

## MISIÓN DE ITAC

La International Initiative on Cancer and Thrombosis (ITAC, <https://www.itaccme.com>) es un grupo sin ánimo de lucro formado por expertos académicos de todo el mundo, comprometido con la mejora de la atención a los pacientes con trombosis asociada al cáncer. ITAC-CME ha publicado en 2022 una actualización de sus guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el tratamiento y la profilaxis de la trombosis asociada a cáncer. El objetivo de ITAC-CME es mejorar las vidas y los resultados en salud de los pacientes con cáncer de todo el mundo y ayudar a aliviar una carga económica sustancial a los sistemas de salud.

## COMITÉ DIRECTIVO DE ITAC

### Presidentes

Prof. Dominique Farge, M.D. (Francia, Canadá)

Prof. James Douketis, M.D. (Canadá)

### Vicepresidentes

Dr. Syed Ali Abutalib, M.D. (EEUU)

Dr. Darko Antic, M.D. (Serbia)

Prof. Cihan Ay, M.D. (Austria)

Dr. Dialina Brilhante, M.D. (Portugal)

Prof. Henri Bounameaux, M.D. (Suiza)

Prof. Benjamin Brenner, M.D. (Israel)

Dr. Patricia Casais, M.D. (Argentina)

Dr. Jean Marie Connors, M.D. (EEUU)

Dr. Corinne Frere, M.D. (Francia)

Prof. Cecilia Guillermo Esposito (Uruguay)

Prof. Takayuki Ikezoe, M.D. (Japón)

Rt. Hon. Prof. Lord Ajay Kakkar, M.D. (Reino Unido)

Prof. Alok Khorana, M.D. (EEUU)

Prof. Andres Muñoz, M.D. (España)

Prof. Luis Meillon-Garcia M.D. (México)

Prof. Ingrid Pabinger, M.D. (Austria)

Dr. Pedro Henrique de Prata, M.D. (Brasil)

- Los pacientes con cáncer tienen un riesgo 4 a 7 veces mayor de sufrir una trombosis venosa (ETV).
- Entre el 4 y el 20% de pacientes con cáncer tendrán un evento trombótico venoso durante el curso de su enfermedad, pero el riesgo no es igual para todos los pacientes con cáncer.
- La ETV es la segunda causa de muerte en pacientes con cáncer.
- La ETV puede retrasar o conllevar modificaciones en el tratamiento del cáncer.
- La ETV puede prolongar la hospitalización y empeorar los resultados.
- La ETV se asocia con alto riesgo de recurrencia y de sangrado.
- El uso de estas guías internacionales de práctica clínica (GPC) para el tratamiento y profilaxis de la ETV en pacientes con cáncer podría mejorar los resultados de los pacientes y reducir cargas económicas innecesarias sobre los sistemas de salud.

ITAC CME GFTC

## Guías de bolsillo ITAC 2022

Respaldadas por

**Isth**<sup>TM</sup>  
International Society on  
Thrombosis and Haemostasis

## GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES CON CÁNCER



Descarga gratis la app de las guías de ITAC en:  
<https://www.itaccme.com>

① Tratamiento inicial de la ETV establecida.

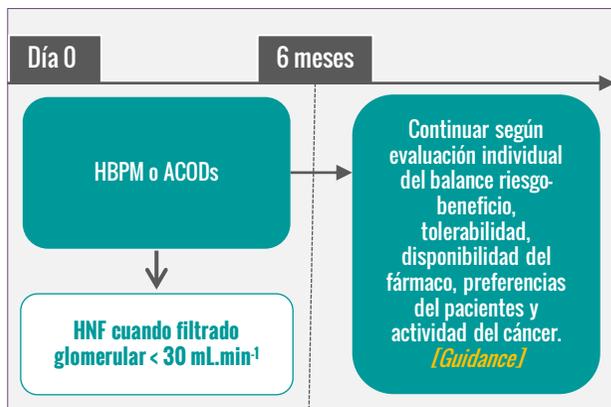
- Se pueden usar todos los anticoagulantes.
- En pacientes con filtrado glomerular  $\geq 30$  mL.min<sup>-1</sup>, priorizar HBPM [Grade 1A] o ACODs (apixabán o rivaroxabán en los primeros 10 días, o edoxabán tras al menos cinco días de anticoagulación parenteral) en pacientes sin alto riesgo de sangrado gastrointestinal o genitourinario [Grade 1A].

② Tratamiento de mantenimiento temprano (primeros seis meses) y a largo plazo (más allá de seis meses) de la ETV establecida.

- La HBPM se prefiere a los AVK en pacientes con filtrado glomerular  $\geq 30$  mL.min<sup>-1</sup> [Grade 1A]. (Una inyección SC diaria puede resultar inconveniente al paciente).
- Los ACODs (apixabán, rivaroxabán o edoxabán) están recomendados en pacientes con cáncer y filtrado glomerular  $\geq 30$  mL.min<sup>-1</sup> en ausencia de interacciones farmacológicas fuertes o alteración de la absorción gastrointestinal. [Grade 1A]. (Precaución en pacientes con tumores digestivos, especialmente del tracto digestivo superior, ya que los datos actualmente disponibles demuestran un incremento del riesgo de hemorragia digestiva con edoxabán y rivaroxabán).

Duración óptima

- Al menos seis meses [Grade 1A].



③ Tratamiento de la trombosis asociada a catéter

Se recomienda la HBPM al menos tres meses y mientras el catéter esté colocado [Guidance]; el catéter puede permanecer colocado si está funcionando, bien posicionado, no infectado y hay resolución de los síntomas, manteniendo vigilancia estrecha mientras se administra la terapia anticoagulante. [Guidance].

④ Situaciones especiales.

- Tumor cerebral: se puede usar HBPM o ACODs [Grade 2A].
- Insuficiencia renal grave (filtrado < 30 mL.min<sup>-1</sup>): HNF seguida de AVK precoz (posible desde el día 1) o HBPM ajustada a actividad anti-Xa [Guidance].
- Trombopenia: Dosis plenas de anticoagulante si la cifra de plaquetas es > 50 G.L<sup>-1</sup> y no hay signos de sangrado. En pacientes con plaquetas < 50 G.L<sup>-1</sup>, cualquier decisión sobre tratamiento y dosis se debe hacer caso por caso y con suma cautela [Guidance].

⑤ Tratamiento de la ETV recurrente en pacientes anticoagulados

Dependiendo del tratamiento inicial [Guidance]:

- Si HBPM, subir dosis de HBPM. un 20-25% o cambiar a ACODs.
- Si ACODs, cambiar a HBPM.
- Si AVK, cambiar a HBPM o ACODs.

PROFILAXIS EN PACIENTE QUIRÚRGICO

- Se recomienda HBPM una vez al día (con filtrado glomerular  $\geq 30$  mL.min<sup>-1</sup>) o dosis bajas de HNF tres veces al día. La profilaxis farmacológica debe iniciarse 2 a 12 horas preoperatoriamente y continuar al menos 7-10 días tras la cirugía. No hay datos que apoyen la superioridad de una HBPM sobre otra [Grade 1A].
- Uso de la dosis profiláctica de HBPM más alta [Grade 1A].
- Se recomienda profilaxis extendida (4 semanas) con HBPM en pacientes oncológicos sometidos a cirugía mayor abdominal o pélvica (ya sea laparotomía o laparoscopia) siempre que el riesgo de sangrado sea bajo [Grade 1A].

PROFILAXIS EN PACIENTE MÉDICO

① Paciente médico hospitalizado y con movilidad reducida: HBPM, HNF o fondaparinux [Grade 1B].

② Pacientes ambulatorios con cáncer de páncreas localmente avanzado o metastásico con terapia antitumoral sistémica y bajo riesgo de sangrado: HBPM [Grade 1A] o ACODs [Grade 1B].

③ Pacientes ambulatorios con terapia antitumoral sistémica con riesgo trombotico intermedio o alto, identificado por el tipo de cáncer (p. ej. páncreas) o un modelo predictivo validado (p. ej. Score de Khorana  $\geq 2$ ), sin sangrado activo y bajo riesgo de sangrado: ACODs (rivaroxabán o apixabán) [Grade 1B].

④ Pacientes con mieloma tratados con inmunomoduladores combinados con esteroides y/u otras terapias antitumorales sistémicas. Se recomienda profilaxis primaria farmacológica de ETV [Grade 1A]. Se pueden usar anticoagulantes orales (AVK a dosis baja o terapéutica, apixabán a dosis profiláctica) o HBPM a dosis profiláctica o ácido acetilsalicílico a dosis baja (100mg diarios) ya que han demostrado efectos preventivos similares [Grade 2B].

Khorana Score

Parámetro	Puntos
Localización Muy alto riesgo: páncreas, estómago Alto riesgo: pulmón, linfoma, vejiga, testículo o ginecológico.	+2 +1
Plaquetas $\geq 350 \times 10^9/L$	+1
Hemoglobina <10 g/dl o uso de eritropoyetina	+1
Leucocitos $>11 \times 10^9/L$	+1
BMI $>35 \text{ kg/m}^2$	+1

Suma score= 0 : bajo riesgo (<1%) ; Suma score= 1-2 : riesgo intermedio; Suma Score  $\geq 3$  : riesgo alto.