

Trombosis

Guía SEOM

CONTENIDO

PROFILAXIS

Vilma Pacheco Barcia MD, MSc, PhD

PACIENTE ONCOLÓGICO MÉDICO INGRESADO

Con cáncer activo y enfermedad médica aguda

Se recomienda la tromboprofilaxis farmacológica con HBPM en ausencia de contraindicaciones.

Basado en evidencia
Nivel de evidencia: 1B

***HBPM:** Heparina de bajo peso molecular*

CIRUGÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Con cáncer activo y cirugía mayor

<p>Todos los pacientes deben recibir trombopprofilaxis farmacológica en ausencia de contraindicación (sangrado activo, alto riesgo de sangrado u otra contraindicación).</p>	<p>Trombopprofilaxis extendida HBPM: 4 semanas.</p>	<p>Métodos mecánicos.</p>
<p>Recomendado: HBPM. Inicio: Previo a la cirugía o en cuanto sea posible en el post-operatorio.</p>	<p>Cirugía mayor pélvica o abdominal abierta o laparoscópica con factores de alto riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la movilidad. • Obesidad. • Historia de ETEV, etc. 	<p>Se pueden añadir a la terapia farmacológica si hay factores de alto riesgo de TEV.</p>
<p>Trombopprofilaxis farmacológica: 7-10 días.</p>	<p>Los factores de riesgo, la duración y el tipo de procedimiento se deben evaluar individualmente.</p>	<p>No se recomienda en monoterapia, al menos que existan contraindicaciones para profilaxis farmacológica.</p>
<p>Basado en evidencia Nivel de evidencia: 1A</p>	<p>Basado en evidencia Nivel de evidencia: 1A para cirugía abierta y 2C para laparoscópica</p>	<p>Basado en evidencia Nivel de evidencia: 2C</p>

ETEV: Enfermedad tromboembólica venosa

HBPM: Heparina de bajo peso molecular

PACIENTE ONCOLÓGICO AMBULATORIO CON CÁNCER ACTIVO Y TRATAMIENTO SISTÉMICO

La tromboprofilaxis primaria en pacientes ambulatorios que reciben quimioterapia no se recomienda de forma rutinaria.

Basado en evidencia
Nivel: 1B

Evaluación individual basada en el riesgo. Se recomienda la evaluación individual del riesgo de ETEV al inicio de la quimioterapia y durante la evolución de la enfermedad.

Se recomienda utilizar modelos de evaluación de riesgo validados para ETEV.

Se recomienda educar al paciente una vez diagnosticado de cáncer y durante su evolución, respecto al riesgo de ETEV, incluyendo factores de riesgo y síntomas.

Basado en evidencia
Nivel: 2C / Ed. del paciente: 2A

Valorar la tromboprofilaxis farmacológica con HBPM o ACODs en pacientes ambulatorios de alto riesgo que inician tratamiento sistémico y en ausencia de contraindicación:

- Cáncer de páncreas avanzado.
- CPNPC con reordenamiento ROS-1 o ALK.
- Score Khorana ≥ 2 o de alto riesgo en modelos de evaluación validados.

Duración: Al menos 12 semanas después del inicio del tratamiento sistémico.

- ACODs: Evaluar posible riesgo de interacciones con el tratamiento sistémico.
- Los pacientes que reciben tromboprofilaxis primaria requieren seguimiento estrecho.
- Se recomienda discutir con el paciente la indicación de tromboprofilaxis farmacológica y sus potenciales riesgos y beneficios.
- Se recomienda educar al paciente respecto a la ETEV específicamente, incluyendo factores de riesgo y síntomas precoces, una vez diagnosticado de cáncer y durante su evolución.

Basado en evidencia
Nivel: 1B, educación del paciente: 2A

ETEV: Enfermedad tromboembólica venosa
HBPM: Heparina de bajo peso molecular

ACODs: Anticoagulantes orales de acción directa
CPNPC: Cáncer de pulmón no célula pequeña

PACIENTE PORTADOR DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

La tromboprofilaxis primaria en pacientes portadores de catéter venoso central no se recomienda de forma rutinaria.

Basado en evidencia
Nivel de evidencia: 1A

Los catéteres se deben colocar en el lado derecho, en la vena yugular, y la punta del catéter central debe ubicarse en la unión de la vena cava superior y la aurícula derecha.

Basado en evidencia
Nivel de evidencia: 1B

SCORE DE KHORANA

Variables - Características de los pacientes	Puntos
Tipo de cáncer •Muy alto riesgo (páncreas, estómago) •Alto riesgo (pulmón, linfoma, tumor ginecológico, vejiga, testículo, riñón)	2 1
Plaquetas pre-quimioterapia $\geq 350.000/\mu\text{L}$	1
Nivel de hemoglobina $<10\text{g/dL}$ o uso de factores de crecimiento de células rojas (eritropoyetinas)	1
Leucocitos pre-quimioterapia $> 11.000/\mu\text{L}$	1
Índice de masa corporal $> 35 \text{ kg/m}^2$	1
Cálculo del score: suma de puntos procedentes de cada variable del modelo	
Interpretación	
Alto riesgo ≥ 3 puntos	
Riesgo intermedio = 1-2 puntos	
Bajo riesgo = 0 puntos	

Adaptado de la tabla 1 de la guía ASCO 2019

TRATAMIENTO

Natalia Luque Caro

TRATAMIENTO DE LA ETEV SINTOMÁTICA

Tratamiento Inicial (5-10 días)

De elección

- HBPM
- ACODs (Apixaban o Rivaroxaban)

Consideraciones previo a ACODs:

Valorar posibles interacciones medicamentosas.

Rivaroxaban sólo si pacientes con bajo riesgo de sangrado, usar con precaución por incremento del riesgo de sangrado gastrointestinal o urinario.

Nivel de evidencia: 1B

Alternativas si HBPM y ACODs contraindicados o no disponibles. UHF o Fondaparinux. **Nivel de evidencia: 1B**

Tratamiento a largo plazo

De elección

- HBPM
- ACODs

Consideraciones previo a ACODs:

Valorar posibles interacciones medicamentosas.

Apixabán único ACOD con perfil de seguridad que puede ser comparable a la HBPM.

Rivaroxabán y Edoxabán: usar con precaución por incremento del riesgo de sangrado gastrointestinal y potencialmente genitourinario.

Nivel de evidencia: 1A

Duración: 6 meses. **Nivel de evidencia: 1A**

Considerar tratamiento más allá de 6 meses si: cáncer activo y/o en curso de terapia sistémica.

En estos casos, reevaluar periódicamente para asegurar un riesgo-beneficio favorable.

Nivel de evidencia: 2C

ETEV: Enfermedad tromboembólica venosa

HBPM: Heparina de bajo peso molecular

ACODs: Anticoagulantes orales de acción directa

UHF: Heparina no fraccionada

SITUACIONES ESPECIALES

Jacobo Rogado

TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS ASOCIADA A CATÉTER EN PACIENTES CON CÁNCER ACTIVO

Recomendado tratamiento con HBPM por un mínimo de 3-6 meses o indefinido siempre que se mantenga el CVC colocado.

Nivel de evidencia: 2B

Recomendamos mantener en su lugar el CVC a menos que éste no funcione adecuadamente, haya datos de infección, la anticoagulación esté contraindicada o no exista resolución de los síntomas a pesar de una correcta pauta de anticoagulación.

Nivel de evidencia: 2B

El manejo con ACODs puede ser considerado como una opción de tratamiento posible en la actualidad.

Nivel de evidencia: 2C

HBPM: Heparina de bajo peso molecular

CVC: Catéter venoso central

ACODs: Anticoagulantes orales de acción directa

TRATAMIENTO DE ETEV INCIDENTAL EN PACIENTES CON CÁNCER ACTIVO

EP o **TVP** han de ser tratadas como ETEV sintomáticos, siendo recomendado su manejo con HBPM o ACODs como tratamiento estándar.

Nivel de evidencia: 1B

El tratamiento de **EP subsegmentaria** incidental aislada, **trombosis venosa visceral** o esplácnica incidental, han de ser individualizados en cada paciente según riesgo-beneficio del tratamiento anticoagulante.

Existe poca evidencia disponible, pero desde SEOM sugerimos considerar la anticoagulación en estos supuestos.

Nivel de evidencia: 2C

EP: Embolia pulmonar

TVP: Trombosis venosa profunda

HBPM: Heparina de bajo peso molecular

ACODs: Anticoagulantes orales de acción directa

SEOM: Sociedad española de Oncología Médica

TRATAMIENTO DE LA ETEV RECURRENTE DURANTE LA ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER ACTIVO

ReETEVEV durante tratamiento con HBPM a dosis plenas/terapéutica

Recomendado incremento dosis HBPM un 25% más o cambio a ACODs.

Nivel de evidencia: 2B

ReETEVEV durante tratamiento con ACOD

Recomendado cambio a HBPM o alternativamente, escalar la dosis de ACODs si se estaban utilizando dosis infra-terapéuticas.

Nivel de evidencia: 3C

ReETEVEV durante tratamiento con AVK o tratamiento con HBPM a dosis profiláctica o intermedia

Recomendado dosis terapéuticas de HBPM o cambios a ACODs.

Nivel de evidencia: 2B

ETEVEV: Enfermedad tromboembólica venosa

ReETEVEV: Enfermedad tromboembólica venosa recurrente

HBPM: Heparina de bajo peso molecular

AVK: Fármacos anti-vitamina K

ACODs: Anticoagulantes orales de acción directa

FVCI: Filtro de vena cava inferior

Papel del FVCI en la ReETEVEV

Considerar si anticoagulación contraindicada o si ocurren eventos recurrentes a pesar de tratamientos anticoagulantes adecuados (ausencia de beneficio en supervivencia e incremento del riesgo a largo plazo de ETV).

Preferible filtro no permanente y reanudar la anticoagulación lo antes posible.

Nivel de evidencia: 2B

TRATAMIENTO DE LA ETEV EN PACIENTES CON TUMORES PRIMARIOS DE SNC O METÁSTASIS A NIVEL SNC

En ausencia de contraindicaciones, se recomienda mismo manejo que en el resto de tumores sólidos independientemente de la presencia de metástasis o tumor primario a nivel SNC.

Nivel de evidencia: 2B

En el caso de pacientes con metástasis de melanoma o cáncer renal, o pacientes afectados de gliomas del tronco del encéfalo, dado su alto potencial de sangrado, se sugiere considerar una reducción de la dosis de HBPM en un 25-50%.

Nivel de evidencia: 2C

***ETE**V: Enfermedad tromboembólica venosa*

***SNC**: Sistema nervioso central*

***HBPM**: Heparina de bajo peso molecular*

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN AUSENCIA DE ETEV PARA MEJORAR LA SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER

El tratamiento anticoagulante a dosis plenas en pacientes con cáncer activo sin ETEV no debe ser prescrito con intención de potenciar la supervivencia de los pacientes, a menos que este propósito sea estudiado dentro de un ensayo clínico.

Nivel de evidencia: 1B

ETEV: Enfermedad tromboembólica venosa

Grado de recomendación	Definición	Calidad de la evidencia	Definición
A	Existe buena evidencia para la recomendación de la intervención.	1	Evidencia de ≥ 1 ensayo clínico controlado, aleatorizado.
B	Existe moderada evidencia para la recomendación de la intervención.	2	Evidencia de ≥ 1 ensayo clínico bien diseñado, sin aleatorización; de estudios analíticos de cohortes o de casos y controles (preferiblemente de > 1 centro); de múltiples series de casos; o de resultados robustos de estudios no controlados.
C	Existe escasa evidencia para la recomendación de la intervención.		
D	Existe moderada evidencia para la no recomendación de la intervención.	3	Evidencia de opiniones de autoridades cualificadas, basadas en experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.
E	Existe buena evidencia para la no recomendación de la intervención.		

AUTORES

VILMA PACHECO BARCIA MD, MSC, PHD

Profesora Asociada de Medicina, Universidad de Alcalá
Servicio de Oncología Médica
Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla", Madrid

NATALIA LUQUE CARO

Servicio de Oncología Médica
Hospital Universitario de Jaén

JACOBO ROGADO

Servicio de Oncología Médica
Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid

SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica



Sección SEOM
Trombosis y Cáncer