



6052-621. REHABILITACIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE. ¿CÓMO SE MODIFICA EL TRATAMIENTO?

María Melendo Viu¹, Álvaro Marchán-López¹, Sergio Huertas Nieto¹, Laura Espinosa-Pinzón¹, Ana Isabel Sabin-Collado¹, Verónica Rial Bastón², Regina Dalmau González-Gallarza² y Almudena Castro Conde² del ¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, y ²Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La hipertensión arterial resistente es una entidad poco frecuente, asociada a mal pronóstico cardiovascular y renal. No se encuentra ampliamente estudiada en grupos de inestabilidad clínica, como podría considerarse el alta post infarto. Nuestro objetivo es describir y analizar el manejo terapéutico en pacientes con hipertensión arterial resistente del programa de rehabilitación cardiaca de un hospital terciario.

Métodos: Estudio observacional transversal que seleccionó a los pacientes con HTA resistente de todos los incluidos, durante 2 años, en el programa de rehabilitación cardiaca de un hospital terciario. Se excluyó a los que tomaban como único diurético eplerenona 25 y a los que empleaban 50 mg si presentaban FEVI \geq 40%. Se analizaron las variables clínicas con el programa STATA v14.

Resultados: De los 551 pacientes incluidos, 61 fueron seleccionados (prevalencia 11%). La mayoría varones de edad avanzada (mediana 61 años) con múltiples factores de riesgo cardiovascular. El 85% incluido tras un síndrome coronario agudo, la mitad en localización anterior, con disfunción al menos moderada en 40% de los casos. Solo el 69% de la HTA era conocida y tratada, precisando 4 fármacos en 30% de los casos. Los grupos predominantes fueron los inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA) y bloqueadores beta y como diuréticos, el 57% de asa y el 41% de eplerenona 50. El 70% precisó un cambio terapéutico. En la mitad de los casos una reducción, en probable relación con medidas de estilo de vida. En la otra mitad, un incremento o adhesión de fármaco, relacionado de forma significativa con dosis no óptimas de antihipertensivos al inicio del programa (p 0,03) o mejoría de la FEVI durante el mismo (p 0,07). Por otro lado, se realizó un análisis multivariante en el que se objetivó que los pacientes con hipertensión conocida estaban infratratados, precisando aumento de dosis o del número de fármacos (OR 4,4, p 0,03).

Conclusiones: En nuestra compleja población, tras síndrome coronario agudo, es preciso el ajuste de terapia antihipertensiva. La dosis previa submáxima y la disfunción ventricular recuperada, se asocian a mejor y más rápida tolerancia en la escalada terapéutica. Así mismo, la población con hipertensión previamente conocida, requiere un manejo más estrecho y meticuloso, por estar claramente relacionado con la necesidad de incremento de la dosis.