

Reunión del grupo de trabajo

- **Registro RIETE**
- **Diplomatura en ETV**
- **Cambio en la coordinación**

Registro RIETE

- **Nuevo software**
- **Más variables**
- **Seguimiento a más largo plazo**



Registro Informatizado de Pacientes con Enfermedad TromboEmbólica (R.I.E.T.E.)



- [Información sobre el registro](#)
- [Consejo directivo](#)
- [Centros participantes](#)
- [Salir](#)





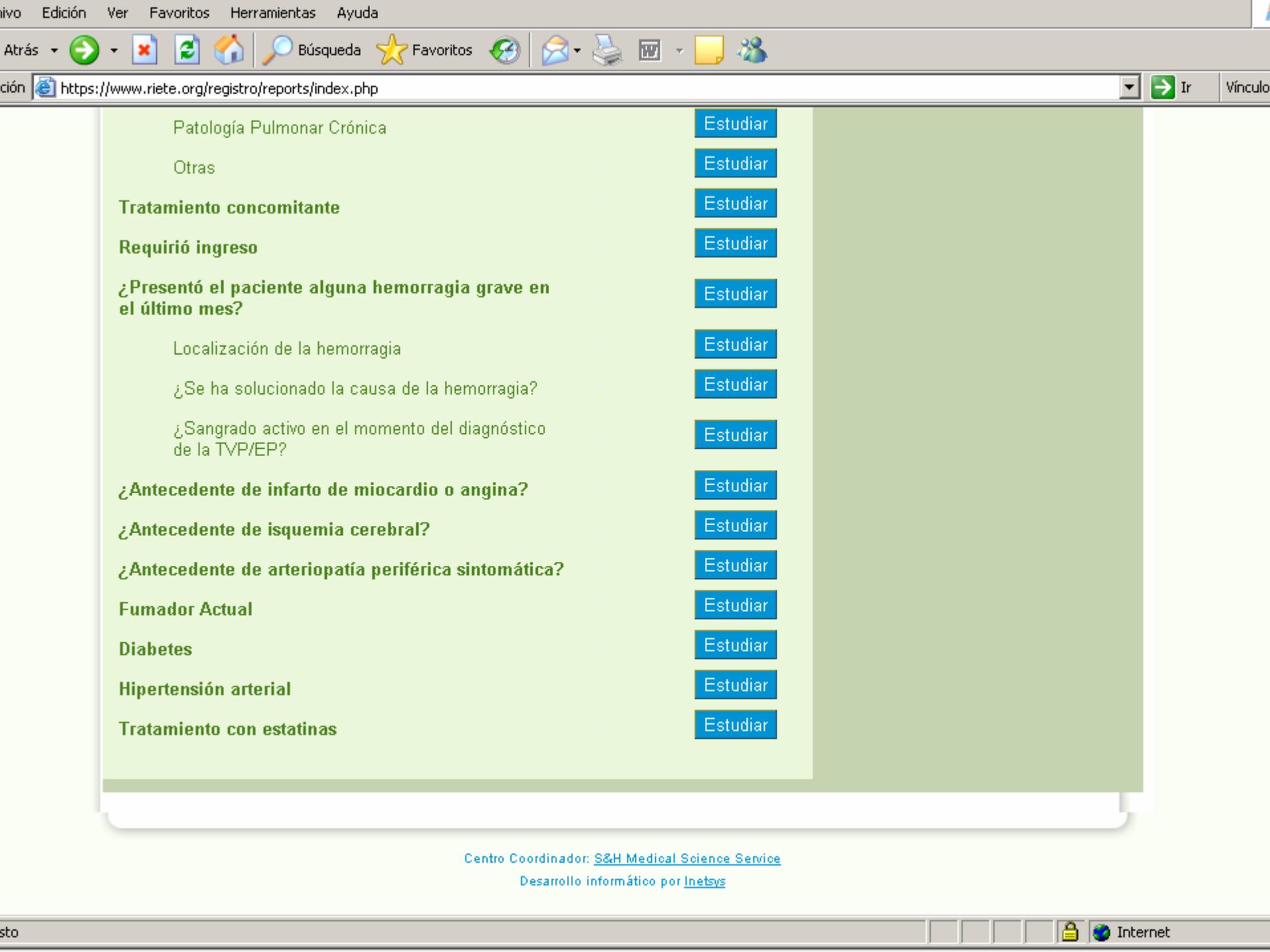

Patrocinado por:  **sanofi aventis**
La Salud es lo esencial

[entrar](#)



Centro Coordinador: [S&H Medical Science Service](#)

Desarrollo informático por [Inetvys](#)



Patología Pulmonar Crónica

Estudiar

Otras

Estudiar

Tratamiento concomitante

Estudiar

Requirió ingreso

Estudiar

¿Presentó el paciente alguna hemorragia grave en el último mes?

Estudiar

Localización de la hemorragia

Estudiar

¿Se ha solucionado la causa de la hemorragia?

Estudiar

¿Sangrado activo en el momento del diagnóstico de la TVP/EP?

Estudiar

¿Antecedente de infarto de miocardio o angina?

Estudiar

¿Antecedente de isquemia cerebral?

Estudiar

¿Antecedente de arteriopatía periférica sintomática?

Estudiar

Fumador Actual

Estudiar

Diabetes

Estudiar

Hipertensión arterial

Estudiar

Tratamiento con estatinas

Estudiar

Gammagrafía Pulmonar	<input type="checkbox"/>	Estudiar
Resultado	<input type="checkbox"/>	Estudiar
TAC	<input type="checkbox"/>	Estudiar
Resultado	<input type="checkbox"/>	Estudiar
Cociente por Angio TC	<input type="text"/>	Estudiar
Regurgitación de contraste en la vena cava inferior	<input type="checkbox"/>	Estudiar
Arteriografía	<input type="checkbox"/>	Estudiar
Resultado	<input type="checkbox"/>	Estudiar
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	Estudiar
Presión arterial pulmonar	<input type="text"/>	Estudiar
Visualización de trombo endocavitario	<input type="checkbox"/>	Estudiar
Dilatación de aurícula derecha	<input type="checkbox"/>	Estudiar
Disfunción ventricular derecha	<input type="checkbox"/>	Estudiar
Diámetro Diastólico del Ventrículo Derecho	<input type="text"/>	Estudiar
Cociente entre DDVD y DDVI	<input type="text"/>	Estudiar
Gasometría basal	<input type="checkbox"/>	Estudiar
PA O ₂	<input type="text"/>	Estudiar
PA CO ₂	<input type="text"/>	Estudiar

Pacientes en el grupo: 26722

¿Valoración de síndrome postrombótico a los 12 meses?	Estudiar
Dolor	Estudiar
Calambres	Estudiar
Pesadez	Estudiar
Prurito	Estudiar
Parestesias	Estudiar
Edema	Estudiar
Induración cutánea	Estudiar
Hiperpigmentación	Estudiar
Circulación venosa colateral	Estudiar
Eritema	Estudiar
Dolor en pantorrilla a la presión	Estudiar
Úlcera venosa	Estudiar
¿Valoración de síndrome postrombótico a los 24 meses?	Estudiar

Diplomatura en ETV

- **Curso interactivo, on-line, centrado en casos clínicos**
- **De expertos para expertos**

Diplomatura en Enfermedad Tromboembólica Venosa



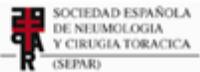
Carta del Director | Descripción | Objetivos | Metodología | Programa | Profesorado | Inscripción | Promotor, Auspicio y Patrocinio | Acreditación



Curso de Formación Continuada No Presencial de Expertos para Expertos

Patrocinado por:  **Boehringer Ingelheim**

[Acceso Curso](#)



MÓDULO 1 - HEMATOLOGÍA

- [D-DÍMERO Y ETV \(Dr. Grau Segura\)](#)
- [TROMBOFILIA CONGENITA Y ADQUIRIDA \(Dr. Vicente García\)](#)
- [NUEVOS FÁRMACOS ANTICOAGULANTES \(Dr. Fontcuberta Boj\)](#)

MÓDULO 2 - NEUMOLOGÍA

- [IMÁGENES EN ETV \(Dra. Fernández Capitán y Dra. I. Torres Sánchez\)](#)
- [FASE AGUDA DE LA EP \(Dr. Jiménez Castro\)](#)
- [DIAGNÓSTICO DE LA EP \(Dra. Otero Candelera\)](#)

MÓDULO 3 - CIRUGÍA

- [ETV Y CIRUGÍA GENERAL \(Dr. Arcelus Martínez\)](#)
- [ETV EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA \(Dr. Granero Xiberta\)](#)
- [ANESTESIOLOGÍA Y ETV \(Dr. Llau Pitarch\)](#)

MÓDULO 4 - ANGIOLOGÍA

- [SÍNDROME POSTROMBÓTICO. CALIDAD DE VIDA Y ETV \(Dr. Lozano Sánchez\)](#)
- [EPIDEMIOLOGÍA DE LA ETV \(Dr. Gujjarro Merino\)](#)
- [DIAGNÓSTICO DE LA TVP \(Dr. Cairols Castellote\)](#)

MÓDULO 5 - SITUACIONES ESPECIALES

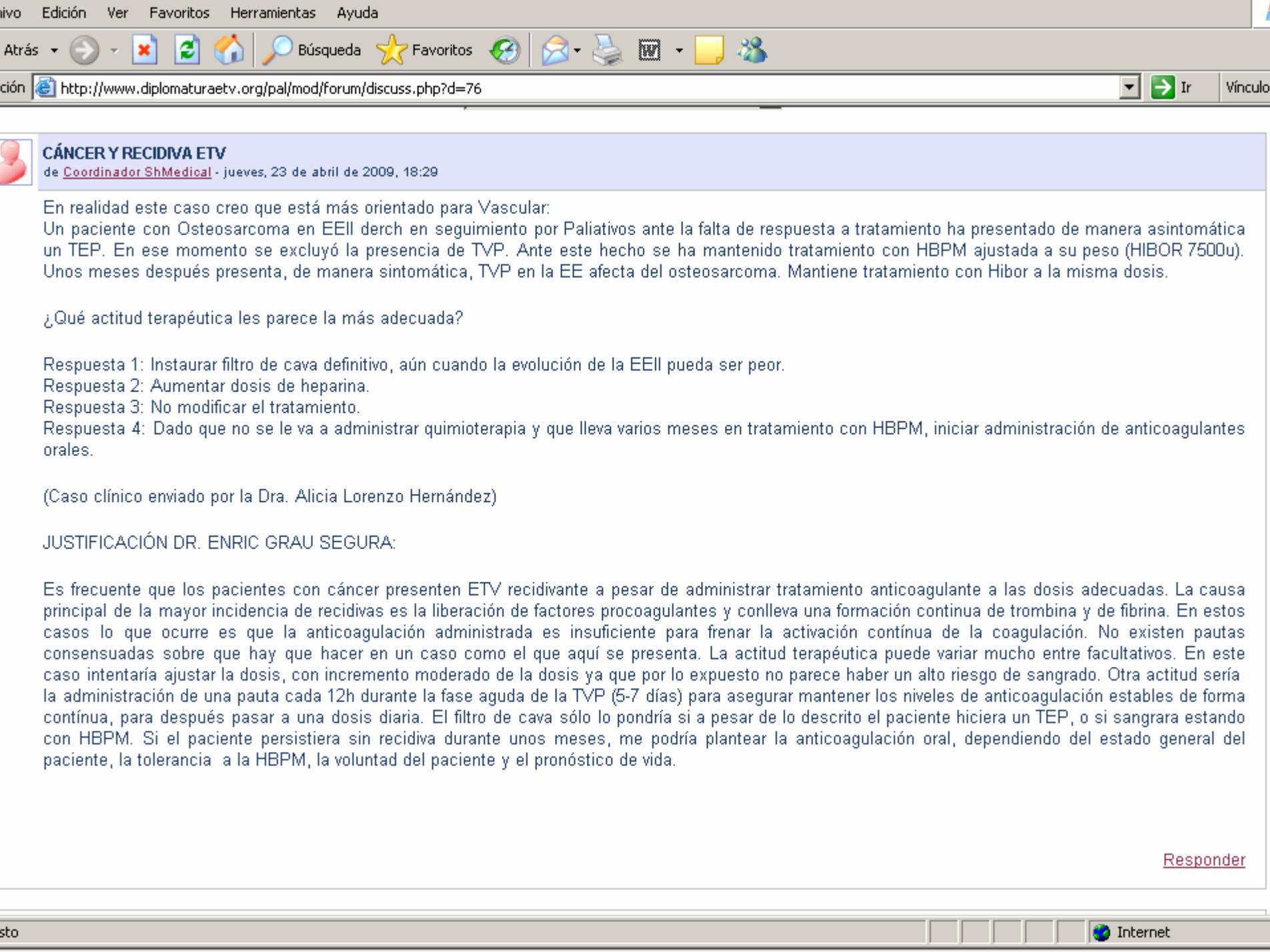
- [INSUFICIENCIA RENAL Y ETV \(Dr. Monreal Bosch\)](#)
- [ETV EN EL PACIENTE DE EDAD AVANZADA \(Dr. López Jiménez\)](#)

- [Manual del curso](#)
- [Descargar Adobe Acrobat](#)

Calendario

mayo 2009

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						



CÁNCER Y RECIDIVA ETV

de [Coordinador ShMedical](#) - jueves, 23 de abril de 2009, 18:29

En realidad este caso creo que está más orientado para Vascular:

Un paciente con Osteosarcoma en EEII derch en seguimiento por Paliativos ante la falta de respuesta a tratamiento ha presentado de manera asintomática un TEP. En ese momento se excluyó la presencia de TVP. Ante este hecho se ha mantenido tratamiento con HBPM ajustada a su peso (HIBOR 7500u). Unos meses después presenta, de manera sintomática, TVP en la EE afecta del osteosarcoma. Mantiene tratamiento con Hibor a la misma dosis.

¿Qué actitud terapéutica les parece la más adecuada?

Respuesta 1: Instaurar filtro de cava definitivo, aún cuando la evolución de la EEII pueda ser peor.

Respuesta 2: Aumentar dosis de heparina.

Respuesta 3: No modificar el tratamiento.

Respuesta 4: Dado que no se le va a administrar quimioterapia y que lleva varios meses en tratamiento con HBPM, iniciar administración de anticoagulantes orales.

(Caso clínico enviado por la Dra. Alicia Lorenzo Hernández)

JUSTIFICACIÓN DR. ENRIC GRAU SEGURA:

Es frecuente que los pacientes con cáncer presenten ETV recidivante a pesar de administrar tratamiento anticoagulante a las dosis adecuadas. La causa principal de la mayor incidencia de recidivas es la liberación de factores procoagulantes y conlleva una formación continua de trombina y de fibrina. En estos casos lo que ocurre es que la anticoagulación administrada es insuficiente para frenar la activación continua de la coagulación. No existen pautas consensuadas sobre que hay que hacer en un caso como el que aquí se presenta. La actitud terapéutica puede variar mucho entre facultativos. En este caso intentaría ajustar la dosis, con incremento moderado de la dosis ya que por lo expuesto no parece haber un alto riesgo de sangrado. Otra actitud sería la administración de una pauta cada 12h durante la fase aguda de la TVP (5-7 días) para asegurar mantener los niveles de anticoagulación estables de forma continua, para después pasar a una dosis diaria. El filtro de cava sólo lo pondría si a pesar de lo descrito el paciente hiciera un TEP, o si sangrara estando con HBPM. Si el paciente persistiera sin recidiva durante unos meses, me podría plantear la anticoagulación oral, dependiendo del estado general del paciente, la tolerancia a la HBPM, la voluntad del paciente y el pronóstico de vida.

[Responder](#)

Cambio en la coordinación

- **Raquel Barba**
- **Ferran García Bragado**