



4031-7. ¿ES EL SACUBITRILO/VALSARTÁN ÚTIL EN PACIENTES CON CÁNCER E INSUFICIENCIA CARDIACA? DATOS DEL REGISTRO MULTICÉNTRICO NACIONAL COH-IC

Ana Martín García¹, Marinela Chaparro Muñoz², Pedro Moliner Borja³, Cristina Mitroi⁴, M. Amparo Martínez Monzonís⁵, Agustín Carlos Martín García¹, Cristina Asla Ormaza⁶, Antonio Castro Fernández², Francisco Gual Capllonch³, Clara Sánchez Pablo¹, M. Sonia Velasco del Castillo⁷, José Luis López Sendón⁶, Pedro Luis Sánchez Fernández¹ y Teresa López Fernández⁶, del ¹Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, IBSAL, CIBER-CV Salamanca, ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, ³Institut Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), ⁵Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña), ⁶Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid y ⁷Hospital de Galdakao, Galdakao (Vizcaya).

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías actuales recomiendan el uso de sacubitrilo/valsartán (S/V) en pacientes con insuficiencia cardiaca y disfunción sistólica ventricular izquierda, pero no hay evidencia sobre su eficacia y seguridad en pacientes con cáncer e insuficiencia cardiaca. Nuestro objetivo fue analizar el beneficio potencial del sacubitrilo/valsartán en las consultas específicas de cardio-oncología.

Métodos: Se diseñó un registro multicéntrico retrospectivo (COH-IC) en 6 hospitales españoles con consulta de cardio-oncología que incluyó a todos los pacientes tratados con S/V. Se describieron y analizaron datos clínicos y ecocardiográficos, la clase funcional de la NYHA, el tipo de neoplasia y el tratamiento antitumoral. La mediana de seguimiento fue de 7,2 [8] meses.

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes (edad media de 64 [21] años; 64% mujeres, 43% hipertensos, 54% dislipémicos y 28% diabéticos). La mayoría de los pacientes (97%) tenían disfunción cardiaca asociada a cardiotóxicos (DV-TOX) con una mediana de tiempo entre el tratamiento antitumoral y la DV-TOX de 40 [132] meses. El cáncer de mama (46%) y las neoplasias hematológicas (38%) fueron los tumores más frecuentes, el 31% de los pacientes tenían enfermedad metastásica y el 71% habían sido tratados con antraciclinas. La fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) inicial era de 34 [9]% y el 21% tenía fibrilación auricular. En un 5% se inició el S/V en el momento del diagnóstico del DV-TOX, mientras que en un 95% se inició en pacientes ya tratados con inhibidores de la ECA o ARAII. El 87% recibían bloqueadores beta y el 74% antagonistas de los receptores de mineralocorticoides; 6,7% tenía implantado un resincronizador cardiaco y el 11,5% un DAI. Se logró la dosis máxima (97/103 mg) de S/V en el 8,2% de los pacientes (24/26 mg: 43%; 49/51 mg: 33%). La S/V se interrumpió en 4 pacientes (razones: 2 hipotensión; 1: insuficiencia renal; 1: prurito). Los niveles iniciales de NT-proBNP, la clase funcional y la FEVI mejoraron significativamente al final del seguimiento en pacientes que continuaron con S/V ($p < 0,01$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles séricos de creatinina, aclaramiento de creatinina o potasio.

Parámetros del paciente antes y después del sacubitrilo/valsartán

| | Antes de sacubitrilo/valsartán | Después sacubitrilo/valsartán | P |
|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------|
| FEVI (%) | 34 [9] | 41 [16] | < 0,001 |
| Creatinina (mg/dl) | 0,9 [0,4] | 0,9 [0,5] | 0,15 |
| Aclaramiento de creatinina (ml/min) | 73 [30] | 70 [37] | 0,22 |
| Niveles séricos de potasio (mg/dl) | 4,4 [0,6] | 4,5 [0,6] | 0,42 |
| Presión arterial sistólica (mmHg) | 116 [23] | 111 [26] | 0,025 |
| Presión arterial diastólica (mmHg) | 70 [12,5] | 65 [11] | 0,498 |
| NT-proBNP (pg/ml) | 1.595 [3.088] | 850 [2.180] | 0,007 |
| NYHA (clase funcional) | 2,2 ± 0,6 | 1,6 ± 0,62 | < 0,001 |

Los valores se expresan como mediana [rango intercuartílico] o media ± desviación estándar. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Conclusiones: Nuestra experiencia sugiere que el S/V es bien tolerado y mejora tanto la clase funcional como la función ventricular izquierda en pacientes con DV-TOX.