

Impacto de la obesidad en la implementación del tratamiento y el pronóstico en la insuficiencia cardiaca con FEVI reducida: análisis a 6 meses en una unidad especializada

Carmen Ligero Ferrer(1), María Ferré Vallverdú(1), Bàrbara Carbonell Prat(1), Elvis Amao Ruiz(1), Anna Seró Ariza(1), Anastasiya Mendela Andreychuk(1), Óscar Palazón Molina(1), Raúl Sánchez Giménez(1), Hernán Tajes Pascual(1), Amin El Amrani Rami(1) y Pilar Valdovinos Perdices(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Reus (Tarragona) - España

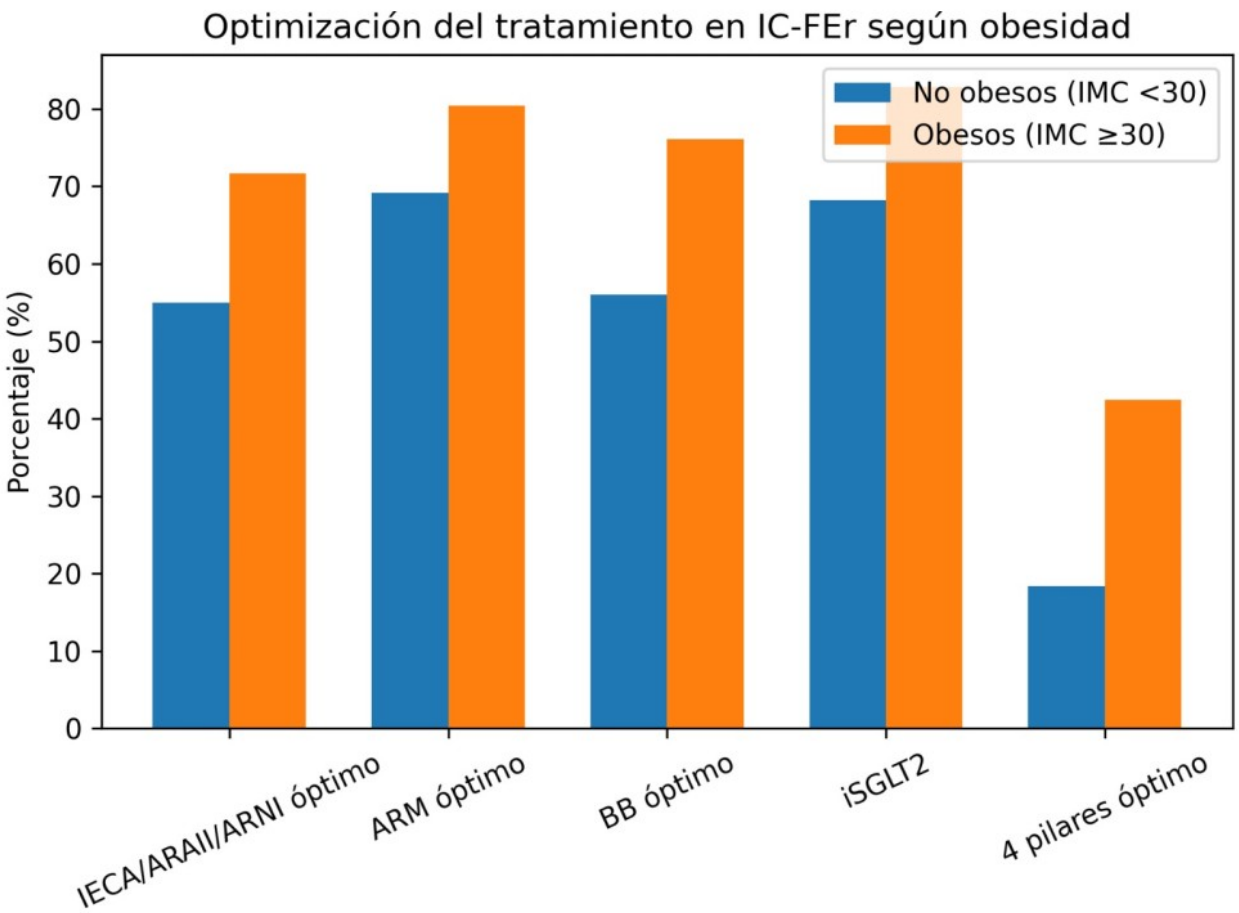
Introducción: La “paradoja de la obesidad” en insuficiencia cardiaca (IC) sugiere un mejor pronóstico en obesos, aunque sus mecanismos no están bien definidos. Evaluamos si existen diferencias entre pacientes obesos y no obesos (NOBS) con IC y FEVI reducida (IC-FEr) en la implementación del tratamiento y el pronóstico a 6 meses.

Métodos: Estudio observacional en pacientes con IC y FEVI?40% (IC-FEr) atendidos en nuestra unidad de IC entre 2021 y 2025. Se definió obesidad como IMC?30 kg/m². Se compararon uso de tratamiento modificador de la IC, consecución de tratamiento óptimo (4 pilares), titulación a dosis objetivo, desescalada terapéutica por intolerancia o efectos adversos, recuperación de FEVI y mortalidad a los 6 meses en obesos y NOBS (IMC<30 kg/m²).

Resultados: Se incluyeron 217 pacientes (30,9% obesos). Ambos grupos fueron comparables en edad, sexo, FEVI basal, función renal y etiología de IC. Los obesos presentaron niveles significativamente más bajos de NT-proBNP (2417 vs NOBS 4607 pg/mL; p=0,006) y tendencia a mayor prevalencia de diabetes. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el uso de IECA/ARAII/ARNI ni ARM. Sin embargo, los obesos recibieron con mayor frecuencia iSGLT2 (82,8% vs NOBS 68,2%; p=0,029). Además, los obesos alcanzaron en mayor proporción dosis óptimas de betabloqueantes (76,1% vs NOBS 56%; p<0,001) y de IECA, ARAII o ARNI (71,7% vs NOBS 55%; p=0,027).
La proporción de tratamiento óptimo global fue significativamente mayor en obesos (42,4% vs NOBS 18,4%; p<0,001), sin diferencias en la desescalada terapéutica (obesos 30,9% vs NOBS 30,2%; p=0,922). La recuperación de FEVI fue más frecuente en obesos (50,0% vs NOBS 33,3%), con tendencia estadística (p=0,076).
El modelo de supervivencia a 6 meses fue significativo (p=0,012), identificando la función renal y la desescalada terapéutica como determinantes pronósticos, mientras que la obesidad no se asoció de forma independiente con la mortalidad.

Conclusiones: En nuestros pacientes con IC-FEr, la obesidad no se asocia a peor pronóstico a corto plazo y se relaciona con una mayor probabilidad de alcanzar tratamiento óptimo y una mejor titulación de terapias fundamentales como los betabloqueantes, junto con una mayor utilización de iSGLT2. Nuestros resultados sugieren que la denominada paradoja de la obesidad podría reflejar, al menos en parte, una mejor implementación del

tratamiento modificador de la IC.



Comparación pacientes no obesos y obesos. Características clínicas. Tratamiento y evolución a los 6 meses

Variable	No obesos (IMC <30Kg/m2)	Obesos (IMC ≥30Kg/m2)	p
N (%)	150 (69,1%)	67 (30,9%)	—
Edad (años)	67,4 ± 11,9	65,2 ± 10,5	0,20
Sexo masculino	74	68,7	0,42
FEVI basal (%)	30,1 ± 6,8	30,4 ± 6,4	0,77
NT-proBNP (pg/mL)	4607 ± 6765	2417 ± 3286	**0,006**
Creatinina (mg/dL)	1,13 ± 0,43	1,11 ± 0,38	0,83
HTA (%)	64,4	72,7	0,23
Diabetes (%)	35,2	48,5	0,066
Dislipemia (%)	50,0	56,1	0,41
iSGLT2 (%)	68,2	**82,8**	**0,029**
IECA/ARAII/ARNI (%)	94,6	95,4	0,81
Betabloqueante óptimo (%)	56,0	**76,1**	**<0,001**
IECA/ARNI/ARAII óptimo (%)	55,0	**71,7**	**0,027**
ARM (%)	77,7	87,5	0,097
ARM óptimo (%)	69,2	80,4	0,195
Tratamiento óptimo (4 pilares) (%)	18,4	**42,4**	**<0,001**
Reducción/suspensión tratamiento (%)	30,2	30,9	0,922
Recuperación FEVI (%)	33,3	50,0	0,076

Los valores se expresan como porcentaje % o media ±desviación estándar; ARAII: antagonistas del receptor de la angiotensina II; ARM: antagonistas de los receptores mineralcorticoides; ARNI: sacubitril-valsartán; FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda; HTA: hipertensión arterial; IC: insuficiencia cardiaca; IECA: inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina; iSGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2.