



6042-539. EVALUACIÓN HEMODINÁMICA Y CLÍNICA DEL TRATAMIENTO CON IVABRADINA EN LA ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE SINTOMÁTICA

Gustavo Cortez Quiroga¹, Carmen Rus Mansilla¹, M. Carmen Durán Torralba¹, M. Gracia López Moyano¹, Esther Ruiz de Temiño de Andres², Concepción Recuerda Casado¹, Ana Sánchez Floro² y Manuela Delgado Moreno¹ del ¹Hospital Alto Guadalquivir, Andújar (Jaén) y ²Hospital Alta Resolución Sierra de Segura, La Puerta de Segura (Jaén).

Resumen

Introducción y objetivos: Sólo el reemplazo quirúrgico o percutáneo disminuyen la morbi-mortalidad en la estenosis aórtica grave (EAOG), pero el 33% de los pacientes y el 50% de los octogenarios se oponen a la intervención o son desestimados. Por otro lado, el 30% recibe bloqueadores beta (BB), fármacos controvertidos en esta patología por su efecto inotrópico negativo. Consideramos que la reducción de la frecuencia cardíaca (FC) en la EAOG puede ser beneficiosa; al aumentar la precarga la fibra miocárdica se estira, mejorando la contractilidad y la fracción de eyección (FEVI), aumentando el volumen sistólico (VS).

Métodos: Se incluyeron 40 pacientes con EAOG sintomática, FEVI conservada y ritmo sinusal. Se dividió la población en: 25 pacientes sin tratamiento BB basal grupo A, y 15 pacientes con tratamiento BB basal grupo B. Elegimos la ivabradina para reducir la FC, por no tener efecto inotrópico negativo y ser segura. Realizamos un registro intervencionista, individuo como propio control, y comparamos variables hemodinámicas y clínicas. En todos los pacientes se realizó: ecocardiograma, ECG, analítica, cuestionario de Minnesota (CM) y test de marcha de los 6 minutos (TM6). Posterior a estos, en el grupo A se inició ivabradina y en el grupo B se reemplazó BB por ivabradina, a dosis de 2,5 mg cada 12h, aumentando a 5 mg cada 12h a los 15 días.

Resultados: Al mes de la intervención se repitieron los mismos estudios y se compararon los resultados de cada grupo con su situación basal. Se utilizó la misma área del TSVI en ambos ecocardiogramas. En el grupo A, la ivabradina redujo significativamente la FC, el CM, aumentó el diámetro de fin de diástole (DFDVI), la FEVI, el VS y la distancia en el TM6. En el grupo B, no redujo la FC ni modificó el DFDVI, pero aumentó la FEVI a expensas de un menor diámetro de fin de sístole (DFSVI), mejorando el VS, el volumen minuto y la distancia en el TM6 (tabla).

Resultados						
N grupo A: 25 pacientes	Grupo A Basal	Ivabradina	P	Grupo B beta-bloqueantes	Ivabradina	P
					Mediana	

N grupo B: 15 pacientes	Mediana (Rango)	(Rango)					
			Mediana (rango)	Mediana (Rango)			
Área Ao/sup corp cm ² /m ²	0,46 (0,26-0,66)	0,48 (0,3-0,69)	0,09	0,41 (0,27-0,73)	0,44 (0,31-0,77)	0,053	
FEVI %	70,6 (55,7-86)	75,4 (52,2-88,2)	0,01	71,8 (57,8-88,6)	76,1 (61,5-92,4)	0,005	
DFDVI cm	4,65 (3,9-5,9)	5,00 (4,3-6,1)	0,001	4,77 (3,72-5,95)	4,77 (3,93-5,76)	0,55	
DFSVI cm	2,8 (2,0-4,2)	2,8 (2,1-4,3)	0,6	2,9 (1,8-3,7)	2,7 (1,6-3,6)	0,047	
ITV TSVI cm	30,0 (20,5-56,9)	35,9 (25-59,5)	< 0,001	33,2 (20-45,2)	37,4 (17,4-54,4)	0,004	
ITV Ao cm	104,3 (74,1-146)	121,0 (84-178)	< 0,001	118,9 (89-167)	124,5 (86,6-177)	0,36	
Grad pico mmHg	76,9 (46,1-116)	86,7 (49,9-149)	< 0,001	82,7 (54,4-151)	92,3 (64-161)	< 0,02	
Grad medio mmHg	50,7 (25,3-80)	55,1 (27,8-91,2)	0,005	54,9 (30-101)	60,0 (27,9-107)	0,07	
Vel máxima m/sc	4,3 (3,4-5,3)	4,6 (3,5-6,1)	< 0,001	4,5 (3,6-6,1)	4,7 (3,5-6,3)	0,023	
FC l/m	76,3 (60-105)	63,6 (49-84)	< 0,001	65,2 (51-96)	63,9 (45-87)	0,63	
Vol sistólico ml	79,5 (46,5-110,1)	95,7 (61,7-129,7)	< 0,001	81,0 (54,4-98,6)	90,3 (52,5-123,4)	0,005	
Indice cardíaco ml/min m ²	47,5 (29,6-67,7)	57,3 (36,8-76,4)	< 0,001	49,0 (29,3-70,4)	54,8 (34,8-85,7)	0,006	
Vol minuto l/min	6,0 (3,7-8,4)	6,0 (3,52-8,0)	0,6	5,2 (3,3-7,7)	5,7 (3,10-8,02)	0,009	
Minnesota	23,8 (3-58)	17,7 (1-48)	0,019	20,8 (7-40)	17,8 (0-57)	0,07	
TM6 m	310,5 (48-460)	336,3 (74-476)	0,005	264,3 (136-376)	312,7 (130-396)	0,023	

Conclusiones: La reducción de la FC, mejoró parámetros clínicos y hemodinámicos, pudiendo beneficiar a los pacientes desestimados a tratamiento invasivo o en espera de la intervención; y aumentó proporcionalmente los gradientes aórticos pico y medio sin modificar el área valvular, dato a tener en cuenta en la valoración de gravedad. El reemplazo de los BB por un fármaco sin inotropismo negativo, mejoró parámetros hemodinámicos y clínicos; el aumento de la FEVI, del VS y un menor DFSVI evidencian el efecto deletéreo del inotropismo negativo en la EAoG.