

BIBLIOGRAFÍA

1. Belarte-Tornero LC, Mojón D, Solé-González E, Ruiz-Bustillo S, Valdivielso-More S, Farré N. Sacubitril-valsartan modifies the indication of cardiac implantable devices in patients with heart failure and reduced ejection fraction. *Rev Esp Cardiol.* 2021;74:1117–1119.
2. Di Marco A, Brown PF, Bradley J, et al. Improved Risk Stratification for Ventricular Arrhythmias and Sudden Death in Patients With Nonischemic Dilated Cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol.* 2021;77:2890–2905.
3. Zegard A, Okafor O, de Bono J, et al. Myocardial Fibrosis as a Predictor of Sudden Death in Patients With Coronary Artery Disease. *J Am Coll Cardiol.* 2021;77:29–41.
4. Andreu D, Ortiz-Pérez JT, Boussy T, et al. Usefulness of contrast-enhanced cardiac magnetic resonance in identifying the ventricular arrhythmia substrate and the approach needed for ablation. *Eur Heart J.* 2014;35:1316–1326.
5. Acosta J, Fernández-Armenta J, Borràs R, et al. Scar Characterization to Predict Life-Threatening Arrhythmic Events and Sudden Cardiac Death in Patients With Cardiac Resynchronization Therapy: The GAUDI-CRT Study. *JACC Cardiovasc Imaging.* 2018;11:561–572.
6. Linhart M, Doltra A, Acosta J, et al. Ventricular arrhythmia risk is associated with myocardial scar but not with response to cardiac resynchronization therapy. *Europace.* 2020;22:1391–1400.

«Respuesta ecocardiográfica» al sacubitrilo-valsartán: disminución de la implantación de desfibriladores, pero ¿también de la incidencia de arritmias malignas? Respuesta



“Echocardiographic response” to sacubitril-valsartan: does it decrease defibrillation implantation, as well as the incidence of malignant arrhythmias? Response

Sr. Editor:

Apreciamos enormemente la carta de Jáuregui et al.¹ con respecto a nuestra reciente publicación. No obstante, nos gustaría tener la oportunidad de clarificar algunos puntos.

Dado el diseño retrospectivo y observacional del estudio, coincidimos en que la causalidad no puede darse por sentada. Se excluyó a los pacientes perdidos para el seguimiento y a los que suspendieron el tratamiento con sacubitrilo-valsartán (SV) precozmente o fallecieron antes de completar el ajuste de dosis, dado que en esas circunstancias no es posible evaluar el impacto del SV. De los 30 pacientes excluidos, 7 (23%) fallecieron antes de completar el ajuste de dosis. Todos ellos fallecieron por empeoramiento de la insuficiencia cardíaca. No se utilizaron otros criterios de exclusión relacionados con el riesgo de los pacientes.

Actualmente el SV forma parte esencial del tratamiento de la insuficiencia cardíaca, dados los beneficios pronósticos asociados con la disminución de muertes cardiovasculares, muertes súbitas cardíacas y eventos arrítmicos^{2,3}. En dichos beneficios probablemente intervengan la reducción de la presión parietal, la dilatación ventricular, el daño en los cardiomiocitos, la hipertrofia y la fibrosis, que también son factores relacionados con las arritmias^{2,4}. En consecuencia, mediante estos efectos positivos en el remodelado inverso, el estrés miocárdico y la fibrosis, el riesgo de arritmias de los pacientes tratados con SV podría modificarse³. Hay que destacar que algunos de los estudios recientes que han evaluado el riesgo de arritmias mencionados por Jáuregui et al. incluyeron a pacientes de cohortes retrospectivas que no estaban tratados con SV⁵.

Es interesante que los autores se centren en que una estratificación precisa del riesgo de arritmias, sobre todo en la miocardiopatía dilatada, debería incluir parámetros distintos de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo $\leq 35\%$, como el realce tardío de gadolinio detectado mediante resonancia magnética cardíaca⁵. Aunque este nuevo enfoque es interesante y probablemente cambiará la práctica clínica en el futuro, aún no se ha validado en poblaciones externas ni está incluido entre las actuales recomendaciones. Según nuestra opinión, estos nuevos algoritmos clínicos de estratificación del riesgo de arritmias no son incompatibles con el hecho de que los tratamientos modificadores de la enfermedad como el SV deberían implementarse lo antes posible y preferiblemente antes de considerar el implante de dispositivos cardíacos.

FINANCIACIÓN

Este estudio no recibió financiación externa.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

L.C. Belarte-Tornero y N. Farré contribuyeron a la idea y la redacción del artículo. Todos los autores discutieron y aprobaron la versión final del artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

L.C. Belarte-Tornero comunica subvenciones, honorarios de conferencias y apoyo económico para asistir a reuniones de Novartis, Rovi y AstraZeneca. N. Farré comunica honorarios de conferencias por parte de Novartis y Rovi.

Laia Carla Belarte-Tornero^{a,b,*}, Diana Mojón^c y Núria Farré^{a,b,d}

^aUnidad de Insuficiencia Cardíaca, Departamento de Cardiología, Hospital del Mar, Barcelona, España

^bGrup de Recerca Biomèdica en Malalties del Cor (GREC) de l'Institut del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM), Barcelona, España

^cDepartamento de Cardiología, Hospital del Mar, Barcelona, España

^dDepartamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: lbelarte@psmar.cat (L.C. Belarte-Tornero).

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.09.006>

0300-8932/ © 2021 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.08.006>

BIBLIOGRAFÍA

1. Belarte-Tornero LC, Mojón D, Solé-González E, Ruiz-Bustillo S, Valdivielso-More S, Farré N. Sacubitril-valsartan modifies the indication of cardiac implantable devices in patients with heart failure and reduced ejection fraction. *Rev Esp Cardiol.* 2021;74:1117–1119.
2. Docherty KF, Vaduganathan M, Solomon SD, McMurray JJV. Sacubitril/Valsartan. *JACC: Heart Failure.* 2020;8:800–810.
3. Sarrías A, Bayes-Genis A. Is Sacubitril/Valsartan (Also) an Antiarrhythmic Drug? *Circulation.* 2018;138:551–553.
4. Sabbah HN. Silent disease progression in clinically stable heart failure: Silent disease progression in clinically stable heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2017;19:469–478.
5. Di Marco A, Brown PF, Bradley J, et al. Improved Risk Stratification for Ventricular Arrhythmias and Sudden Death in Patients With Nonischemic Dilated Cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol.* 2021;77:2890–2905.