity clinic at a University hospital. Changes are expressed as percentages of the decrease with regard to the pre-surgical values, in nominal values.

Results: A 48% weight loss and 38% body mass index loss was observed, with a reduction of the Framingham score from 12.4 to 7.6 (35%), moving from an intermediate risk to a low risk (below 10%). A decrease of 14.7% in values of glycohemoglobin, 11.59% in total cholesterol, 7% of LDL cholesterol levels and 31.4% of triglycerides was observed, as well as a 15.3% raise in HDL cholesterol levels. 18% of patients with altered fasting glycaemia stopped taking insulin, glucose levels were reduced by 20% and A1c hemoglobin values were below 5.7 in 23% of the cases. Systolic pressure was reduced by 9.2%, same as the diastolic blood pressure.

Conclusions: Surgery is a valid tool for patients where other clinical methods have failed, in order to lose weight and lower the body mass index, as well as reducing the Framingham score and improving the control of comorbidities.

© 2015 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La obesidad es un problema serio de salud en el mundo; en Colombia, específicamente una de cada dos personas tiene sobrepeso u obesidad, entre ellas las más afectadas son las mujeres entre 18 y 29 años, con un 55,2% y los hombres con el 45,6%. En las áreas urbanas, uno de cada seis niños o adolescentes la padece y por departamentos los más afectados son San Andrés (65%), Guaviare (62%), Guainía (61%), Vichada (58,4%) y Caquetá (58,8%).

Según la Encuesta nacional sobre situación nutricional 2010-ENSIN-, la obesidad mórbida se encuentra en 0,9%, donde 0,3% corresponde a los hombres y 1,3% a las mujeres¹. Así mismo, se asocia con incremento en la morbilidad y mortalidad por causas cardiovasculares²⁻⁴, y se estima que el costo para el tratamiento en Estados Unidos equivale al 9% del presupuesto en cuidado para la salud⁵.

De otra parte, la asociación entre obesidad y enfermedad cardiovascular no se limita a los factores cardiovasculares tradicionales, pues existen mecanismos propios, como resistencia a la insulina y aumento en las concentraciones séricas de leptina, actividad simpática, tensión arterial, frecuencia cardíaca y actividad inflamatoria¹⁻⁴.

Aproximadamente, un 50% de los obesos desarrollarán fibrilación auricular; por aumento en la vulnerabilidad eléctrica hay relación con QTc prolongado y con presencia de potenciales evocados tardíos, taquicardias y disminución de la variabilidad cardíaca, fenómeno que eleva el riesgo de muerte súbita^{4,5}. Crece, así mismo, la prevalencia del síndrome de apnea del sueño, que a su vez incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares y la incidencia de síndrome metabólico^{4,6} e hipertensión arterial de tres a seis veces más^{4,6}.

El manejo de los cambios en el estilo de vida y las terapias farmacológicas arrojan resultados pobres; solo el 20% de los obesos adopta cambios en el estilo de vida. Los programas de actividad física con frecuencia son inefectivos. La utilidad de la terapia farmacológica también es limitada al comparar con placebo (eficacia a largo plazo de 2,9 a 4,3%)^{5,6}. El Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos ha sugerido la cirugía como otra alternativa de tratamiento para pacientes con índice de masa corporal mayor a 40 kg/m² o mayor a 35 kg/m² asociada a presencia de comorbilidad⁷⁻⁹.

Estimar el riesgo cardiovascular es útil ya que permite identificar pacientes con alto riesgo de desarrollar cardiopatía isquémica al tiempo que sirve para guiar las estrategias de control del riesgo global¹⁰⁻¹². Esta investigación permite conocer la epidemiología de pacientes con obesidad mórbida, a quienes se les realizó cirugía. En la actualidad, la cirugía se reserva para los casos de obesidad mórbida en quienes las estrategias de manejo médico han fallado y presentan un riesgo quirúrgico aceptable, mortalidad menor al 1%. Dicha estrategia ha demostrado una mejoría significativa en la disminución de peso y en el control de comorbilidades y, en consecuencia, un aumento en la tasa de supervivencia¹³⁻¹⁵.

Con base en estudios hechos en otros países, se conoce como el tratamiento para la reducción del exceso de peso, minimiza la mortalidad global hasta en un 20%, los valores de glicemia postprandial en un 50%, las cifras de presión arterial sistólica y diastólica hasta en 10 y 20 mm Hg, respectivamente, el colesterol total en un 10%, el colesterol LDL en 15% y los triglicéridos en un 30%, en tanto que aumenta el colesterol HDL en 8%, y a nivel hematológico disminuye la agregabilidad plaquetaria y mejora los procesos de fibrinólisis^{13,16,17}. En Colombia no se conocen registros similares, y por tanto se consideró importante documentar estos hallazgos y compararlos con los de otros países.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3012014>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3012014>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)