

mañana) se establezcan prioridades en la atención al paciente ya ingresado o a las consultas externas; lo que obstaculiza el flujo óptimo de pacientes estables candidatos al ingreso hospitalario¹. El presente trabajo tiene la limitación principal de ser un estudio retrospectivo, observacional y llevado a cabo en un solo hospital y, por consiguiente al sesgo inherente de los estudios retrospectivos, unicéntrico. Sin embargo, con los resultados del presente estudio se pone de manifiesto la necesidad de una reducción en la duración del tiempo desde la admisión en el SUH hasta el ingreso en una planta de hospitalización para disminuir la posibilidad de que el paciente desarrolle un delirio. Además, con esta reducción se conseguiría una disminución del tiempo total de hospitalización y, por ende, menor coste sanitario.

Laura de Pablos^a, Rita Ainhoa Jorge-Brito^a, Veena Amarnani^b, Alejandro Jiménez-Sosa^c, Magali González-Colaço Harmand^d y Alberto Domínguez-Rodríguez^{a,b,*}

^aFacultad de Ciencias de la Salud, Universidad Europea de Canarias, La Orotava, Santa Cruz de Tenerife, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

^cUnidad de Investigación, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

^dServicio de Farmacología Clínica, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: adrvdg@hotmail.com

(A. Domínguez-Rodríguez).

On-line el 15 de noviembre de 2017

BIBLIOGRAFÍA

1. Formiga F, San José A, López-Soto A, Ruiz D, Urrutia A, Duaso E. Prevalence of delirium in patients admitted because of medical conditions. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:571-573.
2. Santas E, Valero E, Mollar A, et al. Burden of Recurrent Hospitalizations Following an Admission for Acute Heart Failure: Preserved Versus Reduced Ejection Fraction. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:239-246.
3. Rizzi MA, Torres Bonafonte OH, Alquezar A, et al. Prognostic value and risk factors of delirium in emergency patients with decompensated heart failure. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16:799.e1-e6.
4. Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*. 1990;113:941-948.
5. Honda S, Nagai T, Sugano Y, et al. Prevalence, determinants, and prognostic significance of delirium in patients with acute heart failure. *Int J Cardiol*. 2016;222:521-527.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2017.10.028>
0300-8932/

© 2017 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Situación actual de la Cardio-Oncología en España: encuesta nacional multidisciplinaria



Current Status of Cardio-Oncology in Spain: A National Multidisciplinary Survey

Sr. Editor:

Tras la publicación del Documento de consenso español sobre Cardio-Oncología¹, nuestra Comisión de Trabajo Nacional de Cardio-Oncología, formada por representantes de las Sociedades Españolas de Cardiología (SEC), Oncología Médica (SEOM), Hematología y Hemoterapia (SEHH) y Oncología Radioterápica (SEOR), realizó una encuesta de ámbito nacional con el objetivo de conocer la importancia percibida de la monitorización cardiaca sistemática, la atención de las complicaciones cardiovasculares (CV) relacionadas con el tratamiento antitumoral y la relación institucional entre los diversos especialistas involucrados en la asistencia de los pacientes con neoplasias ([material suplementario](#)).

Se diseñó una encuesta electrónica que se distribuyó por todo el país a través de las 4 sociedades científicas mencionadas. Se entregó un único cuestionario a los jefes de servicio; sin embargo, se aceptaron las respuestas de jefes de sección u otros facultativos. El periodo de estudio fue el comprendido entre septiembre de 2016 y junio de 2017. Se enviaron múltiples recordatorios electrónicos a quienes no respondieron en ese tiempo.

Se recibió un total de 202 respuestas: 58 (29%) de oncólogos médicos, 36 (18%) de hematólogos, 51 (25%) de oncólogos radioterápicos y 57 (28%) de cardiólogos. La tasa general de respuesta fue del 39%. La mayoría de las respuestas procedieron de hospitales terciarios (65,3%).

En el cuestionario se solicitaba al encuestado que puntuara cómo percibía la importancia de diversos aspectos relevantes sobre la cardiotoxicidad, entre 1 (menor importancia) y 10 (mayor importancia). En la [figura](#) se muestra el porcentaje de encuestados de cada especialidad que consideraron muy importante (8-10 puntos) cada cuestión. La mayoría de los participantes (87%) manifestaron que se debe monitorizar las complicaciones CV relacionadas con el tratamiento del cáncer y estimaron que la

existencia de una estructura multidisciplinaria organizada y el uso de protocolos estandarizados de seguimiento podrían mejorar la atención de los pacientes con cáncer y enfermedad CV (el 87 y el 79% respectivamente). Los encuestados reconocieron la utilidad de identificar y tratar los factores de riesgo CV (82%), y el 77% de ellos consideraron muy importante la elaboración de programas de seguimiento a largo plazo de los supervivientes. La literatura existente indica que la interrupción temprana del tratamiento oncológico repercute negativamente en el pronóstico del cáncer²; sin embargo, la percepción sobre la relevancia de este asunto fue menos uniforme (entre el 55 y el 78%).

Aunque la mayoría de los encuestados consideraron que la cardiotoxicidad repercute significativamente en los pacientes oncológicos, solo 24 centros (12%) indicaron la existencia de una unidad estructurada de cardio-oncología. Otros 30 encuestados (14,8%) señalaron la existencia de 1 cardiólogo dedicado más específicamente a la asistencia de los pacientes con complicaciones CV relacionadas con el cáncer. Lamentablemente, los 148 centros (73,3%) restantes no ofrecían servicios específicos de cardio-oncología, pero 76 (13,4%) tenían previsto hacerlo en un futuro próximo.

La mayor parte de los centros indicaron que los principales obstáculos para la creación de una unidad de cardio-oncología son las prioridades del servicio (38,6%), la falta de financiación (5,9%) y la ausencia de guías basadas en la evidencia y de médicos de plantilla con formación especializada (17%).

En el 71% de los centros, la evaluación inicial del riesgo de cardiotoxicidad y la decisión de remitir a los pacientes a las consultas de cardiología dependen de oncólogos o hematólogos. Solo en un 25% de los centros, la monitorización cardiaca durante el tratamiento antitumoral se programa según un protocolo específico, y en hasta un 58% este seguimiento se realiza sin ningún protocolo. En total, el 94% de los participantes confirmaron el uso de la ecocardiografía como técnica de imagen de elección en la monitorización cardiaca. No obstante, el 37% indicó que seguía usando la ventriculografía isotópica (MUGA) debido a la menor disponibilidad de ecocardiografía en sus centros. Solo la mitad de los participantes indicaron el uso de biomarcadores cardiacos en su práctica clínica, con gran heterogeneidad entre las diversas

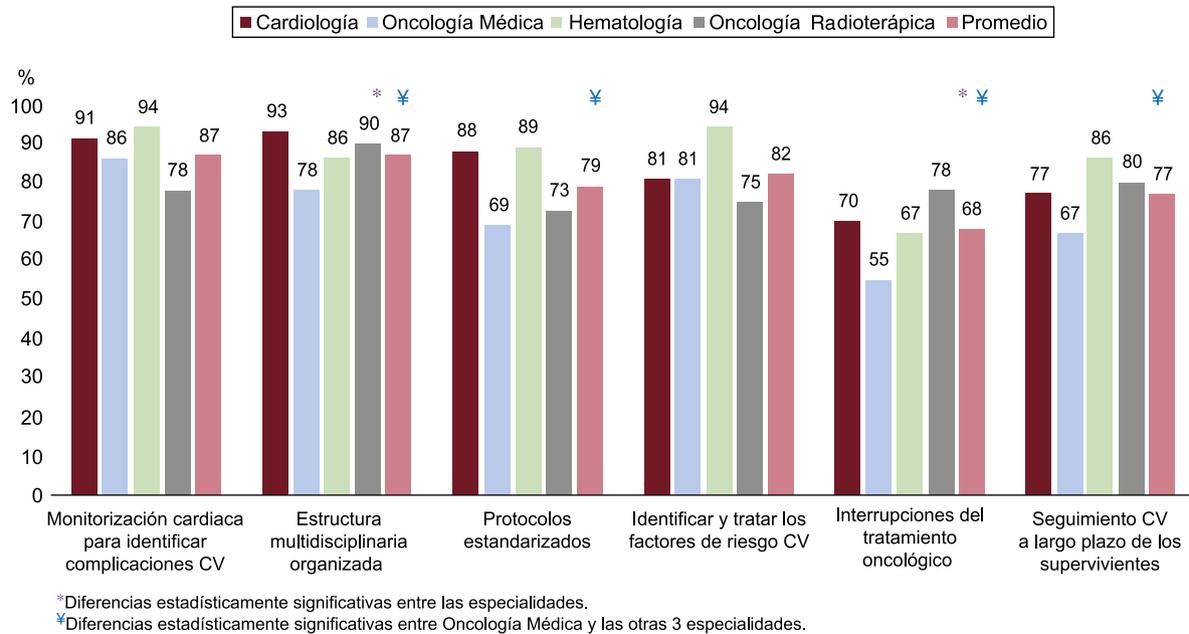


Figura. Porcentaje de encuestados de cada especialidad que consideraron cada cuestión muy importante (puntuación de 8 a 10) en una escala de 1 a 10 puntos. Preguntas: 1. ¿Qué importancia tiene la monitorización cardíaca en la detección de posibles complicaciones CV durante el tratamiento antitumoral? 2. ¿Cree que es necesario establecer una estructura organizada multidisciplinaria de las diversas especialidades que participan en la asistencia del paciente oncológico? 3. ¿Considera que la elaboración de un protocolo específico para el seguimiento de las complicaciones CV es importante? 4. ¿Considera esencial identificar y tratar los factores de riesgo CV de los pacientes oncológicos? 5. ¿Qué repercusión tienen las interrupciones del tratamiento oncológico en el pronóstico del cáncer? 6. ¿Cree que es relevante realizar un seguimiento a largo plazo de los supervivientes a un cáncer para la detección de las complicaciones CV? CV: cardiovascular.

Tabla

Principales resultados relativos a la evaluación del riesgo de cardiotoxicidad, los métodos de seguimiento y el manejo

	Oncología Médica, %	Oncología Radioterápica, %	Hematología, %	Cardiología, %	Total, %
La evaluación inicial del riesgo de CTX la realiza un especialista en oncología/hematología	68,9	74,5	77,1	67,2	71,3
Monitorización cardíaca durante el tratamiento antitumoral sin protocolo específico	56,9	47,5	61,1	66,7	58,5
Uso de ecocardiografía en la monitorización cardíaca	98,3	85,4	94,4	98,2	94,5 ^b
La ecocardiografía es la técnica de imagen de elección para la detección sistemática de CTX ^a	64	31,4	58	86	63,4 ^b
Uso de ventriculografía isotópica (MUGA) para la detección de CTX	41,4	52	23	28	36,9 ^b
La ventriculografía isotópica (MUGA) es la técnica de imagen de elección para la detección de CTX ^a	24,1	41,1	17,6	5,2	25,2 ^b
Uso de biomarcadores para la detección de CTX	34,5	31,8	72,2	59,6	48,2 ^b
Especialistas en oncología y cardiología evalúan conjuntamente a los pacientes con CTX	47,4	21,6	19,4	17,5	27,4 ^b
Un especialista en oncología evalúa a los pacientes con CTX, y se remite a un cardiólogo solo a algunos pacientes seleccionados	47,4	56,9	66,7	71,9	60,2 ^b
Cada año se remite a una consulta de cardiología a menos de 100 pacientes con cáncer de nuevo diagnóstico	n. p.	n. p.	n. p.	52,6%	n. p.
Número de exploraciones de ecocardiografía realizadas a pacientes con cáncer	n. p.	n. p.	n. p.	< 100: 24,6% 100-500: 47,4% 500-1.000: 19,3% > 1.000: 7,0% No sabe/no contesta: 1,7%	n. p.
Número de exploraciones de imagen cardíacas realizadas a pacientes con cáncer	n. p.	n. p.	n. p.	< 100: 28% 100-500: 31,6% 500-1.000: 12,3% > 1.000: 10,5% No sabe/no contesta: 17,5%	n. p.

CTX: cardiotoxicidad; n. p., no procede.

^a Los encuestados valoraron la máxima prioridad para cada técnica de imagen¹.

^b Diferencias estadísticamente significativas entre las especialidades (prueba de la χ^2).

especialidades. Una vez producida la cardiotoxicidad, el 27% de los participantes indicaron que a todos los pacientes los evalúa el equipo de cardio-oncología o se los remite a las consultas de cardiología. Sin embargo, el 60% afirmó que remitía al cardiólogo solo a pacientes seleccionados (tabla).

Nuestros resultados reflejan una notable concienciación respecto a las repercusiones negativas de la cardiotoxicidad en la evolución de los pacientes oncológicos. Esto es coherente con lo indicado en encuestas previas, en las que la mayoría de los participantes afirmaron conocer la toxicidad CV derivada de los tratamientos oncológicos^{3,4}. No obstante, el porcentaje de centros en nuestro país que disponen de una unidad de cardio-oncología establecida (12%) es muy inferior al descrito en los hospitales de Estados Unidos (27%)³. Dado que en nuestro entorno quienes realizan la evaluación inicial del riesgo de cardiotoxicidad generalmente son especialistas no cardiólogos, es imprescindible el desarrollo de protocolos locales de seguimiento para mejorar la asistencia CV. Nuestra encuesta subraya la necesidad de una estrecha colaboración entre especialistas en procesos neoplásicos y cardiólogos, de una formación más específica y de disponer de más recursos para hacer posible la existencia de una estructura organizada de cardio-oncología.

El porcentaje de respuesta y la distribución heterogénea de los encuestados entre las especialidades fueron las principales limitaciones de nuestro estudio.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de los miembros de la Comisión de Trabajo Nacional de Cardio-Oncología de España: Dr. Pascual Marco Vera, Dr. Juan José González Ferrer, Dr. Ángel Montero Luis, Dr. Juan Antonio Virizuela Echaburu, Dr. Sebastia Sabater y Dr. Andrés Iñiguez Romo.

MATERIAL SUPLEMENTARIO



Se puede consultar material suplementario a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2017.10.051>

Ana Martín-García^{a,b,*}, Cristina Mitroi^{a,c}, Ramón García Sanz^{a,d}, Ana Santaballa Bertrán^{a,e}, Meritxell Arenas^{a,f} y Teresa López-Fernández^{a,g} Comisión de Trabajo Nacional de Cardio-Oncología

^aComisión de Trabajo Nacional de Cardio-Oncología Sociedad Española de Cardiología-Sociedad Española de Oncología Médica-Sociedad Española de Oncología Radioterápica-Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia, España

^bServicio de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA), Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Facultad de Medicina-Universidad de Salamanca, CIBER-CV, Salamanca, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

^dServicio de Hematología, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA), Instituto Universitario de Biología Molecular y Celular del Cáncer-IBMCC (USAL-CSIC), Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca, España

^eServicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario y Politécnico La Fe, Grupo de Investigación Traslacional en Cáncer del Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, España

^fServicio de Oncología Radioterápica, Hospital Universitario San Juan de Dios, Universidad Rovira i Virgili (URV), Instituto de Investigación Sanitaria (IISPV), Reus, Tarragona, España

^gServicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Instituto de Investigación La Paz, CIBER-CV, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: anamartin.amg@gmail.com (A. Martín-García).

On-line el 23 de febrero de 2018

BIBLIOGRAFÍA

- Lopez-Fernandez T, Martin Garcia A, Santaballa Beltran A, et al. Cardio-Onco-Hematology in Clinical Practice. Position Paper and Recommendations. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70:474-486.
- Wang SY, Long JB, Hurria A, et al. Cardiovascular events, early discontinuation of trastuzumab, and their impact on survival. *Breast Cancer Res Treat.* 2014;146:411-419.
- Barac A, Murtagh G, Carver JR, et al. Cardiovascular health of patients with cancer and cancer survivors: a roadmap to the next level. *J Am Coll Cardiol.* 2015;65:2739-2746.
- Sulphur J, Mathur S, Lenihan D, et al. An International Survey of Health Care Providers Involved in the Management of Cancer Patients Exposed to Cardiotoxic Therapy. *J Oncol.* 2015;2015:391848.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2017.10.051>

0300-8932/

© 2017 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Los odontólogos de nuestro medio siguen correctamente las pautas de profilaxis de endocarditis infecciosa recomendadas?



Are Dentists in Our Environment Correctly Following the Recommended Guidelines for Prophylaxis of Infective Endocarditis?

Sr. Editor:

La endocarditis infecciosa (EI) es una grave enfermedad, con tasas de mortalidad muy altas. Por ello, su prevención es fundamental. Hasta la publicación de las guías de práctica clínica (GPC) norteamericana de 2007¹ y europea de 2009², se recomendaba profilaxis de la EI para los pacientes con cardiopatías de alto y moderado riesgo. En las citadas GPC se restringieron las indicaciones a los casos de alto riesgo de EI (EI previa, prótesis valvulares, cardiopatías congénitas cianógenas o reparadas con material protésico) y solo en determinadas manipulaciones o procedimientos orodentales^{1,2}. La guía de los NICE británicos de 2008 recomendaron no hacer profilaxis de EI en ninguna

situación³. La última GPC europea de 2015 mantiene las recomendaciones de 2009⁴. Estos cambios pueden producir dudas sobre qué conducta seguir ante el paciente con posible riesgo de EI, lo que ya apuntaba algún estudio previo realizado en España⁵. Nuestro objetivo es describir las conductas actuales de los odontólogos ante estas recomendaciones y analizar si las posturas son homogéneas en 2 provincias españolas.

Se invitó a contestar a un cuestionario sobre profilaxis de EI a 100 dentistas de Córdoba y Sevilla a través del Colegio Oficial de Dentistas de Córdoba y de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla. Contestaron de forma completa a la encuesta 142 odontólogos, 62 en Sevilla y 80 en Córdoba (el 71% del total; el 62% en Sevilla y el 80% en Córdoba). Para las comparaciones entre grupos, se utilizó el test de la χ^2 . Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. No hubo diferencias entre ambas provincias en cuanto a la edad (44 ± 9 en Sevilla frente a 45 ± 10 años en Córdoba), los años de profesión (16 ± 5 frente a 17 ± 5 en Córdoba) o el sexo (el 61,3% en Sevilla y el 51,2% en Córdoba eran mujeres; diferencia no significativa). El 95,2% de los encuestados en Sevilla y el 98,8% en Córdoba utilizan profilaxis en su práctica diaria. En la **tabla 1A** se señalan los procedimientos