



## 6013-195. EVALUACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DE LA FUNCIÓN DIASTÓLICA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE RANOLAZINA VÍA ORAL

Ana María García Bellón<sup>1</sup>, Beatriz Pérez Villardon<sup>2</sup>, Daniel Gaitán Román<sup>1</sup>, Joaquín Alberto Cano Nieto<sup>1</sup>, Ricardo Vivancos Delgado<sup>1</sup> y Manuel de Mora Martín<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga y <sup>2</sup>Hospital Comarcal de la Axarquía, Vélez-Málaga (Málaga).

### Resumen

**Objetivos:** La ranolazina, fármaco actualmente autorizado como agente antianginoso, tiene un nuevo mecanismo de acción basado en la inhibición de la corriente tardía de entrada de Na<sup>+</sup> en las células cardiacas. Esto se traduce en una reducción de las concentraciones intracelulares de Na<sup>+</sup> y Ca<sup>++</sup>, lo que conlleva una reducción de la presión telediastólica del ventrículo izquierdo. El objetivo del estudio es analizar las modificaciones ecocardiográficas de la función diastólica en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica estable y fracción de eyección conservada, a partir de la introducción de ranolazina en su tratamiento habitual.

**Métodos:** Se incluyeron aquellos pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica en situación estable que iniciaban tratamiento por primera vez con ranolazina vía oral. Realizamos un estudio observacional, prospectivo, analítico, de corte transversal, para valorar las modificaciones en los parámetros ecocardiográficos de función diastólica y su posible impacto clínico. Para ello realizamos un ecocardiograma transtorácico basal y en el seguimiento a los 5 meses. Para la evaluación clínica utilizamos el cuestionario de calidad de vida de Seattle. La dosis de inicio eran 375 mg/12h aumentando a 500-750 mg/12h si había buena tolerancia.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 50 pacientes con una edad media de 65,7 años, predominio de varones (64%). En cuanto a sus factores de riesgo destacan que el 74% eran hipertensos, 68% dislipémicos, 52% hábito tabáquico, 36% diabéticos tipo 2; IMC medio era de 28,4 kg/m<sup>2</sup>. Situación clínica basal de disnea según la escala NYHA: grado I el 38%, grado II el 50%, grado funcional III el 12%; grado funcional de angor según *Canadian Cardiovascular Society*: grado I en 16%, grado II en 40%, grado III en 44%. Los parámetros ecocardiográficos basales y su cambio en el seguimiento se muestran en la tabla. Se observó una mejoría significativa en la mayoría de los parámetros de función diastólica, así como mejoría significativa en el grado funcional clínico NYHA y CCS.

Características ecocardiográficas basales y en el seguimiento			
Parámetros ecocardiográficos	Basales	5 meses	Significación estadística

Patrón llenado mitral normal	0 p	12 p (24%)	(p 0,05)
Patrón llenado mitral I (retraso relajación)	41 p (82%)	34 p (68%)	(p 0,05)
Patrón llenado mitral III (pseudonormal)	9 p (18%)	4 p (8%)	(p 0,05)
Vol AI indexado	28 ml/m <sup>2</sup> ± 7,6 ml/m <sup>2</sup>	23 ml/m <sup>2</sup> ± 7,1 ml/m <sup>2</sup>	(NS)
Tiempo relajación isovolumétrico	107 mseg ± 15 mseg	94 mseg ± 18 mseg	(p = 0,02)
Relación E/E' > 15	5 p (10%)	2 p (4%)	(p = 0,03)
Duración onda Apulm retrógrada-onda A mitral > 30 mseg	19 p (38%)	26 p (52%)	(p = 0,03)

**Conclusiones:** Nuestros resultados proporcionan evidencia sobre el papel terapéutico que ranolazina puede tener en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca diastólica además de su actual empleo como fármaco antianginoso. No obstante, sería necesario poner en marcha ensayos clínicos para respaldar estos datos debido al limitado tamaño de nuestra muestra.