

ASOCIACIÓN DE PESO NORMAL Y OBESIDAD CENTRAL CON MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS Y POR CAUSAS ESPECÍFICAS ENTRE MUJERES POSMENOPÁUSICAS

Pan K, Nelson RA, Wactawski-Wende J, Lee DJ, Manson JE, Aragaki AK, Mortimer JE, et al J Natl Cancer Inst. 2019 Apr 26. pii: djz069. doi: 10.1093/jnci/djz069. [Epub ahead of print].

COMENTARIOS FLASYM

Nº5. Septiembre 2019

Dr. David Vásquez Awad

Gineco-Obstetra, epidemiólogo. Colombia.
Prof. Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá,
Miembro honorario de Asoc. Colombiana de Menopausia
Experto Latinoamericano en Climaterio. FLASYM
Secretario general Acad. Nal. de Medicina de Colombia
Fellow American College of Obstetricians and Gynecologists



Resumen

Importancia. Las pautas actuales de salud pública para la prevención y el control de la obesidad se centran en promover un índice de masa corporal (IMC) normal, pero rara vez abordan la obesidad central, que se refleja en una alta circunferencia de la cintura (CC) y es común en la población general. Son escasos los estudios sobre la asociación de peso normal y obesidad central con resultados de salud a largo plazo. **Objetivo.** Examinar las asociaciones de peso normal y obesidad central con mortalidad por todas las causas y por causas específicas en mujeres posmenopáusicas en los Estados Unidos. **Diseño, lugar y participantes** Un estudio de cohorte prospectivo a nivel nacional de 156.624 mujeres posmenopáusicas inscritas en la Iniciativa de Salud de la Mujer en 40 centros clínicos en los Estados Unidos entre 1993 y 1998. Estas mujeres fueron observadas hasta febrero de 2017. El análisis de datos se realizó a partir del 15 de septiembre de 2017 al 13 de marzo de 2019. **Exposiciones.** Diferentes combinaciones de IMC (calculado como el peso en kilogramos dividido por la altura en metros cuadrados; peso normal: IMC, 18.5-24.9; sobrepeso: IMC, 25.0-29.9; y obesidad: IMC, ≥ 30) y WC (normal: WC ≤ 88 cm y alto: WC > 88 cm). **Principales resultados y medidas.** Mortalidad por todas las causas, enfermedades cardiovasculares y cáncer. **Resultados.** De las 156.624 mujeres (edad media [DE] 63,2 [7,2] años), durante 2.811.187 años-persona de seguimiento, ocurrieron 43.838 muertes, incluidas

12.965 muertes por enfermedad cardiovascular (29,6%) y 11.828 muertes por cáncer (27,0%) en comparación con las mujeres con peso normal y sin obesidad central y ajustadas por características demográficas, estado socioeconómico, factores de estilo de vida y uso de hormonas, la razón de riesgo de mortalidad por todas las causas fue de 1,31 (IC del 95%, 1,20-1,42) entre las mujeres con peso normal y obesidad central, 0,91 (IC 95%, 0,89-0,94) entre mujeres con sobrepeso y sin obesidad central, 1,16 (IC 95%, 1,13-1,20) para mujeres con sobrepeso y obesidad central, 0,93 (IC 95%, 0,89-0,94) para mujeres con obesidad y sin obesidad central, y 1,30 (IC 95%, 1,27-1,34) para mujeres con obesidad y obesidad central. En comparación con el peso normal sin obesidad central, la obesidad central de peso normal se asoció con un mayor riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular (razón de riesgo, 1,25; IC 95%, 1,05-1,46) y mortalidad por cáncer (razón de riesgo, 1,20; IC 95%, 1,01-1,43). **Conclusiones y relevancia.** La obesidad central con peso normal en las mujeres se asoció con un exceso de riesgo de mortalidad, similar al de las mujeres con obesidad definida por el IMC con obesidad central. Estos hallazgos subrayan la necesidad de futuras pautas de salud pública para incluir la prevención y el control de la obesidad central, incluso en personas con IMC normal.

En salud de la mujer, el enfoque de los factores de riesgo es fundamental habida cuenta de que, una vez alcanzada la menopausia, la enfermedad cardiovascular se incrementa de manera alarmante de la mano de la mortalidad de origen cardiovascular

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en la mujer en el mundo (1-3). Los estrógenos ofrecen protección a la mujer desde el punto de vista cardiovascular. En la postmenopausia, la disminución del efecto estrogénico en la mujer conlleva a Insulinorresistencia, obesidad central y dislipidemia. Las estrategias de prevención primaria que son eficaces en los hombres, como el uso de aspirina y de estatinas, en las mujeres parece ser que no proporcionan protección para la enfermedad coronaria, la mortalidad cardiovascular o la mortalidad por todas las causas (4-5).

Esta publicación analiza la obesidad como factor de riesgo para mortalidad cardiovascular y se centra en revisar por separado la obesidad y la obesidad central (OC). Esto conlleva a que se hace un detallado análisis de la OC independientemente de si la mujer tiene o no sobrepeso u obesidad, dejando como mensaje que la OC debe ser tenida en cuenta como factor de riesgo independiente. Este análisis también se ocupa de mortalidad por cáncer y por causas ajenas a cáncer y ECV.

La “nuez” del artículo se basa en la relativamente poca importancia que por parte de algunas asociaciones médicas se da a la medida de la circunferencia abdominal como marcador de OC en aquellas mujeres en que no tiene sobrepeso u obesidad. La OC es un factor independiente de riesgo. Es común entonces en la práctica clínica que, si una mujer tiene IMC normal, se obvia la medida de la cintura y esto no es bueno ya que probablemente no tenga grasa glúteo-femoral (ni buena masa muscular) pero, si tiene grasa abdominal exagerada, el riesgo de muerte por ECV, cáncer o cualquier otra causa, existe estando incrementado y no va a ser tenido en cuenta (6-9).

La población del estudio es norteamericana, tomada de estudios observacionales y del WHI. Es, en su mayoría, de raza blanca, de nivel de escolaridad promedio, y de ingresos económicos medio. La edad promedio fue de 63 años. De las 156.624 mujeres participantes, tan sólo el 0,9% tenía OC con peso normal (2,6% de las con peso normal).

Las mujeres con OC eran en general de más edad, menor nivel educacional, razas no blancas, fumadoras y de menores ingresos económicos, así como exhibían menor consumo de hormonas, menor actividad física y más alta ingesta de calorías.

Los resultados mostraron, una vez hechos los ajustes, que las mujeres con OC, en todas las categorías de IMC, tenían mayor riesgo de muerte por ECV, cáncer y todas las causas.

Vale la pena resaltar que las mujeres con peso normal y OC tenían riesgo similar a las mujeres obesas con OC, pero las mujeres con sobrepeso u obesidad pero que no tenían OC exhibían HR con intervalos de confianza menores de 1. Patrones para ECV, cáncer y muerte por otras causas fueron similares.

No hay muchos estudios que se detengan a analizar la OC ya que la mayoría se basa sólo en IMC. Si bien hay un estudio norteamericano (10) y otro de Reino Unido (11) que revisan el tema de obesidad central como factor de riesgo, la población estudiada es menor.

En nuestro entorno latinoamericano, el tema de la OC (más que la misma obesidad) está adquiriendo dimensiones epidémicas. Este estudio debe alertarnos hacia la importancia de medir la circunferencia abdominal aún en pacientes que no sufran obesidad o sobrepeso, y tomar nota atenta, si se encuentran perímetros abdominales aumentados, de revisar los demás factores de riesgo, no solo los cardiovasculares; sabido es que la obesidad central también se ha asociado con cáncer de mama y de colon, que están siendo cada vez más frecuentes en nuestro entorno, con presentación creciente en mujeres jóvenes (12-13).

REFERENCIAS. 1. Espinoza MT. En Menopausia: un enfoque clínico. Vásquez-Awad D, Palacios S. Ed. Kimpres, Bogotá DC, Colombia 2016. Pág. 179-99. 2. Vásquez-Awad D. Menopausia, Terapia hormonal de la menopausia y riesgo cardiovascular. ISBN: 978-958-58067-2-6. www.drvasquezawad.com. 3. DANE-Colombia. Proyecciones anuales de población por sexo y edad 1985-2015. 4. Mosca L. Circulation 2011;123(11):1243. 5. Lobo RA. Climacteric 2014;17:540-56. 6. Caan BJ. Cancer Res 2018;78:1906-12. 7. Wannamethee SG. Int J Cardiol 2014;171:49-55. 8. Lavie CJ. Am Coll Cardiol 2014;63:1345-54. 9. Lavie CJ. JACC Heart Fail 2013;1:93-102. 10. Sahakyan KR. Ann Intern Med. 2015;163:827-35. 11. Hamer M. Ann Intern Med. 2017;166:917-18. 12. Harvie M. Obes Rev 2003; 4:157-73. 13. Dong Y. Biosci Rep 2017;37:BSR20170945.