

ASCO® Guidelines

Profilaxis y tratamiento del tromboembolismo venoso en pacientes con cáncer: Actualización de la guía ASCO

Pregunta clínica	Recomendación	Tipo	Calidad de evidencia	Grado
¿Deben los pacientes hospitalizados con cáncer recibir anticoagulación para la profilaxis de TEV?	1.1. A los pacientes hospitalizados con neoplasia maligna activa y enfermedad médica aguda o movilidad reducida se les debe ofrecer tromboprofilaxis farmacológica en ausencia de sangrado u otras contraindicaciones.	BE	I	M
	1.2. A los pacientes hospitalizados que tienen neoplasia maligna activa sin factores de riesgo adicionales se les puede ofrecer tromboprofilaxis farmacológica en ausencia de sangrado u otras contraindicaciones.	BE	B	M
	1.3. No se debe ofrecer tromboprofilaxis farmacológica de rutina a los pacientes admitidos con el único propósito de procedimientos menores o infusión de quimioterapia, ni a los pacientes sometidos a trasplante de células madre/médula ósea.	CI	Ins	M
¿Deben los pacientes ambulatorios con cáncer recibir anticoagulación para la profilaxis de TEV durante la quimioterapia sistémica?	2.1. No se debe ofrecer tromboprofilaxis farmacológica de rutina a todos los pacientes ambulatorios con cáncer.	BE	I – A	A
	2.2. A los pacientes ambulatorios de alto riesgo con cáncer (puntuación de Khorana de 2 o más antes de comenzar un nuevo régimen de quimioterapia sistémica) se les puede ofrecer tromboprofilaxis con apixaban, rivaroxaban o HBPM siempre que no haya factores de riesgo significativos para el sangrado y no haya interacciones medicamentosas. La consideración de dicha terapia debe ir acompañada de una discusión con el paciente sobre los beneficios y daños relativos, el costo del medicamento y la duración de la profilaxis en este entorno.	BE	I – A para apixaban y rivaroxaban I para HBPM	M
	2.3. A los pacientes con mieloma múltiple que reciben regímenes basados en talidomida o lenalidomida con quimioterapia y/o dexametasona se les debe ofrecer tromboprofilaxis farmacológica con aspirina o HBPM para pacientes de menor riesgo y HBPM para pacientes de mayor riesgo.	BE	I	A
¿Deben los pacientes con cáncer sometidos a cirugía recibir profilaxis	3.1. A todos los pacientes con enfermedad maligna sometidos a una intervención quirúrgica importante se les debe ofrecer tromboprofilaxis farmacológica con HNF o HBPM a menos que esté contraindicado debido a hemorragia activa, o alto riesgo de hemorragia, u otras contraindicaciones.	BE	A	A
	3.2. La profilaxis con HNF o HBPM debe iniciarse antes de la operación.	BE	I	M

Profilaxis y tratamiento del tromboembolismo venoso en pacientes con cáncer: Actualización de la guía ASCO

Pregunta clínica	Recomendación	Tipo	Calidad de evidencia	Grado
perioperatoria contra el TEV?	3.3. Pueden añadirse métodos mecánicos a la tromboprofilaxis farmacológica, pero no deben utilizarse como monoterapia para la prevención del TEV, a menos que los métodos farmacológicos estén contraindicados debido a hemorragias activas o a un riesgo elevado de hemorragias.	BE	I	A
	3.4. Un régimen combinado de profilaxis farmacológica y mecánica puede mejorar la eficacia, especialmente en los pacientes de mayor riesgo.	BE	I	M
	3.5. La tromboprofilaxis farmacológica en pacientes sometidos a cirugía mayor por cáncer debe continuarse durante al menos 7 a 10 días.	BE	A	M – A
	3.6. Se debe ofrecer tromboprofilaxis farmacológica prolongada hasta 4 semanas después de la operación a los pacientes sometidos a cirugía abdominal o pélvica abierta o laparoscópica mayor para el cáncer que tienen características de alto riesgo, como movilidad restringida, obesidad, antecedentes de TEV o con factores de riesgo adicionales. En entornos quirúrgicos de menor riesgo, la decisión sobre la duración adecuada de la tromboprofilaxis debe tomarse caso por caso.	BE	A	M – A
	3.7. (Actualizado) A los pacientes que son candidatos para tromboprofilaxis farmacológica prolongada después de la cirugía se les pueden ofrecer dosis profilácticas de HBPM.	BE	A	A
	Alternativamente, a los pacientes se les pueden ofrecer dosis profilácticas de rivaroxaban o apixaban después de un período inicial de HBPM o HNF.	BE	B	B
	Declaración de calificación: La evidencia de rivaroxaban y apixaban en este entorno sigue siendo limitada. Los dos ensayos disponibles difirieron con respecto al tipo de cáncer, el tipo de cirugía y el momento del inicio de rivaroxaban o apixaban después de la cirugía.			
¿Cuáles el mejor método para el tratamiento de pacientes con cáncer con TEV establecido para	4.1. (Actualizado) La anticoagulación inicial puede involucrar HBPM, HNF, fondaparinux, rivaroxaban o apixaban. Para los pacientes que inician el tratamiento con anticoagulación parenteral, se prefiere la HBPM sobre la HNF durante los 5 a 10 días iniciales de anticoagulación para el paciente con cáncer con TEV recién diagnosticado que no tiene insuficiencia renal grave (definida como aclaramiento de creatinina inferior a 30 ml/min).	BE	A	A

Profilaxis y tratamiento del tromboembolismo venoso en pacientes con cáncer: Actualización de la guía ASCO

Pregunta clínica	Recomendación	Tipo	Calidad de evidencia	Grado
prevenir la recurrencia?	4.2. (Actualizado) Para la anticoagulación a largo plazo, se prefieren HBPM, edoxabán, rivaroxabán o apixabán durante al menos 6 meses sobre los AVK debido a la mejora de la eficacia. Los AVK se pueden usar si la HBPM o los inhibidores directos del factor Xa no son accesibles. Hay una reducción en la trombosis recurrente, pero un aumento en el riesgo de hemorragia no mayor clínicamente relevante con inhibidores directos del factor Xa en comparación con la HBPM. Se debe tener precaución con los inhibidores directos del factor Xa en las neoplasias malignas gastrointestinales y genitourinarias, y en otros entornos con alto riesgo de sangrado de la mucosa. La interacción fármaco-fármaco debe comprobarse antes de usar un inhibidor directo del factor Xa.	BE	A	A
	4.3. Se debe ofrecer la anticoagulación con HBPM, inhibidores directos del factor Xa o AVK más allá de los 6 meses iniciales para seleccionar pacientes con cáncer activo, como aquellos con enfermedad metastásica o aquellos que reciben quimioterapia. La anticoagulación más allá de los 6 meses debe evaluarse de forma intermitente para garantizar un perfil de riesgo-beneficio favorable continuo	CI	B	B – M
	4.4. En base a la opinión de expertos en ausencia de datos de ensayos aleatorios, beneficio incierto a corto plazo y evidencia creciente de daño a largo plazo de los filtros, la inserción de un filtro de vena cava no debe ofrecerse a pacientes con trombosis establecida o crónica (diagnóstico de TEV hace más de 4 semanas), ni a pacientes con contraindicaciones temporales para la terapia anticoagulante (por ejemplo, cirugía). Tampoco hay función para la inserción del filtro para la prevención primaria o la profilaxis de la EP o la trombosis venosa profunda debido a sus problemas de daño a largo plazo. Puede ofrecerse a pacientes con contraindicaciones absolutas para la terapia anticoagulante en el entorno de tratamiento agudo (diagnóstico de TEV en las últimas 4 semanas) si la carga del trombo se consideró potencialmente mortal. Se necesita investigación adicional.	CI	B – I	M
	4.5. La inserción de un filtro de vena cava puede ofrecerse como complemento de la anticoagulación en pacientes con progresión de la trombosis (TEV recurrente o extensión del trombo existente) a pesar del tratamiento anticoagulante óptimo. Esto se basa en la opinión de los expertos del panel dada la ausencia de una mejora de la supervivencia, un beneficio limitado a corto plazo, pero la creciente evidencia del aumento del riesgo a largo plazo de TEV.	CI	B – I	D

Profilaxis y tratamiento del tromboembolismo venoso en pacientes con cáncer: Actualización de la guía ASCO

Pregunta clínica	Recomendación	Tipo	Calidad de evidencia	Grado
	4.6. Para los pacientes con neoplasias malignas primarias o metastásicas del sistema nervioso central y TEV establecida, se debe ofrecer la anticoagulación descrita para otros pacientes con cáncer, aunque persisten las incertidumbres sobre la elección de los agentes y la selección de los pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse	CI	B	M
	4.7. La EP incidental y la trombosis venosa profunda deben tratarse de la misma manera que el TEV sintomático, dados sus resultados clínicos similares en comparación con los pacientes de cáncer con eventos sintomáticos.	CI	B	M
	4.8. El tratamiento de la EP subsegmentaria aislada o de los trombos esplácnicos o de la vena visceral diagnosticados incidentalmente debe ofrecerse caso por caso, teniendo en cuenta los posibles beneficios y riesgos de la anticoagulación.	CI	Ins	M
¿Los pacientes con cáncer deben recibir anticoagulantes en ausencia de TEV establecido para mejorar la supervivencia?	5. No se recomienda el uso de anticoagulantes para mejorar la supervivencia en pacientes con cáncer sin TEV.	BE	A	A
¿Qué se sabe sobre la predicción del riesgo y el conocimiento del TEV entre los pacientes con cáncer?	6.1. Existe una variación sustancial en el riesgo de TEV entre pacientes individuales con cáncer y entornos con cáncer. Los pacientes con cáncer deben ser evaluados para el riesgo de TEV inicialmente y periódicamente a partir de entonces, particularmente al iniciar la terapia antineoplásica sistémica o en el momento de la hospitalización. Los factores de riesgo individuales, incluidos los biomarcadores o el sitio del cáncer, no identifican de manera confiable a los pacientes con cáncer con alto riesgo de TEV. En el entorno ambulatorio entre pacientes con tumores sólidos tratados con terapia sistémica, la evaluación del riesgo se puede realizar en función de una herramienta de evaluación de riesgos validada (puntuación de Khorana).	BE	I	A
	6.2. Los oncólogos y los miembros del equipo de oncología deben educar a los pacientes sobre el TEV, particularmente en entornos que aumentan el riesgo, como cirugía mayor, hospitalización y mientras reciben terapia antineoplásica sistémica	CI	Ins	A

Abreviaturas. A, alta/alto; AVK, antagonistas de la vitamina K; B, baja/bajo; BE, basada en evidencia; B – I, baja a intermedia; B – M, bajo a moderado; CI, consenso informal; HBPM, heparina de bajo peso molecular; I, intermedia; I – A, intermedia a alta; INS, Insuficiente; M, moderado; M – A, moderado a alto; min, minuto; mL, mililitro; PE, embolia pulmonar; HNF, heparina no fraccionada; TEV, tromboembolismo venoso;

Notas sobre el uso no contemplado en las recomendaciones de la guía. La HBPM y los inhibidores directos del factor Xa no han sido aprobados por la FDA para la tromboprofilaxis en pacientes ambulatorios con cáncer. Fuera de la aprobación de la HBPM para la tromboprofilaxis en pacientes sometidos a cirugía abdominal, los anticoagulantes no han sido aprobados por la FDA para la tromboprofilaxis en pacientes sometidos a cirugía del cáncer. Dalteparin es la única HBPM con la aprobación de la FDA para la terapia extendida para prevenir el tromboembolismo venoso recurrente en pacientes con cáncer.