



## ORIGINAL

# Estratificación del riesgo cardiovascular en pacientes con sobrepeso u obesidad en prevención primaria. Implicaciones en la utilización de estatinas



Walter Masson\*, Martín Lobo, Melina Huerín, Graciela Molinero, Diego Manente, Mario Pángaro, Laura Vitagliano y Horacio Zylbersztejn

Consejo de Epidemiología y Prevención Cardiovascular, Sociedad Argentina de Cardiología, Buenos Aires, Argentina

Recibido el 3 de agosto de 2014; aceptado el 9 de octubre de 2014

Disponible en Internet el 5 de enero de 2015

### PALABRAS CLAVE

Sobrepeso;  
Obesidad;  
Estimación del riesgo cardiovascular;  
Puntajes de riesgo;  
Placa aterosclerótica carotídea

### Resumen

**Antecedentes y objetivos:** La estimación del riesgo cardiovascular en pacientes con sobrepeso/obesidad no está estandarizada. Nuestros objetivos fueron: estratificar el riesgo cardiovascular mediante distintos puntajes, analizar la indicación de estatinas, describir la prevalencia de placa aterosclerótica carotídea (PAC) y determinar el punto de corte óptimo (PCO) de los puntajes que discriminen entre sujetos con o sin PAC.

**Material y métodos:** Incluimos a pacientes no diabéticos con sobrepeso u obesidad en prevención primaria. Calculamos los puntajes de Framingham (PF) y europeo (PE), y el propuesto por las nuevas guías norteamericanas (NP), evaluando la indicación de estatinas. Determinamos la prevalencia de PAC mediante ultrasonido. Realizamos un análisis ROC.

**Resultados:** Se incluyó a 474 pacientes (67% con sobrepeso y 33% obesos). El PF fue el que más sujetos clasificó como «bajo riesgo». La prevalencia de PAC fue mayor en los obesos en comparación con los sujetos con sobrepeso (44.8% vs. 36.1%,  $p=0,04$ ). Basándose en el PF, PE y NP, el 26,7, el 39,1 y el 39,1% de los sujetos con sobrepeso y el 28,6, el 39,0 y el 39,0% de los obesos tenían indicación absoluta de estatinas. Los 3 puntajes mostraron discriminar aceptablemente entre sujetos con o sin PAC (área bajo la curva  $> 0,7$ ). Los PCO evaluados no necesariamente coincidieron con los valores que determinan las categorías de riesgo.

**Conclusiones:** En esta población con sobrepeso/obesidad, la estratificación de riesgo y la indicación de estatinas variaron según la función utilizada. Conocer la relación entre los puntajes y la presencia de PAC podría optimizar la estimación de riesgo.

© 2014 SEEN. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [walter.masson@hospitalitaliano.org.ar](mailto:walter.masson@hospitalitaliano.org.ar) (W. Masson).

**KEYWORDS**

Overweight;  
Obesity;  
Cardiovascular risk  
estimation;  
Risk scores;  
Carotid  
atherosclerotic  
plaque

## Cardiovascular risk stratification in overweight or obese patients in primary prevention. Implications for use of statins

**Abstract**

*Background and objectives:* Cardiovascular risk estimation in patients with overweight/obesity is not standardized. Our objectives were to stratify cardiovascular risk using different scores, to analyze use of statins, to report the prevalence of carotid atherosclerotic plaque (CAP), and to determine the optimal cut-off point (OCP) of scores that discriminate between subjects with or without CAP.

*Material and methods:* Non-diabetic patients with overweight or obesity in primary prevention were enrolled. The Framingham score (FS), the European score (ES), and the score proposed by the new American guidelines (NS) were calculated, and statin indication was evaluated. Prevalence of CAP was determined by ultrasound examination. A ROC analysis was performed.

*Results:* A total of 474 patients (67% with overweight and 33% obese) were enrolled into the study. The FS classified the largest number of subjects as low risk. PAC prevalence was higher in obese as compared to overweight subjects (44.8% vs. 36.1%,  $P=.04$ ). According to the FS, ES, and NS respectively, 26.7%, 39.1%, and 39.1% of overweight subjects and 28.6%, 39.0%, and 39.0% of obese subjects had an absolute indication for statins. All three scores were shown to acceptably discriminate between subjects with and without CAP (area under the curve  $> 0.7$ ). The OCPs evaluated did not agree with the risk category values.

*Conclusions:* Risk stratification and use of statins varied in the overweight/obese population depending on the function used. Understanding of the relationship between scores and presence of CAP may optimize risk estimate.

© 2014 SEEN. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

La prevalencia de sobrepeso y obesidad ha aumentado considerablemente en todo el mundo, convirtiéndose actualmente en una epidemia<sup>1,2</sup>. El aumento de peso se asocia a otros factores de riesgo cardiovasculares, como la hipertensión arterial, la dislipidemia, la diabetes o el síndrome metabólico<sup>3</sup>. En la población general, un mayor índice de masa corporal (IMC) se asocia a una morbimortalidad cardiovascular aumentada<sup>4,5</sup>.

Sin embargo, una proporción de sujetos con sobrepeso u obesidad no muestran las alteraciones metabólicas habituales observadas en este tipo de pacientes («obesos sanos»). Consecuentemente, aunque sin evidencia definitiva, se ha postulado que el riesgo cardiovascular en los pacientes con sobrepeso u obesidad no sería homogéneo<sup>6-8</sup>.

A partir de grandes estudios epidemiológicos se desarrollaron varios puntajes para predecir el riesgo cardiovascular, destacándose el puntaje de Framingham (PF) a 10 años y el puntaje europeo SCORE (PE)<sup>9,10</sup>. Sin embargo, dichas funciones de riesgo no incluyen la obesidad o el sobrepeso entre las variables para calcular el puntaje. A fines del 2013 fueron presentadas las nuevas guías norteamericanas (American College of Cardiology/American Heart Association) para el manejo del colesterol<sup>11</sup>. Las mismas recomiendan un nuevo puntaje de riesgo (NP), aunque tampoco incluye para su cálculo al sobrepeso o la obesidad. Nuestro grupo ha investigado previamente la aplicabilidad clínica de diferentes puntajes en una población en prevención primaria, sin evaluar específicamente a la población con sobrepeso u obesidad<sup>12</sup>.

Por otro lado, existe evidencia que incorporando el dato de la presencia o no de una placa aterosclerótica carotídea (PAC) a un modelo conformado con los factores de riesgo tradicionales mejora la predicción de eventos cardiovasculares<sup>13</sup>. El punto de corte óptimo (PCO) que mejor discrimina entre sujetos con o sin PAC de varios puntajes de riesgo han sido previamente evaluados<sup>12,14,15</sup>, aunque no se ha reportado un análisis similar en la población con un IMC aumentado.

Conocer la aplicabilidad clínica de los puntajes de riesgo más utilizados y su relación con la ateromatosis subclínica en la población con sobrepeso u obesidad podría ayudarnos a optimizar la estratificación de riesgo cardiovascular, y como consecuencia, a aplicar medidas preventivas más intensivas en aquellos pacientes que lo justifiquen.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriormente descritas, los objetivos de nuestro trabajo fueron: 1) estratificar el riesgo cardiovascular en pacientes con sobrepeso u obesidad en prevención primaria utilizando 3 puntajes de riesgo (PE, PF y NP); 2) analizar la indicación de estatinas considerando los resultados de cada puntaje de riesgo; 3) describir la prevalencia de PAC en los distintos estratos de riesgo según los distintos puntajes; 4) determinar el punto de corte óptimo del PF, el PE y el NP que discrimine entre sujetos (con sobrepeso y obesos), con o sin evidencias de PAC.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio descriptivo transversal, multicéntrico, de muestras consecutivas obtenidas en consultorios de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2773483>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2773483>

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