



# Revista Española de Cardiología



## 6059-504. OBESIDAD Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ¿CONTINÚA SIENDO UN FACTOR DE RIESGO?

Zaira Gómez Álvarez, Teresa Romero Delgado, Carlos Ferrera Durán, Juan Carlos Gómez Polo, Francisco Noriega, Julia Playán Escribano, Andrés Escudero Díaz, María José Pérez Vizcayno, Antonio Fernández Ortiz y Ana Viana Tejedor, del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La obesidad es uno de los principales factores modificables de riesgo cardiovascular, sin embargo, varios estudios sugieren que estos pacientes podrían tener mejor pronóstico tras el desarrollo de un síndrome coronario agudo (SCA). El objetivo de este estudio es comprobar si estos resultados son aplicables en nuestra población.

**Métodos:** Desde enero de 2013 hasta junio de 2016, se recogieron de forma retrospectiva y consecutiva todos los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo (SCA) en un centro de tercer nivel, realizándose un seguimiento clínico a 18 meses. Se registraron variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas y angiográficas. Se clasificó a los pacientes según su IMC en: bajo peso (IMC  $18,5 \text{ kg/m}^2$ ), normopeso (IMC  $18,5\text{-}24,99 \text{ kg/m}^2$ ), sobrepeso (IMC  $25\text{-}29,99 \text{ kg/m}^2$ ) y obesidad (IMC  $> 30 \text{ kg/m}^2$ ).

**Resultados:** Se incluyeron 1.108 pacientes, 12 pacientes de bajo peso, 308 con normopeso, 551 con sobrepeso y 237 pacientes con obesidad. La mayor parte de los pacientes incluidos eran varones, con una edad media de  $66,5 \pm 16,64$  años. No se encontraron diferencias en las características basales salvo en la prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipemia, más frecuentes en el grupo de pacientes con obesidad y sobrepeso (tabla). No hubo diferencias entre los grupos en el tipo de SCA que motivó el ingreso ( $p = 0,771$ ) ni en la anatomía coronaria ( $p = 0,459$ ). Tampoco se encontraron diferencias en la mortalidad intrahospitalaria (tabla), desarrollo de arritmias ventriculares sostenidas ( $p = 0,109$ ), fibrilación auricular periinfarto, desarrollo de insuficiencia cardiaca ( $p = 0,246$ ), reinfarto ( $p = 0,881$ ) o eventos cerebrovasculares ( $p = 0,739$ ) durante el ingreso, así como tampoco en la tasa de complicaciones hemorrágicas ( $p = 0,550$ ). Con respecto al tratamiento al alta, el antiagregante más empleado en todos los grupos fue el clopidogrel (41,7, 60, 58,7 y 62,2;  $p = 0,357$ ), seguido del ticagrelor (41,7, 25,7, 25, 21,5;  $p = 0,357$ ). Asimismo, en el seguimiento a 18 meses, no se objetivaron diferencias en cuanto a mortalidad ( $p = 0,082$ ), incidencia de accidentes cerebrovasculares ( $p = 0,441$ ) ni en la tasa de sangrados mayores ( $p = 0,401$ ).

Características basales y eventos en función del IMC

|                           |                                        |                                      |                           |   |
|---------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|---|
| IMC $18,5 \text{ kg/m}^2$ | IMC $18,5\text{-}24,99 \text{ kg/m}^2$ | IMC $25\text{-}29,99 \text{ kg/m}^2$ | IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$ | p |
|---------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|---|

| N = 12                                                                         | N = 308   | N = 551     | N = 237     |              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-------------|--------------|-------|
| Diabetes mellitus                                                              | 4 (8,3%)  | 82 (26,6%)  | 159 (28,9%) | 86 (36,9%)   | 0,027 |
| Hipertensión arterial                                                          | 6 (50%)   | 195 (63,3%) | 356 (64,6%) | 174 (73,15)  | 0,034 |
| Dislipemia                                                                     | 4 (33,3%) | 144 (46,8%) | 300 (54,4%) | 142 (73,1%)  | 0,009 |
| Cardiopatía isquémica previa                                                   | 3 (25%)   | 54 (17,6%)  | 114 (20,7%) | 31 (13,1%)   | 0,075 |
| SCACEST                                                                        | 7 (58,3%) | 133 (43,1%) | 235 (42,6%) | 100 (42,1%)  | 0,771 |
| SCASEST                                                                        | 5 (41,7%) | 170 (55,1%) | 310 (56,2%) | 136 (57,38%) |       |
| Mortalidad durante el ingreso                                                  | 1 (8,3%)  | 21 (6,8%)   | 38 (6,9%)   | 15 (6,3%)    | 0,987 |
| Reinfarto durante el ingreso                                                   | 0 (0%)    | 13 (4,2%)   | 18 (3,3%)   | 12 (5%)      | 0,881 |
| Accidente cerebrovascular durante el ingreso                                   | 0 (0%)    | 7 (2,3%)    | 8 (1,5%)    | 3 (1,3%)     | 0,739 |
| Insuficiencia cardíaca durante el ingreso                                      | 0 (0%)    | 15 (4,8%)   | 10 (1,8%)   | 10 (4,2%)    | 0,246 |
| Taquicardia ventricular sostenida o fibrilación ventricular durante el ingreso | 1 (8,3%)  | 9 (2,9%)    | 34 (6,3%)   | 17 (7,3%)    | 0,109 |
| Fibrilación auricular periinfarto                                              | 0 (0%)    | 26 (8,5%)   | 44 (8,1%)   | 26 (11,2%)   | 0,376 |

|                                      |        |            |           |           |       |
|--------------------------------------|--------|------------|-----------|-----------|-------|
| Sangrado durante el ingreso          | 0 (0%) | 23 (7,5%)  | 36 (6,6%) | 11 (4,8%) | 0,550 |
| Mortalidad a 18 meses                | 0 (0%) | 31 (10,1%) | 29 (5,3%) | 14 (6%)   | 0,082 |
| Accidente cerebrovascular a 18 meses | 0 (0%) | 12 (4,5%)  | 14 (2,6%) | 2 (1%)    | 0,411 |
| Sangrado a 18 meses                  | 0 (0%) | 23 (7,7%)  | 25 (4,7%) | 13 (5,5%) | 0,401 |

IMC: índice de masa corporal; SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del ST; SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del ST.

**Conclusiones:** El IMC se asocia a una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, pero no se relaciona con un impacto en el pronóstico ni con el desarrollo de complicaciones en pacientes con SCA a 18 meses en nuestra cohorte de pacientes.