

Betabloqueante y Dobutamina en la Insuficiencia Cardíaca: ¿una Combinación Segura?

Edval Gomes dos Santos Jr., Andrea Cristina Costa Barbosa, Luiz Carlos Santana Passos

Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde - UFBA, Salvador, BA - Brasil

El manejo de los betabloqueantes (BB) en la insuficiencia cardíaca aguda (ICA) con bajo débito y que necesiten agentes inotrópicos para compensación es controvertido¹, sobre todo cuando el agente a ser usado es la dobutamina². La propia directriz de ICA no asume posicionamiento definitivo en ese escenario, permitiendo al médico el juzgamiento sobre manutención, reducción o suspensión de esos fármacos¹.

Estudio publicado por Lima et al³ analizó la evolución hospitalaria de 44 pacientes con ICA divididos en grupos según la presencia de BB en la admisión y manutención durante uso de dobutamina. Observaron evolución semejante entre el

grupo en el cual el BB fue suspendido versus el grupo donde fue mantenido concomitante al uso de dobutamina.

Este estudio presenta importantes limitaciones metodológicas: muestreo no probabilístico, formación de pequeños grupos comparativos heterogéneos, lo que compromete su validez interna y, por lo tanto, no permite inferencia estadística. Del punto de vista clínico, informaciones relevantes como los motivos para la manutención o la suspensión del BB no fueron presentados; además de eso, se trata de una cohorte de sobrevivientes y, por lo tanto, no tiene en consideración el principal desenlace de la ICA con bajo débito, la letalidad.

¿Es recomendable mantener el BB durante la descompensación cardíaca en pacientes con señales de bajo débito en uso de dobutamina? Continuamos sin respuesta. Sin embargo, los autores merecen el crédito de haber aislado una importante cuestión clínica.

Palabras clave

Insuficiencia cardíaca, beta antagonistas adrenérgicos/dobutamina.

Correspondencia: Edval Gomes dos Santos Júnior •

Rua Márcio Baptista, 104/1201 - Edf Osaka - Stiep - 41770-015 - Salvador, BA - Brasil

E-mail: edval_junior@cardiol.br, edvalgomes@hotmail.com

Artículo recibido el 20/12/10, revisado recibido el 11/01/11, aceptado el 11/01/11.

Referencias

1. Montera MW, Almeida RA, Tinoco EM, Rocha RM, Moura LZ, Réa-Neto A, et al. / Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca aguda. Arq Bras Cardiol. 2009;93(3 supl.3):1-65
2. Metra M, Nodari S, D'Aloia A, Muneretto C, Robertson AD, Bristow MR, et al. Beta-blocker therapy influences the hemodynamic response to inotropic agents in patients with heart failure: a randomized comparison of dobutamine and enoximone before and after chronic treatment with metoprolol or carvedilol. J Am Coll Cardiol. 2002;40(7):1248-58.
3. Lima MV, Cardoso JN, Ochiai ME, Grativvol KM, Grativvol PS, Brancalhão EC, et al. É necessário suspender o betabloqueador na insuficiência cardíaca descompensada com baixo débito? Arq Bras Cardiol. 2010;95(4):530-5.

Carta respuesta

La constatación de que los betabloqueantes pueden ser usados concomitantemente a la dobutamina es de grande interés y viene siendo estudiada por diversos autores en los últimos años¹⁻⁵. Este artículo presenta de una forma objetiva un estudio prospectivo con 44 pacientes internados por descompensación de insuficiencia cardíaca y que necesitaron el uso de inotrópico. No hay relato hasta ahora de un estudio randomizado que compare la manutención o suspensión del betabloqueante cuando se usa dobutamina

en la descompensación; entre tanto, hay indicios de que la manutención del betabloqueante reduzca la mortalidad de esos pacientes¹⁻⁴.

El muestreo no probabilístico puede ser usado si el muestreo aleatorio simple no incluye número suficiente de pacientes del subgrupo en que existe un particular interés⁶. La muestra heterogénea es inherente a una cohorte de pacientes, pues la formación de los grupos no es randomizada. Entre tanto, los estudios de cohorte son utilizados para evaluación de problemas clínicos.

A pesar de no ser un estudio randomizado, algunos aspectos merecen ser destacados: todos los grupos tuvieron el mismo tiempo de internación, justificando que la manutención del betabloqueante no interfiere en el tiempo de uso de la dobutamina o en la necesidad de mayores dosis; el grupo que tuvo el betabloqueante mantenido recibió alta hospitalaria con dosis mayores de la medicación ($35,79 \pm 17,25$ mg/día), como es preconizado en los estudios en que el betabloqueante redujo mortalidad y rehospitalización. No suspender el betabloqueante facilita la optimización del tratamiento en el momento del alta.

El Hospital Auxiliar de Cotoxó (HAC) donde fue realizado el estudio recibe pacientes con descompensación cardíaca

de la unidad de emergencia del InCor - HCFMUSP. En el momento de la admisión, el médico asistente decidió o no la suspensión del betabloqueante ante el uso de dobutamina y, así, los encaminó para compensación clínica ya con la conducta establecida, siendo seleccionados, y los que llenaban los criterios de inclusión eran divididos entre los grupos. Por lo tanto, no cupo a los investigadores decidir cuales pacientes tendrían o no el betabloqueante suspendido.

La mortalidad no fue definida como desenlace en este artículo, principalmente por el número de pacientes estudiados. Durante el seguimiento, fue constatado 1 óbito sin diferencia estadística entre los grupos; por lo tanto, no se trata de una población de sobrevivientes.

Referencias

1. Lima MV, Cardoso JN, Ochiai ME, Grativol OS, Brancalhão EC, Munhoz RT, et al. É necessário suspender o betabloqueador na insuficiência cardíaca descompensada com baixo débito? *Arq Bras Cardiol.* 2010; [online]. ahead print, PP:0-0.
2. Metra M, Torp-Pedersen C, Cleland JGF, Di Lenarda A, Kornajota M, Remme WJ, et al. Should beta-blocker therapy be reduced or withdrawn after an episode of decompensated heart failure? Results from COMET. *Eur J Heart Fail.* 2007;9(9):901-9.
3. Orso F, Baldasseroni S, Fabbri G, Gonzini L, Lucci D, D'Ambrosi C, et al. Role of beta-blockers in patients admitted for worsening heart failure in a real world setting: data from the Italian Survey on Acute Heart Failure. *Eur J Heart Fail.* 2009;11(1):77-84.
4. Fonarow GC, Abraham WT, Albert NM, Stough WG, Gheorghiade M, Greenberg BH, et al. Influence of beta-blocker continuation or withdrawal on outcomes in patients hospitalized with heart failure: findings from the OPTIMIZE-HF program. *J Am Coll Cardiol.* 2008;52(3):190-9.
5. Jondeau G, Neuder Y, Eicher JC, Jourdain P, Fauveau E, Galinier M, et al. B-CONVINCED: beta-blocker continuation vs. interruption in patients with congestive heart failure hospitalized for a decompensation episode. *Eur Heart J.* 2009;30(18):2186-92.
6. Fletcher RH, Fletcher SW. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais.* 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.