Rev Clin Esp. 2023;224(Supl 2):S150

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

938 - INFLUENCIA DE LA VALORACIÓN MUSCULAR EN EL PACIENTE OBESO CON INSUFICIENCIA CARDIACA. ¿EXISTE REALMENTE LA PARADOJA DE LA OBESIDAD?: RESULTADOS DEL REGISTRO PROFUND-IC

Lucía de Jorge Huerta[1], *María del Palacio Tamarit*[1], *Jesús Alonso Carrillo*[1], *Adrián López Alba*[1], *Rodrigo Miranda Godoy*[1], *Mario Cereza Latre*[1], *Carlos Aizpurua Martínez*[2], *Mónica Sánchez de la Fuente*[1], *Francisco Trapiello Valbuena*[3], *Pilar Casasnovas Rodrígez*[4], *Manuel Méndez Bailon*[5] *y Fernando Aguilar Rodríguez*[1]

[1]*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.* [2]*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.* [3]*Hospital del Oriente de Asturias, Asturias, España.* [4]*Hospital Universitario de Torrevieja, Alicante, España.* [5]*Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España.*

Resumen

Objetivos: La obesidad se ha considerado un factor protector en los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) dentro del fenómeno “paradoja de la obesidad”. Sin embargo, la valoración exclusiva del peso/IMC sin tener en cuenta la composición corporal puede artefactar esta evolución. El objetivo de este estudio es comparar la evolución de los pacientes pluripatológicos ingresados por IC según su IMC y la presencia de sarcopenia y la influencia de la valoración muscular en el pronóstico.

Métodos: Se empleó la base de datos del registro PROFUND-IC de la Sociedad-Española-de-Medicina-Interna (estudio observacional prospectivo multicéntrico de pacientes pluripatológicos ingresados por IC incluidos entre Septiembre 2020-Febrero 2023). Se clasificaron como obesos aquellos pacientes con IMC > 30 Kg/m^2 y no-obesos con IMC < 30 Kg/m^2. Se consideró sarcopenia si presentaban fuerza prensil < 27 Kg en varones y < 16 Kg en mujeres, según las recomendaciones del EWGSOP. Se realizaron cuatro grupos: obesos con sarcopenia, obesos sin sarcopenia, no-obesos con sarcopenia y no-obesos sin sarcopenia. Se analizó la evolución a 6 meses y 1año de cada grupo y el % de suplementación nutricional al alta como medida de actuación sobre la sarcopenia.

Resultados: De los 784 pacientes incluidos en el registro, se analizaron 358 (45,7%) que disponían de antropometría (peso/talla) y dinamometría al ingreso (edad media = 83,3 ± 8,6 años; fuerza prensil media = 14,1 ± 10,1Kgs; IMC medio = 28,4 ± 6,0 Kg/m^2). El grupo más frecuente fue el de pacientes sin obesidad con sarcopenia (N = 201, 56%), seguido de los obesos sarcopénicos (N = 93, 25,9%), no-obesos sin sarcopenia (N = 40, 11,1%) y obesos sin sarcopenia (N = 25; 7%). Los pacientes obesos de forma global presentaron menor mortalidad a los 6 meses (12,7 vs. 25,8%, p = 0,04) y al año (24,3 vs. 34,6%, p = 0,06). Sin embargo, por subgrupos, cuando el paciente obeso presentaba sarcopenia, tuvo peor pronóstico (mortalidad 14,6% a 6 meses y 25,9% a 1 año) que el paciente sin obesidad ni sarcopenia (0% a 6 meses, 7,1% 1 año) siendo el grupo de peor pronóstico los pacientes sin obesidad con sarcopenia (30,6% mortalidad 6 meses y 40,3% al año). En cuanto al reingreso, se observó que el paciente obeso con sarcopenia era el que más reingresaba a los 6 meses (41,5%) por delante del paciente sin obesidad (p = 0,242). Recibió suplementación nutricional solo el 9,7% (N = 35) de los pacientes, siendo el grupo menos suplementado el obeso sarcopénico (5,6%) y

el que más, el sarcopénico sin obesidad (14,9%). Los pacientes con sarcopenia presentaron menor mortalidad global si recibían suplementación proteica (6,1 vs. 9,7%, p = 0,442) siendo este efecto aún más beneficioso en el paciente obeso con sarcopenia que en el no-obeso (0 vs. 6,1%; p = 0,644) sin ser significativo probablemente por la baja N.

Conclusiones: La obesidad afecta a un tercio de los pacientes pluripatológicos ingresados por IC con menor mortalidad de forma global. Sin embargo, la mayoría (80%) presentan además sarcopenia lo que empeora su pronóstico por delante de los pacientes sin obesidad ni sarcopenia. Solo el 6% recibió suplementación proteica a pesar del beneficio independiente del IMC. Por ello, es importante valorar la composición corporal y no solo el IMC en el paciente con IC, siendo probablemente la paradoja de la obesidad solo aplicable y protectora en el paciente obeso sin sarcopenia.

0014-2565 / © 2023, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.