



6020-637. IVABRADINA PARA EL CONTROL DE LA FRECUENCIA CARDIACA EN EL TRASPLANTE CARDIACO: ¿EXISTE UN PUNTO DE FRECUENCIA CARDIACA ÓPTIMA PARA SU USO?

Esther Sánchez Insa, M^a Carmen Aured Guallar, Ana Portolés Ocampo, Georgina Fuertes Ferre, M^a del Mar Erdociáin Perales, Carlos Sanz Bescós, M^a Teresa Blasco Peiró y M^a Luisa Sanz Julve del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: La ivabradina añadida al tratamiento estándar de trasplantados cardiacos (TXC) parece mejorar su clase funcional (CF) y disminuir frecuencia cardiaca (FC) de esfuerzo significativamente. Valoramos su efecto según FC y si existe límite inferior de FC por debajo del cual su acción puede ser deletérea.

Métodos: Analizamos 20 TXC con más de 1 año de evolución postrasplante que se dividen por FC basal obtenida en ECG antes de la inclusión en 2 grupos: 11 con FC > 90 lpm (grupo A) y 9 con FC ≤ 90 (grupo B). Realizamos 2 ecos estrés sobre tapiz rodante con protocolo Bruce: 1º antes de iniciar tratamiento con ivabradina (TI) y 2º tras 2 meses de TI asociado a tratamiento habitual. Análisis estadístico SPSS16.

Resultados: Características basales en tabla 1. Grupos similares en tratamiento estándar, incluyendo calcioantagonistas. Sólo en 2 TXC de cada grupo se llegó a dosis objetivo (7,5 mg/12h). FC basal media 100 ± 4,7 lpm en grupo A y 85 ± 6,4 en B que desciende tras TI a 75,7 ± 8 y 73 ± 11 respectivamente (p < 0,05). Destaca que FC basal tras TI es similar en ambos grupos. FC máxima media 155 ± 16,2 en A y 137 ± 23,5 en B reduciéndose con TI a 127 ± 19,5 y 119 ± 21,5 respectivamente. El grupo A aumenta el tiempo de ejercicio de 6,64 a 7,45 minutos (min) tras TI y el B de 7,56 a 7,78. La FC submáxima con ejercicio se alcanza 3,19 min después tras TI (de 3,36 a 6,55 de media) en grupo A y 1,1 (6,0 a 7,1) en B (p < 0,05). En grupo A 3 (27%) mejoran CF y patrón diastólico (PD) con TI y el resto mantenidos. En B, el PD empeora en 2 (1 empeoramiento CF asociada), 2 mejoran CF y resto sin cambios. Realizando subanálisis del grupo B, existen 6 TXC con FC basal < 85 (media 81 ± 4,8) que pasa a 67 ± 11,4 tras TI, con menor tiempo de esfuerzo (7,8 a 7,4 min), sin mejoría CF e incluyendo a los 2 con peor PD. Es preciso suspender TI en 3 por mala tolerancia a ejercicio; los 3 con FC < 65 tras TI a dosis 5/12h.

Características basales de los grupos

	Grupo A (FC > 90 lpm)	Grupo B (FC ≤ 90)	p
Edad (años; media ± DE)	59 ± 10	62 ± 6	ns

Varones n (%)	6 (55%)	7(78%)	< 0,05
Factores de riesgo n (%)			
HTA	5 (45%)	3 (33%)	ns
DM	4 (36%)	2 (22%)	ns
Dislipemia	4 (36%)	7 (78%)	< 0,05
Extabaquismo	6 (55%)	6 (67%)	ns
Años evolución TXC (años; media $\pm$ DE)	5,1 $\pm$ 3.45	5,2 $\pm$ 3.2	ns
Etiología isquémica n (%)	6 (55%)	5 (56%)	ns
CF NYHA n (%)			
CF I	8 (73%)	7 (78%)	ns
CF II	3 (27%)	2 (22%)	ns
Fracción eyección VI (FEVI) (%; media $\pm$ DE)	65 $\pm$ 5.2	64 $\pm$ 10.5	ns
Enfermedad vascular injerto (EVI) n (%)	2 (18%)	2 (22%)	ns
Episodios rechazo agudo n (%)	11,00%	11,00%	ns
Tratamiento concomitante calcioantagonistas n (%)	6 (55%)	6 (67%)	ns
Patrón restrictivo antes de TI n (%)	7 (63%)	3 (33%)	< 0,05

Sin diferencias significativas (ns) en edad, años de TXC, c. isquémica, CF previa, FEVI, EVI, rechazo agudo o tratamiento habitual. En grupo B más dislipemia (78 vs 36%), más varones (77 vs 54%) y menor tasa de patrón restrictivo antes de TI (33% vs 54%) ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los beneficios en tiempo de ejercicio, tiempo en alcanzar FC submáxima, CF y PD con TI en TXC son mayores si FC basal > 90. Parece existir margen estrecho de FC, con efecto negativo si FC basal inicial < 85 o FC tras TI < 65. El hallazgo de posible efecto deletéreo de TI con baja FC impidió alcanzar dosis objetivo en la mayoría de TXC. Se necesitan estudios con mayor número de TXC para confirmar este límite inferior de FC en 85 lpm y valorar si estos TXC podrían beneficiarse de TI a dosis de inicio inferior a la habitual.