

fluvastatina, pitavastatina y rosuvastatina, con todas se presentan reacciones con los fármacos para el VIH (vía CYP).

Ángel Morales-Martínez de Tejada

Servicio de Cardiología, Hospital Regional Universitario Infanta Cristina, Badajoz, España

Correo electrónico: hispano0@hotmail.com

On-line el 18 de junio de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Romero-León JM, Gálvez-Contreras MC, Díez-García LF. Bradicardia sintomática e insuficiencia cardíaca precipitadas por ivabradina a una paciente que recibe

- tratamiento antirretroviral. Rev Esp Cardiol. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2016.02.005>
2. López Aspiroz E, Cabrera Figueroa SE, Iglesias Gómez A, Valverde Merino MP, Domínguez-Gil Hurlé A. CYP3A4 polymorphism and lopinavir toxicity in an HIV-infected pregnant woman. Clin Drug Investig. 2015;35:61-6.
3. Humma LM, Terra SG. Pharmacogenetics and cardiovascular disease: impact on drug response and applications to disease management. Am J Health Syst Pharm. 2002;59:1241-52.
4. Crespo-Leiro MG, Segovia-Cubero J, González-Costello J, Bayes-Genis A, López-Fernández S, Roig E, et al. Adecuación en España a las recomendaciones terapéuticas de la guía de la ESC sobre insuficiencia cardíaca: ESC Heart Failure Long-term Registry. Rev Esp Cardiol. 2015;68:785-93.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2016.02.005>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2016.05.003>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2016.04.011>

A propósito de bradicardia e insuficiencia cardíaca secundaria a ivabradina en paciente con VIH. Respuesta



About Bradycardia and Secondary Heart Failure Induced by Ivabradine in a Patient With HIV. Response

Sr. Editor:

Agradecemos a Morales-Martínez de Tejada sus aportaciones sobre nuestro artículo¹, a las cuales nos gustaría añadir los comentarios que aparecen a continuación. El episodio de toxicidad de la ivabradina ocurrió cuando la paciente recibía carvedilol, que pudo agravarlo. En cualquier caso, la relación temporal entre la exposición y la retirada de la ivabradina quedó clara y este fármaco está contraindicado en todos los casos en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que toman inhibidores de la proteasa con o sin carvedilol.

La principal ruta metabólica de la eplerenona es la vía CYP3A4². Por ello está contraindicado el uso de este fármaco tanto con inhibidores como con inductores potentes del CYP3A4. Nuestra paciente recibía el fármaco desde hacía 2 años a raíz de un infarto agudo de miocardio con fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducido residual y aún continúa tomándolo. En los controles previos y posteriores al episodio comentado siempre se constataron concentraciones séricas de potasio normales. Finalmente se optó por simplificar el tratamiento antirretroviral y se suspendieron los inhibidores de la proteasa viral. Efectivamente, la emtricitabina y el tenofovir se eliminan principalmente por vía renal y se debe tener precaución cuando se coadministran con otros medicamentos que se eliminan por secreción tubular activa, como el ácido acetilsalicílico, pero no existe una contraindicación formal del uso conjunto de estos fármacos³.

Finalmente, es posible que los estudios farmacogenéticos puedan tener muchas aplicaciones posibles en el tratamiento de

las enfermedades cardiovasculares y ofrecer respuestas a estos problemas. Sin embargo, debemos aprender aún muchas cosas sobre su utilidad antes que se incorporen de forma habitual a la toma de decisiones clínicas⁴. Mientras tanto, debemos estar alerta y estudiar concienzudamente las posibles interacciones de los fármacos que prescribimos a nuestros pacientes.

José M. Romero-León*, María C. Gálvez-Contreras y Luis F. Díez-García

Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: peperomeroleon@hotmail.com (J.M. Romero-León).

On-line el 18 de junio de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Romero-León JM, Gálvez-Contreras MC, Díez-García LF. Bradicardia sintomática e insuficiencia cardíaca precipitadas por ivabradina a una paciente que recibe tratamiento antirretroviral. Rev Esp Cardiol. 2016;69:529-30.
2. Dhillon S. Eplerenone: a review of its use in patients with chronic systolic heart failure and mild symptoms. Drugs. 2013;73:1451-62.
3. Interactions with NRTIs. [citado 14 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.hiv-druginteractions.org>.
4. Humma LM, Terra SG. Pharmacogenetics and cardiovascular disease: impact on drug response and applications to disease management. Am J Health Syst Pharm. 2002;59:1241-52.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2016.04.011>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2016.05.003>

Trombolisis sistémica de la embolia pulmonar de alto riesgo frente al tratamiento percutáneo



Systemic Thrombolysis for High-risk Pulmonary Embolism Versus Percutaneous Transcatheter Treatment

Sr. Editor:

La reperusión primaria mediante trombolisis sistémica es el tratamiento de elección para los pacientes con embolia pulmonar

(EP) de alto riesgo: aquellos que se presentan con *shock* o hipotensión. En el caso de contraindicación para la trombolisis, o si esta fracasa, se recomienda la embolectomía quirúrgica y, como alternativa a esta, el tratamiento dirigido con catéter percutáneo; teniendo en cuenta que cuando se considera contraindicado el tratamiento trombolítico sistémico también lo está su administración local, deberían emplearse técnicas con catéter sin trombolisis local¹. Sánchez-Recalde et al² presentan una serie de 8 pacientes con EP atendidos en su centro, en el que realizan tratamiento percutáneo a 7, más administración local de alteplasa