



6006-14. IMPACTO DE LA HIPOTENSIÓN EN EL TRATAMIENTO CON SOPORTE INOTRÓPICO INTERMITENTE CON LEVOSIMENDÁN EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA COMO TERAPIA DE DESTINO: ANÁLISIS DEL REGISTRO LEVO-D

David Dobarro Pérez¹, Raquel Lopez-Vilella², Eduard Solé³, Sonia Mirabet Pérez⁴, José Manuel García Pinilla⁵, Silvia López Fernández⁶, Nuria Farré López⁷, Carles Díez López⁸, Javier Castrodeza Calvo⁹, Ana Méndez¹⁰, David Vaqueriza Cubillo¹¹, Marta Cobo Marcos¹², Javier Tobar Ruíz¹³, Igor Sagasti Aboitiz¹⁴, Miguel Rodríguez¹⁵, Vanessa Escolar¹⁶, Ana Abecia¹⁷, Pau Codina¹⁸, Inés Gómez Otero¹⁹, Francisco Pastor²⁰, Raquel Mazoa²¹, Eva González Babarro²², Javier de Juan Baguda²³, María Melendo Viu²⁴, Fernando de Frutos¹² y José González Costello⁸

¹Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, ²Hospital Universitario La Fe, Valencia, ³Hospital Clínic, Barcelona, ⁴Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ⁵Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, ⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, ⁷Hospital del Mar, Barcelona, ⁸Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, ⁹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ¹⁰Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, ¹¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, ¹²Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, ¹³Hospital Clínico Universitario de Valladolid, ¹⁴Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, ¹⁵Complejo Hospitalario Universitario de León, Spain, ¹⁶Hospital de Basurto, Bilbao, Spain, ¹⁷Hospital de Navarra, Pamplona, ¹⁸Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, ¹⁹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, ²⁰Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, ²¹Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol, ²²Hospital de Montecelo. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, ²³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y ²⁴Hospital Álvaro Cunqueiro, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada (ICA) no candidatos a terapias avanzadas tienen un mal pronóstico. El tratamiento intermitente con levosimendán es una opción en esta fase de la enfermedad. Se ha descrito la hipotensión basal y la favorecida por el levosimendán como un factor relacionado con aumento de efectos secundarios. En este trabajo describimos los patrones de uso y seguridad del fármaco en esta población, focalizándonos en los pacientes con hipotensión basal.

Métodos: El registro LEVO-D es un análisis retrospectivo multicéntrico de pacientes con ICA no candidatos a trasplante cardiaco o DAVI, que recibieron al menos una dosis de levosimendán ambulatorio entre 01/2015 y 09/2020 en 23 hospitales terciarios de España. Se definió hipotensión arterial como TAS 100 mmHg en el momento de la primera administración y respondedor como aquel paciente vivo al año sin eventos de IC.

Resultados: 403 pacientes fueron incluidos. La TAS media en hipotensos fue $91,1 \pm 5,2$ vs $114,7 \pm 12,7$; $p = 0,0001$. Los hipotensos eran más jóvenes ($67,2 \pm 12,8$ vs $70,86 \pm 10,45$; $p = 0,003$), tenían menos DM2 (40,6 vs 55,6%; $p = 0,005$) y EPOC (15,8 vs 27,2%; $p = 0,012$) y una urea menos elevada ($83,7 \pm 49,5$ vs $96,7 \pm 51,9$; $p = 0,03$). La FEVI fue peor en los hipotensos ($26,0 \pm 9$ vs $28,0 \pm 9,2$; $p = 0,04$). Los hipotensos recibieron más ARM (77,3 vs 65,2%; $p = 0,01$). Los hipotensos no tuvieron más tormenta arrítmica el año posterior al levosimendán (5,3 vs 4,4%) ni terapias del DAI ($p = 0,25$). No hubo diferencias en la muerte (27,1 vs 27,2%; $p = 0,98$), hospitalizaciones urgentes (33,1 vs 42,4%; $p = 0,07$) o visitas no programadas (21,8 vs 20,8%; $p = 0,82$) en el año posterior al levosimendán; sin embargo, los hipotensos presentaron mayores tasas de respondedor al año (51,9 vs 39,2%; $p = 0,02$). La supervivencia media tendió a ser inferior en los hipotensos (días, 733 ± 136 vs 1.284 ± 112 ; $p = 0,11$). La variable dicotómica hipotensión analizada en

el modelo de regresión logística usado para el cálculo del score LEVO-D, no se relacionó de forma independiente con la probabilidad de respuesta al año a levosimendán (HR 0,92, IC95% 0,44-1,92; $p = 0,82$).

Conclusiones: El perfil de los hipotensos tratados con levosimendán es diferente a los normotensos, siendo estos últimos más comórbidos, pero con menor gravedad de cardiopatía estructural. La hipotensión no se relacionó a peores resultados de muerte o eventos de IC al año ni a una mayor tasa de efectos adversos.