



RV-H-013 - NECESIDAD DE AJUSTES EN EL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO DURANTE EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

M. Abad Cardiel¹, N. Martell Claros¹, J. García Donaire¹, J. Sastre², J. Puente² y Á. Molino González³

¹U. HTA. Medicina Interna; ²Oncología médica; ³Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

Objetivos: Evaluar los resultados de la creación de un circuito de derivación preferente entre la consulta de oncología médica y la unidad de HTA para disminuir la incidencia de HTA (hipertensión arterial) grave que implicase suspensión del tiempo de tratamiento con antiangiogénicos. El amplio uso como antitumorales de fármacos que se relacionan con la angiogénesis y la vasodilatación, ha provocado que la HTA severa suponga un riesgo vital inmediato, y pueda limitar la duración y la dosis del tratamiento. Por ello, en el contexto de práctica clínica habitual se creó un circuito de derivación preferente, entre ambas consultas.

Material y métodos: Se recoge de forma retrospectiva los datos de los pacientes que han sido derivados y que a fecha de 1 de junio de 2017 continúan en el circuito. Se recogen datos basales, tanto de variables epidemiológicas, como clínicas de su historia oncológica como su historia cardiovascular. Se recogen el número de fármacos antihipertensivos al inicio del tratamiento oncológico, así como el número de fármacos máximos que fueron necesarios, y el número de modificaciones necesarias a lo largo del seguimiento

Resultados: Se han seguido 37 pacientes, con una edad entre 37 y 81 años de edad, 19 mujeres. 24 de los pacientes tenían historia de HTA previa. 13 de ellos tenían dislipemia. Respecto al tipo de cáncer todos ellos en estadios avanzados, 16 de ellos eran del aparato digestivo, 12 ginecológicos, y 5 renales. En todos los pacientes se utilizó fármacos antiangiogénicos, 23 de ellos inhibidores del VEGF, 12 inhibidores de la tirosina kinasa, y 2 utilizaron ambas familias de forma consecutiva. Al seguimiento en la unidad de HTA solo 5 pacientes no recibían tratamiento antihipertensivo, 12 estaban bajo monoterapia, 11 con biterapia, 6 triple terapia, y 3 cuatro fármacos. Fue necesario aumentar el número de fármacos en 30 pacientes. Solo a dos pacientes se les mantuvo el tratamiento antihipertensivo, en el resto de los 35 pacientes se tuvieron que realizar modificaciones, con un máximo de 10 cambios de tratamiento durante el seguimiento. El seguimiento en U HTA fue de 1 a 43 meses, con una media de 11, 7 meses. 9 pacientes han fallecido durante este periodo de tiempo, sin ser necesario suspender el tratamiento antineoplásico por complicaciones antihipertensivas.

Discusión: La creación de un circuito de derivación específica ha mejorado la tolerabilidad del tratamiento con fármacos antiangiogénicos. El tratamiento de estos pacientes debe de ser individualizado para permitir el control de sus cifras de PA (presión arterial). En la actualidad, en las guías de manejo práctico no se encuentra una guía clara para el manejo de estos pacientes.

Conclusiones: El manejo multidisciplinar de los pacientes oncológicos permite una optimización de su tratamiento. La posibilidad de realizar ajustes del tratamiento antihipertensivo, durante la terapia antiangiogénica, obtiene excelentes resultados. La modificación de los fármacos antihipertensivos se deben relacionar con la pauta y dosis de los fármacos antiangiogénicos. Durante nuestro seguimiento no se debió suspender el tratamiento oncológico por complicaciones antihipertensivas.