

Insuficiencia cardíaca y obesidad

Estrategias paradójicas: ¿Bajar o no bajar de peso?

MIGUEL GONZÁLEZ^{MTSAC, FACC, 1}

Nos encontramos en una situación de crecimiento en la prevalencia e incidencia de pacientes con insuficiencia cardíaca, entidad con alta morbilidad y mortalidad. Al mismo tiempo, en poblaciones occidentales, por factores culturales, raciales o económicos existe un fenómeno similar en el número de pacientes con sobrepeso u obesidad. Ambas condiciones coexisten frecuentemente y, podría definirse en forma rápida, con carácter epidémico. (1)

Diversas publicaciones señalan la observación de una relación inversa en términos de mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca que presentan sobrepeso u obesidad, de lo que podría deducirse que la obesidad confiere un efecto protector, situación que intuitivamente nos llevaría a pensar lo contrario, por lo que algunos autores han denominado a estos hallazgos “epidemiología reversa”. (2)

Tomando en cuenta la obesidad, analicemos dos escenarios diferentes: uno en poblaciones sanas (o presuntamente) y otro en pacientes con insuficiencia cardíaca.

La obesidad está claramente asociada con factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión arterial, la resistencia a la insulina o la diabetes, los niveles elevados de colesterol total, LDL y triglicéridos y niveles menores de efectos protectores como HDL o actividad física. (3, 4) Sin embargo, a pesar de estos factores adyuvantes muy relacionados con incremento de la mortalidad cardiovascular, diversas publicaciones han sido contradictorias en sus resultados con asociaciones positivas en algunas, negativas en otras, sin relación o con efectos con curva en J o U, cuando se analizó la mortalidad en el seguimiento a largo plazo. (5, 6)

En varias comunicaciones se ha asociado a la obesidad con el desarrollo de insuficiencia cardíaca, con alteraciones estructurales cardíacas, como hipertrofia ventricular excéntrica, disfunción ventricular sistólica y diastólica, vinculado a una sobrecarga de volumen e incremento en la viscosidad sanguínea. Investigadores de Framingham encontraron un potente y significativo incremento en la incidencia de insuficiencia cardíaca en individuos obesos, tanto varones como mujeres (11% y 14% de los casos, respectivamente). (7)

Desde el punto de vista epidemiológico, queda claro que en poblaciones presuntamente normales, ya sea en términos de morbilidad, mortalidad y calidad

de vida, la obesidad afecta en forma negativa la salud pública y nuestra estrategia está dirigida a la disminución del peso.

Sin embargo, el impacto del sobrepeso y la obesidad sobre los pacientes que ya han desarrollado insuficiencia cardíaca, a partir de las últimas publicaciones, ya no es tan claro.

Diversos autores, entre los que se incluyen Fernández y colaboradores (8) en este número de la *Revista*, encuentran, en general en forma retrospectiva, una relación inversa entre mortalidad y obesidad en el seguimiento a largo plazo de pacientes con insuficiencia cardíaca. (9, 10)

¿Es entonces la obesidad una situación “mala” en individuos normales y “buena” cuando está presente en pacientes con insuficiencia cardíaca? ¿La obesidad es una asociación casual o una causa del beneficio observado? Analicemos posibles respuestas:

1. Los pacientes con mayor IMC (sobrepeso u obesidad) son de menor riesgo que los pacientes normales:
 - Podría ocurrir que debido a la obesidad y sus limitaciones físicas, sus síntomas de disnea, fatigabilidad y edemas sean adjudicados a insuficiencia cardíaca y no sean por este motivo o exacerben los síntomas de una enfermedad de base de menor severidad.
 - En general, en la mayoría de los estudios publicados, los pacientes con mayor IMC son más jóvenes, con mejor función ventricular, mayor asociación con disfunción diastólica, más hipertensión arterial asociada, menor etiología isquémica, mayor tensión arterial basal, mayor tasa de utilización de inhibidores de la enzima convertidora o betabloqueantes, todas variables relacionadas con mejor evolución clínica, a pesar de que padecen un incremento en la presencia de diabetes.
2. Limitaciones por problemas metodológicos:
 - Es probable que algunas observaciones no hayan medido factores confundidores como el tabaquismo, la presencia de estatinas, el manejo de los factores de riesgo, etc.
 - Los tiempos de observación: la relación de mortalidad y desarrollo de insuficiencia cardíaca en pacientes con sobrepeso u obesidad fue observada por períodos tan prolongados como 8 a 16 años y otras variables son las responsables de la muerte en pa-

^{MTSAC} Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

^{FACC} Fellow of American College of Cardiology

¹ Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

cientes con peso normal o inferior a la media. El beneficio observado en el grupo de pacientes con IMC elevado en el trabajo de Horwich se pierde y se equipara a los 5 años de seguimiento (curvas divergentes-convergentes).

La existencia de varias publicaciones en el mismo sentido a pesar de las consideraciones metodológicas darían sustento a un fenómeno biológico real, pero la aparición de algunas en los últimos años podría estar relacionada con un sesgo de publicación. Pienso que la obesidad es más un marcador de no riesgo que un factor de no riesgo.

Si las conclusiones que presentan Fernández y colaboradores y otros autores se tradujeran en que la obesidad conlleva un efecto protector, en forma ligera uno estaría tentado a no indicar un descenso de peso en los pacientes con insuficiencia cardíaca, porque con dicha estrategia podrían perderse los efectos beneficiosos del sobrepeso.

Descensos del peso no intencionales se han relacionado en el estudio SOLVD, y validado en el V-HeFT II, con un incremento en la mortalidad entre el 75% y el 100% más elevada a los 9 y 12 meses cuando la pérdida superaba el 6%. Agregado a esto, en los pacientes que reciben enalapril o betabloqueantes (con mayor frecuencia los pacientes con IMC elevado) se observa un riesgo menor de pérdida del peso con el consiguiente efecto en la sobrevida. (11)

Por otra parte, la disminución del peso intencional produce efectos, como una disminución de la tensión arterial y de los valores de glucemia, mejoría en la resistencia a la insulina, en los niveles lipídicos, en la respuesta vasodilatadora de un endotelio enfermo, en los volúmenes ventriculares y en la función ventricular, un incremento en la posibilidad de actividad física y en mejores niveles de óxido nítrico, factores que están relacionados con una evolución positiva en el seguimiento en términos de morbilidad y mortalidad.

Solamente la Guía de diagnóstico y tratamiento en insuficiencia cardíaca de la Sociedad Europea de Cardiología sugiere la disminución de peso en pacientes con IMC superior a 25.

El trabajo presentado por Fernández y colaboradores analiza el seguimiento a largo plazo de un grupo de pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca proveniente del Registro GESICA, divididos según el IMC al ingreso, en donde los pacientes con sobrepeso y obesidad (corresponden al 69% de la

muestra!) presentan un riesgo menor de mortalidad en el seguimiento. Excluyendo a los pacientes con IMC bajo (2,6%), la mortalidad aproximada a los 3 años de seguimiento fue del 25%, significativamente menor a la de IMC > 25 y > 30 cuando se compara con "normales" (18% y 16%, respectivamente), en tanto que no se observaron diferencias en la mortalidad entre pacientes obesos y con sobrepeso.

Estos resultados ratifican las observaciones ya publicadas y especialmente cobran valor porque provienen de una muestra representativa de nuestro país.

Este es un trabajo experimental observacional que plantea una hipótesis, pero no fue la intención de los autores ni tampoco podemos asumir por estos resultados que los pacientes con insuficiencia cardíaca no deberían normalizar su IMC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mokdad AH, Bowman BA, Ford ES, Vinicor F, Marks JS, Koplan JP. The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. *JAMA* 2001;286:1195-200.
2. Kalantar-Zadeh K, Block G, Horwich T, Fonarow GC. Reverse epidemiology of conventional cardiovascular risk factors in patients with chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2004;43:1439-44.
3. Krauss RM, Winston M, Fletcher BJ, Grundy SM. Obesity: Impact on cardiovascular disease. *Circulation* 1998;98:1472-6.
4. Díaz M. Presente y futuro del tratamiento farmacológico de la obesidad. *Rev Argent Cardiol* 2005;73:137-44.
5. Dyer A, Stamler J, Garside DB, Greenland P. Long-term consequences of body mass index for cardiovascular mortality: the Chicago Heart Association Detection Project in Industry study. *Ann Epidemiol* 2004;14:101-8.
6. Lavie CJ, Milani RV. Obesity and cardiovascular disease: The Hippocrates paradox? *J Am Coll Cardiol* 2003;42:677-9.
7. Hubert HB, Feinleib M, McNamara PM, Castelli WP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation* 1983;67:968-77.
8. Fernández A, Ferrante D, Hrabar A, Soifer S, Varini S, Nul D y col. Valor pronóstico del índice de masa corporal en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica: Registro GESICA. *Rev Argent Cardiol* 2006;74:204-10.
9. Horwich TB, Fonarow GC, Hamilton MA, MacLellan WR, Woo MA, Tillisch JH. The relationship between obesity and mortality in patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2001;38:789-95.
10. Bozhurt B, Deswal A. Obesity as a prognostic factor in chronic symptomatic heart failure. *Am Heart J* 2005;150:1233-9.
11. Anker SD, Negassa A, Coats AJ, Afzal R, Poole-Wilson PA, Cohn JN. Prognostic importance of weight loss in chronic heart failure and the effect of treatment with angiotensin converting enzyme inhibitors: an observational study. *Lancet* 2003;361:1077-83.