

Liderando el conocimiento del mañana

Cardio**Advanced**Forum'20

Cómo poner en marcha una unidad de Cardio-Oncología y no fracasar en el intento

Dra. Pilar Mazón (Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela)

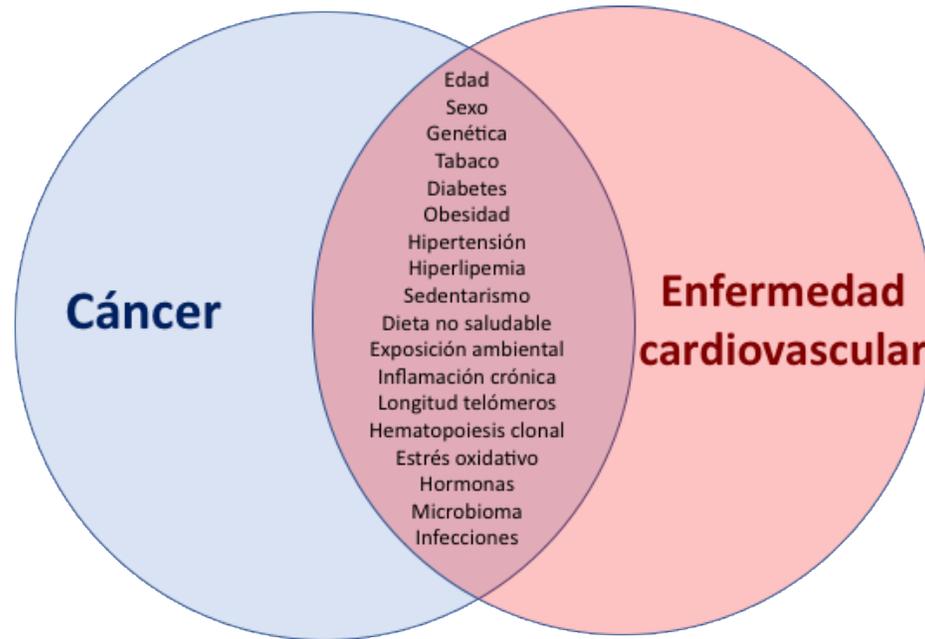
Dr. Pedro Moliner (Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona)

Contenido

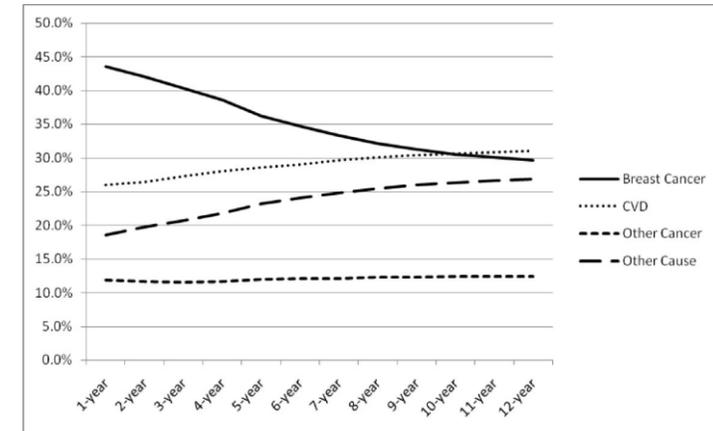
1. ¿Por qué organizar la atención Cardio-oncológica?
2. ¿Quién debe formar parte del equipo?
3. ¿Qué pacientes deben atenderse?
4. ¿Cómo protocolizar la derivación?
5. ¿Qué tipo de consultas deben hacerse?
6. ¿Cómo hacer el seguimiento de la disfunción ventricular?
7. ¿Hay recomendaciones para otras posibles cardiotoxicidades?
8. ¿Deben utilizarse otras estructuras ya funcionantes?
9. ¿Cómo debe ser la comunicación entre profesionales?
10. ¿El seguimiento futuro debe organizarlo la misma unidad?

1.- ¿Por qué organizar la atención Cardio-Oncológica?

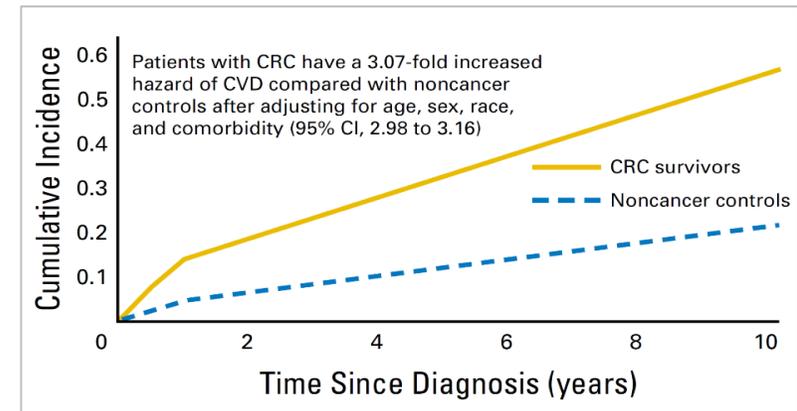
1.- ¿Por qué organizar la atención Cardio-Oncológica?



- Factores de riesgo comunes
- Causa de mortalidad en pacientes con cáncer/supervivientes



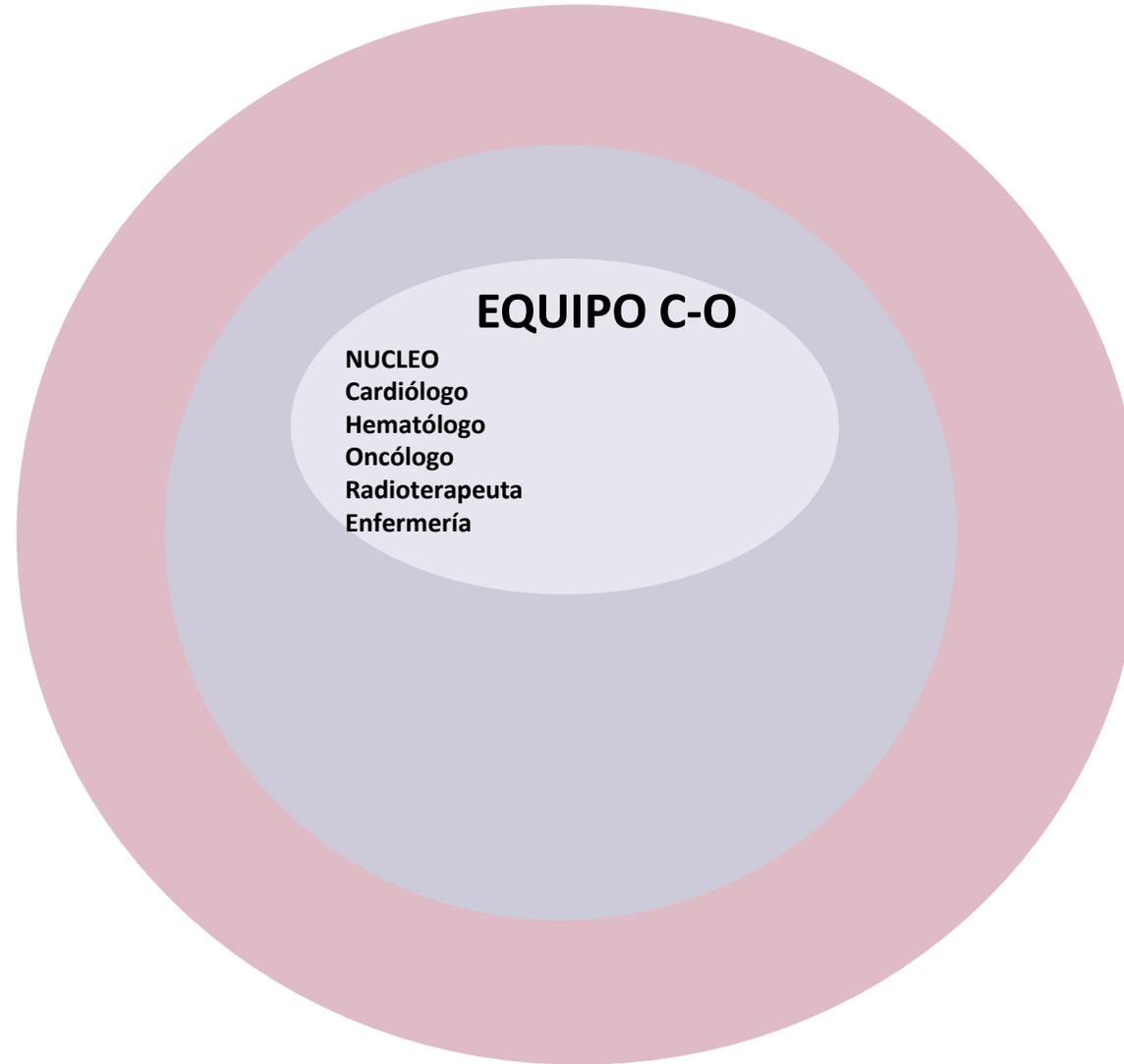
Patnaik J et al. Breast Ca Res 2011



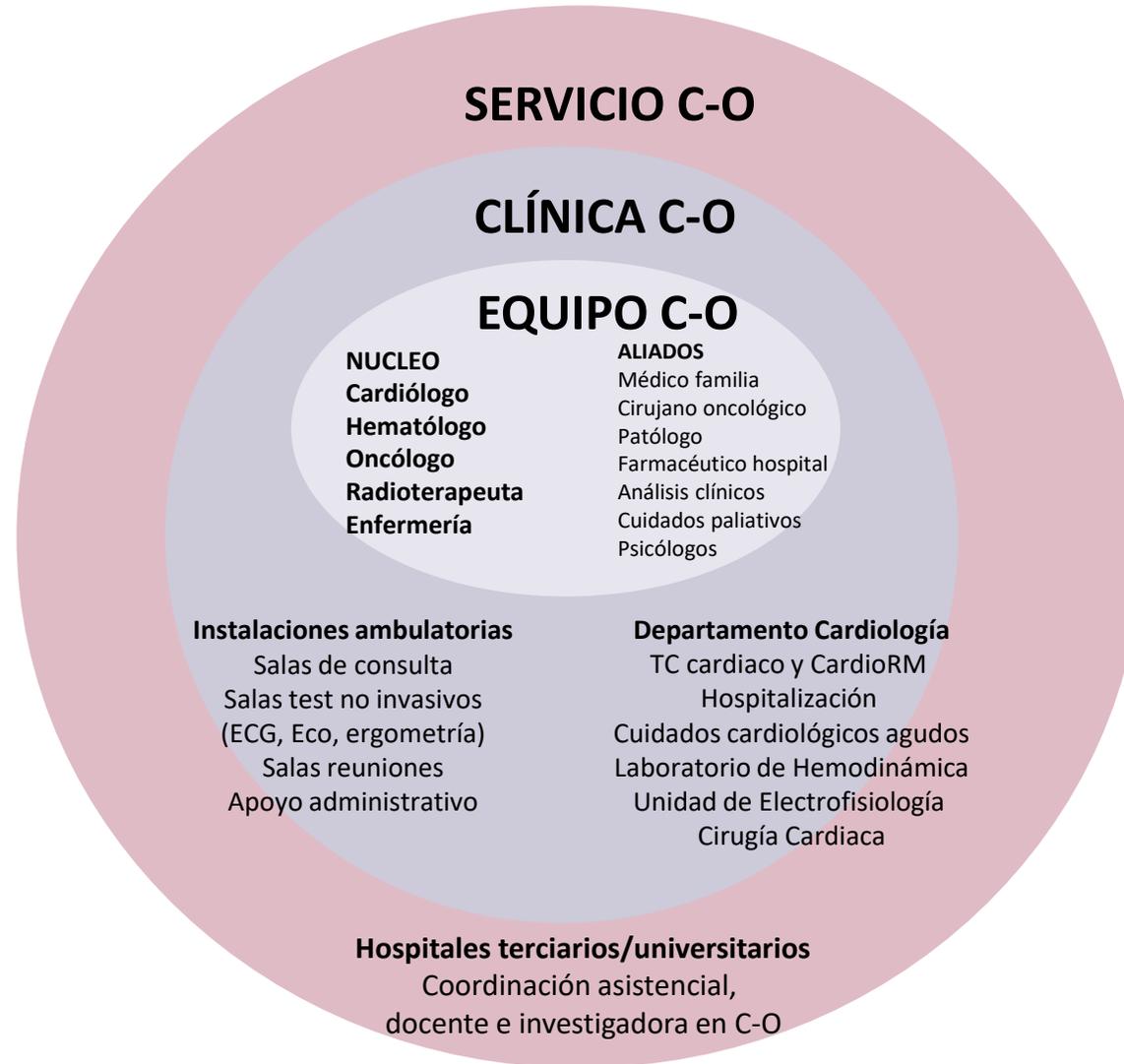
Kenzil K et al. J Clin Oncol 2018

2.- ¿Quién debe formar parte del equipo?

2.- ¿Quién debe formar parte del equipo?



2.- ¿Quién debe formar parte del equipo?



Adaptado a la capacidad/estructura de cada centro

Recursos HUMANOS Y MATERIALES

3.- ¿Qué pacientes deben atenderse?

3.- ¿Qué pacientes deben atenderse?

Los que tiene mayor riesgo de desarrollar cardiotoxicidad

Patient-related risk factors	Medication-related risk factor ^a
1 point for each risk factor present	High (risk score 4): Anthracyclines, Trastuzumab, Ifosfamide, Cyclophosphamide, Clofarabine
Age (bimodal distribution): <15 or > 65 years	Intermediate (risk score 2): Docetaxel, Pertuzumab, Sunitinib, Sorafenib
Female	Low (risk score 1): Bevacizumab, Imatinib, Lapatinib, Dasatinib
Hypertension	Rare (risk score 0): Etoposide, Rituximab, Thalidomide
Diabetes Mellitus	
Atherosclerosis (coronary artery disease, cerebrovascular disease, peripheral artery disease)	
Preexisting heart disease or heart failure	
Prior anthracycline	
Prior radiation therapy to the chest	

Cardiotoxicity Risk Score (CRS)
Medication-related risk score + number of patient-related risk factors = CRS > 6: very high; CRS 5-6: high; CRS 3-4: intermediate; CRS 1-2: low; CRS 0: very low

Otros pacientes cardiópatas ¿según el fármaco que van a recibir?

- En tratamiento por cardiopatía isquémica
- Anticoagulados que puedan necesitar cambio de tratamiento
- Con dispositivos que precisen Radioterapia.

Herrmann J et al Mayo Clin Proc 2014; 89:1287-303

4.- ¿Cómo protocolizar la derivación?

4.- ¿Cómo protocolizar la derivación?

- **Riesgo de DV-CTOX:** Antraciclinas y/o trastuzumab que presenten (HTA, ≥ 65 a, FEVI pre tratamiento $\leq 55\%$, cardiopatía previa diagnosticada o sospechada, RT mediastínica, dosis antraciclinas prevista $\geq 240\text{mg/m}^2$, tratamiento previo con antraciclinas, asociaciones de fármacos cardiotoxicos, TnT elevada en analítica pre-tratamiento)
- **Sospecha de cardiotoxicidad por fármacos antitumorales:** Descenso de la FEVI $> 10\%$ con FEVI final $< 55\%$ o signos de congestión, elevación de Tn durante el tratamiento con antraciclinas o trastuzumab, sospecha de vasoespasmo con 5FU o capecitabina, alargamiento de QTc, FA de novo durante el tratamiento, sospecha de miocarditis por inmunoterapia.

4.- ¿Cómo protocolizar la derivación?



PEGATINA DE IDENTIFICACION Datos de Filiación del paciente Nombre y Apellidos..... NHC Fecha de nacimiento Teléfono..... Sexo Cama Ambulatorio		Facultativo: Dr..... Fecha..... Tipo de tumor Fármaco a usar
--	--	---

1. Evaluación del riesgo antes del tratamiento: FR de desarrollo de cardiotoxicidad.

Cardiopatía previa : (1 punto)		
<input type="checkbox"/> Miocardiopatía	<input type="checkbox"/> Cardiopatía Isquémica(*) ACTP	<input type="checkbox"/> Cardiotoxicidad previa
<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> FA previa <input type="checkbox"/> FA	<input type="checkbox"/> Valvulopatía moderada / Severa
<input type="checkbox"/> FEVI ↓ (FEVI < 53%)	Síntomas: <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Dolor torácico <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Síncope	
F de R CV:		
<input type="checkbox"/> Edad ≥ 65 años (*)	<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> HPL	<input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Obesidad
Tratamiento antitumoral previo	<input type="checkbox"/> Antraciclinas <input type="checkbox"/> Trastuzumab	<input type="checkbox"/> RTP torácica/mediastínica
ECG	<input type="checkbox"/> QTc >500ms	<input type="checkbox"/> Otra alteración

2. Tratamiento farmacológico que recibe el paciente

<input type="checkbox"/> Calcio antagonistas no dihidropiridínicos <input type="checkbox"/> Amiodarona / Droneradona <input type="checkbox"/> Digoxina <input type="checkbox"/> Betabloqueantes <input type="checkbox"/> IECAS vs ARA II	<input type="checkbox"/> Anticoagulación: • Acenocumarol. Valorar INR • NACO <input type="checkbox"/> Antiagregación: Fármaco
--	--

3. Tratamiento quimioterápico previsto:

Tratamiento QT previsto
<input type="checkbox"/> Alto riesgo: (4 puntos) Antraciclinas, Ciclofosfamida, Trastuzumab, 5fluorouracilo, Ponatinib
<input type="checkbox"/> Riesgo IM: (2 puntos) Doxetacel, Pertuzumab, Sunitinib, Sorafenib, Nilotinib
<input type="checkbox"/> Bajo riesgo: (1 punto) Bevacizumab, Dasatinib, Imatinib, Lapatinib, Ibrutinib

4. Motivo de derivación a cardiología (derivar si score ≥ 4)

Evitar que sea cardiología quien “impone” los criterios, pero siendo muy conscientes de la capacidad real, para evitar saturación

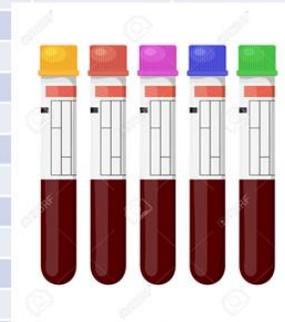
5.- ¿Qué tipo de consultas deben hacerse?

5.- ¿Qué tipo de consultas deben hacerse?

- Consulta de alta resolución/acto único, previa a tratamiento potencialmente cardiotóxicos
- Revisiones solo en pacientes que necesitan seguimiento presencial (sintomáticos, optimización tto...)
- Teleconsulta para resultados/dudas:
 - ... con el propio paciente
 - ... con los otros profesionales
 - ... cambio por COVID
- Consulta de enfermería
- Pacientes Ingresados

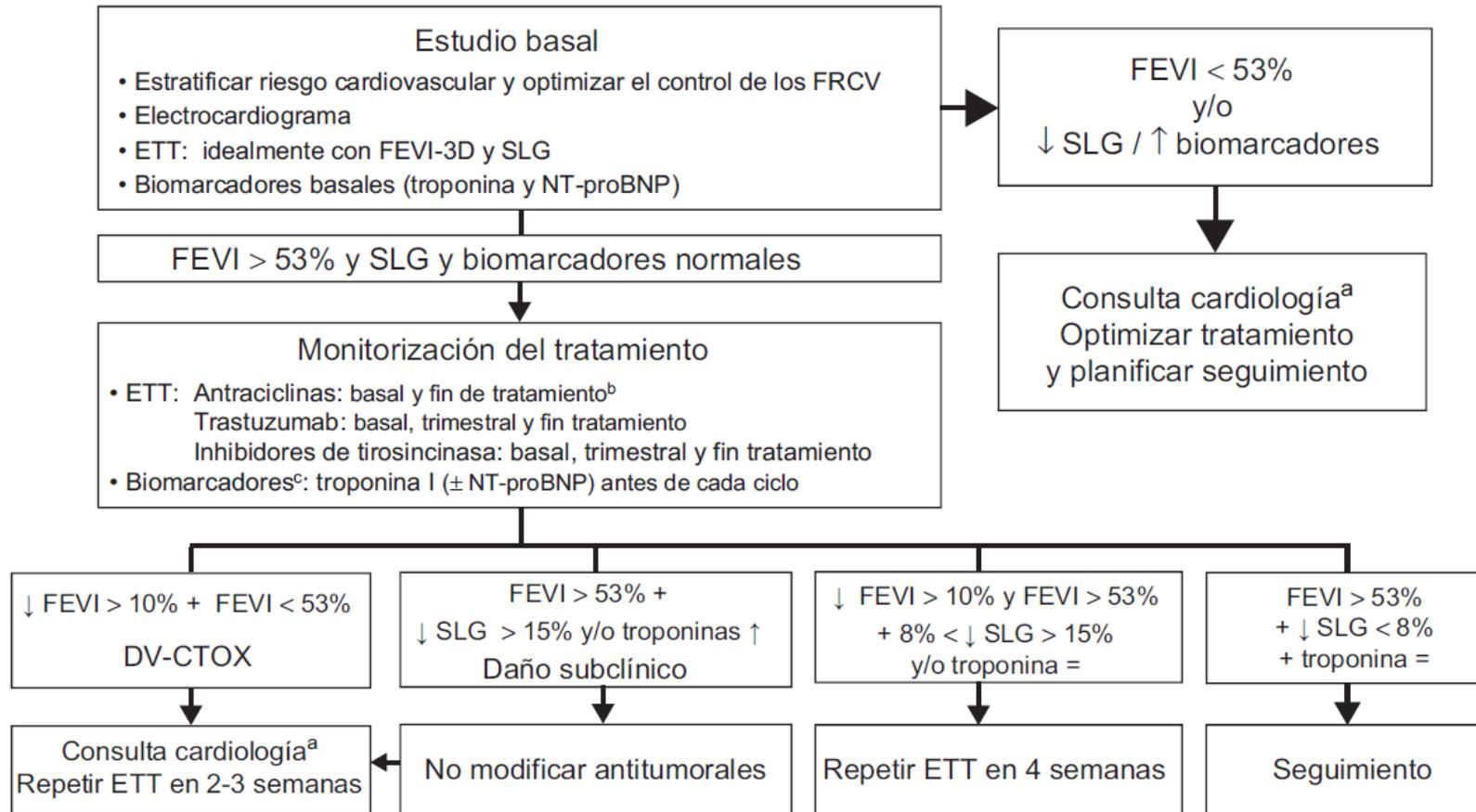
5.- ¿Qué tipo de consultas deben hacerse?

VISITA	V 1	V2	V3
EDAD			
TIPO DE TUMOR			
ESTADIAJE			
TRATAMIENTO ONCOLOGICO POTENCIALMENTE CARDIOTOXICO			
HTA			
HPL			
DM			
TABACO			
TRATAMIENTO CARDIOVASCULAR (BB, IECAS) PREVIO A INICIO CONSULTA CARDIO-ONCO			
TRATAMIENTO CARDIOVASCULAR (BB, IECAS) TRAS INICIO CONSULTA CARDIO-ONCO			
PROGRAMA REHABILITACION			
TROPONINA			
Pro-Bnp			
CT/ LDL			
Glucemia basal / Hb glicosilada			
Hb/ hto			
Leucocitos			
Plaquetas			
FEVI Actual			
% Variación FEVI			
GLS Actual			
% Variación GLS			
TA (en la consulta)			
ECG (ritmo y frecuencia)			
LDL			
Tolerancia tratamiento CV			
Petición reglada			
Score de cardiotoxicidad			



6.- ¿Cómo hacer el seguimiento de la disfunción ventricular?

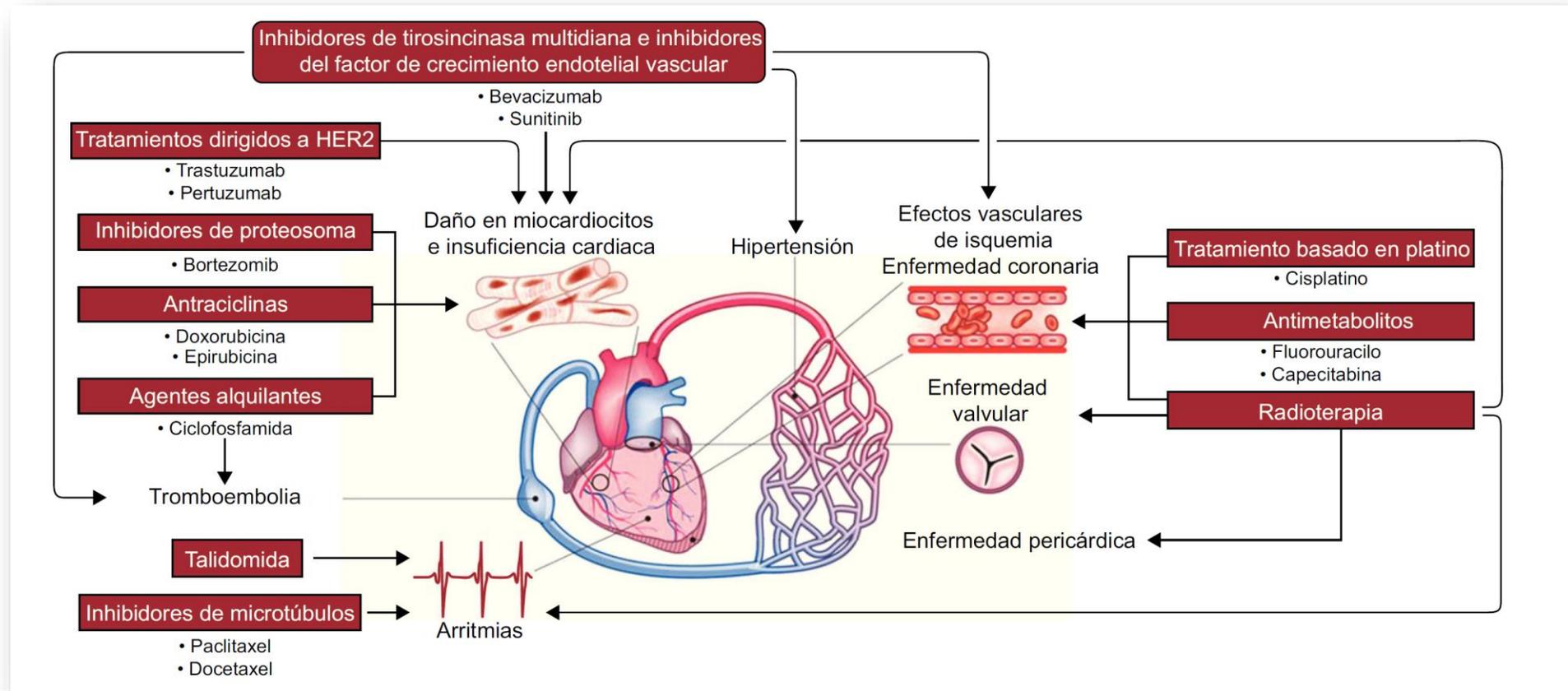
6.- ¿Cómo hacer el seguimiento de la disfunción ventricular?



Rev Esp Cardiol. 2017;70:474-86 - Vol. 70 Núm.06

7.- ¿Hay recomendaciones para otras posibles cardiotoxicidades?

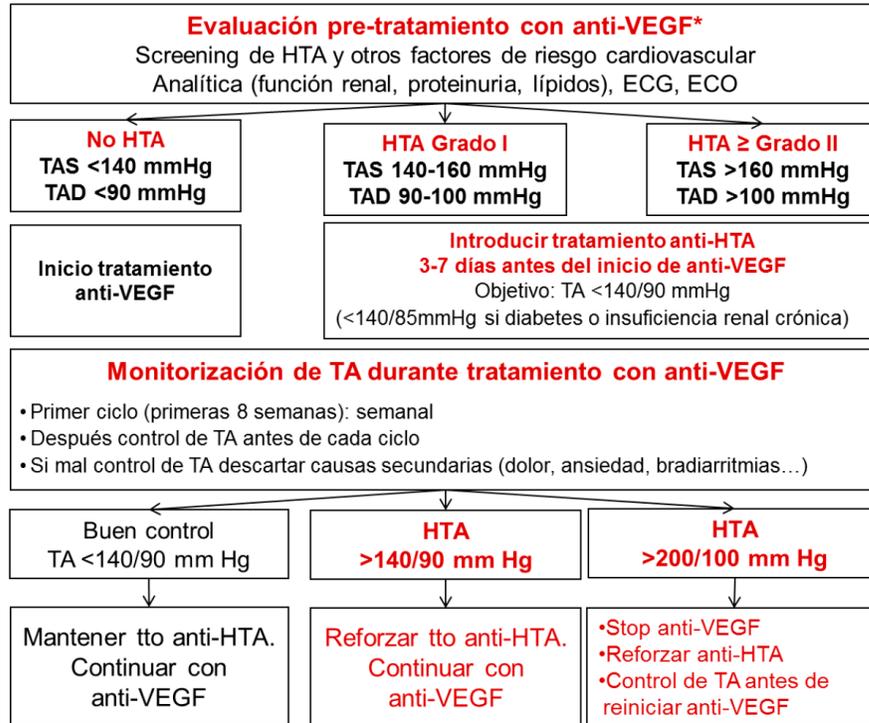
7.- ¿Hay recomendaciones para otras posibles cardiotoxicidades?



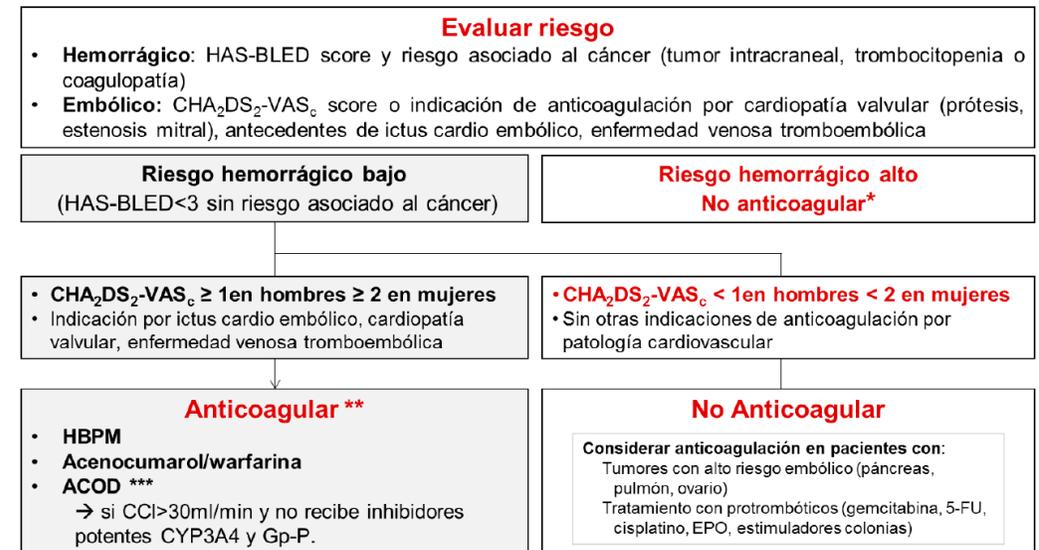
Rev Esp Cardiol 2017 Jul;70(7):583-589.

7.- ¿Hay recomendaciones para otras posibles cardiotoxicidades?

Monitorización del tratamiento con anti-VEGF



Fibrilación auricular relacionada con el cáncer



8.- ¿Deben utilizarse otras estructuras ya funcionantes?

8.- ¿Deben utilizarse otras estructuras ya funcionantes?

En qué circuitos o unidades nos podemos apoyar:

- Unidad de Insuficiencia Cardiaca
- Unidad de Dolor torácico
- Consulta de pacientes anticoagulados
- Unidad de Arritmias: Pacientes con dispositivos pendientes de RT
- Rehabilitación Cardiaca

9.- ¿Cómo debe ser la comunicación entre profesionales?

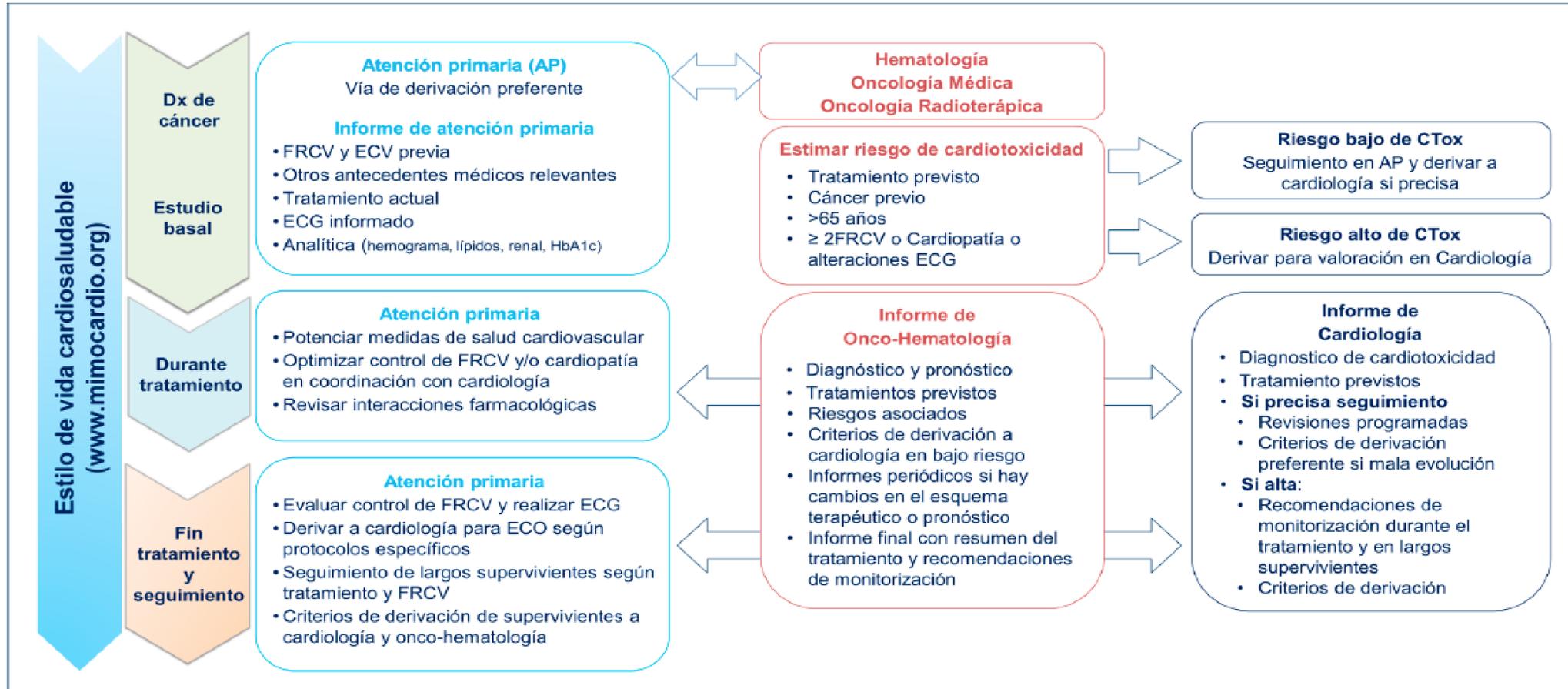
9.- ¿Cómo debe ser la comunicación entre profesionales?

Es la **base** del éxito de la Unidad de Cardio-Oncología:

- Intercambio de conocimientos/información. Es imposible estar al día de las novedades tanto en avances terapéuticos como diagnósticos, tanto en relación a la Onco-hematología como a la Cardiología
- Actualización de protocolos/criterios de derivación, en función de experiencia/novedades
- Accesibilidad : posibilidad de resolver dudas de forma inmediata, de atender a situaciones de urgencia.
- Sesiones para tratar casos complejos, toma de decisiones difíciles.

10.-¿El seguimiento futuro debe organizarlo la misma unidad?

10.-¿El seguimiento futuro debe organizarlo la misma unidad?



Copyright @Sociedad Española de Cardiología

Conclusiones:

Decálogo para poner en marcha
una Unidad de Cardio-Oncología

Conclusiones

1. Definir personas, espacios, tiempos y material.
2. Ser realistas en la capacidad / cartera de servicios.
3. Dimensionar la demanda a la oferta.
4. Consensuar criterios de derivación.
5. Respetar protocolos establecidos.
6. Actualizar y modificar la actividad según la experiencia.
7. Facilitar la asistencia a las consultas.
8. Medir la información a los pacientes.
9. Evitar visitas innecesarias y repetidas.
10. Mantener vías de comunicación permanente.



0.989321

