

Cuidados paso a paso: Cardiotoxicidad

Evaluación de Enfermería

Mirar:

- ¿El paciente se ve mal?
- ¿Fatigado?
- ¿Diaforético?
- dificultad respiratoria?
- ¿Hay edema en las piernas?

Preste atención a síntomas nuevos y que empeoran:

- ¿Cambio en el nivel de energía?
- Disnea de esfuerzo o dificultad para respirar?
- ¿Edemas de piernas?
- ¿Palpitaciones?
- ¿Cambios en la presión arterial??
- ¿Mareos o síncope?
- ¿Qué exacerba o mejora los síntomas?
- ¿Algún nuevo medicamento recetado o de venta libre?
- ¿Sustancias ilícitas?
- ¿Alguna enfermedad cardíaca subyacente (u otra)?
- ¿Radioterapia previa?

Reconocer:

- Determinar la toxicidad específica y el grado relacionado (si corresponde)
- Otros síntomas relacionados: hipotensión, síncope, dolor torácico, DOE, SOB, palpitaciones, edema, etc.
- Impacto de los síntomas en el estado funcional de la calidad de vida
- Cambios en la función cardíaca: cambios en el ECG (QTc prolongado), disminución de la FEVI, enzimas cardíacas elevadas (troponina, CK)
- Evaluar otros cambios en la saturación de oxígeno, PA, función

Clasificación de la toxicidad

Insuficiencia cardíaca (ventrículo izquierdo): Trastorno caracterizado por la incapacidad del corazón para bombear el volumen de sangre adecuado para cumplir con los requisitos metabólicos de los tejidos.

Grado 1 (Leve)

Asintomático con anomalías de laboratorio o de imágenes cardíacas

Grado 2 (Moderado)

Síntomas con actividad o esfuerzo de leve a moderado

Grado 3 (grave)

síntomas en reposo o con esfuerzo mínimo (se necesita intervención)

Grado 4 (potencialmente mortal)

Consecuencias potencialmente mortales (se requiere intervención urgente)

Prolongación del intervalo QTc: Hallazgo de una arritmia cardíaca caracterizada por un intervalo QT corregido anormalmente largo.

Grado 1 (Leve)

QTc 450–480ms

Grado 2 (Moderado)

QTc 481–500ms

Grado 3 (grave)

QTc ≥ 501 ms en al menos 2 ECG separados

Grado 4 (potencialmente mortal)

Cambio de QTc ≥ 501 o >60 ms desde el valor inicial y torsade de pointes, taquicardia ventricular polimórfica o signos o síntomas de arritmia grave

Grado 5 (Muerte)

Manejo

Estrategia global:

- Revisar los tratamientos concomitantes que puedan afectar la función cardíaca, particularmente al intervalo QTc (p. ej., fluoroquinolonas, ondansetrón, antivirales contra el VIH)
- Diagnóstico cardíaco completo al inicio del estudio: ECG (para encorafenib), ECHO/MUGA (para cualquier régimen que contenga MEK), enzimas cardíacas, BNP, proteína C reactiva, No iniciar la terapia MEKi si QTc >500 ms
- Supervisar a los pacientes que ya han tenido o que tienen un riesgo significativo de desarrollar prolongación del intervalo QTc y corregir la hipopotasemia/hipomagnesemia antes y durante la administración de encorafenib
- No se ha establecido la seguridad de binimetinib en pacientes con LVEV <50 % o por debajo del LIN institucional al inicio
- Repetir ECHO para el régimen que contiene MEK al mes y cada 2-3 meses durante el tratamiento. Si se realizó un ECG (con encorafenib), repita el ECG a los 14 días, mensualmente x 3, y luego cada 2 a 3 meses durante el tratamiento, con mayor frecuencia si toma medicamentos que afectan el intervalo QTc, o según sea necesario si el paciente comienza nuevos agentes que pueden prolongar el intervalo QT
- Prevención (no se conocen estrategias), fomentando un estilo de vida saludable
- Introducir el concepto de reducción de dosis o mantenimiento de dosis al educar a los pacientes antes del inicio de la terapia
- Evaluar la adherencia a los medicamentos antihipertensivos si los pacientes son hipertensos
- Siempre que se suspenda binimetinib, reducir la dosis de encorafenib a un máximo de 300 mg una vez al día hasta que se reanude binimetinib

Grado 1 (Leve)

- Anticipar la derivación a cardiología si la condición empeora
- Inhibidores de MEK (cobimetinib y trametinib) que se interrumpirán si la FEVI disminuye >10 % del basal o por debajo del LIN de la institución
- Promover la hidratación adecuada y la adherencia a la medicación.
- Aconsejar a los pacientes que eviten la ingesta de alcohol u otras sustancias psicoactivas
- Fomentar la evaluación del panel de lípidos para evaluar el riesgo cardiovascular
- Promover un estilo de vida saludable.
 - o Dejar de fumar, control de comorbilidades, reducción de estrés, control de peso, ejercicio físico

Grado 2 (Moderado)

- Anticipar la derivación a cardiología
- Trametinib debe suspenderse por insuficiencia cardíaca congestiva sintomática o un valor de FEVI disminuido ≥ 20 % del basal o y por debajo del LIN de la institución
- Binimetinib se suspenderá por una disminución persistente del valor de la FEVI >10 % pero <20 % desde el inicio y por debajo del LIN de la institución o por una disminución persistente de la FEVI. Después de 4 semanas de espera con binimetinib, evalúe la FEVI cada 2 semanas. Reanude con una dosis más baja de binimetinib si la FEVI está por encima del LIN y la disminución absoluta desde el inicio es ≤ 10 % Y el paciente está asintomático. Si la FEVI no se recupera en 4 semanas, suspenda permanentemente binimetinib
- Dabrafenib se suspenderá por un valor de FEVI disminuido >20 % del basal y por debajo del LIN de la institución
- Para la disminución recurrente de la FEVI de grado 2 (FE 40-50 % o 10-19 % de caída desde el valor inicial), suspender el encorafenib hasta 4 semanas; si mejora al Grado 0/1 o al nivel de pretratamiento, entonces se puede reanudar la dosificación; si no hay mejoría, se debe suspender encorafenib
- Anticiparse a la pronta evaluación de los síntomas cardíacos actuales por parte del oncólogo o cardiólogo si hay síntomas cardíacos no urgentes
- Busque atención inmediata en el departamento de urgencias por dolor/presión en el pecho para evaluar un posible infarto de miocardio

Grados 3-4 (grave o potencialmente mortal)

- Anticipar el ingreso urgente en cardiología
- Evaluar función cardíaca: perfil lipídico, ECG, ECHO/MUGA, prueba de esfuerzo, BNP, enzimas cardíacas
- Para QTc > 500 ms Y ≤ 60 ms de aumento respecto al basal, suspenda encorafenib o vemurafenib hasta que el intervalo QTc sea ≤ 500 ms (después de controlar los factores de riesgo cardíaco para la prolongación del intervalo QTc) Reanude con una dosis más baja. Si reaparece la prolongación del intervalo QTc, suspenda permanentemente encorafenib o vemurafenib
- Para QTc > 500 ms Y > 60 ms de aumentodel basal, suspenda permanentemente encorafenib o vemurafenib
- Para una disminución persistente de la FEVI (es decir, una caída de ≥ 20 % desde el inicio y por debajo del LIN de la institución o cualquier FE ≤ 39 %), todas las terapias dirigidas se suspenderán de forma permanente
- Busque atención inmediata en el departamento de urgencias por dolor/presión en el pecho para evaluar un infarto de miocardio

BNP = péptido natriurético cerebral; PA = presión arterial; CAD = enfermedad de las arterias coronarias; CBC = hemograma completo; CK = creatina quinasa; CMP = panel metabólico completo; CXR = radiografía de tórax; DOE = disnea de esfuerzo; ECG = electrocardiografía; ECO = ecocardiografía; FE = fracción de eyección; GI = gastrointestinal; VIH = virus de la inmunodeficiencia humana; LIN = límite inferior de la normalidad; FEVI = fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IM = infarto de miocardio; MUGA = barrido de adquisición multigatillado; OTC = sin receta; CDV = calidad de vida; SOB = dificultad para respirar.