

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 antitrombóticos¹. 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 perioperatorio².

El documento de consenso recomienda limitar la terapia puente y reservarla, según la evidencia disponible, únicamente para casos de alto riesgo tromboembólico³. 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 oral⁴. 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 evidencias¹. 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 multidisciplinarios locales que eviten las consecuencias adversas de la variabilidad en la práctica clínica.

David Vivas^{a,b,*}, Jose Luis Ferreiro^c e Inmaculada Roldán^d

^aInstituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^bUnidad de Cardiología, Clínica MD Anderson, Madrid, España

^cÁrea de Enfermedades del Corazón, Hospital Universitario de Bellvitge - IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^dServicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

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

On-line el 25 de junio de 2018

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.¹ 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^{2,3}, 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 antitumorales⁴; por otra, que los procesos neoproliferativos y la enfermedad cardiovascular comparten numerosos factores de riesgo⁵. 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