

### ¿Por qué crees que la Cardio-Oncología surge como una subespecialidad necesaria entre la cardiología y la oncología?

Para dar respuesta es importante contextualizar la situación actual del cáncer. En las últimas décadas su incidencia se incrementó drásticamente, proyectando un incremento de 30-40% hacia 2040. Simultáneamente, los tratamientos oncológicos han mejorado significativamente curando o "cronificando" el cáncer. Cada vez vemos pacientes más longevos y comórbidos. Se ilustra así, la magnitud del problema. La Cardio-Oncología se posiciona como intersección entre ambas especialidades para abordar estos riesgos y procurar que la efectividad de los tratamientos oncológicos no se vea comprometida por complicaciones cardiovasculares.



@JoseLauricella

### ¿Cuál es tu rol en la práctica Cardio-Oncológica?

Actuamos en 3 etapas principales. La basal: donde estratificamos el riesgo y diagramamos un plan de seguimiento. Luego durante la terapia con supervisión activa para detectar precozmente cardiotoxicidad y establecer medidas de cardioprotección. Finalmente el seguimiento de supervivientes, frecuentemente olvidada, donde pueden aparecer efectos tardíos.



@JoseLauricella

### ¿Qué pacientes oncológicos deberían ser evaluados por Cardio-Oncología desde el inicio?

Aunque las guías sugieren que los pacientes de bajo riesgo podrían no requerir evaluación inicial, en la práctica valoramos a todos con anamnesis y ECG, ya que la estimación subjetiva del riesgo no siempre es confiable. Es fundamental en pacientes con al menos dos factores de riesgo, enfermedad cardiovascular establecida, terapias con alto riesgo de cardiotoxicidad y radioterapia en tórax. También pacientes con mayor vulnerabilidad clínica que requieren un abordaje personalizado.



@JoseLauricella

### ¿Qué aspectos cardiovasculares se deben considerar en pacientes con cáncer de mama?

Este cuadro presenta varios desafíos. Considerar que frecuentemente se prescriben fármacos con cardiotoxicidad comprobada, como la doxorubicina y anti Her2 cuyo riesgo se potencia cuando estos se combinan. Además es común que requieran radioterapia en mama izquierda. Son habitualmente pacientes añosas, postmenopáusicas con comorbilidades asociadas. Adicionalmente pueden requerir bloqueadores hormonales, que alteran el perfil metabólico y aumentan el riesgo cardiovascular. Es fundamental enfocarnos en la prevención ya que la primera causa de muerte en supervivientes de cáncer de mama es la cardiovascular.



@JoseLauricella

### ¿Qué riesgos cardiovasculares implica el tratamiento hormonal en cáncer de próstata?

Suelen recibir terapia de deprivación androgénica que conlleva importantes efectos metabólicos: incrementa la adiposidad visceral, disminuye masa muscular, aumenta el riesgo de hipertensión arterial, diabetes y eventos cardiovasculares. Aunque algunos fármacos tienen un perfil de seguridad mejor, el foco principal debe estar en el manejo adecuado de los factores de riesgo ya que producen principalmente una disrupción a este nivel. Optimizar el control de los mismos, que suele ser subóptimo, es el mensaje central.



@JoseLauricella

### ¿Qué factores clave influyen en la toxicidad cardiovascular de la radioterapia?

La enfermedad cardiovascular radioinducida puede aparecer a mediano y largo plazo, incluso 10 a 20 años después. Su espectro de patología incluye síndromes pericárdicos valvulopatías, enfermedad coronaria, disfunción diastólica, enfermedad del sistema de conducción. El factor más importante es el área tratada. Si el corazón, la aorta o las coronarias están dentro del volumen de tratamiento, el riesgo aumenta considerablemente. Influyen la dosis total y la técnica utilizada. Aunque las técnicas modernas han mejorado mucho, aún pueden generar cierta morbilidad.



@JoseLauricella

### ¿Existen formas de prevenir la cardiotoxicidad?

La prevención es uno de los pilares de la cardio-oncología. Comienza estratificando riesgo e implementando estrategias de prevención primaria, optimizando el manejo de HTA, glucemia y lípidos. Se diseñan planes de tratamiento con menor potencial cardiotóxico (modificando formas de administración, dosis de radioterapia, usando antraciclinas liposomales). En el seguimiento activo se pueden indicar IECA, ARA II, BB y estatinas ante signos de disfunción ventricular subclínica. También es clave la act. física, que tiene un impacto muy positivo y a menudo se subestima. Todas estas estrategias deben mantenerse como parte del seguimiento de supervivientes.



@JoseLauricella

### ¿Cuándo se considera suspender o modificar un tratamiento por cardiotoxicidad? ¿Quién toma esa decisión?

La respuesta tiene que ver con el objetivo de la Cardio-Oncología, el cual es permitir a los pacientes que completen su tratamiento oncológico de forma segura sin interrupciones innecesarias. La decisión de suspender o modificar por toxicidad cardiovascular se toma cuando hay evidencia objetiva de daño cardíaco relevante. No obstante, se aplica la "cardiotoxicidad permisiva", intentando mantener el tratamiento siempre que el beneficio oncológico supere el riesgo cardiovascular. La decisión no es unilateral, sino multidisciplinaria, incluyendo al paciente y su familia.



@JoseLauricella

### ¿Podrías darnos ejemplos de daño crónico relevante?

Incluye caída significativa de la fracción de eyección en pacientes sintomáticos, elevación persistente de biomarcadores, aparición de arritmias graves, miocarditis asociada a inmunoterapia o isquemia inducida por el tratamiento.



@JoseLauricella

### ¿Qué impacto tuvo la incorporación de su Unidad en su centro?

Hemos pasado de intervenir tarde, cuando la toxicidad ya era evidente y a veces irreversible, a anticiparnos, prevenir y acompañar activamente al paciente con cáncer desde el inicio. Hoy trabajamos en un entorno multidisciplinario priorizando no solo la eficacia del tratamiento antitumoral, sino también su seguridad.



@JoseLauricella