

Limitaciones de la valoración clínica de obesidad: reflexiones a propósito de la Declaración de la American Heart Association de 2006

Sr. Editor:

Recientemente se ha publicado la actualización de la American Heart Association (AHA) sobre obesidad¹. El objetivo de esta carta es reflexionar brevemente sobre las limitaciones de la valoración clínica de obesidad.

La conexión entre obesidad y riesgo cardiovascular (RCV) ha sido históricamente polémica. A pesar de que, desde 1967, el estudio de Framingham ya detectó que el incremento del peso corporal aumentaba la probabilidad de presentar una enfermedad cardiovascular (ECV)², fue en 1998 cuando la AHA la reconoció por primera vez como un factor de riesgo cardiovascular mayor independiente³.

La explicación al anterior problema se encuentra precisamente en las limitaciones que presenta la evaluación de obesidad pues, aunque debería expresarse en porcentaje de grasa corporal^{4,5}, ello resulta difícil de cuantificar clínicamente⁵.

Con ese fin se han utilizado numerosas variables antropométricas, pero el índice de masa corporal (IMC) se ha mantenido como la forma más utilizada para evaluar el peso corporal; junto con la circunferencia abdominal (CA), es el método que recomienda la AHA¹.

Las principales limitaciones en la valoración clínica de la obesidad son:

1. Los índices disponibles no identifican el porcentaje de grasa corporal (no discriminan entre músculo, grasa y hueso).

2. La relación entre grasa y músculo corporal varía con la edad, el sexo, la etnia y la raza^{1,6,7}.

3. El IMC varía con las proporciones corporales⁸, e incluso tiende a subestimar la prevalencia de obesidad en los sujetos más altos y a sobrestimarla en los más bajos⁸, aunque hay necesidad de confirmarlo en poblaciones más amplias⁸. Además, hay múltiples factores de confusión que pueden modificar la verdadera relación entre obesidad y RCV.

4. El tabaquismo (fumar se asocia con un menor peso corporal)⁶.

5. La comorbilidad del obeso¹.

6. Los sujetos con bajo peso (IMC < 18,5) tienen una elevada prevalencia de tabaquismo, enfermedades crónicas y riesgo de morir por cáncer⁹.

7. El RCV varía con la talla¹⁰ y es menor en sujetos altos¹¹.

8. Otros: ejercicio físico¹², dieta¹³, etc.

En suma, los principales índices clínicos para definir la obesidad (IMC, CA e incluso cintura/cadera¹⁴) tienen sus limitaciones, aunque hay alternativas prácticas como puede

ser la valoración conjunta del peso¹ y el grado de actividad física^{12,15}. Ello permitiría identificar a los obesos-sedentarios, subgrupo de mayor RCV¹² y, teóricamente, más porcentaje de grasa corporal.

Alberto Morales^a, Jaume Marrugat^b y Antonio Coca^c

^aCardiocentro Ernesto Che Guevara. Santa Clara. Cuba.

^bInstituto Municipal de Investigación Médica. Barcelona. España.

^cUnidad de Hipertensión. Instituto de Medicina y Dermatología. Hospital Clínico. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Poirier P, Giles TD, Bray GA, Hong Y, Stern JS, Pi-Sunyer FX, et al. Obesity and cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss: An update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease From the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation*. 2006;113:898-918.
2. Kannel WB, LeBauer EJ, Dawber TR, McNamara PM. Relation of body weight to development of coronary heart disease: The Framingham Study. *Circulation*. 1967;35:734-44.
3. Eckel RH, Krauss RM. American Heart Association call to action: obesity as a major risk factor for coronary heart disease. *Circulation*. 1998;97:2099-100.
4. National Heart, Lung, and Blood Institute. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health; 1998. Disponible en: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.htm
5. Grundy SM. Obesity, metabolic syndrome, and cardiovascular disease. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004;89:2595-600.
6. Seidell JC, Flegal KM. Assessing obesity: classification and Epidemiology. *Br Med Bull*. 1997;53:238-52.
7. Prentice AM, Jebb SA. Beyond body mass index. *Obes Rev*. 2000;2:141-7.
8. Bagust A, Walley T. An alternative to body mass index for standardizing body weight for stature. *Q J Med*. 2000;93:589-96.
9. Wilson PW, D'Agostino RB, Sullivan L, Parice H, Kannel WB. Overweight and Obesity as Determinants of Cardiovascular Risk. The Framingham Experience. *Arch Intern Med*. 2002;162:1867-72.
10. Silventoinen K, Zdravkovic S, Skytthe A, McCarron P, Hershkind AM, Koskenvuo M, et al. Association between Height and Coronary Heart Disease Mortality: A Prospective Study of 35,000 Twin Pairs. *Am J Epidemiol*. 2006;163:615-21.
11. Palmer JR, Rosenberg L, Shapiro S. Stature and the risk of myocardial infarction in women. *Am J Epidemiol*. 1990;132:27-32.
12. Li TY, Rana JS, Manson JE, Willett WC, Stampfer MJ, et al. Obesity as compared with physical activity in predicting risk of coronary heart disease in women. *Circulation*. 2006;113:499-506.
13. Covas MI, Nyyssonen K, Poulsen H, Kaikkonen J, Zunft HJ, Kieseewetter H, et al. The Effect of Polyphenols in Olive Oil on Heart Disease Risk Factors A Randomized Trial. *Ann Intern Med*. 2006;145:333-41.
14. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Bautista L, Franzosi MG, Commerford P, et al. Obesity and the risk of myocardial infarction in

27,000 participants from 52 countries: a case-control study. *Lancet*. 2005;366:1640-9.

15. Elosúa R, García M, Aguilar A, Molina L, Covas MA, Marrugat J, et al. Validation of the Minnesota Leisure Time Physical Activity Questionnaire in Spanish Women. *Med Sci Sports Exerc*. 2000;32:1431-7.