

## Antitrombóticos y cirugía: del consenso a la práctica clínica. Respuesta a cartas relacionadas



### *Antithrombotic Therapy and Surgery: From Consensus to Clinical Practice. Response to Related Letters*

#### Sr. Editor:

En primer lugar, queremos agradecer a Santiago de Dios y a Martín-Rioboó et al. el interés mostrado por el documento de consenso sobre el tratamiento perioperatorio y periprocedimiento de los fármacos antitrombóticos<sup>1</sup>. Respecto a los comentarios recibidos, queríamos realizar las siguientes puntualizaciones:

El escenario de pacientes anticoagulados y antiagregados es complejo y en nuestra opinión la decisión de suspender alguno de los fármacos (y cuándo hacerlo) ha de realizarse de manera individualizada en cada caso. En relación con los pacientes con bajo riesgo isquémico (fundamentalmente a partir del año), que se encuentran únicamente con anticoagulación, no hay evidencia que lleve a recomendar por este consenso el uso de antiagregantes como «terapia puente» en el periodo perioperatorio<sup>2</sup>.

El documento de consenso recomienda limitar la terapia puente y reservarla, según la evidencia disponible, únicamente para casos de alto riesgo tromboembólico<sup>3</sup>. La dosis recomendada de heparina de bajo peso molecular hace referencia a una dosis de anticoagulación plena, que se reinicia tras el procedimiento según el riesgo hemorrágico y se suspende posteriormente tras alcanzar la adecuada razón internacional normalizada con anticoagulación oral<sup>4</sup>. En los casos en que los pacientes acudan con dosis profilácticas de anticoagulación parenteral previas a la intervención, se recomienda que la última dosis se tome 12 h antes; si la anticoagulación parenteral se utiliza con dosis terapéuticas, la recomendación es suspenderla 24 h antes.

En referencia a la clasificación de cirugías y procedimientos según el riesgo hemorrágico, estos han sido estratificados por todas las sociedades participantes según sus criterios y evidencias<sup>1</sup>. Dado que puede haber controversia en determinados procedimientos, y para facilitar la aplicación de las recomendaciones, el documento de consenso deja abierta la posibilidad de no suspender la anticoagulación en dichos casos, como se explica tanto en el texto como en el pie de la tabla 1 del material suplementario.

En conclusión, esperamos que el documento de consenso sea una herramienta útil, práctica y sencilla de aplicar y que sirva para implementar protocolos multidisciplinares locales que eviten las consecuencias adversas de la variabilidad en la práctica clínica.

David Vivas<sup>a,b,\*</sup>, Jose Luis Ferreiro<sup>c</sup> e Inmaculada Roldán<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

<sup>b</sup>Unidad de Cardiología, Clínica MD Anderson, Madrid, España

<sup>c</sup>Área de Enfermedades del Corazón, Hospital Universitario de Bellvitge - IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

<sup>d</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [dvivas@secardiologia.es](mailto:dvivas@secardiologia.es) (D. Vivas).

On-line el 25 de junio de 2018

## BIBLIOGRAFÍA

- Vivas D, Roldán I, Ferrandis R, et al. Perioperative and Periprocedural Management of Antithrombotic Therapy: Consensus Document of SEC, SEDAR, SEACV, SECTCV, AEC, SECPRE, SEPD, SEGO, SEHH, SETH, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEMICYUC, SEMI, SEMES, SEPAR, SENEC, SEO, SEPA, SERVEI, SECOT and AEU. *Rev Esp Cardiol*. 2018;71:553-564.
- Steinberg BA, Kim S, Piccini JP, et al. Use and associated risks of concomitant aspirin therapy with oral anticoagulation in patients with atrial fibrillation: insights from the Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation (ORBIT-AF) Registry. *Circulation*. 2013;128:721-728.
- Steinberg BA, Peterson ED, Kim S, et al. Use and outcomes associated with bridging during anticoagulation interruptions in patients with atrial fibrillation: findings from the Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation (ORBIT-AF). *Circulation*. 2015;131:488-494.
- Spyropoulos AC, Al-Badri A, Sherwood MW, Douketis JD. Periprocedural management of patients receiving a vitamin K antagonist or a direct oral anticoagulant requiring an elective procedure or surgery. *J Thromb Haemost*. 2016;14:875-885.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.05.015>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.05.014>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.05.039>

0300-8932/

© 2018 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Cáncer y síndrome coronario agudo. Una estrecha pero complicada relación



### *Cancer and Acute Coronary Syndrome. A Close but Complicated Relationship*

#### Sr. Editor:

He leído con atención el artículo de Cordero et al.<sup>1</sup> sobre prevalencia e incidencia de neoplasias tras el alta hospitalaria por un síndrome coronario agudo (SCA), y quería felicitar a los autores por abordar un tema poco estudiado hasta la fecha, pero de gran interés en las unidades de cardio-oncología.

El primer hallazgo que destacar del presente estudio es una prevalencia de neoplasias del 3,4% de los pacientes que ingresaron por un SCA, así como una incidencia de neoplasias del 3,1% tras el alta hospitalaria, con una mediana de seguimiento de 33 meses. En resumen, el 6,5% de los pacientes ingresados por un SCA han tenido o van a tener un proceso neoproliferativo. No obstante, es de esperar que la prevalencia de neoplasias en los pacientes con SCA se incremente en los próximos años. De hecho, actualmente la

enfermedad cardiovascular es una causa importante de morbilidad y mortalidad de los pacientes con cáncer<sup>2,3</sup>, fundamentalmente por 2 motivos. Por una parte, el incremento de la supervivencia de los pacientes con cáncer, gracias a los programas de detección precoz y los avances en los tratamientos antitumorales<sup>4</sup>; por otra, que los procesos neoproliferativos y la enfermedad cardiovascular comparten numerosos factores de riesgo<sup>5</sup>. De hecho, en el presente estudio no se observaron diferencias entre los pacientes con y sin cáncer en el porcentaje de pacientes con antecedentes de tabaquismo, hipertensión, dislipemia o diabetes.

El segundo hallazgo realmente impactante y novedoso del presente estudio es el incremento de la mortalidad observada de los pacientes con neoplasias prevalentes e incidentes. En los pacientes con neoplasias incidentes, el incremento de mortalidad se debió fundamentalmente a un incremento de la mortalidad no cardiovascular (*sub-hazard ratio* [sHR] = 33,03; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 20,32-53,67). Aunque este resultado podría indicar que el papel del cardiólogo es escaso en este subgrupo de pacientes, se debería profundizar en el análisis de estos resultados. Del presente estudio, se desconoce si la mortalidad no cardiovascular de los pacientes con neoplasias

incidentes era la esperada por su enfermedad oncológica de base o, por el contrario, también era superior. En este sentido, sería interesante estudiar si el incremento en la mortalidad no cardiovascular de los pacientes con neoplasia y antecedentes de cardiopatía isquémica se debe al uso de tratamientos para su enfermedad oncológica menos agresivos. Es decir, menor tasa de intervención quirúrgica, menor uso de tratamientos quimioterápicos o mayor uso de quimioterápicos de segunda línea con menor capacidad curativa pero menos efectos cardiovasculares adversos. Por este motivo, el «cardio-oncólogo» también debería tener una participación activa en este subgrupo de pacientes, fundamentalmente para valorar la estabilidad y la gravedad de su enfermedad cardiovascular, y así valorar el riesgo/beneficio de iniciar determinados tratamientos quimioterápicos.

En cambio, en los pacientes con neoplasias prevalentes, el incremento de mortalidad se debió a un aumento de la mortalidad tanto no cardiovascular (sHR = 11,53; IC95%, 6,07-21,89) como cardiovascular (sHR = 2,21; IC95%, 1,12-4,33). Los autores atribuyen el aumento de la mortalidad cardiovascular a una menor tasa de revascularización y menor uso de *stents* farmacoactivos. Hasta la fecha, no existen datos sobre el pronóstico de los pacientes con neoplasia activa que ingresan por SCA y se someten a procedimientos invasivos diagnósticos y terapéuticos<sup>6</sup>. La presencia de una neoplasia puede limitar el uso de cateterismos cardíacos por fragilidad, ya que son pacientes sometidos a tratamientos quimioterápicos agresivos. De la misma manera, la trombocitopenia secundaria a quimioterápicos mielosupresores o en pacientes con neoplasias hemáticas podría explicar un menor uso de *stents* farmacoactivos para así limitar el tiempo de doble antiagregación plaquetaria.

Los resultados de este estudio deberían suponer un punto de partida en las unidades de cardio-oncología para iniciar estrategias de reducción de la mortalidad cardiovascular de los pacientes con SCA y neoplasias prevalentes, así como para la reducción de la mortalidad no cardiovascular de los pacientes con neoplasias incidentes tras un SCA<sup>7</sup>.

Gerard Oristrell

Unidad de Cardio-Oncología, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

Correo electrónico: [goristrell@vhebron.net](mailto:goristrell@vhebron.net)

On-line el 31 de mayo de 2018

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cordero A, López-Palop R, Carrillo P, et al. Prevalence and postdischarge incidence of malignancies in patients with acute coronary syndrome. *Rev Esp Cardiol.* 2018;71:267-273.
2. Henson KE, Reulen RC, Winter DL, et al. Cardiac mortality among 200.000 five-year survivors of cancer diagnosed at 15 to 39 years of age: The Teenage and Young Adult Cancer Survivor Study. *Circulation.* 2016;134:1519-1531.
3. López-Fernández T, Martín-García A, Santaballa Beltrán A, et al. Cardio-onco-hematology in clinical practice. position paper and recommendations. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70:474-486.
4. Miller KD, Siegel RL, Lin CC, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA Cancer J Clin.* 2016;66:271-289.
5. Blaes A, Prizment A, Koene RJ, Konety S. Cardio-oncology related to Heart Failure: Common Risk Factors Between Cancer and Cardiovascular Disease. *Heart Fail Clin.* 2017;13:367-380.
6. Giza DE, Marmagkiolis K, Mouhayar E, Durand JB, Ilescu C. Management of CAD in patients with active cancer: the interventional cardiologists' perspective. *Curr Cardiol Rep.* 2017;19:56.
7. Nholá LF, Villarraga HR. Rationale for cardio-oncology units. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70:583-589.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2017.07.004>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.05.040>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.05.007>  
0300-8932/

© 2018 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Cáncer y síndrome coronario agudo. Una estrecha, pero complicada relación. Respuesta



### Cancer and Acute Coronary Syndrome. A Close, but Complicated Relationship. Response

Sr. Editor:

Agradecemos los comentarios planteados sobre nuestro estudio<sup>1</sup>. El síndrome coronario agudo (SCA) reciente supone una limitación para algunos tratamientos oncológicos, y esto explicaría la elevada mortalidad no cardiovascular de los pacientes con neoplasias prevalentes o incidentes. Asimismo estamos de acuerdo en que las neoplasias prevalentes limitaron la revascularización de manera cuantitativa y cualitativa.

Sin embargo, nos gustaría matizar la consideración de que los resultados de nuestro estudio deberían suponer un punto de partida en las unidades de cardio-oncología. Las neoplasias afectaron a menos del 8% de los pacientes con SCA, lo cual podría poner en duda la eficiencia de un «cardio-oncólogo» en todos los ámbitos asistenciales. La mayoría de los pacientes dados de alta tras un SCA reciben atención en hospitales no terciarios<sup>2</sup>, donde es virtualmente imposible tener unidades específicas para SCA, insuficiencia cardíaca, imagen y, además, cardio-oncología. Nuestra opinión es, más bien, defender la continuidad asistencial en el SCA de modo tal que los pacientes reciban un seguimiento personalizado en función de su riesgo de sufrir las complicaciones más frecuentes y graves, como son la insuficiencia cardíaca o el

reinfarto<sup>3</sup>. De hecho, hemos demostrado que el seguimiento en una consulta específica de SCA de alto riesgo se asocia con mejor control de los factores de riesgo y un mejor pronóstico<sup>4</sup>. Por lo tanto, defendemos la continuidad asistencial en el SCA y el seguimiento personalizado en función del riesgo de cada paciente, con la lógica coordinación de los implicados en cada situación.

## CONFLICTO DE INTERESES

A. Cordero ha recibido una beca de investigación de la Sociedad Española de Cardología en 2017. A. Cordero y V. Bertomeu-González han recibido el apoyo a la investigación de CIBERCV.

Alberto Cordero<sup>a,b,\*</sup>, Vicente Bertomeu-González<sup>a,b</sup>, Julio Núñez<sup>b,c</sup> y Vicente Bertomeu-Martínez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de San Juan, San Juan de Alicante, Alicante, España

<sup>b</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), España

<sup>c</sup>Departamento de Cardiología, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [acorderofort@gmail.com](mailto:acorderofort@gmail.com) (A. Cordero).

On-line el 29 de junio de 2018