



6031-346. SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE IVABRADINA ORAL EN EL CONTROL DE LA FRECUENCIA CARDIACA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA DESCOMPENSADA. ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

Paola Beltrán Troncoso¹, Nicolás Manito Lorite², Javier Jacob Rodríguez², Adriana Soto Priore³, Nuria Calcerrada Labrador³, Marta Campreciós Crespo¹, Ana Bonet Basiero¹, Antoni Carol Ruiz¹ y Pilar Sánchez Chamero¹ del ¹Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí (Barcelona), ²Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona y ³Hospital Sant Joan de Deu, Martorell (Barcelona).

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca aguda descompensada (ICAD) es un problema creciente asociado con una alta morbilidad. La frecuencia cardiaca (FC) ha sido reconocida como una diana terapéutica en la insuficiencia cardiaca crónica. Una FC elevada al alta hospitalaria en pacientes con ICAD se ha asociado con una mayor mortalidad y mayor número de reingresos a 30 días y 1 año. El objetivo de este estudio fue evaluar la seguridad y efectividad de ivabradina para alcanzar valores objetivo de FC al alta hospitalaria.

Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado en tres hospitales de Cataluña. Treinta pacientes consecutivos con ICAD hemodinámicamente estables, en ritmo sinusal y FC ≥ 75 lpm a pesar del tratamiento con beta-bloqueantes o cuando este estaba contraindicado o no tolerado, iniciaron tratamiento con ivabradina. Se obtuvieron y analizaron los datos clínicos en la admisión (T0), inmediatamente antes de la iniciación de ivabradina (T1), 24 (T2); 48 (T3), 72 (T4), 96 (T5), 120 (T6) horas después y al alta (T7).

Resultados: Características demográficas y clínicas de los pacientes (tabla). La FC basal, previo al inicio de ivabradina (T1) fue 92 ± 14 lpm. La ivabradina se inició en el 60% de los pacientes en las primeras 48 horas tras el ingreso. La FC disminuyó de forma significativa: $12,5 \pm 4$ lpm en T2 ($p = 0,000$); $14,8 \pm 4$ lpm en T3 ($p = 0,000$); $20 \pm 6,8$ lpm en T4 ($p = 0,000$) y $22 \pm 5,3$ lpm en T7 ($p = 0,000$) respecto a T1. No hubo cambios significativos en la presión arterial sistólica y/o diastólica en ninguno de los períodos analizados. La FC basal y la magnitud de la reducción se correlacionaron significativamente. $Rho = 0,816$ ($p = 0,000$). 27% de los pacientes tenían una PAS 100 mmHg antes de la iniciación de la ivabradina. En este subgrupo tampoco se detectaron cambios significativos en la presión arterial sistólica y/o diastólica. La FC al alta fue 69 ± 8 lpm. 80% de los pacientes fueron dados de alta con bloqueadores beta. La ivabradina no tuvo que ser retirada por efectos adversos en ningún paciente.

Características demográficas y clínicas					
Edad (años)	67 ± 18	NYHA basal III/IV n (%)	23 (77%)	Inicio de ivabradina (día)	3 ± 3

Hombres n (%)	18 (60%)	IC <i>de novo</i> n (%)	15 (50%)	Betabloqueantes al alta n (%)	24 (80)
HTA n (%)	23 (77%)	ICF _{Er} n (%) / ICF _{Ep} n (%)	22(73)/8 (27)	Pacientes dosis objetivo de Betabloqueantes al alta n (%)	6(19)
Diabetes n (%)	11 (37%)	Fracción de eyección (%)	37,5 ± 17,5	IECA/ARA II al alta n (%)	21 (70)
FGE (MDRD), (ml/min/1,73 m ²)	54 ± 11	Estancia (días)	6,7 ± 4	Pacientes dosis objetivo IECA/ARA II al alta n (%)	33 (48%)
Cardiopatía isquémica, n (%)	11 (37%)	FC admisión T0 (lpm)	99 ± 19	Ivabradina al alta n (%)	30 (100)
Miocardiopatía dilatada, n (%)	9 (30%)	Presión arterial sistólica ingreso mmHg media (rango)	142 (85-200)	Dosis ivabradina al alta (mg/12h)	5 ± 1,3

Conclusiones: La ivabradina es segura y eficaz para controlar de forma precoz la FC. Muchos pacientes con ICAD mantienen una frecuencia cardiaca superior a 75 lpm a pesar del tratamiento con bloqueadores beta o estos están contraindicados o son mal tolerados. En esta situación clínica ivabradina es una opción a considerar.