



7002-9. INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO PRESERVADA Y OBESIDAD: UN RETO DIAGNÓSTICO

Paula Martínez Santos¹, Isidre Vilacosta², M. Elena Batlle López¹, Beatriz Sánchez Sauce¹, Adriana de la Rosa Riestra¹, Elena España Barrio¹, Julia Jiménez Valtierra¹ y Raquel Campuzano Ruiz¹ del ¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid y ²Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: La obesidad es frecuente entre los pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo preservada (IC FEP). Ambos síndromes comparten signos y síntomas, lo que dificulta establecer con certeza el diagnóstico de IC FEP. Se ha descrito que la obesidad actúa como factor protector en la IC.

Objetivos: Analizar los aspectos diferenciales que imprime la obesidad en estos pacientes y su repercusión pronóstica.

Métodos: Estudio prospectivo 154 pacientes hospitalizados de forma consecutiva con IC FEP, según las clasificaciones de la SEC y Paulus et al, durante un año. Se compararon las características clinicoepidemiológicas en función de la existencia de obesidad (definida como un índice de masa corporal (IMC)- superior a 30 kg/m²) y el impacto de esta en la mortalidad por cualquier causa al año de seguimiento.

Resultados: La media del IMC fue 29,92 kg/m² (DE 6). El 89,7% de los pacientes obesos cumplían los criterios diagnósticos de IC FEP propuestos por Paulus et al ($p = 0,036$). Los pacientes obesos eran más jóvenes, edad media de 77,6 años (DE 9,2), padecían con mayor frecuencia el síndrome de apnea/hipopnea del sueño ($p = 0,020$). La fibrilación auricular fue significativamente más frecuente entre los pacientes que no eran obesos. Los niveles plasmáticos de NT proBNP resultaron significativamente inferiores en el grupo de pacientes obesos. La velocidad de la onda E estimada mediante Doppler tisular en el anillo mitral septal fue inferior en el grupo de pacientes con IMC inferior a 30 kg/m² y la relación E/e' septal fue superior en este mismo grupo (tabla). El RR de mortalidad por cualquier causa asociado a la obesidad (definida como IMC mayor de 30 kg/m²) fue de 0,46 (0,24-0,89, $p = 0,016$). El área bajo la curva de 0,62 (0,52 – 0,62 IC95%) dio como mejor punto de corte para el riesgo de mortalidad un valor de IMC de 26,75 kg/m², con una sensibilidad del 70,1% y una especificidad del 51,4% (fig.).



Índice de masa corporal y mortalidad.

Comparación entre las principales características clínicas y ecocardiográficas en función de la obesidad

	Obesidad No, n = 88 (%)	Obesidad Sí, n = 66 (%)	p
Sexo (mujer)	56 (57,7)	41 (42,3)	0,538
Edad*	84,3 (7,4)	77,6 (9,2)	0,0001
Diabetes mellitus	25 (43,1)	33 (56,9)	0,013
SAHS	5 (29,4)	12 (70,6)	0,020
ERC	13 (38,2)	21 (61,8)	0,019
Fibrilación auricular	62 (62,6)	37 (37,4)	0,023
Edemas	58 (49,6)	59 (50,4)	0,001
Derrame pleural	49 (66,2)	26 (33,8)	0,013
NT proBNP** (ng/l)	2822 (5469)	1206 (3173)	0,021
Onda E' septal (cm/s)	6,3 (1,8)	7,1 (2,3)	0,031
E/e' septal	17,8 (8,0)	15,2 (6,3)	0,027

Datos expresados como media (DE). **Datos expresados como mediana (RIQ).

Conclusiones: El papel de los tres pilares diagnósticos fundamentales de la IC FEP (fibrilación auricular, NT proBNP y la relación E/e' en Doppler tisular) en esta población merece ser revisado. Probablemente, el sobrediagnóstico de estos pacientes conlleve un sesgo de selección que interfiera en el pronóstico: la mortalidad no es menor por el mero hecho de ser obesos, sino porque un porcentaje significativo de ellos no está en insuficiencia cardíaca.