

¿Cual es la carga de la enfermedad asociada con sobrepeso y obesidad?

La obesidad y el sobrepeso son condiciones clínicas cada vez más frecuente a nivel mundial. El exceso de peso se ha asociado a incremento de la enfermedad cardiovascular (EC), la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), la hipertensión arterial (HTA), los eventos cerebro vasculares (ECV), las dislipidemias (DL), la osteoartritis (OA) y algunos cánceres (CA). Por lo anterior, se decidió realizar un estudio para buscar cuál es la prevalencia de estas patologías asociadas con obesidad.

El objetivo principal fue el de buscar la relación entre el peso y la prevalencia (conocer quién presenta la enfermedad en un momento determinado) de algunas condiciones de salud y determinar si la severidad del sobrepeso altera las relaciones encontradas.

Para lograr cumplir con este objetivo se realizó una encuesta representativa a nivel de los Estados Unidos de América de corte transversal (prevalencia de obesidad sola, obesidad y enfermedades asociadas o ninguna de las anteriores, en un momento determinado del tiempo), usando información de la Tercera Encuesta Nacional de Salud y de Examen Nutricional (NHANES III) que fue realizada en dos fases, durante 1988 y 1994.

La muestra total fue de 33.199 personas, de las cuales 16.884 tuvieron 25 años o más y se incluyeron en este estudio. Se consideró obesa o con sobrepeso a toda persona que tuviera un índice de masa corporal (IMC) mayor de 25 kg/m² (recomendaciones del Instituto Nacional de la Salud).

Se buscó la relación de obesidad o sobrepeso con DM2, EC, HTA, OA, niveles séricos altos de colesterol y enfermedad vesicular.

Se encontró que 63% de los hombres y 55% de las mujeres tenían un IMC > 25.

La prevalencia de EC en obesos clase 1 fue 1.59 veces (1.17-2.21) para los hombres y 1.58 (1.19-2.10) para las mujeres, en obesos clase 2 fue de 1.14 (0.73-1.75) en hombres y 1.74 (1.24-2.42) para mujeres y en obesos clase 3 fue de 2.22 (0.92-4.22) en hombres y 2.98(2.07-4.20) en mujeres.

La prevalencia de DM 2 en sujetos menores de 55 años con obesidad clase 1 fue de 10.14 (4.03-25.08) en hombres y 2.49 (1.01-6.12) en mujeres, para obesos clase 2 fue de 7.95 (2.44-25.213) en hombres y 10.67 (4.02-27.11) en mujeres y para obesos clase 3 fue de 18.08 (6.71-46.84) en hombres y 12.87 (5.69-28.05) en mujeres. La prevalencia ajustada de DM2 en sujetos mayores de 55 años fue de 5.3 para hombres y de 7.9 para mujeres con sobrepeso u obesos.

La prevalencia de presión arterial alta para hombres fue de 12.1 en menores de 55 años y de 54.4 para mayores de 55 años y para mujeres fue de 8.5 en menores de 55 años y 61.7 en mayores de 55 años, que fueran obesos o con sobrepeso.

La prevalencia de niveles séricos altos de colesterol en hombres menores de 55 años fue de 22.3 y en mayores de 55 años de 36.6; para las mujeres menores de 55 años la prevalencia fue de 16.4 y en mayores de 55 años fue de 43.2.

La prevalencia de enfermedad vesicular en hombres menores de 55 años fue de 0.4 y en mayores de 55 años fue de 8.6; para mujeres menores de 55 años fue de 2 y para mayores de 55 años de 14.

Se encontró un gran aumento en la prevalencia de todos los desenlaces al incrementar la severidad de la obesidad, excepto para la enfermedad coronaria en los hombres y los niveles séricos altos de colesterol para hombres y mujeres.

- **Must A, Spadano J, Coakley EH, et al.** The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA* 1999;282:1523-1529.

Tratamiento temprano con bloqueadores beta en el infarto agudo del miocardio en pacientes ancianos

El tratamiento temprano con bloqueadores beta es de utilidad en el infarto agudo del miocardio para reducir a corto plazo de la mortalidad, como probaron los estudios MIAMI (Metoprolol in Acute Myocardial Infarction Trial) e ISIS-1 (International Study of Infarct Survival)). El efecto es tan claro que ha sido incorporada la recomendación del uso de bloqueadores beta en varias guías de práctica y en documentos de consenso.

Particularmente, las Guías para el Manejo de Pacientes con Infarto Agudo del Miocardio, publicadas por el Colegio Americano de Cardiología y por la Asociación Americana del Corazón (ACC, AHA) han hecho una sugerencia muy bien sustentada para que se use tempranamente la terapia en aquellos pacientes que no tienen contraindicación.

En los estudios de evaluación de cumplimiento de las recomendaciones en el tratamiento agudo del infarto, se ha visto en repetidas ocasiones que los bloqueadores beta no se usan con la frecuencia esperada y que esta omisión se acentúa particularmente en los sujetos ancianos.

Los estudios descriptivos tienen claras limitaciones en cuanto a la posibilidad de comprobación de hipótesis y en cuanto a la validez de sus resultados, por el poco control que se puede ejercer sobre la selección de sujetos y sobre la

calidad de la información obtenida. Sin embargo, tienen algunas ventajas claras, como la generación de hipótesis y la descripción de circunstancias particulares, que permiten conocer la experiencia en una entidad en especial, o sus tasas de complicaciones o éxito, o la frecuencia con la que se realizan procedimientos.

El estudio de Krumholz y colaboradores, que aquí se comenta, se hizo en hospitales no oficiales, que ofrecen atención aguda en los Estados Unidos. Buscó, de manera descriptiva, evaluar como indicador de calidad de atención el uso de bloqueadores beta en pacientes mayores de 65 años, con infarto agudo del miocardio, así como describir las variables demográficas y clínicas de los pacientes y las posibles contraindicaciones encontradas para el uso del medicamento.

Entre las limitaciones potenciales del estudio está la de obtener información retrospectivamente (la calidad de la información depende de la calidad del registro, variable según la época, el médico, el hospital y el estado), la búsqueda de información que puede estar consignada bajo múltiples aspectos (contraindicaciones), la variedad de hospitales en los que se obtuvo información (a través de los estados del país, en diferentes condiciones de facilidades de atención y en tiempos diferentes, entre febrero 1994 y julio 1995).

La información puede ser útil. Se trata de un indicador macroscópico de una tendencia y puede servir como generador de hipótesis (por qué no se utilizan, por qué hay diferencias en las edades para la indicación del medicamento, cuáles son las contraindicaciones percibidas y si son adecuadas, etc.).

Como variable de desenlace se escogió la utilización oral o parenteral (exclusión de la tópica) de bloqueadores beta en las primeras 48 horas del infarto. Adicionalmente se obtuvo información sobre la mortalidad intrahospitalaria y las fechas de la muerte.

Se evaluaron 166.348 pacientes con infarto del miocardio comprobado. La exclusión de aquellos con hospitalizaciones repetidas, enfermedades terminales, muertes durante las primeras 24 horas y transferencias de otros centros dejó un total de 140.653 pacientes evaluables. De esta cohorte se excluyó a quienes tenían contraindicaciones para el uso de bloqueadores beta (bradicardia, hipotensión, bloqueo AV de primer grado, choque en la admisión, historia de

asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica o intolerancia documentada al fármaco).

Un total de 58.165 pacientes quedaron en el grupo ideal para el uso del medicamento, que no tenía contraindicaciones. La edad promedio fue de 75.1 años, con 45.7% de la población de sexo femenino y 90.6% de raza blanca. La mortalidad hospitalaria fue de 6.6% y la estancia hospitalaria promedio de 7.6 días.

Del total de pacientes ideales, solamente 48.6% recibió bloqueadores beta en el primer día de admisión o al menos en las primeras 48 horas.

Al buscar predictores del uso de bloqueadores beta, se encontró que los pacientes que los recibieron eran más jóvenes, había porcentualmente más hombres y más personas de raza blanca. Adicionalmente, había más cointervenciones como aspirina o tratamientos de reperfusión.

Al comparar las tasas de mortalidad intrahospitalaria se encontró una diferencia estadísticamente significativa (5.1% versus 8.1%, $p=0.001$) a favor de quienes recibieron el fármaco. Si bien al ajustar para posibles factores de confusión la relación entre menor mortalidad y uso de bloqueadores beta se atenuó, la significación se mantuvo y el riesgo relativo indirecto (RRI) de mortalidad siguió siendo estadísticamente y clínicamente significativo (RRI u *odds-ratio* = 0.81, IC95% 0.75-0.87).

En conclusión, a pesar del beneficio demostrado en la literatura, no se usan los bloqueadores beta en el infarto agudo del miocardio tanto como deberían usarse. Hay una tendencia a utilizarlos menos, en el estudio mostrado, en ancianos, en mujeres y en personas de raza no blanca.

El presente estudio debe servir para mostrar la necesidad de la difusión del conocimiento sobre la utilidad y la seguridad de uso de los bloqueadores beta en la etapa aguda del infarto, para estimular la revisión de los datos de cada institución y para la búsqueda de los factores que puedan influir la decisión del médico.

- Krumholz HM, Radford MJ, Wang Y, Chen J, Maraciniak TA. Early β -blocker therapy for acute myocardial infarction in elderly patients. *Ann Intern Med* 1999;131:648-654.

Dr. Darío Londoño: Profesor Asociado, Pontificia Universidad Javeriana, Departamento de Medicina Interna, Unidades de Neumología y Epidemiología Clínica. Santafé de Bogotá.