



4. INFLUENCIA DE LA OBESIDAD EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Carmen Ligeró Ferrer, María Ferré Vallverdú, Bàrbara Carbonell Prat, Anna Seró Ariza, Carme Jiménez Pons, Elvis Amao Ruiz, Ester Martín Herrero, Amine El Amrani Rami, Hernán Tajés Pascual, Óscar Palazón Molina, Pilar Valdovinos Perdices y José María Alegret Colomé

Cardiología. Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Reus (Tarragona), España.

Resumen

Introducción y objetivos: Aunque se ha hablado mucho del mejor pronóstico de la insuficiencia cardiaca (IC) en obesos, todavía no hay una explicación clara para la llamada paradoja de la obesidad. El objetivo del presente estudio fue describir diferencias en el tratamiento ambulatorio en obesos tras el diagnóstico de IC con fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) reducida (IC-FEVIr), así como las características clínicas, analíticas y ecocardiográficas, analizando una población de pacientes incluidos en una unidad de insuficiencia cardiaca (UIC).

Métodos: Se estudiaron 148 pacientes con IC-FEVIr (FEVI 30 kg/m^2) y no obesos (NOBS) (IMC 30 kg/m^2). Se comparó el tratamiento así como los datos clínicos, analíticos y ecocardiográficos tras la inclusión en UIC. Se definió dosis óptima (DO) de un fármaco cuando se alcanzaba al menos el 50% de la dosis máxima.

Resultados: En nuestra serie el IMC medio estaba en rango de sobrepeso ($27,7 \pm 4,8 \text{ kg/m}^2$) y el 33,8% eran OBS. Ambos grupos (OBS vs NOBS) tenían un perfil clínico similar (tabla), sin diferencias estadísticamente significativas (DES) en los factores de riesgo cardiovascular clásicos ni en la etiología de la IC, predominando la miocardiopatía dilatada idiopática (OBS 26,7 vs NOBS 26,5%) y la isquémica (37,8 vs 36,1%). Destaca mayor prevalencia de fibrilación auricular en OBS (53,1 vs 31,9%, $p = 0,014$). Los OBS tenían menos ferropenia (17,9 vs 38,7%, $p = 0,04$) y hemoglobina media más alta (14,9 vs 13,9 g/dl, $p = 0,02$), sin DES en la prevalencia de anemia o insuficiencia renal crónica. Ambos grupos tenían una FEVI media similar (OBS 30,1 vs NOBS 29,8%). Respecto al tratamiento, los OBS recibían sacubitrilo-valsartán con mayor frecuencia que los NOBS (52 vs 35,1%, $p = 0,048$). Aunque en otros fármacos no se encontraron DES, los OBS alcanzaron DO en IECA y bloqueadores beta en un porcentaje superior (92,3 vs 65%, $p = 0,038$ y 83,3 vs 63,9%, $p = 0,014$, respectivamente). Asimismo, los OBS recibieron más anticoagulantes (42 vs 23,7%, $p = 0,023$).

Características clínicas y tratamientos

Variables	Normo/sobrepeso (n = 98)	Obesidad (n = 50)	p
-----------	--------------------------	-------------------	---

Edad; años	66,15 (12,45)	64,24 (9,96)	0,347
Sexo masculino	79 (80,61)	41 (82)	0,837
Tabaquismo (actual o previo)	69 (74,19)	37 (77,08)	0,705
Hipertensión arterial	68 (70,83)	36 (72)	0,882
Diabetes mellitus	36 (37,50)	25 (50)	0,147
Dislipemia	50 (52,63)	26 (52)	0,942
Clase funcional NYHA			0,227
NYHA I	35 (35,71)	13 (26)	
NYHA II-III	63 (64,29)	37 (74)	
Etiología isquémica	30 (36,14)	17 (37,78)	0,854
Miocardiopatía idiopática	22 (26,51)	12 (26,67)	0,984
Anemia	18 (23,38)	4 (11,43)	0,125
Ferropenia	24 (38,71)	5 (17,86)	0,042
Hemoglobina (g/dl)	13,93 (2,20)	14,96 (2,10)	0,021
Insuficiencia renal crónica	33 (34,38)	14 (28)	0,431
Creatinina (mg/dl)	1,16 (0,47)	1,22 (0,52)	0,470
FEVI (%)	29,75 (5,83)	30,08 (6,22)	0,754
FA	30 (31,91)	26 (53,06)	0,014

ACOD	23 (23,71)	21 (42)	0,023
IECA	40 (41,24)	14 (28)	0,110
IECA óptimo	26 (65)	12 (92,31)	0,038
ARNI	34 (35,05)	26 (52)	0,048
ARNI óptimo	21 (61,76)	17 (65,38)	0,772
BB	88 (90,72)	48 (96)	0,226
BB óptimo	55 (63,95)	40 (83,33)	0,014
ARM	75 (77,32)	36 (72)	0,480
ARM óptimo	67 (89,33)	31 (86,11)	0,625
iSGLT2	55 (56,70)	30 (60)	0,700
DASA	52 (53,61)	34 (68)	0,090

Los valores se expresan como n (%) o media (desviación estándar); ACOD: anticoagulantes orales directos; ARM: antagonistas de los receptores mineralcorticoides; ARNI: sacubitrilo-valsartán; BB: bloqueadores beta; DASA: diuréticos de asa; FA: fibrilación auricular; FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda; IC: insuficiencia cardiaca; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; iSGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2; NYHA: *New York Heart Association*; óptimo: dosis óptimas de fármaco.

Conclusiones: Los OBS presentaron una mayor proporción de TTO farmacológico optimizado para la IC-FEVIr y un mejor perfil del metabolismo del hierro. Estos hallazgos podrían contribuir al mejor pronóstico de los OBS descrito en otros estudios.