

NUEVO DOCUMENTO DE CONSENSO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA SOBRE OBESIDAD EN EL PACIENTE CARDIOPATA

Autor: Marcos García Aguado (Cardiólogo en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. Madrid)

Fecha de publicación: 22/04/2024

Patología: CI y factores de riesgo CV / Categoría: Novedades

Tiempo de lectura: 5 minutos



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

Las **Asociaciones de Cardiología Preventiva, Cardiología Clínica e Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología** han publicado un [documento](#) de posicionamiento sobre la obesidad y la enfermedad cardiovascular y renal.

Se justifica la publicación de este documento por el aumento de la incidencia y prevalencia de la [obesidad](#) (en **España**, según los datos del estudio **ENRICA**, la prevalencia es del 22,9% y la obesidad abdominal está presente en el 36% de la población), un problema de salud que puede originar enfermedades crónicas, algunas del ámbito cardiovascular, como la fibrilación auricular, la insuficiencia cardíaca (IC), la enfermedad vascular y la enfermedad renal crónica.

En el caso de la obesidad, la valoración integral del paciente es fundamental. Por este motivo es fundamental crear grupos de trabajo multidisciplinares y potenciar la continuidad asistencial, con la medicina familiar y la atención primaria como claves en su abordaje.

Resumimos los puntos más relevantes de este documento:

DEFINICIÓN

- La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial, caracterizada por un depósito excesivo de grasa disfuncional, conocido como adipopatía, que induce un estado crónico inflamatorio, base del desarrollo de múltiples comorbilidades.

ETIOPATOGENIA

- La obesidad es multifactorial y compleja.
- El tejido adiposo subcutáneo, entre otras funciones, actúa de depósito de grasa. Cuando se supera su capacidad, el excedente se acumula en lugares donde los niveles de grasa son mínimos, lo que predispone a la desregulación cardiometabólica (*alrededor de los órganos, incluida la grasa epicárdica que rodea los vasos coronarios*). La obesidad visceral resultante genera un desequilibrio en la liberación de adipocinas (*los diferentes compuestos que secreta la grasa con acción proinflamatoria o antiinflamatoria*) a favor de las proinflamatorias, con efectos paracrinos y sistémicos. Así se induce un proceso proinflamatorio sistémico, un aumento de fenómenos protrombóticos y vasoconstrictores, aumentando la comorbilidad y morbimortalidad.
- La obesidad visceral aumenta los niveles de ácidos grasos libres, citoquinas inflamatorias y factores protrombóticos, responsables de la peligrosa resistencia a la insulina, que contribuye a la alteración del metabolismo de la glucosa y lipídico. Si a todo esto le sumamos hiperactivación del sistema nervioso simpático, potenciamos el riesgo de desarrollo de enfermedad cardiovascular.

DIAGNÓSTICO

- El uso [del índice de masa corporal \(IMC\)](#) presenta importantes limitaciones, y a pesar de su sencillez, probablemente sea sustituido por otro biomarcador antropométrico que refleje mejor la adipopatía. En definitiva, es importante tener en cuenta la corpulencia del paciente (*dato que aporta el IMC*), pero debemos completar la información con datos sobre la composición corporal, cuantificando así el porcentaje de tejido graso y de tejido muscular. Se considera obeso a aquel varón con > 25 % de grasa corporal, siendo > 33% en el caso de las mujeres.
- Aunque podemos medir de forma directa la grasa corporal con diferentes técnicas, la **OMS (Organización Mundial de la Salud)** y las diferentes sociedades científicas no recomiendan su uso para el diagnóstico y clasificación de la obesidad. Las mediciones con datos antropométricos de fácil obtención (*circunferencia abdominal, relación cintura-talla, pliegues subcutáneos en zona bicipital, tricipital, subescapular y suprailíaco*) y la bioimpedancia eléctrica son las medidas de elección.

COMORBILIDADES CARDIOVASCULARES

- Por cada 5 puntos de incremento del IMC, el riesgo relativo de cardiopatía isquémica aumenta un 29%. Ya hemos visto como la obesidad se relaciona con la aterosclerosis.

- Por cada punto de incremento del IMC, aumenta la incidencia de insuficiencia cardíaca (IC) un 5% en varones y un 7% en mujeres (**Framingham Heart Study**). La obesidad se relaciona sobre todo con la IC preservada. Las acciones sistémicas y locales de la obesidad visceral producen cambios hemodinámicos y estructurales cardíacos que predisponen al desarrollo de la IC y de la fibrilación auricular (FA).
- Por cada punto de incremento del IMC, aumenta la incidencia de FA un 29%.
- Cuanto mayor sea el IMC, más riesgo de enfermedad renal crónica terminal. La grasa visceral genera hiperfiltración glomerular, aumento de reabsorción de sodio y proteinuria.

OBJETIVOS

- Para obtener beneficios cardiovasculares debe reducirse el peso al menos un 10%.

TRATAMIENTOS BASALES

DIETA

- Restricción calórica entre 500-800 Kcal/día, con diferentes opciones dietéticas. La dieta mediterránea ha demostrado reducir la morbimortalidad cardiovascular en prevención primaria y [secundaria](#). Por este motivo, el documento de consenso considera la dieta mediterránea como la base del tratamiento.
- Las dietas deben incluir alimentos de buena calidad nutricional, evidentemente las grasas saturadas deben ser desplazadas por las insaturadas, reducir azúcares, alcohol y sal, y eliminar los [ultraprocesados](#).
- Utilizar estrategias para fomentar la adherencia dietética a largo plazo (*“que importante es la continuidad asistencial bien estructurada y la educación en salud - cuanto más precoz, mejor”*). En los pacientes adultos con obesidad, muchas inercias del inconsciente deben ser modificadas para “reinsertar” valores relacionados con una vida cardiosaludable que pasa por el autocuidado como pilar fundamental (*de ahí la importancia de la psicología, y de nuevo un ejemplo de la visión global del paciente, cuerpo físico y psíquico*). Los sanitarios no deben centrarse en informar, sino, tal y como indica el documento de consenso, motivar. Esta visión fundamental del paciente (*“humanización”*) requiere tiempo de dedicación en consultas y trabajo en equipo.

EJERCICIO

- Se recalca la importancia de los ejercicios de fuerza, pero siempre individualizando (*debemos tener en cuenta el estado de salud, el grado de sarcopenia, recursos, tiempo y gustos del paciente*). Indudablemente, estos pacientes deben contar con un buen asesoramiento (*rehabilitar*).
- Se deben incluir ejercicios de resistencia cardiorrespiratoria tipo interválico por su beneficio en la composición corporal.
- La frecuencia mínima de ejercicio sería 2 o 3 días alternos semanales.

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS ESPECÍFICOS DEL PACIENTE CON OBESIDAD

- El documento de consenso no define a la [semaglutida](#) ni a la [tirzepatida](#) como fármacos para la reducción del peso. Su eficacia en la reducción de peso, independientemente de la glucemia, les permitió establecerse como fármacos para la obesidad. Los “errores” a la hora de transmitir la información por parte de diferentes medios (*redes sociales...*) generó la sensación de que la obesidad era un problema estético y que la toma de estos fármacos podía solucionar el problema sin más esfuerzo, generando la aparición en el mercado negro de los análogos GLP-1 y de un uso inadecuado de estas terapias. Los esfuerzos de muchos profesionales sanitarios para comprender que la persona con obesidad es una persona enferma, que el tratamiento es multifactorial y que la reducción de los eventos cardiovasculares es fundamental, ha conseguido, junto a la evidencia científica más reciente, un cambio progresivo en el abordaje de la obesidad y uso de las mal llamadas terapias para la obesidad. Los datos recientes han demostrado que el análogo GLP-1 (**semaglutida**) reduce la morbilidad en prevención secundaria, mejora la calidad de vida y capacidad de ejercicio en IC con fracción de eyección del ventrículo izquierdo preservada, y reduce la morbilidad en la IC reducida del paciente con DM 2 asociada. Por ello, al hablar de la **semaglutida** y probablemente de otros análogos GLP-1 o nuevos fármacos duales, lo adecuado sea considerarlos fármacos para reducir la morbilidad cardiovascular del paciente con obesidad (*¿y quizá de aquel con “normopeso” pero una distribución inadecuada de la grasa corporal?*).

TRATAMIENTOS DE LAS PATOLOGÍAS CARDIACAS EN EL PACIENTE CON OBESIDAD

INSUFICIENCIA CARDIACA

- La evidencia científica más reciente descartó la paradoja de la obesidad. Es decir, actualmente sabemos que el aumento de la grasa visceral se asocia a mayor riesgo de desarrollo de IC.
- No disponemos de mucha evidencia sobre el tratamiento de los pacientes con obesidad e insuficiencia cardiaca. En el caso de la IC con fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida (*ICFEr*) se recomienda seguir las recomendaciones de las guías de práctica clínica. El documento de consenso nos recuerda el papel de la semaglutida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e *ICFEr*, que demostró recientemente una reducción del combinado de IC, muerte cardiovascular y hospitalización por todas las causas.
- En IC con fracción de eyección del ventrículo izquierdo preservada (*ICFEp*) los *iSGLT2* (**dapagliflozina y empagliflozina**) son eficaces, independientemente del IMC inicial, y además contribuyen a una discreta reducción de peso. El estudio [STEP-HFpEF](#) demostró la eficacia de la **semaglutida** inyectada semanal (2,4 mg) al mejorar la calidad de vida de los pacientes (*medido por el **Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire***) y la capacidad de ejercicio de forma significativa, además de reducir el peso. También se asoció a mejoría de criterios subrogados relacionados con la salud cardiovascular, como la PCR y los [péptidos natriuréticos](#).

El estudio [STEP-HFpEF DM](#) (similar al **STEP-HFpEF**, pero en pacientes con DM 2) demostró resultados similares.

FIBRILACIÓN AURICULAR

- La reducción de peso se asocia a una disminución de la carga arrítmica, incluso reversión de la FA persistente a paroxística.

¿Y EL RIÑÓN?

Ya mencionamos previamente la asociación de la obesidad con el deterioro renal. No disponemos de estudios en los que la función renal fuera el objetivo primario en población con obesidad. Disponemos de análisis secundarios con **semaglutida** y **dapaglifozina** que mostraron, en el primer caso, una menor progresión de la nefropatía, y en el segundo caso, beneficios renales independientemente del IMC. La cirugía bariátrica redujo la progresión de la enfermedad renal crónica.

CONCLUSIÓN

Este documento de consenso plantea un cambio de mentalidad de los profesionales sanitarios frente al grave problema de la obesidad. Otros documentos previos a los que hemos hecho referencia en **CARPRIMARIA** incidían en la necesidad de ese cambio de mentalidad. No debemos considerar la obesidad como la resultante de una inacción por parte del paciente que la padece.

El documento nos muestra la obesidad como una enfermedad compleja, prevalente, con aumento de morbimortalidad cardiovascular y multifactorial, y nos repasa el abordaje terapéutico, desde el pilar del autocuidado hasta los tratamientos farmacológicos que reducen la morbimortalidad cardiovascular actuando en el marco de la prevención primaria y secundaria. Ahora bien, se echa en falta un espíritu más crítico sobre las terapias a emplear, mencionando las limitaciones de los estudios e información sobre la no inocuidad de los fármacos. Son indudables los beneficios, pero también hay lagunas y controversias, que todo clínico debe conocer.

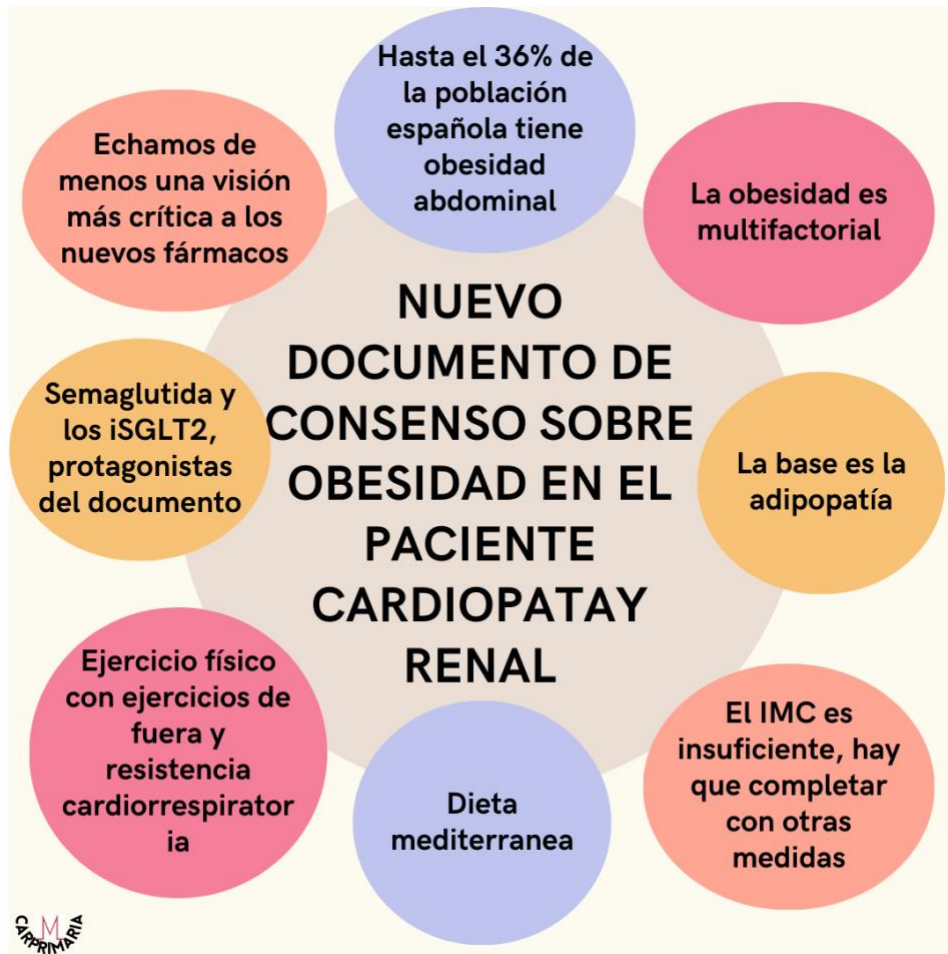


Ilustración 1. Resumen de puntos de interés del documento de consenso SEC. CARPRIMARIA

REFERENCIAS

[Revista Española de Cardiología. Artículo especial. 17 Mayo 2024](#)

OTROS ARTÍCULOS QUE PODRÍAN SER DE TU INTERÉS

[IMC, una medida imperfecta para la evaluación de nuestros pacientes](#)

[Dieta mediterránea mejor que baja en grasas, también en prevención secundaria CV](#)

[¿Qué dieta debo recomendar a mi paciente para fomentar la salud CV?](#)

[Ultraprocesados, un problema de salud pendiente de resolver](#)

[Revolución en el tratamiento de la obesidad: tirzepatida vs semaglutida](#)

[Tirzepatida, ¿Qué, cómo y para?](#)

[La obesidad en 2024](#)

[¿Será la semaqlutida un nuevo fármaco para el manejo de la ICpreservada, independientemente de la glucemia?](#)

[Papel de los PN en IC crónica ¿Qué debemos saber?](#)

[La semaqlutida mejora los síntomas y limitaciones físicas de los pacientes con obseidad e ICFEp, en pacientes con y sin DM](#)