

Un hallazgo importante de este estudio es que las mujeres presentaban mayor grado de AF (en especial si se tiene en cuenta la AF doméstica), y esto podría explicar en parte la mayor proporción de OMS observada en ellas. De igual modo, el mayor grado de AF observado en las mujeres también podría explicar en parte el perfil cardiometabólico más favorable observado en ellas, con independencia del fenotipo de tamaño corporal<sup>4</sup>. De hecho, la mayoría de las mujeres eran amas de casa y dedicaban a la AF doméstica 10 veces más energía que los varones, lo que puede implicar una reducción sustancial del riesgo cardiometabólico. Esta hipótesis está respaldada por estudios previos en los que se ha descrito que la AF doméstica ligera se asocia a menos mortalidad cardiovascular y por cualquier causa<sup>5</sup>.

Estos resultados refuerzan la idea de que la AF puede desempeñar un papel importante en el fenotipo OMS y su pronóstico.

El diseño transversal y la falta de una evaluación objetiva de la AF, la condición física, la adiposidad y los patrones nutricionales son limitaciones de este estudio que será preciso tener en cuenta en estudios futuros.

Dado que el bajo grado de AF es una característica común en el fenotipo obeso con alteraciones metabólicas, programas de AF o de ejercicio físico pueden ser importantes en esta población. Además, serán necesarias nuevas investigaciones para determinar si un aumento de la AF de los individuos de fenotipo OMS podría prevenir el paso de OMS a un estado de alteración metabólica o fomentar lo contrario, tal y como se ha descrito previamente<sup>6</sup>.

## FINANCIACIÓN

Estudio financiado por los proyectos PI-071218, EMER-07/046 y INT-07/28, 09/030. V.A. Aparicio contó con financiación del programa Andalucía *Talent-Hub* (COFUND-Acuerdo de subvención-n. 291780). A. Soriano-Maldonado (FPU12/00963) contó con financiación del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte de España.

## MATERIAL SUPLEMENTARIO



Se puede consultar material suplementario a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.recesp.2016.04.041](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.04.041).

Virginia A. Aparicio<sup>a,b,\*</sup>, Alberto Soriano-Maldonado<sup>c</sup>, Francisco Buitrago<sup>d</sup>, Francisco J. Félix-Redondo<sup>e,f</sup> y Daniel Fernández-Bergés<sup>f,g</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Fisiología, Facultad de Farmacia, Facultad de Ciencias del Deporte, e Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Granada, Granada, España

<sup>b</sup>VU University y EMGO+ Institute for Health and Care Research, Ámsterdam, Países Bajos

<sup>c</sup>Departamento de Educación Física y Deportiva, Facultad de Ciencias del Deporte, Universidad de Granada, Granada, España

<sup>d</sup>Centro de Salud Universitario La Paz, Badajoz, España

<sup>e</sup>Centro de Salud Villanueva Norte, Servicio Extremeño de Salud, Villanueva de la Serena, Badajoz, España

<sup>f</sup>Área de Salud Don Benito-Villanueva de la Serena, Sistema Extremeño de Salud, Don Benito, Badajoz, España

<sup>g</sup>Unidad de Investigación, GRIMEX Group Programa de Enfermedades Cardiovasculares (PERICLES), Villanueva de la Serena, Badajoz, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [virginiaparicio@ugr.es](mailto:virginiaparicio@ugr.es) (V.A. Aparicio).

On-line el 21 de julio de 2016

## BIBLIOGRAFÍA

1. Félix-Redondo FJ, Fernández-Berges D, Fernando Perez J, Zaro MJ, García A, Lozano L, et al. [Prevalence, awareness, treatment and control of cardiovascular risk factors in the Extremadura population (Spain). HERMEX study]. *Aten Primaria*. 2011;43:426-34.
2. Ortega FB, Cadenas-Sanchez C, Sui X, Blair SN, Lavie CJ. Role of fitness in the metabolically healthy but obese phenotype: a review and update. *Prog Cardiovasc Dis*. 2015;58:76-86.
3. Bell JA, Kivimaki M, Batty GD, Hamer M. Metabolically healthy obesity: what is the role of sedentary behaviour? *Prev Med*. 2014;62:35-7.
4. Leon-Latre M, Moreno-Franco B, Andres-Esteban EM, Ledesma M, Laclaustra M, Alcalde V, et al. Sedentary lifestyle and its relation to cardiovascular risk factors, insulin resistance and inflammatory profile. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:449-55.
5. Huerta JM, Chirlaque MD, Tormo MJ, Buckland G, Ardanaz E, Arriola L, et al. Work, household, and leisure-time physical activity and risk of mortality in the EPIC-Spain cohort. *Prev Med*. 2016;85:106-12.
6. Dalleck LC, Van Guilder GP, Richardson TB, Bredle DL, Janot JM. A community-based exercise intervention transitions metabolically abnormal obese adults to a metabolically healthy obese phenotype. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2014;7:369-80.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.04.041>

## Cardiopatía estructural en pacientes anticoagulados con fibrilación auricular no valvular: prevalencia y perfil clínico en una muestra nacional



### *Structural Heart Disease in Anticoagulated Patients With Nonvalvular Atrial Fibrillation: Prevalence and Clinical Profile in a Spanish Sample*

#### Sr. Editor:

La definición de fibrilación auricular no valvular (FANV), aunque heterogénea en la literatura<sup>1,2</sup>, no excluye a pacientes con cardiopatía estructural (CE), como algunas valvulopatías. Sin embargo, la información sobre la frecuencia de esta asociación en nuestro medio es escasa. Nuestro objetivo es describir en una amplia muestra nacional de pacientes con FANV la prevalencia y el perfil clínico de los pacientes con CE, así como la de insuficiencia cardiaca.

Se emplearon los datos del registro FANTASIA<sup>3</sup>, que incluyó a 2.178 pacientes ambulatorios con FANV (excluidos menores de

18 años, prótesis cardíacas, estenosis mitral de cualquier grado e insuficiencia mitral moderada o grave) y tratamiento anticoagulante (por protocolo, la proporción de antagonistas de la vitamina K y anticoagulantes directos fue 4:1), reclutados consecutivamente desde el 1 de junio de 2013 al 15 de octubre de 2014 en 50 centros españoles seleccionados a criterio de los investigadores para obtener representación de todo el territorio nacional, con el objetivo principal de evaluar la efectividad de la anticoagulación en pacientes con FANV según tipo y calidad del tratamiento. Los diagnósticos de CE se tomaron de las historias clínicas y se consideraron: enfermedad coronaria, cardiopatía hipertensiva, miocardiopatía dilatada, miocardiopatía hipertrófica, valvulopatía significativa (valvulopatía aórtica, tricuspídea o pulmonar al menos moderada) y otras cardiopatías. Se clasificó como coronarios a los enfermos coronarios que tenían otra cardiopatía concomitante. Independientemente, se registró la presencia de insuficiencia cardiaca. El 47,15% de la muestra sufría CE (tabla 1). La más frecuente era la enfermedad coronaria (18,14%), seguida de la cardiopatía hipertensiva (11,43%) y la miocardiopatía dilatada (6,01%). El 2,06% tenía miocardiopatía

**Tabla 1**

Características generales de los pacientes del estudio según la presencia y el tipo de cardiopatía estructural

Variable	Todos	Sin CE	Con CE	p <sub>1</sub>	Coronario	CpHTA	MCD	MCH	Valvulopatía	Otras <sup>a</sup>	p <sub>2</sub>
<b>Pacientes, n</b>	2.178	1.151	1.027		395	249	131	45	39	79	
<b>Datos demográficos</b>											
Edad (años)	73,78 ± 9,42	73,58 ± 9,23	74 ± 9,62	0,239	74,37 ± 8,91	75,86 ± 9,08	69,49 ± 10,55	68,36 ± 11,89	79,1 ± 6,61	73,61 ± 10,21	< 0,001
Sexo femenino (%)	43,85	48,74	38,36	< 0,001	26,33	54,22	21,37	24,44	58,97	48,1	< 0,001
<b>Factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades</b>											
Hipertensión arterial	80,39	77,85	83,25	0,002	86,33	96,39	63,36	68,89	76,92	74,68	< 0,001
Hiperlipemia	52,3	46,57	58,71	< 0,001	71,9	50,6	54,2	51,11	28,21	41,77	< 0,001
Diabetes mellitus	29,57	22,76	37,2	< 0,001	44,56	36,55	32,82	13,33	20,51	27,85	< 0,001
Fumador actual	5	6,08	3,8	0,015	3,8	3,21	6,87	4,44	0	3,8	0,189
Exfumador	32,05	26,76	37,98	< 0,001	49,87	26,9	48,09	22,22	30,77	26,58	< 0,001
EPOC/SAOS	17,54	14,07	21,42	< 0,001	22,53	24,1	19,85	15,56	17,95	17,72	< 0,001
Insuficiencia renal	18,92	13,21	25,32	< 0,001	29,37	22,09	25,19	13,33	28,21	21,52	< 0,001
Disfunción hepática	1,1	1,04	1,17	0,779	1,52	0,8	0	0	2,56	2,53	0,533
ACV previo	17,13	16,42	17,92	0,355	20,76	14,46	15,27	20	17,95	16,46	0,427
Índice de Charlson resumido	1,14 ± 1,15	0,73 ± 0,92	1,6 ± 1,21	< 0,001	1,72 ± 1,28	1,46 ± 1,07	1,85 ± 1,15	1,33 ± 1,13	1,46 ± 1,33	1,34 ± 1,15	< 0,001
<b>Antecedentes cardiológicos</b>											
Insuficiencia cardíaca	27,23	0	57,74	< 0,001	50,63	56,62	95,89	51,11	41,02	51,89	< 0,001
Fracción de eyección conservada (> 45%)	14,97	0	31,74	< 0,001	21,77	45,78	7,63	51,11	38,46	44,3	< 0,001
Fracción de eyección deprimida (< 45%)	12,26	0	26		28,86	10,84	86,26	0	2,56	7,59	
<b>Datos relacionados con la FA</b>											
FA permanente <sup>b</sup>	49,42	43,94	55,56	< 0,001	51,65	57,43	64,12	51,11	51,28	67,09	< 0,001
Clase funcional III-IV de la EHRA <sup>b</sup>	8,06	4,01	12,57	< 0,001	11,9	13,29	9,16	11,11	20,51	12,66	< 0,001
Escala CHADS <sub>2</sub>	2,25 ± 1,25	1,86 ± 1,11	2,69 ± 1,25	< 0,001	2,78 ± 1,26	2,82 ± 1,19	2,6 ± 1,32	2,11 ± 1,17	2,54 ± 1,25	2,39 ± 1,19	< 0,001
Escala CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc	3,7 ± 1,59	3,23 ± 1,42	4,23 ± 1,62	< 0,001	4,68 ± 1,57	4,28 ± 1,46	3,53 ± 1,66	3,07 ± 1,54	4,21 ± 1,47	3,71 ± 1,59	< 0,001
Escala HAS-BLED	2,01 ± 1,05	1,89 ± 0,96	2,14 ± 1,11	< 0,001	2,39 ± 1,15	2,15 ± 0,98	1,72 ± 1,15	1,6 ± 1,12	2,28 ± 1,17	1,86 ± 1	< 0,001
<b>Exploración y pruebas diagnósticas en la visita inicial</b>											
Bloqueo de rama izquierda	7,25	3,55	11,37	< 0,001	11,28	8,13	23,62	11,11	8,11	7,69	< 0,001
Fracción de eyección (%)	58,72 ± 11,09	61,8 ± 7,28	55,34 ± 13,35	< 0,001	52,57 ± 14,04	60,4 ± 9,59	42,6 ± 13,53	65,91 ± 6,98	61,51 ± 6,99	60,92 ± 7,92	< 0,001
Hemoglobina (g/dl)	13,66 ± 1,71	13,82 ± 1,65	13,48 ± 1,75	< 0,001	13,49 ± 1,76	13,49 ± 1,6	13,78 ± 1,74	14,26 ± 1,61	12,34 ± 1,81	13,27 ± 1,81	< 0,001
<b>Tratamiento farmacológico</b>											
Diuréticos	57,38	47,33	68,59	< 0,001	61,93	75,5	77,86	60	64,1	75,95	< 0,001
Antialdosterónicos	13,88	6,56	22,05	< 0,001	21,57	17,67	51,91	13,33	10,26	15,19	< 0,001
IECA	31,18	24,06	39,12	< 0,001	42,64	33,33	57,25	26,67	20,51	35,44	< 0,001
ARA-II	40,13	39,98	40,29	0,883	39,34	53,01	29,01	33,33	20,51	39,24	< 0,001
Estatinas	54,57	45,58	64,59	< 0,001	87,82	52,21	55,73	46,67	35,9	40,51	< 0,001
Antiagregantes	10,42	4,46	17,07	< 0,001	39,09	2,41	4,58	0	7,69	1,27	< 0,001
Bloqueadores beta	60,29	52,06	69,46	< 0,001	72,59	63,45	85,5	82,22	48,72	51,9	< 0,001
Digoxina	18,04	14,26	22,24	< 0,001	17,51	19,68	41,22	20	25,64	24,05	< 0,001

**Tabla 1** (Continuación)

Características generales de los pacientes del estudio según la presencia y el tipo de cardiopatía estructural

Variable	Todos	Sin CE	Con CE	p <sub>1</sub>	Coronario	CpHTA	MCD	MCH	Valvulopatía	Otras <sup>a</sup>	p <sub>2</sub>
<i>Antagonistas del calcio</i>											
Dihidropiridínicos	13,65	12,95	14,44	0,003	17,51	18,07	3,82	8,89	15,38	8,86	< 0,001
Verapamilo	2,4	2,71	2,05		1,02	3,21	0,76	6,67	0	2,53	
Diltiazem	8,03	9,97	5,85		7,11	6,43	4,58	2,22	7,69	5,06	
<i>Antiarrítmicos<sup>c</sup></i>											
AVK	24,82	28,35	20,88	< 0,001	19,8	22,49	16,79	37,78	20,51	13,92	< 0,001
AVK	75,51	72,09	79,32	< 0,001	79,7	79,12	83,21	82,22	76,92	77,22	0,006
ACOD	24,49	27,91	20,68		20,3	20,88	16,79	17,78	23,08	22,78	

ACOD: anticoagulantes directos; ACV: accidente cerebrovascular; ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina II; AVK: antagonistas de la vitamina K; CE: cardiopatía estructural; CpHTA: cardiopatía hipertensiva; EHRA: *European Heart Rhythm Association*; EPOC/SAOS: enfermedad pulmonar obstructiva crónica/síndrome de apnea obstructiva del sueño; FA: fibrilación auricular; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; MCD: miocardiopatía dilatada; MCH: miocardiopatía hipertrófica; p<sub>1</sub>: comparación entre pacientes con CE y sin CE (test de Mann-Whitney para variables continuas y test de la  $\chi^2$  para variables categóricas); p<sub>2</sub>: comparación entre pacientes sin CE, coronarios, CpHTA, MCD, MCH, valvulopatía y otras (test de Kruskal-Wallis para variables continuas y test de la  $\chi^2$  para variables categóricas).

<sup>a</sup> Miocardiopatía restrictiva, cardiopatía congénita, enfermedad pericárdica, otras.

<sup>b</sup> Según la guía de la Sociedad Europea de Cardiología<sup>1</sup>.

<sup>c</sup> Flecainida, propafenona, amiodarona, dronedarona o sotalol.

Datos cuantitativos expresados como media  $\pm$  desviación estándar y datos cualitativos, como porcentajes.

**Tabla 2**

Características generales de los pacientes del estudio según la presencia y el tipo de insuficiencia cardiaca

Variable	Todos	Sin IC	Con IC	p <sub>1</sub>	IC conservada	IC deprimida	p <sub>2</sub>
<b>Pacientes, n</b>	2.178	1.585	593		326	267	
<b>Datos demográficos</b>							
Edad (años)	73,78 $\pm$ 9,42	73,7 $\pm$ 9,15	73,99 $\pm$ 10,1	0,541	75,42 $\pm$ 9,84	72,23 $\pm$ 10,15	< 0,001
Sexo femenino	43,85	45,68	38,95	0,005	53,07	21,72	< 0,001
<b>Factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades</b>							
Hipertensión arterial	80,39	79,87	81,79	0,317	88,04	74,16	< 0,001
Hiperlipemia	52,3	49,15	60,71	< 0,001	55,21	67,42	0,003
Diabetes mellitus	29,57	25,3	40,98	< 0,001	44,79	36,33	0,044
Fumador actual	5	5,43	3,88	0,14	2,45	5,62	0,055
Exfumador	32,05	29,38	39,96	< 0,001	29,45	52,81	< 0,001
EPOC/SAOS	17,54	15,33	23,44	< 0,001	23,01	23,97	0,846
Insuficiencia renal	18,92	14,64	30,35	< 0,001	27,61	33,71	0,127
Disfunción hepática	1,1	1,14	1,01	0,805	0,92	1,12	1
ACV previo	17,13	16,85	17,88	0,57	15,64	20,6	0,132
Índice de Charlson resumido	1,14 $\pm$ 1,15	0,78 $\pm$ 0,94	2,11 $\pm$ 1,12	< 0,001	2,11 $\pm$ 1,07	2,11 $\pm$ 1,18	1

**Tabla 2** (Continuación)

Características generales de los pacientes del estudio según la presencia y el tipo de insuficiencia cardíaca

Variable	Todos	Sin IC	Con IC	p <sub>1</sub>	IC conservada	IC deprimida	p <sub>2</sub>
<b>Antecedentes cardiológicos</b>							
Sin cardiopatía	55,10	74,50	0,00		0,00	0,00	
Enfermedad coronaria	18,91	12,62	36,76		30,39	43,68	
Cardiopatía hipertensiva	11,92	6,99	25,92		40,28	10,34	
Miocardopatía dilatada	6,27	0,52	22,61	< 0,001	3,53	43,30	< 0,001
Miocardopatía hipertrófica	2,15	1,42	4,23		8,13	0,00	
Valvulopatía	1,87	1,49	2,94		5,30	0,38	
Otras cardiopatías <sup>a</sup>	3,78	2,46	7,54		12,37	2,30	
<b>Datos relacionados con la FA</b>							
FA permanente <sup>b</sup>	49,42	45,13	60,88	< 0,001	60,12	61,8	0,827
Clase funcional III-IV de la EHRA <sup>b</sup>	8,06	4,56	17,37	< 0,001	18,09	16,47	0,332
Escala CHADS <sub>2</sub>	2,25 ± 1,25	1,92 ± 1,1	3,12 ± 1,2	< 0,001	3,24 ± 1,09	2,99 ± 1,3	0,013
Escala CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc	3,7 ± 1,59	3,35 ± 1,43	4,63 ± 1,65	< 0,001	4,87 ± 1,49	4,34 ± 1,77	< 0,001
Escala HAS-BLED	2,01 ± 1,05	1,93 ± 1	2,2 ± 1,14	< 0,001	2,24 ± 1,03	2,15 ± 1,25	0,346
<b>Exploración y pruebas diagnósticas en la visita inicial</b>							
Bloqueo completo de rama izquierda	7,25	3,8	16,47	< 0,001	9,97	24,43	< 0,001
Fracción de eyección (%)	58,72 ± 11,09	61,68 ± 7,65	51,17 ± 14,45	< 0,001	60,29 ± 8,3	40,14 ± 12,48	< 0,001
Hemoglobina (g/dl)	13,66 ± 1,71	13,75 ± 1,67	13,41 ± 1,78	< 0,001	13,2 ± 1,75	13,67 ± 1,78	0,001
<b>Tratamiento farmacológico</b>							
Diuréticos	57,38	49,46	78,41	< 0,001	78,22	78,65	0,920
Antialdosterónicos	13,88	6,73	32,88	< 0,001	19,63	49,06	< 0,001
IECA	31,18	26,29	44,18	< 0,001	36,2	53,93	< 0,001
ARA-II	40,13	40,51	39,12	0,558	42,94	34,46	0,042
Estatinas	54,57	51,49	62,73	< 0,001	58,28	68,16	0,013
Antiagregantes	10,42	8,51	15,51	< 0,001	13,5	17,98	0,139
Bloqueadores beta	60,29	54,6	75,38	< 0,001	69,02	83,15	< 0,001
Digoxina	18,04	14,41	27,66	< 0,001	21,78	34,83	< 0,001
<b>Antagonistas del calcio</b>							
Dihidropiridínicos	13,65	14,41	11,64		15,34	7,12	
Verapamilo	2,4	2,6	1,85	0,006	2,15	1,5	0,001
Diltiazem	8,03	8,95	5,56		7,36	3,37	
Antiarrítmicos <sup>c</sup>	24,82	26,86	19,39	< 0,001	21,47	16,85	0,175
AVK	75,51	73,46	80,94	< 0,001	80,06	82,02	0,599
ACOD	24,49	26,54	19,06	< 0,001	19,94	17,98	

ACOD: anticoagulantes directos; ACV: accidente cerebrovascular; ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina II; AVK: antagonistas de la vitamina K; EHRA: *European Heart Rhythm Association*; EPOC/SAOS: enfermedad pulmonar obstructiva crónica/síndrome de apnea obstructiva del sueño; FA: fibrilación auricular; IC: insuficiencia cardíaca; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; p<sub>1</sub>: comparación entre pacientes sin IC y con IC; p<sub>2</sub>: comparación entre pacientes con IC y función sistólica preservada y pacientes con IC y función sistólica deprimida (test de Mann-Whitney para variables continuas y test de la  $\chi^2$  para variables categóricas); VI: ventrículo izquierdo.

<sup>a</sup> Miocardopatía restrictiva, cardiopatía congénita, enfermedad pericárdica, otras.

<sup>b</sup> Según la guía de la Sociedad Europea de Cardiología<sup>1</sup>.

<sup>c</sup> Flecainida, propafenona, amiodarona, dronedarona o sotalol.

Datos cuantitativos expresados como media ± desviación estándar y datos cualitativos, como porcentajes.

hipertrofica y el 1,79%, valvulopatía significativa. Solo 34 pacientes (1,56%) tenían FANV aislada (edad < 65 años, sin cardiopatía ni factor de riesgo embólico). Entre los pacientes con CE había menos mujeres, mayor frecuencia de factores de riesgo cardiovascular, comorbilidades, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular permanente y síntomas graves y mayor riesgo embólico y hemorrágico. También tenían peores fracción de eyección del ventrículo izquierdo y función renal, así como menos hemoglobina. Se prescribió la mayoría de los grupos farmacológicos más frecuentemente a los pacientes con CE, a excepción de los antagonistas del receptor de la angiotensina II (similar frecuencia) y los antiarrítmicos y anticoagulantes directos (menor frecuencia). El 27,23% de los pacientes tenían insuficiencia cardiaca, con características diferenciales respecto al resto de la muestra, similares a las de los pacientes con CE, con escasas excepciones (tabla 2). Estudios realizados en nuestro país<sup>4-6</sup> arrojan una prevalencia de enfermedad coronaria entre el 10 y el 20% de los pacientes anticoagulados con FANV, cifra similar a la de nuestro estudio (18,14%). Solo el registro CALIFA<sup>4</sup> describe la frecuencia de cardiopatía hipertensiva (15,7%) y valvulopatía (4%) en nuestro medio, con cifras similares a las de nuestro registro (el 11,4 y el 2% respectivamente). Es posible que la exclusión de los pacientes con insuficiencia mitral moderada o grave pudiera explicar en parte esta escasa frecuencia de valvulopatía. En cuanto a la insuficiencia cardiaca, los estudios previos<sup>4-6</sup> encuentran frecuencias de un 22-24%, similares a las observadas en esta serie. Una limitación es que varios factores del diseño (anticoagulación en los 6 meses previos como criterio de inclusión, excluir a pacientes hospitalizados, la voluntariedad de los médicos involucrados en el registro, etc.) podrían haber dado lugar a una muestra algo sesgada, por lo cual la generalización de nuestros resultados a la población general de pacientes con FANV debe hacerse con cautela. Por otro lado, la clasificación de las cardiopatías se realizó según la historia clínica, lo cual, si bien refleja la práctica clínica habitual, puede adolecer de cierta heterogeneidad en los criterios diagnósticos. En cualquier caso, nuestros resultados permiten concluir que, de una amplia muestra nacional de pacientes consecutivos con FANV, casi la mitad sufría CE y más de la cuarta parte, insuficiencia cardiaca. Estos pacientes mostraron un perfil clínico distinto que los demás pacientes con FANV y recibieron anticoagulantes directos con menos frecuencia.

## FINANCIACIÓN

Este trabajo ha sido financiado con una Beca de Investigación de Pfizer/Bristol-Myers-Squibb.

Martín Ruiz Ortiz<sup>a,\*</sup>, Inmaculada Roldán<sup>b</sup>, Vicente Bertomeu<sup>c</sup>, Javier Muñoz<sup>d</sup>, Francisco Marín<sup>e</sup> y Manuel Anguita<sup>a</sup>, en representación de los investigadores del estudio FANTASIA

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Reina Sofía, Córdoba, España

<sup>b</sup>Servicio de Cardiología, Hospital La Paz, Madrid, España

<sup>c</sup>Servicio de Cardiología, Hospital de San Juan, San Juan de Alicante, Alicante, España

<sup>d</sup>Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, A Coruña, España

<sup>e</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [maruor@gmail.com](mailto:maruor@gmail.com) (M. Ruiz Ortiz).

On-line el 22 de julio de 2016

## BIBLIOGRAFÍA

1. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol. 2010;63. 1483.e1-e83.
2. Boriani G, Cimaglia P, Fantecchi E, Mantovani V, Ziacchi M, Valzania C, et al. Non-valvular atrial fibrillation: potential clinical implications of the heterogeneous definitions used in trials on new oral anticoagulants. J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2015;16:491-6.
3. Roldán Rabadán I, Anguita Sánchez M, Marín F, Quesada MA, Camacho Siles J, Peinado R, et al. Tratamiento antiarrítmico actual de la fibrilación auricular en España. Datos del registro FANTASIA. Rev Esp Cardiol. 2016;69:54-60.
4. Anguita Sánchez M, Bertomeu Martínez V, Cequier Fillat A; en representación de los investigadores del estudio CALIFA. Calidad de la anticoagulación con antagonistas de la vitamina K en España: prevalencia de mal control y factores asociados. Rev Esp Cardiol. 2015;68:761-8.
5. Cinza-Sanjurjo S, Rey-Aldana D, Gestal-Pereira E, Calvo-Gómez C; en representación del grupo de investigadores del estudio ANFAGAL. Evaluación del grado de anticoagulación de pacientes con fibrilación auricular en el ámbito de atención primaria de Galicia. Rev Esp Cardiol. 2015;68:753-60.
6. Barrios V, Escobar C, Prieto L, Osorio G, Polo J, Lobos JM, et al. Control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular asistidos en atención primaria en España. Estudio PAULA. Rev Esp Cardiol. 2015;68:769-76.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.04.031>

## Influencia del índice de masa corporal en el pronóstico de pacientes con desfibrilador automático implantable en prevención primaria de muerte súbita



### Prognostic Effect of Body Mass Index in Patients With an Implantable Cardioverter-defibrillator for Primary Prevention of Sudden Death

Sr. Editor:

El desfibrilador automático implantable (DAI) es una importante opción terapéutica para pacientes con cardiopatías que supongan alto riesgo de muerte súbita (MS)<sup>1,2</sup>. Estudios aleatorizados han demostrado que el implante de DAI en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y disfunción ventricular grave reduce la mortalidad.

Asimismo, la prevalencia de obesidad se ha incrementado notablemente en los últimos años. Varios estudios han demostrado la asociación de la obesidad y el sobrepeso con manifestaciones de enfermedad cardiovascular como cardiopatía isquémica, IC y MS.

Sin embargo, estudios recientes han encontrado un pronóstico paradójicamente favorable en diversas enfermedades (IC, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, diabetes mellitus, etc.)<sup>3-6</sup> de pacientes con sobrepeso y obesidad, en reducción de hospitalización cardiovascular y mortalidad total y cardiovascular. Sin embargo, se desconoce el pronóstico de los pacientes con IC portadores de DAI en prevención primaria según el índice de masa corporal (IMC).

Se diseñó un estudio multicéntrico retrospectivo llevado a cabo en 15 hospitales españoles con experiencia en el campo del implante y el seguimiento de DAI. Se incluyó a 1.174 pacientes a los que se implantó un DAI en prevención primaria entre 2008 y 2014. Se perdió en el seguimiento a 11 de ellos. En este estudio se consideró únicamente a los pacientes con determinación del IMC en el momento del implante, con lo que constituyeron la población final 651 pacientes.

Había 135 sujetos con IMC normal, 283 con sobrepeso y 233 obesos. Las características basales de los pacientes de cada grupo se muestran en la tabla. La media de edad de la población era 61,70 ± 11,13 años y 120 (18,4%) eran mujeres. El IMC medio fue 28,37 (18,5-55,36). El 35,79% del total eran obesos, el 79,26% eran