



Carta al Editor

Ivabradina en pacientes hospitalizados por descompensación de insuficiencia cardiaca crónica

Ivabradine in hospitalized patients with exacerbation of chronic heart failure

La ivabradina es un inhibidor selectivo de la corriente I_f del nodo sinoauricular, recomendado para el tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) crónica estable, estadio II-IV de la NYHA, con disfunción sistólica que se mantengan en ritmo sinusal con frecuencias cardíacas basales superiores a 70lpm y persistan sintomáticos a pesar de la optimización del tratamiento médico¹. Su indicación en la descompensación aguda de la IC crónica aún no ha sido establecida, si bien en pequeñas series de pacientes con IC aguda parece mostrarse beneficiosa y segura², tal como ha sido reportado recientemente en Cardiocre³.

El objetivo de nuestra observación ha sido analizar la indicación teórica de tratamiento con ivabradina a las 24 h del ingreso en una cohorte de pacientes que ingresaron por descompensación aguda de su IC crónica entre enero de 2008 y junio de 2011. Para ello proyectamos la indicación de tratamiento para IC crónica estable, según las guías de práctica clínica vigentes desde el año 2012¹. Recogimos de forma observacional y retrospectiva un total de 680 pacientes, excluyendo aquellos mayores de 85 años y menores de 18 (209), con enfermedades infecciosas (97), neoplásicas o hematológicas activas (16). En aquellos con más de un ingreso durante el periodo del estudio solo el primero de ellos fue considerado (82). Finalmente se estudiaron 270 pacientes, fijándose la indicación teórica de ivabradina a las 24 h del ingreso si se encontraban en ritmo sinusal, con frecuencia en reposo superior a 70lpm y una FEVI $\leq 35\%$; se asumió además el requerimiento de que estuvieran ya bajo tratamiento con IECA o ARA2 y betabloqueantes. Los datos fueron analizados utilizando el SPSS® en su versión 20.0 para MAC.

La frecuencia cardíaca media en el momento de evaluar la indicación teórica de ivabradina fue de 88 ± 25 lpm; el resto de las características pueden observarse en la [tabla 1](#). La indicación de ivabradina para la descompensación aguda de su IC estuvo presente en el 9,8% de los pacientes, frente a un 90,8% en los que no lo estuvo ($p=0,02$). Al considerar, además, que estuvieran recibiendo tratamiento con IECA o ARA2 y betabloqueantes, tan solo el 3% de los pacientes tendrían

Tabla 1 – Características de los pacientes incluidos en el estudio

Características basales	N = 270
Edad (años); media (DE)	74 (8)
Sexo (varón); (%)	149 (55,3)
DLP; (%)	110 (40,9)
DM; (%)	129 (47,7)
HTA; (%)	198 (73,3)
Tabaquismo; (%)	46 (17)
Fibrilación auricular o flutter; (%)	134 (49,6)
NYHA; (%)	
2	89 (33,1)
3	103 (38,3)
4	78 (28,8)
Etiología IC; (%)	
Isquémica	124 (46)
No isquémica	146 (54)
Tratamiento; (%)	
ARA2 o IECA	166 (61,5)
Antidoposterónico	36 (13,5)
Betabloqueante	86 (31,8)
Diurético	171 (63,5)
FE media; (DE)	49 (14)
FE deprimida (%) ^a	15,8

^a FE $< 35\%$.

indicación teórica de recibir ivabradina, frente al 97% en el que no habría estado indicada ($p < 0,00$).

Las posibilidades de empleo de ivabradina en pacientes recientemente dados de alta por agudización de su IC crónica parecen limitarse a un reducido porcentaje de ellos⁴. Nuestros resultados corroboran esta observación en pacientes aún hospitalizados. La elevada prevalencia de fibrilación auricular en los pacientes con IC crónica⁵, con la que nuestros resultados concuerdan, parece limitar sustancialmente las posibilidades de su empleo. Por otra parte, es probable que el hecho de evaluar la indicación teórica de ivabradina a las

24 h del ingreso haya colaborado en la baja frecuencia de tratamiento betabloqueante hallada en nuestra serie. Lamentablemente el diseño de nuestro estudio, nos impide extraer más conclusiones en este sentido. Si bien, en nuestro país la optimización del tratamiento de los pacientes con IC con función sistólica deprimida es con frecuencia subóptima⁵, la escasa prevalencia de tratamiento betabloqueante obliga a interpretar nuestros resultados con precaución. De igual modo, la proyección de las indicaciones de ivabradina en IC crónica estable¹ sobre una serie de pacientes hospitalizados por descompensación aguda de su IC crónica obliga a ser cautos en la valoración de nuestros resultados. En cualquier caso, atendiendo estas guías¹ parece que la gran mayoría de los pacientes que ingresan por descompensación aguda de su IC no se beneficiarían del tratamiento con ivabradina.

En conclusión, si bien es probable que la ivabradina se muestra útil en los pacientes hospitalizados por descompensación aguda de su IC crónica, sus posibilidades parecen limitarse a un moderado porcentaje de ellos.

BIBLIOGRAFÍA

1. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2012;33:1787-847.
2. Sargento L, Satendra M, Longo S, et al. Heart rate reduction with ivabradine in patients with acute decompensated systolic heart failure. *Am J Cardiovasc Drugs*. 2014;14:229-35.
3. Valle-Alberca A, Bravo-Marqués R, Torres-Calvo FJ, et al. Seguridad del uso de ivabradina en la insuficiencia cardíaca sistólica en fase aguda: presentación de un caso. *Cardiocre*. En prensa. Disponible online: doi:10.1016/j.carcor.2014.07.004.
4. Elder DH, Mohan M, Cochrane L, et al. Characterizing patients with chronic heart failure in community care after hospitalization: A potential role for ivabradine. *Cardiovasc Ther*. 2015;33:104-8.
5. Anguita M, Comin-Colet C, Formiga C, et al. Tratamiento de la insuficiencia cardíaca con función sistólica deprimida: situación actual en España. Resultados del estudio VIDA-IC. *Rev Esp Cardiol*. 2014;6:769-80.

Rafael Ramírez^{a,b,*}, Meritxell Mas^a, Javier Márquez^a
y Lidia Tikhomirova^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital de Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona, España

^b Unidad de Hipertensión, Dislipemias y Riesgo Vascular, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rramirez@xarxatecla.cat (R. Ramírez).
1889-898X/© 2015 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.carcor.2015.08.001>