



CURSO DE PREPARACIÓN OPE MEDICINA INTERNA

HEMATOLOGÍA

TEMA 5

Enfermedad tromboembólica venosa

Los contenidos de este tema del temario se desarrollan en el volumen I, capítulo 21 del manual de CTO que utilizamos de referencia (págs. 281-294)

Relevancia del tema

En la última OPE de la Comunidad de Madrid (2015) tres preguntas (de un total de 160) pertenecían a este tema. Se preguntó sobre trombofilia, diagnóstico de embolia de pulmón (EP) y tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa (EDEV) con anticoagulantes orales directos (ACOD).

LAS PREGUNTAS RELATIVAS A ESTE TEMA INCLUYEN LOS SIGUIENTES APARTADOS

- Factores de riesgo para EDEV
- Algoritmo diagnóstico de la sospecha de EP
- Estratificación pronóstica de los pacientes con EP
- Tratamiento de la EDEV
- Trombofilia

OTROS TEMAS RELEVANTES

- Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC)
- Tratamiento de la EDEV en el paciente con cáncer
- Diagnóstico de la EP en la mujer embarazada y situaciones de trombopprofilaxis prenatal y postnatal

Antes de estudiar el tema en el Manual

La información de este tema en el manual que utilizamos de referencia es completa.

SE RECOMIENDA AMPLIAR EL TEXTO CTO EN LAS SIGUIENTES MATERIAS:

- Tratamiento de la EDEV en el paciente con cáncer
- Diagnóstico de la EP en la mujer embarazada y situaciones de trombopprofilaxis prenatal y postnatal

FUENTES DE CONSULTA:

1. Kearon C, et al Antithrombotic Therapy for VTE Disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141(2 Suppl):e419S–e494S. Link: [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(12\)60129-9/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(12)60129-9/fulltext). Guía de la American College of Chest Physicians. Muy extensa.
2. Kearon C, et al Antithrombotic Therapy for VTE Disease: CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest. 2016 Feb;149(2):315-352. Link: [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(15\)00335-9/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(15)00335-9/fulltext). Es la más reciente actualización, en forma de Consenso de expertos publicada en 2016 (muy recomendable).
3. Konstantinides SV, et al. 2014 ESC. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Eur Heart J. 2014 Nov 14;35(43):3033-69, 3069a-3069k. Link: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/35/43/3033/503581> Guía de la Sociedad Europea de Cardiología. Muy extensa. Los aspectos más relevantes de esta guía se comentan en el artículo publicado en Rev Esp Cardiol. 2015; 68:64. e1-e45 - Vol. 68 Núm. 01 (muy recomendable).



CURSO DE PREPARACIÓN OPE MEDICINA INTERNA

HEMATOLOGÍA

TEMA 5

Enfermedad tromboembólica venosa

4. Uresandi F, et al. National Consensus on Diagnosis, Risk Stratification and Treatment of Patients With Pulmonary Thromboembolism. Arch Bronconeumol. 2013 Dec;49(12):534-47. Link: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.07.008> Interesante Consenso nacional sobre el diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento de la EP.
5. Uresandi F, et al. National consensus on the diagnosis, risk stratification and treatment of patients with pulmonary embolism: An update. Arch Bronconeumol. 2016 Feb;52(2):61-2. Link: <https://www.archbronconeumol.org/es-actualizacion-del-consenso-nacional-sobre-articulo-S0300289615003075> Actualización del Consenso anterior. Es un editorial de dos páginas en el que se analiza el papel de los ACOD en el tratamiento anticoagulante de la EP.
6. Para el tratamiento de la ETEV en el paciente con cáncer: Franco Moreno AI, et al. Direct oral anticoagulants for the treatment of venous thromboembolism in patients with cancer. Med Clin (Barc). 2019 Feb 22. pii: S0025-7753(19)30048-X. Artículo de revisión en español.
7. Diagnóstico de la EP en la mujer embarazada y situaciones de trombopprofilaxis prenatal y postnatal: Actualización de la Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-top Guideline No. 37a April 2015. Link: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37a.pdf>

Aspectos más relevantes y novedosos del tema

• *En relación al diagnóstico de embolia de pulmón*

- En pacientes estables hemodinámicamente evaluar la probabilidad clínica de EP mediante las reglas Wells y Geneva revisada (o Ginebra).
- En pacientes inestables hemodinámicamente (con shock o hipotensión) realizar angiotomografía computarizada multicorte (angio-TC) de tórax inmediatamente o ecocardiografía transtorácica a pie de cama para el diagnóstico de EP.
- En pacientes con probabilidad clínica no alta en las reglas Wells o Geneva, el siguiente paso diagnóstico es la determinación del dímero D.
- El valor de corte del dímero D debe ser ajustado por edad: edad \times 10 en mayores de 50 años.

Se recomienda leer la guía de la ESC sobre el diagnóstico y el tratamiento de la EP aguda traducida al español por SEC, con especial detenimiento en las escalas de predicción clínica Wells y Geneva de EP y las Figuras 3 y 4 que representan los algoritmos diagnósticos propuestos para pacientes con posible EP.

• *En relación al pronóstico de la embolia de pulmón*

- La importancia de utilizar en los pacientes con EP normotensos (PAS > 90 mmHg) las escalas clínicas pronósticas PESI (Pulmonary Embolism Severity Index) o PESI simplificada que pronostica el riesgo de muerte por cualquier causa en los primeros 30 días tras el diagnóstico de EP e identifican a pacientes con bajo riesgo.
- Se incorporan las troponinas y los péptidos natriuréticos como marcadores pronósticos para diferenciar a los pacientes con riesgo intermedio-alto o riesgo intermedio-bajo.
- La disfunción ventricular derecha es el principal factor determinante de complicaciones en la EP.



CURSO DE PREPARACIÓN OPE MEDICINA INTERNA

HEMATOLOGÍA

TEMA 5

Enfermedad tromboembólica venosa

• *En relación al tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa*

- En pacientes con EP en shock o hipotensos, se recomienda la reperfusión primaria precoz, dando preferencia a la trombolisis sistémica.
- En pacientes con EP de bajo riesgo, se puede considerar el alta precoz y el tratamiento anticoagulante ambulatorio.
- En pacientes con EP de bajo intermedio-bajo no se recomienda el uso sistemático de trombolisis.
- En pacientes con EP de bajo intermedio-alto no se recomienda el uso sistemático de trombolisis. Se sugiere anticoagulación convencional, monitorización intensiva (UCI) y fibrinólisis en caso de deterioro hemodinámico. Como novedad, se sugiere la posibilidad de tratamiento percutáneo para los pacientes con descompensación hemodinámica y alto riesgo de hemorragia para la trombolisis sistémica.
- La gran novedad de todas las guías es la apuesta por los ACOD como tratamiento alternativo a los antivitamina K (AVK). La última GPC de la American College of Chest Physicians (2016) sugiere en pacientes con ETEV sin cáncer tanto en la fase inicial como en el tratamiento a largo plazo (prevención secundaria) la terapia con ACOD sobre los AVK.

Se recomienda estudiar la Figura 3 del consenso nacional sobre el diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento de los pacientes con tromboembolia pulmonar de la SEPAR, que muestra la estratificación pronóstica y tratamiento de la EP en fase aguda.

• *Duración de la anticoagulación*

- La duración mínima de la terapia anticoagulante para todos los pacientes diagnosticados de EP o trombosis venosa profunda (TVP) es de 3 meses.
- En pacientes con embolia de pulmón o TVP provocados por factor de riesgo transitorio quirúrgico o no quirúrgico se sugiere mantener el tratamiento anticoagulante durante un período de tres meses.
- En pacientes con embolia de pulmón o TVP no provocados se sugiere mantener el tratamiento anticoagulante a largo plazo si el riesgo hemorrágico es bajo o moderado, y reevaluar este riesgo periódicamente (anualmente).
- Por primera vez se realiza especial mención a la EP subsegmentaria aislada. En pacientes con EP subsegmentaria sin TVP proximal y bajo riesgo de recurrencia de ETEV (a lo que se añade buena reserva cardiopulmonar y alto riesgo hemorrágico) se puede plantear seguimiento y observación clínica sobre instaurar terapia anticoagulante.
- También es novedosa (aunque la recomendación es débil) la posibilidad de utilizar ácido acetilsalicílico para la profilaxis secundaria en pacientes con ETEV no provocada y riesgo hemorrágico alto, pasados al menos 3 meses de anticoagulación y en ausencia de contraindicación.
- Embolia de pulmón incidental o clínicamente no sospechada. La recomendación de anticoagulación es más consistente cuando se asocia a TVP, la EP sea lobar o de arterias principales y el riesgo de hemorragia no sea alto.
- En las últimas guías no se recomienda de forma rutinaria el uso de medias de compresión para la prevención del síndrome postrombótico.

Se recomienda leer las últimas recomendaciones sobre terapia antitrombótica de la American College of Chest Physicians (2016).



CURSO DE PREPARACIÓN OPE MEDICINA INTERNA

HEMATOLOGÍA

TEMA 5

Enfermedad tromboembólica venosa

• *En la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica*

Todas las recomendaciones son nuevas:

- No se aconseja el cribado de pacientes con EP que quedan asintomáticos. Sí en pacientes con EP previa y disnea mantenida.
- En pacientes con HPTEC se recomienda la anticoagulación a largo plazo y la endarterectomía quirúrgica pulmonar
- El riociguat está indicado para pacientes con HPTEC sintomáticos no candidatos a cirugía y para los pacientes operados con hipertensión persistente o recurrente.

Recomendaciones para la ETEV en el paciente con cáncer

En este subgrupo de paciente es novedosa la posibilidad de tratamiento con ACOD como terapia alternativa a la heparina de bajo peso molecular. Se considera el tratamiento con edoxabán y rivaroxabán en pacientes con cáncer y ETEV.

Recomendaciones para la ETEV en el paciente con cáncer

No hay novedades en el diagnóstico ni tratamiento. Todas las guías establecen las mismas recomendaciones. En este subgrupo de pacientes lo más relevante es recordar el algoritmo diagnóstico de la EP y las situaciones de trombopprofilaxis prenatal y postnatal.

Guía de la Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-top Guideline No. 37a April 2015. Link: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37a.pdf> De esta guía se extrae la Figura más importante que muestra las situaciones de trombopprofilaxis prenatal y postnatal.



AMYTS
Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid



CAMPUS

