

La paradoja de la obesidad según sexos: impacto pronóstico del índice de masa corporal en la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida

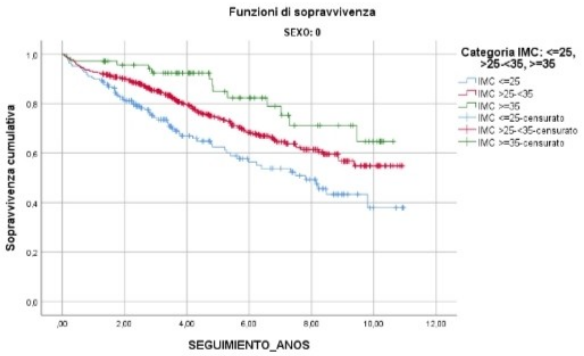
Francisco Javier Mena Holgado(1), Emanuele Coppo(1), Juan José Serrano Silva(1), Alberto Giráldez Valpuesta(1), Alicia Almagro Romero(1) y Ana Catarina Fernandes Esse Magriço(1) de (1)Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera (Cádiz) - España

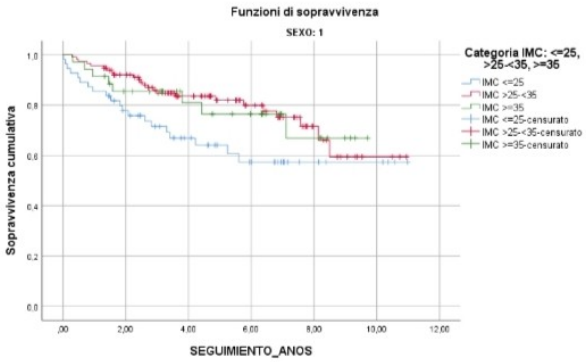
Introducción: La obesidad es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV), con una tendencia creciente en los últimos años. El objetivo de este estudio es analizar su impacto sobre la supervivencia en hombres y mujeres con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFEr).

Métodos: Estudio observacional de una cohorte prospectiva de pacientes con ICFEr (?40%) derivados a una unidad de IC entre junio de 2014 y agosto de 2025. A la inclusión se realizó una valoración clínica completa (analítica, ECG y ecocardiografía), funcional (test de la marcha de 6 minutos) y de calidad de vida (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, MLHFQ). Los pacientes se estratificaron por sexo. La supervivencia según IMC se evaluó mediante curvas de Kaplan-Meier (Log-Rank) y la asociación con mortalidad mediante modelos de Cox ajustados por edad, FEVI y comorbilidades.

Resultados: Se incluyeron 917 pacientes (22,9% mujeres). Los varones obesos presentaron mayor prevalencia de HTA que los no obesos (65,4% vs. 50,3%; p<0,001). En mujeres, la obesidad se asoció a mayor prevalencia de diabetes (45,8% vs. 29,5%; p=0,017) y peor clase funcional (p=0,005). No hubo diferencias en otros FRCV.
Tras un seguimiento medio de 4,6 años, en varones se observó una relación inversa entre IMC y mortalidad. Frente al normopeso, los pacientes con IMC 25-35 y >35 presentaron menor riesgo de muerte (HR=0,71; p=0,037 y HR=0,47; p=0,017), superior al 50% en obesidad ? grado II. En mujeres, se observó una tendencia similar (Log-Rank p=0,059), aunque el beneficio solo fue significativo en sobrepeso/obesidad grado I (HR=0,41; p=0,006), sin diferencias en IMC>35 (HR=0,45; p=0,079).

Conclusiones: Nuestros resultados respaldan la existencia de la "paradoja de la obesidad" en pacientes con ICFEr, donde un mayor IMC se asocia a una mejor supervivencia a largo plazo frente al normopeso. Sin embargo, mientras que en los varones el beneficio pronóstico es proporcional al aumento del IMC, en las mujeres se atenúa en los grados más severos de obesidad. Estos hallazgos sugieren posibles diferencias relacionadas con el sexo en la asociación entre IMC y pronóstico, que podrían tener implicaciones en la estratificación del riesgo y el manejo clínico de estos pacientes.





Características basales de varones y mujeres según su índice de masa corporal

		Hombres (n=707)			Mujeres (n=210)	
	IMC≥30	IMC<30	P	IMC≥30	IMC<30	P
Edad, años	61,59±11,37	65,41±11,262	0,300	64,52±10,986	65,83±11,646	0,814
FRCV						
HTA, n(%)	155 (65,4)	223 (50,3)	<0,0001	56 (68,3)	67 (54,9)	0,056
DM, n(%)	111 (46,3)	178 (39,9)	0,109	38 (45,8)	36 (29,5)	0,017
DL, n(%)	99 (41,6)	163 (36,9)	0,228	40 (48,2)	49 (40,5)	0,276
Fumador, n(%)	191 (79,6)	339 (76)	0,287	33 (39,8)	52 (42,6)	0,683
Clase funcional NYHA, n(%)			0,201			0,005
I	88 (36,7)	191 (42,8)		24 (28,9)	52 (42,6)	
II	129 (53,8)	224 (50,2)		47 (56,6)	66 (54,1)	
III	23 (9,6)	31 (7)		12 (14,5)	4 (3,3)	
Antecedente de cardiopatía isquémica, n(%)	106 (44,2)	247 (55,4)	0,005	23 (27,7)	40 (32,8)	0,439
FEVI, %	31,96±7,564	31,08±7,918	0,465	31,87±6,955	31,52±7,011	0,882
Tratamiento						
ARNI, n(%)	62 (25,8)	107 (24)	0,593	21 (25,3)	27 (22,1)	0,599
iSGLT2, n(%)	64 (26,7)	173 (38,8)	0,001	23 (27,7)	42 (34,4)	0,310
Espironolactona, n(%)	168 (70)	296 (66,4)	0,332	53 (63,9)	63 (51,6)	0,083
6MWT, metros	388,88±88,532	388,45±94,09	0,933	321,97±111	350,57±99,837	0,732
MLHFQ, puntos	35,35±19,165	31,33±18,596	0,399	44,16±18,893	35,66±20,073	0,212