

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 terapéuticos⁶. 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 SCA⁷.

Gerard Oristrell

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

Correo electrónico: 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 estudio¹. 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 terciarios², 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

reinfarto³. 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 pronóstico⁴. 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^{a,b,*}, Vicente Bertomeu-González^{a,b}, Julio Núñez^{b,c} y Vicente Bertomeu-Martínez^a

^aDepartamento de Cardiología, Hospital Universitario de San Juan, San Juan de Alicante, Alicante, España

^bCentro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), España

^cDepartamento de Cardiología, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

* Autor para correspondencia:

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

On-line el 29 de junio 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. Íñiguez Romo A, Bertomeu Martínez V, Rodríguez Padial L, et al. Proyecto RECALCAR. The RECALCAR Project. Healthcare in the Cardiology Units of the Spanish National Health System, 2011 to 2014. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70:567–575.
3. Rodríguez-Manero M, Cordero A, Kreidieh O, et al. Proposal of a novel clinical score to predict heart failure incidence in long-term survivors of acute coronary syndromes. *Int J Cardiol.* 2017;243:211–215.
4. Cordero A, Bertomeu González V, Moreno Arribas J, Castillo J, Quiles J, Bertomeu Martínez V. Prognosis and lipid profile improvement by a specialized

outpatient clinic for acute coronary syndrome patients. *Atherosclerosis.* 2018;275:28–34.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

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

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

0300-8932/

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