Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 650

Revista Española de Cardiología

4020-7. HIPOTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FEVI REDUCIDA: ¿DEBE LIMITAR LA TITULACIÓN FARMACOLÓGICA?

MarÍa Melendo-Viu[1], David Dobarro PÉrez[1], Álvaro MarchÁn-LÓpez[2], Sergio Raposeiras RoubÍn[1], Emad Abu Assi[1], Luis Manuel DomÍnguez RodrÍguez[1], Carmen Cardero GonzÁlez[1], Ana Ledo PiÑeiro[1], Fernando Vargas UrsÚa[1], Ignacio FernÁndez Granda[1], Luis Alberto Pazos Area[1], Alberto LÓpez Veiga[1], MarÍa CespÓn FernÁndez[1], Isabel MuÑoz Pousa[1] y AndrÉs ÍÑiguez Romo[1]

[1]Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, [2]Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento médico de la insuficiencia cardiaca (IC) con FEVI reducida (? 40%, FEr) ha cambiado hacia cuádruple terapia como parte del bloqueo neurohormonal. Se indica, además, titulación hasta dosis "máximas toleradas", sin especificar punto de corte en la tensión arterial (TA), considerando hipotensión como exclusión para la mayoría de los ensayos pivotales. El objetivo de nuestro estudio fue determinar si la intensidad del tratamiento médico disminuye los eventos incluso en aquellos pacientes hipotensos al alta de hospitalización.

Métodos: Estudio prospectivo de una unidad especializada en IC de un hospital terciario. Se incluyeron 907 pacientes con IC-FEr entre 2019 y 2021, de los que se recogieron variables clínicas, analíticas y de pruebas de imagen. El estudio (CardioCHUVI-IC) cumplía los principios de declaración de Helsinki y fue aprobado por el comité ética local. Se definió hipotensión como TA sistólica (TAS) 100 mmHg. Se codificó el tratamiento en función de su intensidad (Panel 1A). Se estimó un *propensity score* (PS) para intensidad de terapia (Panel 1B), con análisis secundario dividido por subgrupos de TA, y se realizó una regresión adicional considerando la TAS como covariable. Los paquetes estadísticos empleados fueron R y RStudio.

Resultados: Se analizó 713 pacientes con seguimiento completado: Predominantemente varones, de edad avanzada y con múltiple comorbilidad, sintomáticos y tratados en su mayoría con triple terapia (Tabla). La intensidad de la terapia se asoció con disminución de la incidencia del evento compuesto, tanto previo como posajuste por PS. Separando por subgrupos, dicho beneficio se mantuvo en el grupo TAS 110 y también lo hizo en TAS 100 mmHg para el evento muerte. No fue estadísticamente significativo para reingreso por IC y evento compuesto, si bien pudiese deberse a bajo tamaño muestral (21,7%). Se realizó ajuste (regresión adicional considerando TAS como covariable) confirmando que la intensidad de la terapia se asociaba con menor riesgo de rehospitalización y muerte (Panel 1C).

Características basales

Variable (total = 713 pacientes)	Valor

Sexo, varón	508 (71,2%)
Edad (años)	69 (60-77)
Hipertensión	442 (62,0%)
Diabetes	233 (32,7%)
Enfermedad arterial coronaria	230 (32,3%)
Fibrilación auricular	233 (32,7%)
Enfermedad renal	118 (16,5%)
Fracción eyección ventrículo izquierdo	30 (25-35)
Clase de la NYHA	II (I-II)
Estenosis aórtica grave	49 (6,9%)
Insuficiencia mitral III-IV	318 (44,6%)
Triple terapia	361 (50,6%)
Cuádruple terapia	13 (1,8%)
Betabloqueante	584 (81,9%)
IECA/ARAII/ARNi	560 (78,5%)
Antagonistas del receptor mineralocorticoide	457 (64,1%)
Intensidad de la terapia	
No tratado	37 (5,2%)

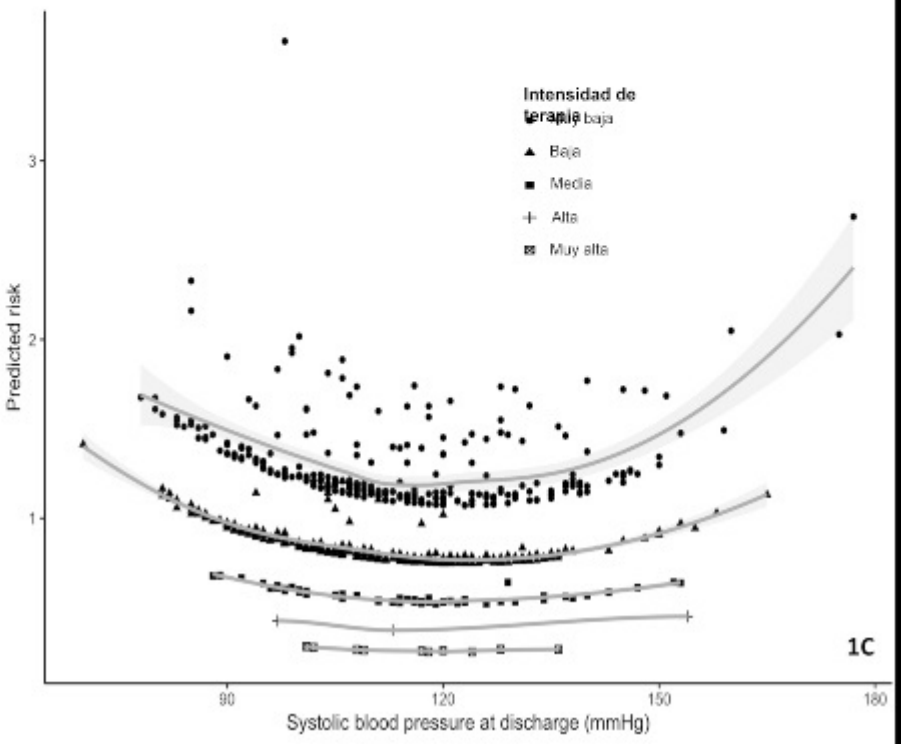
Muy baja	292 (41,0%)
Baja	316 (44,3%)
Media	55 (7,7%)
Alta	3 (0,4%)
Muy alta	10 (1,4%)
Tensión arterial sistólica (TAS) al alta, mmHg	112,4 ± 16,5
Tensión arterial sistólica 100 mmHg	155 (21,7%)

Intensidad terapia	Tratamiento médico	Dosis
Muy alta	BB + ARM + IECA/ARAII/ARNi	2/3 o 3/3 a la máxima dosis tolerada
Alta	BB + ARM + IECA/ARAII/ARNi	1/3 a la máxima dosis tolerada, el resto a dosis medias
Media	BB + ARM + IECA/ARAII/ARNi	No cumple requisitos de alta/muy alta.
Baja	BB + ARM o BB + IECA/ARAII/ARNi o ARM + IECA/ARAII/ARNi	1/3 a la máxima dosis tolerada
Muy baja	1 or 2 tratamientos	Dosis no optimizada
No tratado	Ningun grupo de tratamiento	

1A

Variable	Intensidad de terapia (OR and 95% IC)
Edad	0.95 (0.91-0.99)
Enfermedad renal crónica	0.15 (0.06-0.34)
Estenosis aórtica severa	0.11 (0.04-0.28)
FEVI (%)	-
Fibrilación auricular	8.76 (2.89-38.84)

1B



1C

Intensidad de tratamiento (1A), propensity score (1B) y evento mayor (rehospitalización/muerte) en función de la tensión arterial (1C).

Conclusiones: La intensidad de la terapia en los pacientes con IC-FEr se relaciona de forma estadística con menor número de eventos (rehospitalizaciones y/o muerte), independientemente de la TAS de nuestros pacientes al alta. La hipotensión no se considera contraindicación, por tanto, para continuar titulando la terapia.