Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 1043

Revista Española de Cardiología

6020-644. SEGUIMIENTO AL AÑO DE LOS PACIENTES TRASPLANTADOS CARDIACOS EN TRATAMIENTO CON IVABRADINA

Ana Portolés Ocampo, Mª Carmen Aured Guallar, Esther Sánchez Insa, Pedro L. Sorribas Rubio, María Lasala Alastuey, Elena Rivero Fernández, M. Luisa Sanz Julve y M. Teresa Blasco Peiró del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: En una muestra de 16 pacientes trasplantados cardiacos (TXC), la ivabradina añadida al tratamiento estándar demostró disminuir FC de esfuerzo, mejorar su capacidad funcional (CF) e incluso mejorar la diástole, de forma significativa, a los 2 meses de tratamiento. Valoramos los mismos parámetros en estos TXC transcurrido 1 año de tratamiento con ivabradina (TI).

Métodos: Se incluyen los 16 TXC de más de 1 año de evolución de trasplante, con FEVI conservada y FC > 80 lpm, en TI, habiendo aumentado dosis a 7,5 mg/12h, si la FC continuaba por encima de 80 lpm en el control de 2 meses (2m). Realizamos ecocardiograma de estrés con protocolo de Bruce sobre tapiz rodante. Analizamos FC basal y con esfuerzo, duración de la prueba, capacidad funcional y datos ecocardiográficos de función diástolica, definiendo patrón restrictivo como onda E/A > 1,5 y tiempo de desaceleración volumétrica (TD) < 160 ms y patrón pseudonormal como relación onda E/A 1-1,5 y TD 160-200 ms, ambos con patrón Doppler tisular concordante. Comparamos datos obtenidos a 2 meses de TI y al año. No ha habido pérdida de pacientes por intolerancia. Análisis estadístico con SPSS16.

Resultados: Características basales: 75% varones, edad media 62,9 ± 8,04 años. Factores de riesgo: extabaquismo 62,5%, HTA 43%, DM 25% y DLP 50%. Tiempo de evolución de trasplante 4,35 ± 1,7 años. FEVI media 65,8 ± 5,49%. Los datos obtenidos en la prueba de esfuerzo son similares al control de los 2m de TI (tabla): FC basal media al inicio de la prueba 76,1 ± 9,7 lpm (2m: 75,3 ± 9,8). FC máxima alcanzada 132,2 ± 19,3 lpm (2m: 128,6 ± 21,9), duración de la prueba 8,3 ± 2,2 min (2m: 8,2 ± 1,2), se alcanza la FC submáxima a los 6,5 ± 2,5 min (2m: 6,7 ± 2,3). Esto conlleva que no se modifica la CF: el 25% de TXC que mejoran su CF a los 2m (pasan de CF II a I NYHA) se mantienen en CF I, sin modificación en el resto de pacientes. En cuanto a la función diastólica, 8 pacientes (50%) tienen patrón restrictivo y 4 (25%) pseudonormal a los 2m. En el seguimiento al año de TI todos los pacientes se mantienen con el mismo patrón diastólico.

Comparativa del grupo de pacientes TXC en el momento de reclutamiento, en el seguimiento a dos meses y al año de inicio de TI

	Momento de inclusión	TI 2 meses	TI 12 meses

FC basal (lpm)	95,8 ± 8,1	75,3 ± 9,8	76,1 ± 9,7
FC máxima (lpm)	151,7 ± 24,9	128,6 ± 21,9	132,2 ± 19,3
Duración del la prueba (min)	6,7 ± 2,0	8,2 ± 2,2	8,3 ± 2,2
Minutos a los que se alcanza la FC submáxima (min)	3,5 ± 2,2	6,7 ± 2,2	6,5 ± 2,5
Mejoría capacidad funcional		4 (25%)	4 (25%)
Mejoría diástole		4 (25%)	4 (25%)
Dosis de ivabradina 7,5 mg/12h n (%)		1 (6,25%)	5 (31,25%)

Conclusiones: Los beneficios observados en pacientes TXC en TI se mantienen durante el primer año: disminuye significativamente la FC de esfuerzo, se prolonga la duración del ejercicio y mejora tanto el patrón diastólico como la capacidad funcional del paciente y la ivabradina es bien tolerada en todos los casos.