



4006-8. IMPLICACIONES DE LA OBESIDAD EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA. DESMONTANDO LA PARADOJA

Regina Dalmau González-Gallarza¹, Almudena Castro Conde¹, Mercedes Marín Santos¹, Henar Arranz Rodríguez², M^a Dolores Hernández Muñoz², Concepción Vindel Martínez², Andrea Araujo Avendaño² y José Luis López Sendón¹ del ¹Hospital Universitario La Paz, Madrid y ²Hospital de Cantoblanco, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La obesidad es un problema de prevalencia creciente, cuyo impacto sobre el riesgo cardiovascular ha sido sometido a controversias. Analizamos la prevalencia de la obesidad y su repercusión sobre el perfil de riesgo de pacientes con ingreso reciente de causa cardiológica.

Métodos: Se analizó retrospectivamente una cohorte de 703 pacientes remitidos a un programa de rehabilitación cardíaca (PRC) tras un ingreso reciente de causa cardiológica. Se estudió la prevalencia de obesidad y sobrepeso y se comparó su impacto sobre el perfil de riesgo cardiovascular (ANOVA de un factor para variables cuantitativas y χ^2 de Pearson para categóricas). Los parámetros metabólicos se determinaron en la primera analítica realizada en ayunas durante el ingreso.

Resultados: 85,8% eran varones, edad media 56,6, la mayoría remitidos tras ingreso por SCA (62,3% SCACEST, 31,6% SCASEST), 3,1% tras cirugía cardíaca, 3,0% por insuficiencia cardíaca. 26,5% eran obesos (IMC \geq 30), 47,7% con sobrepeso (IMC 25-30). La obesidad fue más prevalente en mujeres (28,7% vs 26,1%) y el sobrepeso en varones (49,8% vs 33%, $p = 0,01$). Las diferencias en el perfil de riesgo según el IMC se resumen en la tabla. El sobrepeso y la obesidad confieren una escala creciente en la presencia de HTA, dislipemia y diabetes. La obesidad condiciona un hábito sedentario que cierra el círculo vicioso. A pesar del conocido efecto anorexígeno de la nicotina, el tabaquismo es llamativamente prevalente en pacientes con obesidad o sobrepeso. Respecto a los parámetros metabólicos, los indicadores de resistencia a insulina (HDL bajo y triglicéridos elevados) y los que denotan un deterioro del metabolismo hidrocarbonado (glucemia basal y A1C), se deterioran conforme aumenta el IMC.

| Diferencias en el perfil de riesgo según el IMC | | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------|
| | Peso normal (IMC < 25) n = 182 | Sobrepeso (IMC 25-30) n = 335 | Obesidad (IMC \geq 30) n = 186 | p |
| Edad media | 56,1 | 57,9 | 54,7 | 0,003 |

| | | | | |
|-------------------------------|-------|-------|-------|---------|
| Glucemia basal mg/dl | 110,8 | 109,4 | 120,1 | 0,007 |
| LDL basal mg/dl | 107,7 | 112,7 | 111,5 | NS |
| HDL mg/dl | 38,5 | 37,6 | 33,7 | < 0,001 |
| Triglicéridos mg/dl | 131,4 | 145,1 | 175,0 | < 0,001 |
| A1C % | 5,8 | 6,1 | 7,7 | 0,004 |
| HTA | 33% | 49,9% | 67,7% | < 0,001 |
| Diabetes | 15,9% | 17,9% | 45,7% | < 0,001 |
| Dislipemia | 49,5% | 58,8% | 69,4% | 0,001 |
| Sedentarismo | 47,8% | 62,4% | 72,6% | < 0,001 |
| Tabaquismo activo | 64,8% | 50,1% | 53,2% | 0,013 |
| IMC: índice de masa corporal. | | | | |

Conclusiones: La obesidad y el sobrepeso son muy prevalentes en pacientes con cardiopatía, condicionan un aumento de la prevalencia de otros factores de riesgo y alteraciones del estilo de vida, así como un deterioro de los parámetros metabólicos. El abordaje integral de esta constelación de alteraciones asociadas a la obesidad es un objetivo prioritario de los PRC, en aras de mejorar el pronóstico de estos pacientes.