



5001-7. ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD ESTACIONAL DE LA TENSIÓN ARTERIAL Y SU REPERCUSIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Daniel Montes Chacón¹, Jesús Gabriel Sánchez Ramos¹, Diego Segura Rodríguez¹, Alfredo José Pardo Cabello², María Teresa Molina Ruiz¹, Hadi Nagib Raya¹, Cristina Cánovas Galindo¹, Sara Corpas Pérez¹, Ángel Prades Sánchez¹, Ana Vallejo Yuste¹, Nacho Arroyo Crespo¹, Norberto Herrera Gómez¹, Inés Leruite Martín¹, Susana Martínez Huertas¹ y Eduardo Moreno Escobar¹

¹Servicio de Cardiología y ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La optimización del tratamiento en pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFER) con frecuencia está limitado por la tensión arterial (TA). No se ha comparado el papel de los diferentes métodos de control ambulatoria de la TA, ni el impacto de la variación estacional de las temperaturas en nuestro medio sobre la TA en estos pacientes.

Métodos: Estudio observacional de cohortes prospectivo longitudinal, que comparó los cambios de TA en los mismos pacientes entre invierno y verano medidos en consulta, con registro holter de TA 24 horas (MAPA) y automedida de TA en domicilio tres días (AMPA). Se analizaron los patrones diurnos y nocturnos de la TA ambulatoria frente a los de consulta. Se comparó los cambios medios de TA en cada periodo estacional con los diferentes métodos de control y su repercusión en el tratamiento optimizado como en otros parámetros clínicos y analíticos.

Resultados: Los primeros 38 pacientes analizados tenían una edad media de 64 ± 10 años, 70% hombres y FEVI inicial 29%, con resto de características en la tabla. Globalmente, el control ambulatorio de la TA mostró un 2% de mal control de TA, un 4,6% de hipertensión de bata blanca y un 9,2% de TA enmascarada, aunque con un sobre diagnóstico de esta por MAPA frente a AMPA (13,2 vs 5,3%, p 0,09). El patrón nocturno *dipper* estuvo presente solo en el 24% de los pacientes. La TA media registrada por AMPA fue significativamente menor en verano que en invierno (sistólica 105 ± 2 vs 112 ± 2 , p 0,0001 y diastólica $61,8 \pm 1$ vs 65 ± 1 , p 0,001). La TA sistólica en consulta mostró la misma tendencia (108 ± 2 vs 112 ± 3 (p 0,46). Sin embargo, no se encontraron diferencias estacionales de TA con el registro MAPA, que mostraba incluso una tendencia a una sistólicas mayores en el primer registro en verano (figura). Igualmente hubo una mayor frecuencia de reducción de medicación en verano frente al invierno (34, vs 13,2%, p 0,03). Sin embargo, no se encontraron diferencias en grado funcional, cifras de creatinina, NT-proBNP ni hemoglobina entre ambos periodos.

Características de la población

Características	n = 38	%	

Sexo	28	73,7	
Edad	64	10,0	
FEVI entrada	29,71	7,877	

FEVI actual

LIG	14	36,8	
NOR	9	23,7	
RED	15	39,5	

Etiología

Isq	18	47,4	
Fam/idiop	9	23,7	
Tratamiento	n	(%)	% d. max
DiurAsa	14	36,8	21,8
IECA/ARA	9	24	68,16
SV	28	73,7	
iSGLT2	31	81,6	100
Bloqueador beta	38	100,0	75,66
ARM	35	92,1	84,0
AAS	9	23,7	
NACO/antiK	21	55,3	



Variación estacional de la tensión arterial.

Conclusiones: En pacientes con ICFer con tratamiento optimizado el control domiciliario de TA (3 días) fue más confiable que el registro MAPA. En verano la TA en domicilio fue más baja y hubo mayor necesidad de reducción farmacológica que en el invierno, sin embargo, no tuvo repercusión en parámetros clínicos ni analíticos.