

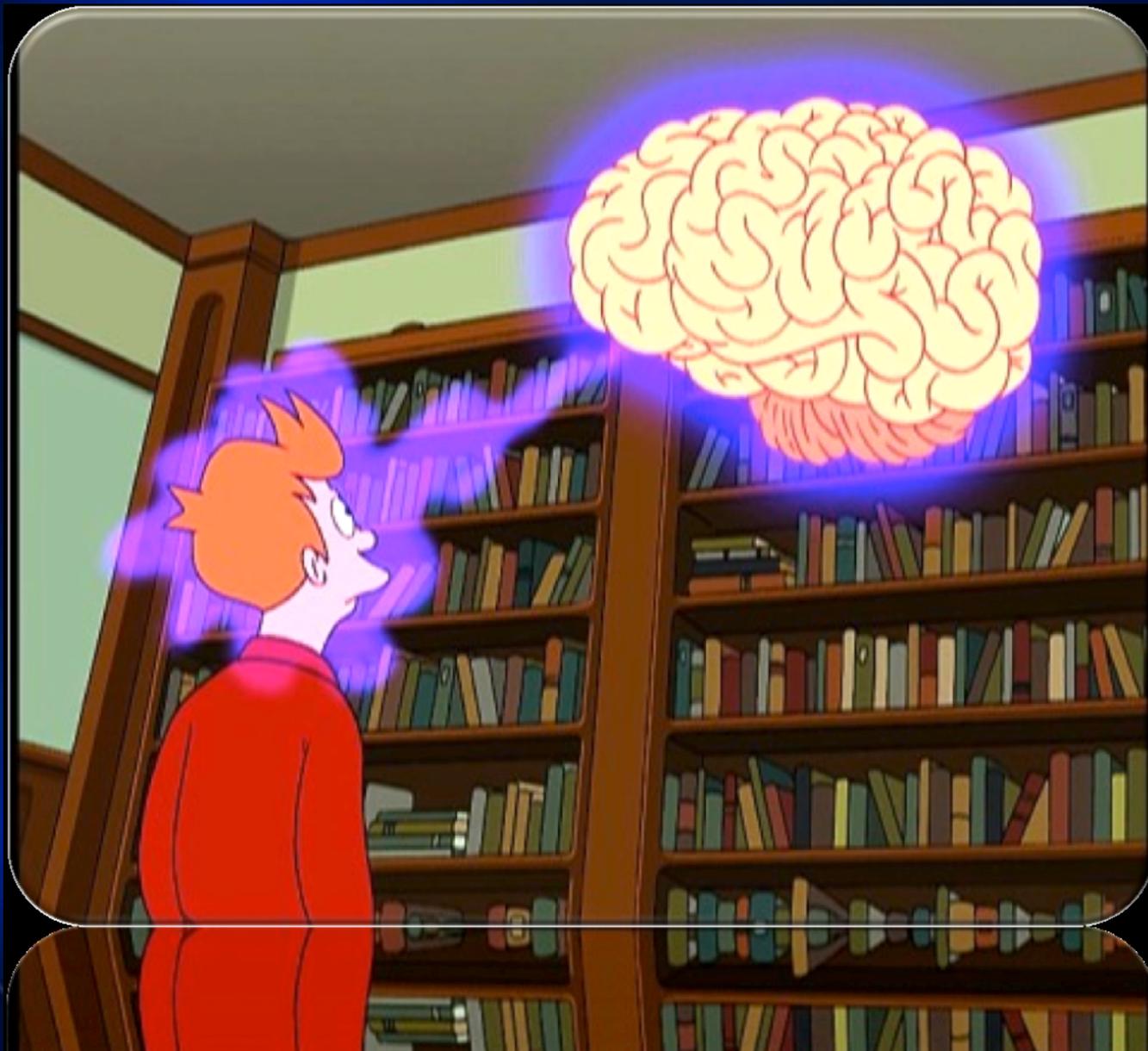


FUTURO DEL RIETE

MEDICINA INTERNA

REINA VALLE BERNAD





ARTÍCULOS RIETE

- D Dímero
- Sangrado
- Cáncer
- Insuficiencia Renal
- Peso
- Tratamiento
- Embarazo
- Anticoncepción
- Ancianos
- TVP EESS
- Pronóstico TEP
- Estudios comparativos
- Revisiones
- Viajes
- Trombofilia

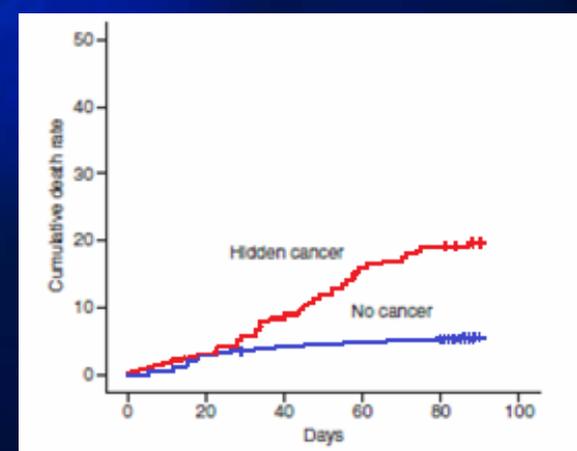
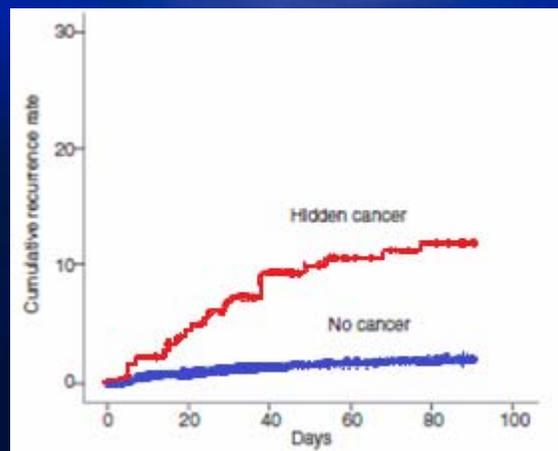
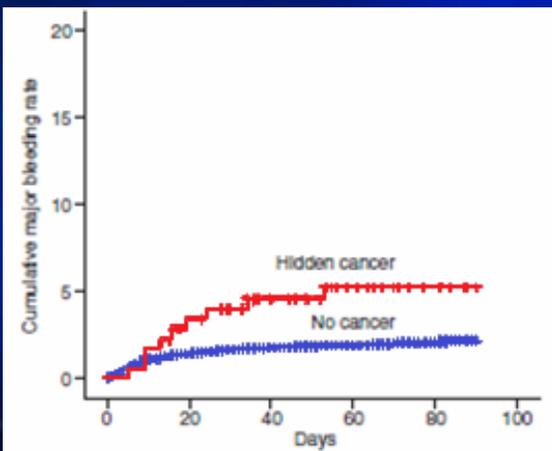
CANCER OCULTO Y ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA

Reference	Patients, <i>n</i>	Occult cancer
Monreal <i>et al.</i> , 1991 [11]	113	6 (5.3%)
Prandoni <i>et al.</i> , 1992 [5]	260	13 (5.0%)
Monreal <i>et al.</i> , 1993 [12]	78	2 (2.6%)
Bastounis <i>et al.</i> , 1996 [14]	293	16 (5.5%)
Cornuz <i>et al.</i> , 1996 [10]	136	3 (2.2%)
Monreal <i>et al.</i> , 1997 [13]	685	15 (2.2%)
Monreal <i>et al.</i> , 2004 [15]	864	27 (3.1%)
SOMIT trial [16]	201	24 (12%)
Schutgens <i>et al.</i> , [20]	190	14 (7.4%)

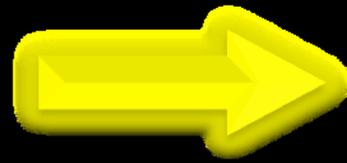
Clinical outcome in patients with venous thromboembolism and hidden cancer: findings from the RIETE Registry

J. TRUJILLO-SANTOS,* P. PRANDONI,† K. RIVRON-GUILLOT,‡ P. ROMÁN,§ R. SÁNCHEZ,¶ G. TIBERIO,** M. MONREAL†† and THE RIETE INVESTIGATORS†

Journal of Thrombosis and Haemostasis, 6: 251–255



Estudios de Screening



CONTROVERSIA



• Hay que hacerlos

• Con qué extensión

• A quién

Screening for occult cancer in patients with acute deep vein thrombosis or pulmonary embolism

Journal of Thrombosis and Haemostasis, 2: 876–881

M. MONREAL,* A. W. A. LENSING, M. H. PRINS,†‡ M. BONET,* J. FERNÁNDEZ-LLAMAZARES,§
J. MUCHART,¶ P. PRANDONI** and J. ANGEL JIMÉNEZ¶

Decision analysis for cancer screening in idiopathic venous thromboembolism

Journal of Thrombosis and Haemostasis, 3: 2391–2396

M. DI NISIO,*† H. M. OTTEN,‡§ A. PICCIOLI,¶ A. W. A. LENSING,* P. PRANDONI,¶ H. R. BÜLLER*
and M. H. PRINS**

Extensive screening for occult malignant disease in idiopathic venous thromboembolism: a prospective randomized clinical trial

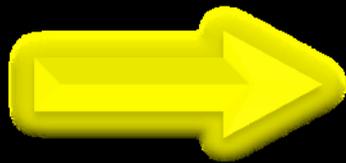
Journal of Thrombosis and Haemostasis, 2: 884–889

A. PICCIOLI,* A. W. A. LENSING,† M. H. PRINS,‡ A. FALANGA,§ G. L. SCANNAPIECO,¶ M. IERAN,
M. CIGOLINI,†† G. B. AMBROSIO,¶ M. MONREAL,‡‡ A. GIROLAMI* and P. PRANDONI* FOR THE
SOMIT INVESTIGATORS GROUP*.¹



Evaluación de Rutina

- ❖ Historia
- ❖ Exploración
- ❖ Analítica
- ❖ Rx Tórax



CÁNCER CONCOMITANTE

Screening Limitado

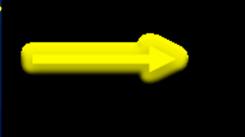
- ❖ Eco Abdómino-pélvica
- ❖ PSA/CEA/CA 125

Screening Di Nisio

- ❖ TAC Abdómino-pélvico \pm
- ❖ Mamografía y/o
- ❖ Citología esputo

Screening Extenso

- ❖ Eco + TAC Abdómino-pélvico
- ❖ Gastro/colonoscopia o EGD + Enema Opaco + Sigmoidoscopia
- ❖ Mamografía ♀
- ❖ Marcadores Tumorales
- ❖ Citología Cervix ♀
- ❖ Citología esputo
- ❖ Sangre oculta heces
- ❖ Ecografía Prostática ♂

➤ El screening extenso aumenta la tasa de diagnósticos en estadios precoces: 13.8%  2%

➤ Sólo se valora la diferencia en la mortalidad en un estudio: 1.9% a favor del screening extenso



Testing for occult cancer in patients with pulmonary embolism: Results from a screening program and a two-year follow-up survey

Thrombosis Research 125 (2010) 29–33

Luis Jara-Palomares^{a,*}, Consolación Rodríguez-Matute^b, Teresa Elías-Hernández^c,
José Antonio Rodríguez-Portal^c, José Luis López-Campos^c, Hugo García-Ibarra^d,
Emilia Barrot-Cortés^c, Remedios Otero-Candelera^c



- ❑ Investigación limitada.
- ❑ 107 pacientes.
- ❑ Sensibilidad 55.5%.
- ❑ NNS: 6.1; en la franja de edad 51-60 años: 2.7.
- ❑ Factores de riesgo para cáncer oculto:
 - Índice de Shock ≥ 1 .
 - EP idiopático.

OTRAS VARIABLES A TENER EN CUENTA

- ❑ Recidiva de ETV; N Eng J 1992
- ❑ TVP bilateral; Lancet 1997
- ❑ TVP extremidades Superiores; Blood Coagul Fibrinolysis 1999
- ❑ Valor del DDímero al diagnóstico; T H 2004, Haematologica 2005
- ❑ ETV idiopática, TVP bilateral, edad 60-75 años, anemia; JTH 2008

Tras las dificultades éticas del Estudio SOMIT, va a ser muy difícil realizar un estudio randomizado comparativo.

Como pueden ayudar las variables clínicas a mejorar los programas de cribado.



- ❑ Incidencia, tanto en ETV primaria como secundaria.
Definición ETV secundaria.
¿Diferenciar forma de presentación de la ETV (EP vs TVP)?.
- ❑ Franjas de edad diana.
- ❑ Relación con las "otras variables":
Comparar incidencias cáncer oculto en ETV primer episodio y recurrencias.
Relación con la afectación bilateral y con la TVP de EESS.
Relación con cifras de DDímero.
- ❑ Forma de diagnóstico:
En el seguimiento.
Por screening y con que prueba.



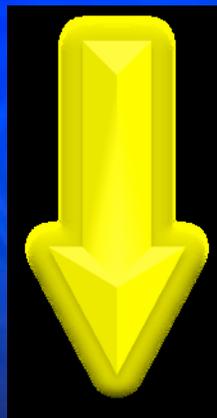


**TRATAMIENTO AMBULATORIO
DE LA TVP**

Antithrombotic Therapy for Venous Thromboembolic Disease*

American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition)

(CHEST 2008; 133:454S–545S)



En pacientes con TVP aguda, nosotros recomendamos tratamiento inicial con HBPM SC una o dos veces al día, si es posible de forma ambulatoria (Grado 1C), o ingresado si es necesario (Grado 1A).

Procedures for the outpatient management of patients with deep venous thrombosis¹

M. WINTER*,

D. KEELING†,

F. SHARPEN‡,

H. COHEN§,

P. VALLANCE¶,

ON BEHALF OF THE
HAEMOSTASIS AND
THROMBOSIS TASK
FORCE OF THE BRITISH
COMMITTEE FOR
STANDARDS IN
HAEMATOLOGY

**Haemophilia Centre, Kent and Canterbury Hospital, Canterbury, UK*

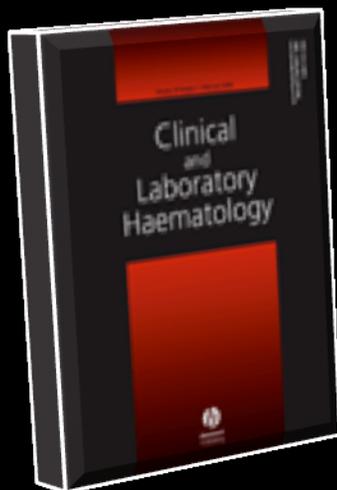
†*Oxford Haemophilia Centre and Thrombosis Unit, Churchill Hospital, Oxford, UK*

‡*Department of Haematology, Trafford General Hospital, Manchester, UK*

§*Department of Haematology, University College Hospital, London, UK*

¶*Department of Clinical Pharmacology, University College Hospital, London, UK*

- Coexistencia de otro proceso médico que precise hospitalización ■
- Obstrucción venosa grave aguda (*flegmasia cerulea dolens*) ■
- Paciente que requiera analgesia intravenosa ■
- Insuficiencia renal (creatinina > 200 µmol/l) ■
- Alergia conocida a la heparina o trombocitopenia asociada a la heparina ■
- Sospecha de falta de adhesión al tratamiento ■
- Problemas de comunicación (p. ej., barrera idiomática, domicilio sin teléfono) ■
- Malas condiciones sociales ■
- Movilidad limitada ■
- Hemorragia activa ■
- Importante riesgo hemorrágico ■
 - Úlcera péptica activa
 - Enfermedad hepática (TP > 2 s del intervalo normal)
 - Hipertensión no controlada (diastólica > 110 mmHg, sistólica > 200 mm)
 - Angiodisplasia
 - Cirugía ocular reciente o del sistema nervioso central (menos de 1 mes)
 - Accidente vascular hemorrágico (menos de 1 mes)
 - Trombocitopenia (plaquetas < 100 × 10⁹/l)



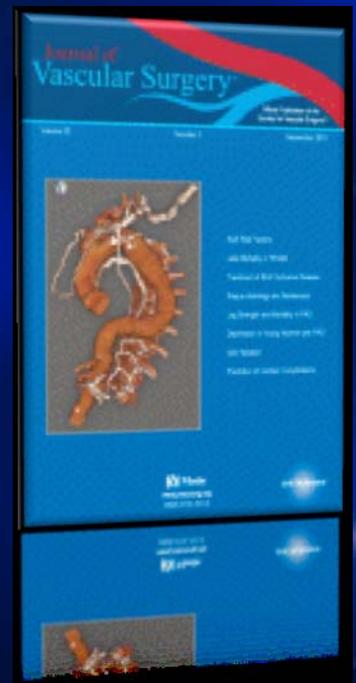
Predicting adverse outcome in outpatients with acute deep vein thrombosis. Findings from the RIETE Registry

(*J Vasc Surg* 2006;44:789-93.)

Javier Trujillo-Santos, MD, PhD,^a Salud Herrera, MD,^a M. Angeles Page, MD, PhD,^b M. José Soto, MD, PhD,^c Antoni Raventós, MD, PhD,^d Rosario Sánchez, MD,^e Manuel Monreal, PhD,^f and the RIETE Investigators,* *Murcia, Cádiz, Barcelona, Badalona, and Alicante, Spain*

Variables	Puntuación
Peso < 70 Kg	1
Cáncer	4
TVP bilateral	2
Inmovilización ≥ 4 días	2
CrCl < 30 mL/min	4
CrCl 30-60 mL/min	3
IC Crónica	1

≥ 3 alto riesgo



Revisión

Tratamiento domiciliario de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV)

Remedios Otero Candelera *, Teresa Elías Hernández y Demetrio González Vergara

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Med Clin (Barc). 2009;133(7):272-276

Criterios de exclusión para el tratamiento domiciliario en las trombosis venosas profundas (TVP) según la Michigan Quality Improvement Consortium Guideline

Embolia pulmonar

Trombosis íleo-femoral extensa

reciente cirugía o traumatismo ★

hemorragia activa

embarazo ★

estado conocido de hipercoagulabilidad ★

catéter asociado a TVP ★

suspecha de no cumplimiento del tratamiento

claramiento de creatinina <30 ml/min o creatinina >2,5 mg/dl

trombocitopenia <100.000

historia previa de trombocitopenia inducida por la heparina

Modificada de: Michigan Quality Improvement Consortium Guideline Outpatient Management of Uncomplicated Deep Venous Thrombosis. Ann Intern Med. 2007;146:204-10. Disponible en: <http://www.mqic.org/guid.htm>.



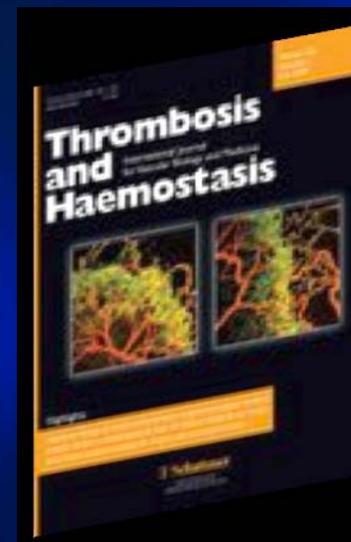
Predictive variables for major bleeding events in patients presenting with documented acute venous thromboembolism. Findings from the RIETE Registry

Thromb Haemost 2008; 100: 26-31

Nuria Ruíz-Giménez¹, Carmen Suárez¹, Rocío González², José Antonio Nieto³, José Antonio Todolí⁴, Ángel Luis Samperiz⁵, Manuel Monreal⁶, and the RIETE Investigators*

Sangrado mayor reciente	2
Creatinina > 1.2 mg/dl	1.5
Anemia	1.5
Cáncer	1
EP sintomático	1
Edad > 75 años	1

> 4 puntos: alto riesgo de sangrado



TRATAMIENTO DOMICILIARIO VERSUS HOSPITALARIO PARA LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Othieno R, Abu Affan M, Okpo E

♦ ♦ ♦

Fecha de la modificación más reciente: 22 de mayo de 2007



La Biblioteca
Cochrane Plus

COCCHRANE PLUS

RESULTADOS

Los pacientes tienen:

- menos recurrencias
- menos mortalidad
- menos hemorragias graves

El tratamiento ambulatorio es :

- menos costoso
- preferido por los pacientes

CONCLUSIONES

Es poco probable que se realicen nuevos ensayos grandes que comparen los tratamientos.

La información adicional se obtendrá de la creación de una base de datos más grande con estudios sin casos control que sólo puedan compararse con controles históricos.



VALORACION DE LOS PACIENTES CON TVP TRATADOS AMBULATORIAMENTE

- ✓ Características de nuestros pacientes
- ✓ Epidemiología de la ambulatorización
 - ❖ Mapa geográfico
 - ❖ ¿Existe relación con la existencia de unidades de ETV?
- ✓ Evolución de nuestros pacientes
- ✓ ¿Seguimos alguna de las guías de exclusión?
- ✓ ¿Podemos actualizar las recomendaciones?





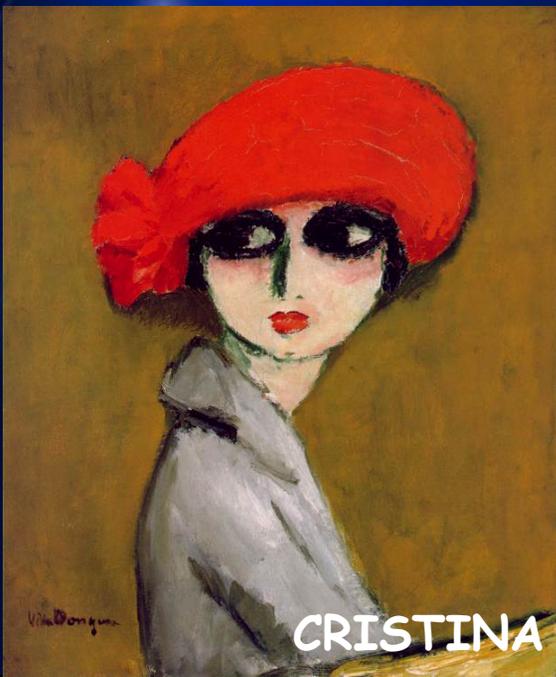
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

CONSULTA DE ETV 3 MESES DE TRATAMIENTO



Qué hago con el trata

anticoagulante



35 años, Auxiliar Administrativo
No AF de ETV.
No fuma. Practica Pádel.
IMC normal.

- ✓ TVP proximal (femoral profunda, superficial y poplítea) de EIIzda, sin factores desencadenantes.
- ✓ No otras enfermedades, nada que sugiera neoplasia oculta.
- ✓ Analítica al diagnóstico: Fibrinógeno 520 mg/dl, DD (IL test DDimer) 1250 ng/ml.
- ✓ Tratada de forma ambulatoria con HBPM + Acenocumarol + Media de compresión.
- ✓ No ha tenido problemas con la anticoagulación.
- ✓ Estudio de Trombofilia inicial: Mutación heterocigota del F II.



OBDULIA

72 años, viuda, vive sola, autónoma.
Dificultad para ir al C. de Salud.
HTA, Dislipemia: IECA + Estatina.
Diverticulosis colon: HDB no severa en 2008
Estreñimiento: toma hierbas.

- ✓ Diagnosticada de **ETV idiopática**: TVP poplítea derecha y TEP no masivo. *Había estado trabajando en el huerto y al día siguiente "tenía cargada la pantorrilla derecha", muy dura, así que se quedó en la cocina. Por la tarde empezó con fatiga y dolor en el costado y apretó el botón de la CRUZ ROJA.*
- ✓ Estuvo ingresada 1 semana, se anticoaguló con HBPM y Acenocumarol.
- ✓ Se hizo una investigación limitada de neoplasia oculta negativa.
- ✓ En la analítica tenía un Fibrinógeno de 557 mg/dl y un DD de 3076 ng/ml. Colesterol total y LDL normales.
- ✓ Alta con anticoagulación y media de compresión además de su medicación habitual.



JONATHAN

17 años. Vive con sus padres. Estudiaba 1° Bachiller
Diagnosticado de Psicosis hace 6 meses.
Vida sedentaria, casi intradomiciliaria.
Ganancia de 12 Kg de peso. IMC 29.
Tratamiento: antidepresivos y antipsicóticos

- ✓ Ingresó por TEP bilateral sin compromiso hemodinámico.
- ✓ TVP poplítea derecha asintomática.
- ✓ Analítica: DD: 5700 ng/ml, Fib: 675 mg/dl, pO₂: 68 mm Hg
- ✓ Buena evolución con tratamiento habitual.
- ✓ Alta con media de compresión.
- ✓ Estudio de hipercoagulabilidad parcial, normal.



ALFONSO

85 años, ganadero jubilado.

EPOC moderado, con 1-2 ingresos/año.

Obeso (IMC: 37), varices.

DM2 conocida desde los 70 años, con regular control.

En el último año ha comenzado con deterioro de FIS, aunque todavía es autónomo, salvo para el aseo.

Vive con su mujer (80 años), cerca de ellos una hija que no se los puede llevar a su casa.

TTo: Inhaladores, metformina, sulfonilurea.

- ✓ Se diagnostica de TVP en todo el sistema venoso profundo de EII sin factor desencadenante.
- ✓ Analítica: discreta disminución de PT y ALB, glucosa de 260 mg/dl, Urea 102 mg/dl, Cr 2.1 mg/dl, DD 4500 ng/ml.
- ✓ Durante el ingreso: síndrome confusional agudo y RAO con diagnóstico de HBP.
- ✓ Alta con parche de Rivastigmina, Risperidona, Tamsulosina, Acenocumarol, media de compresión y sondaje vesical, con intención de retirada posterior.

Antithrombotic Therapy for Venous Thromboembolic Disease*

American College of Chest Physicians Evidence Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition)

(CHEST 2008; 133:454S–545S)



Para pacientes con ETV idiopática, nosotros recomendamos tratamiento con AVK por al menos 3 meses (Grado 1A).

Recomendamos que después de 3 meses de TAO, todos los pacientes sean evaluados sobre el riesgo-beneficio del tratamiento prolongado (Grado 1C).

Si no tiene factores de riesgo de sangrado y tiene una correcta monitorización de la anticoagulación, recomendamos tratamiento prolongado (Grado 1A).

Unprovoked Venous Thromboembolism: Short term or Indefinite Anticoagulation? Balancing Long-Term Risk and Benefit

M. Rodger^{a,b,*}, M. Carrier^{a,b,1}, E. Gandara^{a,b,2}, G. Le Gal^{c,3}

Blood Reviews 24 (2010) 171-178

ETV recurrente a los 8 años: $\approx 46\%$
Tasa de casos fatales por recurrencia: 3.6%



1.6% de muertes

Sangrado mayor a los 8 años: $7.7\% - 21.6\%$
Tasa de casos fatales por sangrado mayor: 11.5%



0.9%-2.4% de muertes

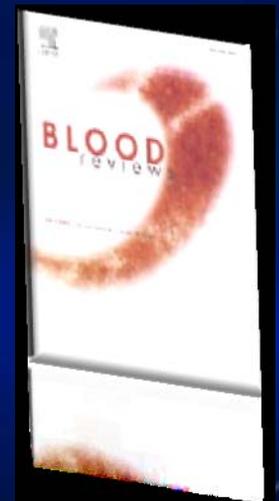


Los eventos por sangrado mayor secundario a TAO, son con mas frecuencia fatales, que los eventos por ETV recurrente.



ESTRATIFICAR EL RIESGO

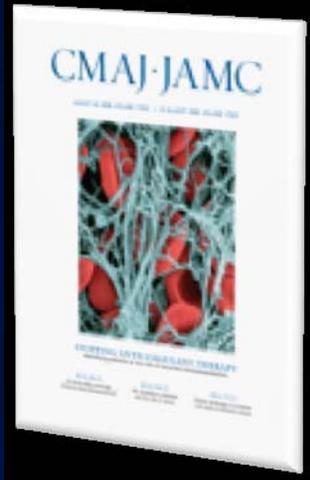
En PUBMED, 18 artículos sobre recurrencia ETV en 2010



SEXO

SPT

DD tras TAO
¿durante?



TROMBOSIS
RESIDUAL

EDAD

TROMBOFILIA

IMC

Men continue and HERDOO2

CMAJ 2008;179(5):417-26

- Hiperpigmentación/Edema/EnRojecimiento
- DD (Vidas) durante TAO $\geq 250 \mu\text{g/L}$
- Obesidad: IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$
- Edad ≥ 65 años

Alto Riesgo: todos los hombres
mujeres con 2 o mas factores

Bajo Riesgo: mujeres con 1 o menos

REVERSE II

- ❖ Valorar en nuestra serie, la incidencia de recurrencias.
- ❖ Ver características de los que recurren:
 - o Edades
 - o Sexo
 - o Peso/IMC
- ❖ Ver tiempo de tratamiento (ojo).
- ❖ ¿Tenemos ya datos suficientes de...?:
 - o DDímero al mes de tratamiento
 - o Trombosis residual tras tratamiento
 - o Síndrome postrombótico
- ❖ ¿Merece la pena añadir DDímero antes de suspender el TAO?



Actualizado a 25 febrero 2010



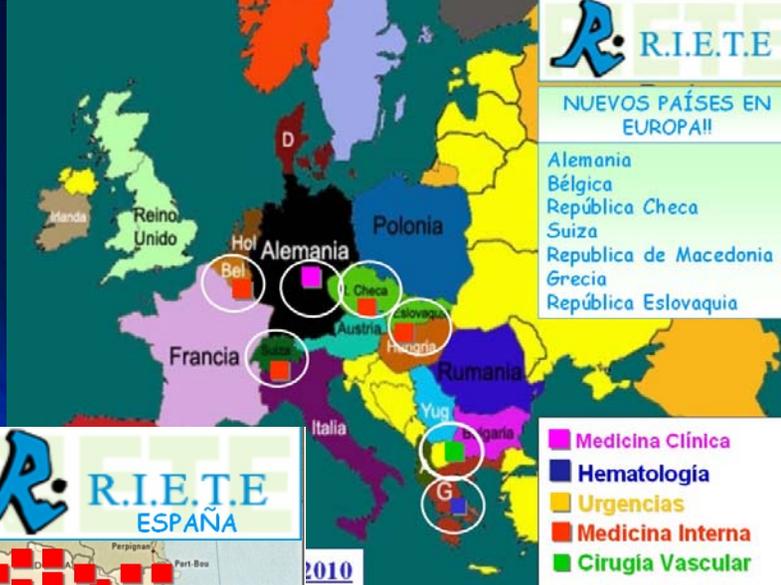
R.I.E.T.E. OTROS PAÍSES

- Medicina clínica
- Oncología
- Medicina Interna
- Hematología

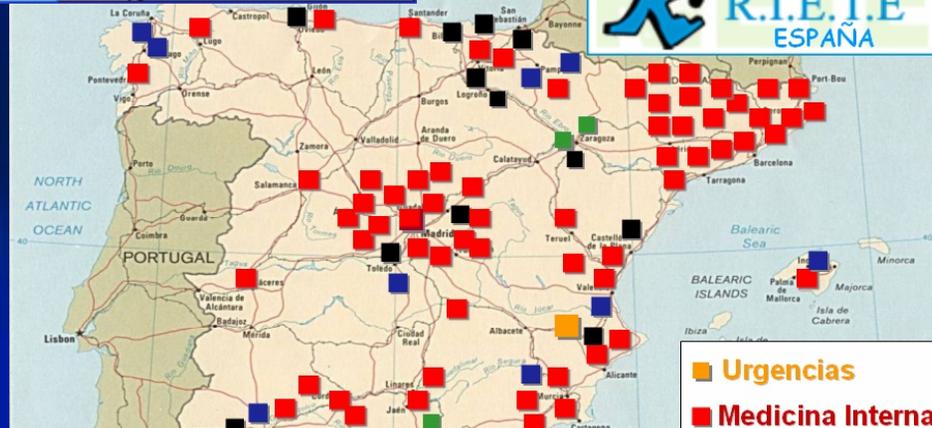
R.I.E.T.E.

NUEVOS PAÍSES EN EUROPA!!

- Alemania
- Bélgica
- República Checa
- Suiza
- Republica de Macedonia
- Grecia
- República Eslovaquia



R.I.E.T.E. ESPAÑA



2010

132 Miembros activos

R.I.E.T.E. ITALIA



R.I.E.T.E. FRANCIA



33137 Pacientes válidos

Actualizado a 25 febrero 2010

FUTURO RIETE INTERNACIONAL

- ❖ Aumento número de países
- ❖ Aumento número de miembros activos
- ❖ Aumento de pacientes válidos internacionales



Estudios comparativos:

- Diferencias étnicas en cuanto a epidemiología.
- Formas de presentación.
- Manejo diagnóstico.
- Tratamiento: farmacológico, lugar de tratamiento, tiempo de tratamiento...

¿FUTURO DEL RIETE?

