



## 6041-554. CONTROL DE LA FRECUENCIA CARDIACA EN LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA SINTOMÁTICA EN PACIENTES DESESTIMADOS A CONDUCTA INVASIVA

Gustavo Cortez Quiroga<sup>1</sup>, Carmen Rus Mansilla<sup>1</sup>, M. Carmen Durán Torralba<sup>1</sup>, Francisco Toledano<sup>1</sup>, María Gracia López Moyano<sup>1</sup>, Esther Ruiz de Temiño de Andrés<sup>2</sup>, Concepción Recuerda Casado<sup>1</sup> y Manuela Delgado Moreno<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Alto Guadalquivir, Andújar (Jaén) y <sup>2</sup>Hospital Alta Resolución Sierra de Segura, La Puerta de Segura (Jaén).

### Resumen

La estenosis aórtica (EAo) es la enfermedad valvular más frecuente en Europa y la principal indicación de cirugía valvular. No existe fármaco que reduzca la morbi-mortalidad y solo el reemplazo quirúrgico o percutáneo la disminuye, pero el 33% de los pacientes y el 50% de los octogenarios españoles se oponen a la intervención o son desestimados por indicación médica. Consideramos que la reducción de la FC en la EAo severa puede ser beneficiosa; al aumentar la precarga la fibra miocárdica se estira más mejorando la contractilidad y la FEVI, obteniendo un mayor volumen sistólico (VS). El fármaco idóneo para reducir la FC es la ivabradina, por carecer de efecto inotrópico negativo, alta seguridad, escasos efectos adversos y poca probabilidad de intoxicación. Realizamos un registro intervencionista, individuo como propio control donde evaluamos los efectos hemodinámicos y clínicos de esta intervención. Se seleccionaron pacientes con EAo severa sintomática, FEVI conservada, en ritmo sinusal, desestimados a tratamiento invasivo y sin tratamiento beta bloqueante. El análisis basal incluyó ecocardiograma, ECG, analítica, cuestionario de Minnesota y test de marcha de los 6 minutos (TM6). Posterior a la firma de consentimiento se inició ivabradina 2,5 mg cada 12h, a los 15 días se aumentó a 5 mg cada 12 h. Al mes se repitieron los mismos estudios. Los ecocardiogramas los realizó el mismo operador en el mismo equipo, las mediciones se realizaron en las mismas proyecciones, y se utilizó la misma área del TSVI en ambos ecocardiogramas. El cuestionario de Minnesota y TM6 fue realizado por la misma enfermera. Seis pacientes por problemas motrices no realizaron el TM6. La intervención con ivabradina de forma significativa redujo la FC, el cuestionario de Minnesota, y aumento el diámetro de fin de diástole (DFDVI), la FEVI, el volumen sistólico y la distancia recorrida en el TM6, sin evidenciarse efectos adversos (tabla). La reducción de la FC con ivabradina fue segura, mejoro parámetros clínicos y hemodinámicos, los cuales podrían beneficiar la morbilidad de aquellos pacientes que desestimaron o fueron desestimados a tratamiento invasivo. Observamos que la reducción de la FC aumenta proporcionalmente los gradientes aórticos pico y medio sin modificar el área valvular por ecuación de continuidad, dato a tener en cuenta al valorar la severidad de la EAo.

### Resultados

n: 21 ptes	Basal	Ivabradina	p
------------	-------	------------	---

Media (rango)	Media (rango)	Media (rango)	
Área Ao cm <sup>2</sup>	0,80 (0,46-1,10)	0,83 (0,53-1,16)	0,59
FEVI%	69,3 (58-86)	74,6 (65,6-85,4)	0,007
DFDVI cm	4,69 (3,9-5,6)	5,07 (4,3-6,1)	0,001
DFSVI cm	2,85 (2,04-3,49)	2,90 (2,1-3,85)	0,6
ITV TSVI cm	29,9 (20,6-56,9)	36,1 (25-59,5)	0,001
ITV Ao cm	104,8 (74,1-143)	122,1 (84-178)	0,001
Grad Pico mmHg	77,76 (46,1-116)	87,44 (49,9-149)	0,001
Grad medio mmHg	51,01 (25,3-80)	55,9 (27,8-91,2)	0,005
Vel máxima m/seg	4,37 (3,4-5,39)	4,61 (3,53-6,11)	0,001
FC l/m	76 (60-105)	63 (49-68)	0,001
Vol sistólico ml	82,2 (60,8-110,1)	99,3 (66,4-129,7)	0,001
Vol minuto l/min	6,23 (3,7-8,4)	6,24 (3,9-8,0)	0,9
Índice Vol sistólico	48,9 (31,3-67,7)	59,1 (36,8-76,4)	0,001
Test Minnesota	21,5 (3-52)	14,5 (0-41)	0,016
TM6 mts	319 (48-460)	346,5 (74-476)	0,002

Ao: aorta, DFDVI: diámetro fin de diástole VI, DFSVI: diámetro fin de sístole VI, FC: frecuencia cardiaca, Grad: gradiente, TSVI: tracto salida ventrículo izquierdo, TM6: test marcha 6 min.