

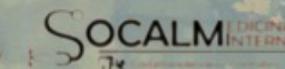
XXXVII CONGRESO
Sociedad Castellanoleonesa y
Cántabra de Medicina Interna
IX Reunión Residentes

**La enfermedad tromboembólica
desde la mirada del internista**

Miguel Martín Asenjo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Coordinador del grupo de enfermedad tromboembólica de SEMI

Sacyl



León
9 y 10
junio



Justificación

1. La enfermedad tromboembólica venosa es la **tercera enfermedad cardiovascular** más frecuente. Incidencia anual global: 100-200/100.000 habitantes. Tercera causa de mortalidad hospitalaria.
2. Es un problema de creciente magnitud:
 - Envejecimiento de la población
 - Aumento de procedimientos quirúrgicos en población de alto riesgo
 - Mayor supervivencia de los pacientes oncológicos.
3. La ETV puede ser mortal en la fase **aguda** o conducir a transformarse en una entidad **crónica** con la consiguiente discapacidad.



Diagnóstico

Tratamiento

Seguimiento

- Factores de riesgo
- Escalas de predicción
- Pruebas diagnósticas
- Trombofilias
- Despistaje neoplasias

- Pruebas diagnósticas
¿a quien?
- Despistaje de hipertensión pulmonar
- Complicaciones

Unidades de enfermedad tromboembólica



Factores de riesgo de enfermedad tromboembólica

2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS)

Alto Riesgo	Riesgo Intermedio	Bajo Riesgo
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fractura de miembro inferior 2. Hospitalización por insuficiencia cardíaca o fibrilación auricular en los tres meses previos 3. Recambio de cadera o rodilla 4. Traumatismo mayor 5. Infarto de miocardio en los tres meses previos 6. TVP previa 7. Cirugía de columna 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Artroscopia de rodilla 2. Enfermedades autoinmunes 3. Transfusión de derivados hematológicos 4. Cateter venoso central /periférico 5. Quimioterapia 6. Insuficiencia cardíaca congestiva 7. Fármacos hematopoyéticos 8. Terapia hormonal sustitutiva 9. Fertilización in vitro 10. Anticonceptivos orales 11. Periodo post parto 12. Infección, especialmente neumonía infección urinaria y VIH 13. Enfermedad inflamatoria intestinal 14. Cáncer, más riesgo con metástasis 15. Ictus con parálisis residual 16. Trombosis venosa superficial 17. Trombofilia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reposo mayor de tres días 2. Diabetes mellitus 3. Hipertensión arterial 4. Inmovilización por sedestación (viajes) 5. Edad avanzada 6. Cirugía laparoscópica 7. Obesidad 8. Embarazo 9. Varices



León
9 y 10 de Junio



Factores de riesgo de enfermedad tromboembólica

American Society of Hematology 2020 guidelines for management of venous thromboembolism: treatment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism

Factores de Riesgo Persistentes	Factores de Riesgo Transitorios
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cáncer activo 2. Enfermedad inflamatoria intestinal 3. Enfermedades autoinmunes (SAF) 4. Infecciones crónicas 5. Inmovilidad crónica 	<p>Factores Mayores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cirugía con anestesia general ≥ 30min 2. Inmovilización en cama en hospital ≥ 3 días con enfermedad aguda 3. Cesárea <p>Factores Menores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cirugía con anestesia general < 30 min 2. Ingreso en hospital < 3 días con enfermedad aguda 3. Terapia con estrógenos 4. Embarazo o puerperio 5. Inmovilización en cama fuera de hospital por enfermedad aguda 6. Lesión en extremidad con disminución de la movilidad ≥ 3 días



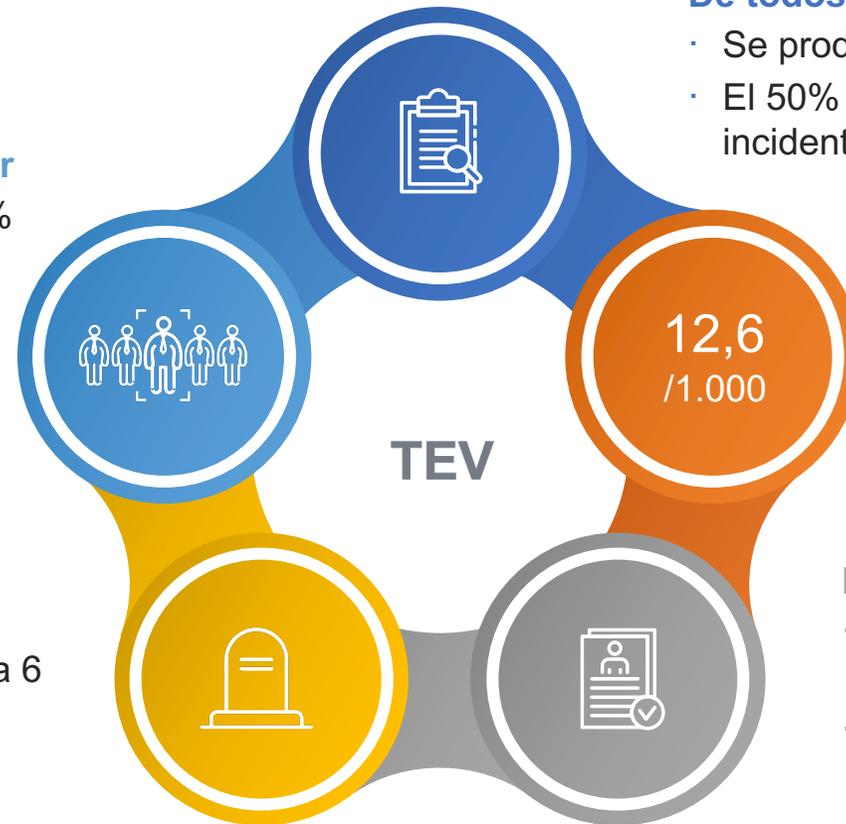
Trombosis asociada al cáncer

De todos los pacientes con cáncer

- El cáncer activo representa el 20% de la incidencia global de TEV

Segunda causa de muerte en pacientes con cáncer

- El riesgo de mortalidad es de 2 a 6 veces mayor en pacientes con cáncer



De todos los casos de TEV

- Se produce en el 20% de los pacientes con cáncer
- El 50% de estos casos se diagnostican a menudo de forma incidental. Se asocia a una tasa de mortalidad del 20-30%.

La incidencia de TEV es de aproximadamente 12,6 por cada 1.000 personas-año

En comparación con los pacientes sin cáncer

- Mayor riesgo de TEV inicial y recurrente TEV (5-9 veces)
- Mayor riesgo de hemorragia asociada a anticoagulantes



Trombosis venosa superficial

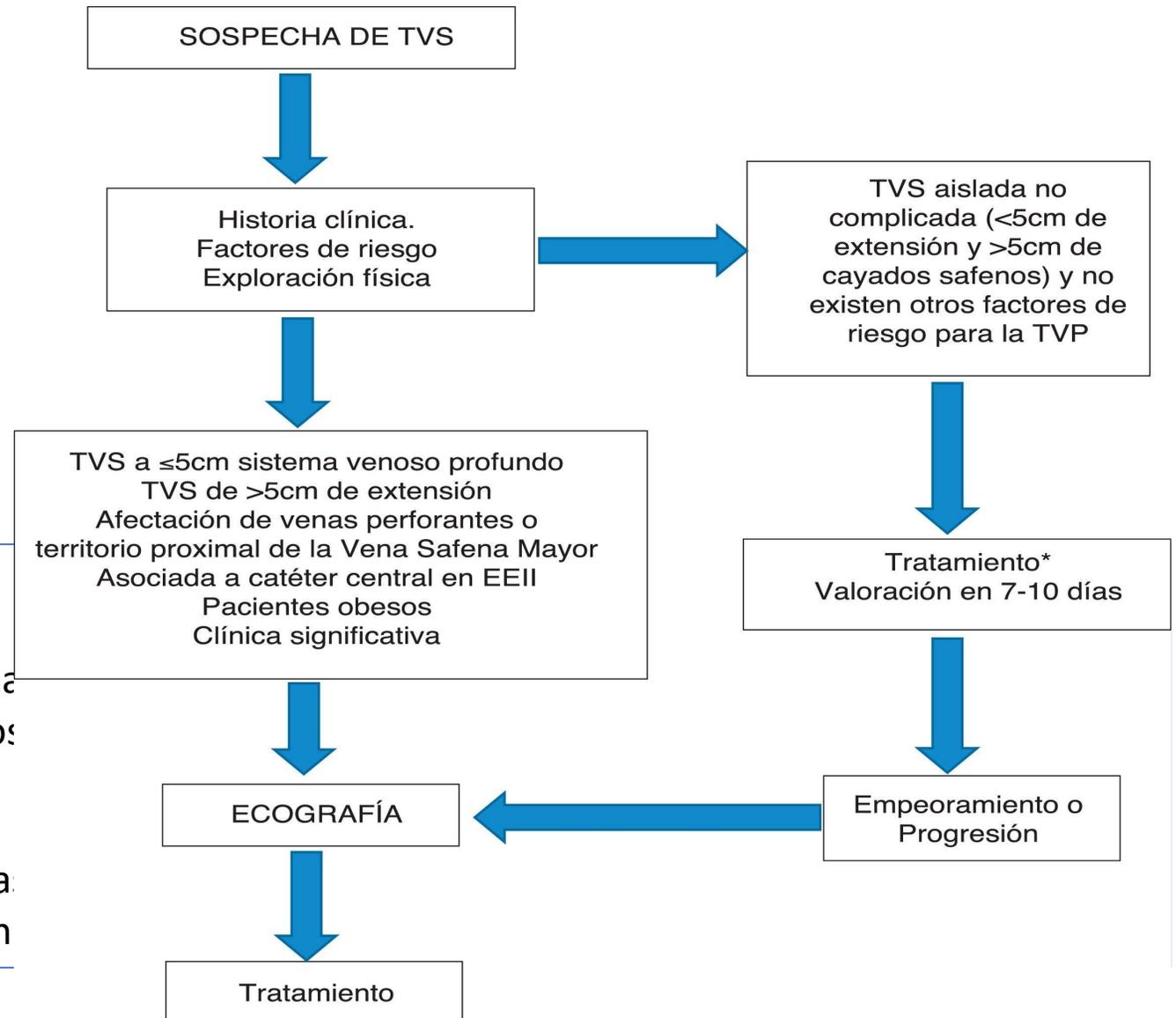
No es una entidad benigna

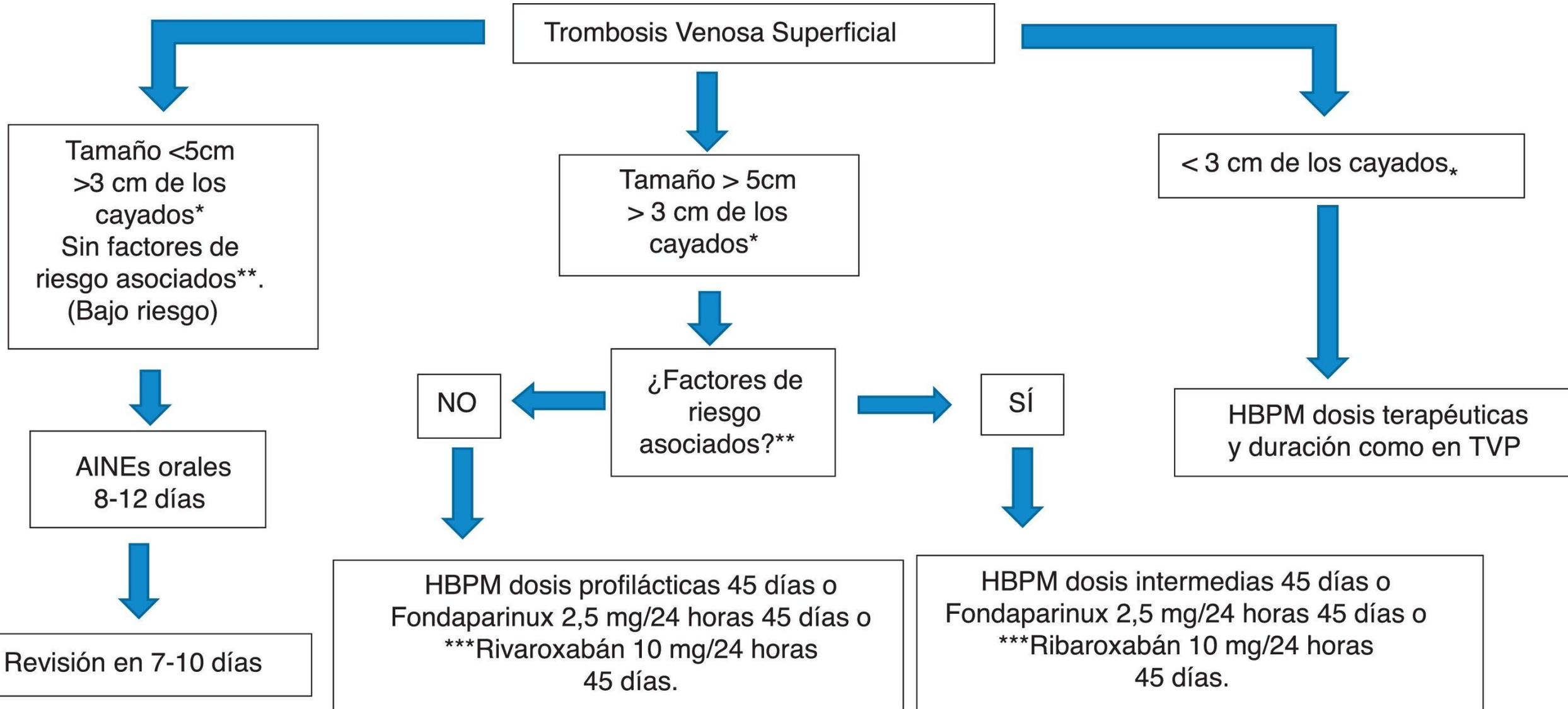
Prevalencia: 3-11 % de la población

- Trombosis venosa profunda: 18.1 %
- Trombosis pulmonar: 6,1 %

Factores de riesgo:

- Trombosis extensas (≥ 5 cm)
- Localización por encima de la rodilla TVS en vena
- Proximidad anatómica de la TVS al sistema venoso
- Afectación de la vena safena mayor
- Síntomas severos
- Factores de riesgo médicos para la TVP (sexo masculino, neoplasia, cirugía o trauma reciente, terapia con







León
9 y 10 de Junio



Trombosis venosa superficial

[Clin Appl Thromb Hemost.](#) 2022 Jan-Dec; 28: 1076029620939181.

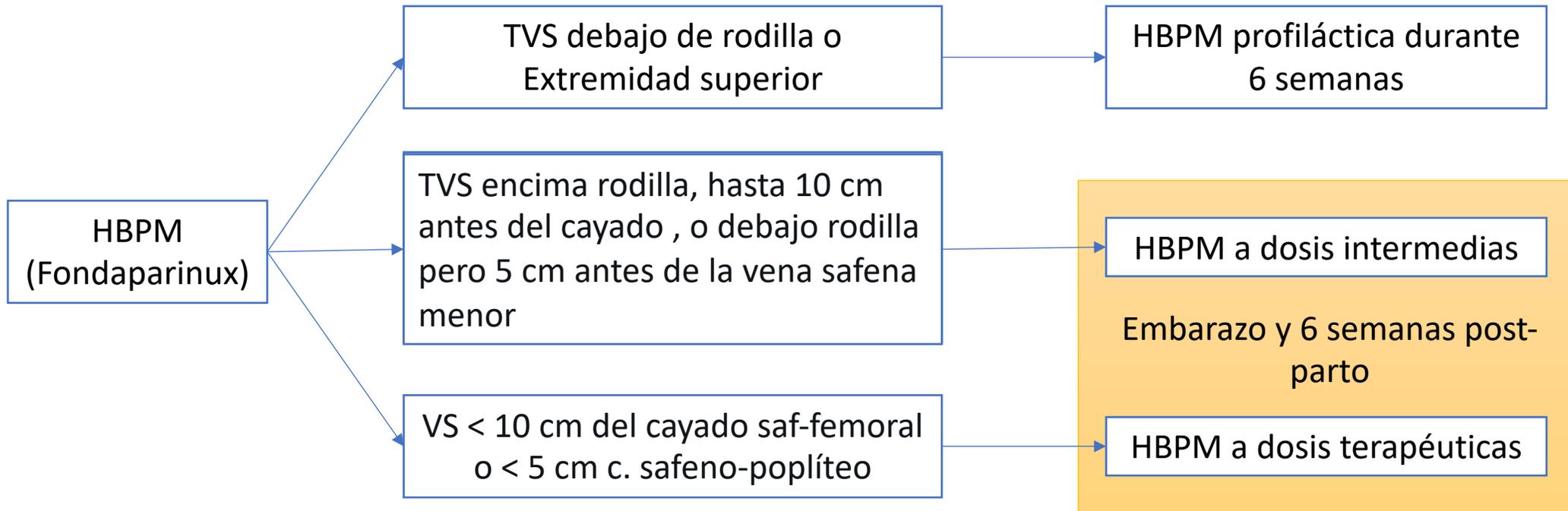
Published online 2022 Feb 21. doi: [10.1177/1076029620939181](#)

PMCID: PMC8864277

PMID: [35187959](#)

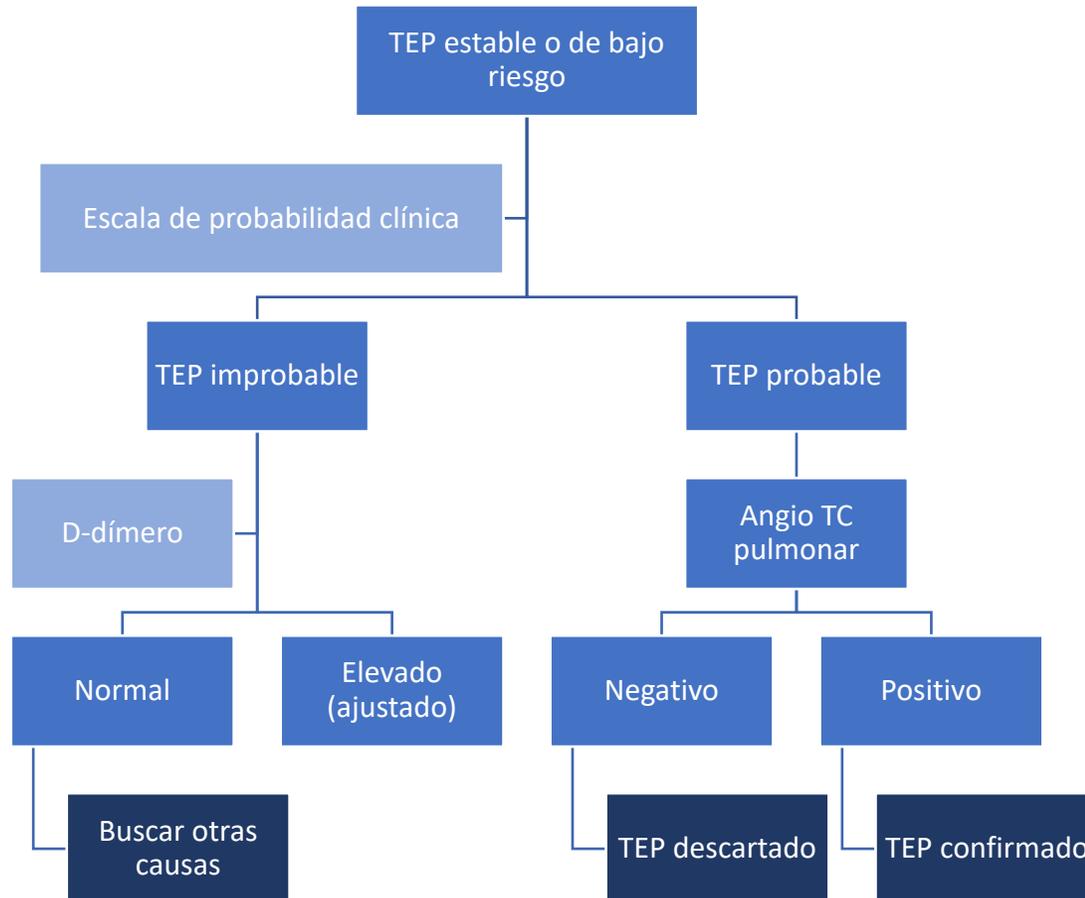
Position Paper on the Management of Pregnancy-Associated Superficial Venous Thrombosis. Balkan Working Group for Prevention and Treatment of Venous Thromboembolism

En el embarazo deben recibir tratamiento siempre





Diagnóstico de embolia pulmonar



- Dímero D ajustado por edad.
- La realización de ecocardiograma no es necesaria en pacientes con TEP hemodinámicamente estables, pero puede ser útil en el diagnóstico diferencial de disnea.
- La gammagrafía de ventilación/perfusión es una alternativa al angioTC pulmonar.



Escalas de predicción

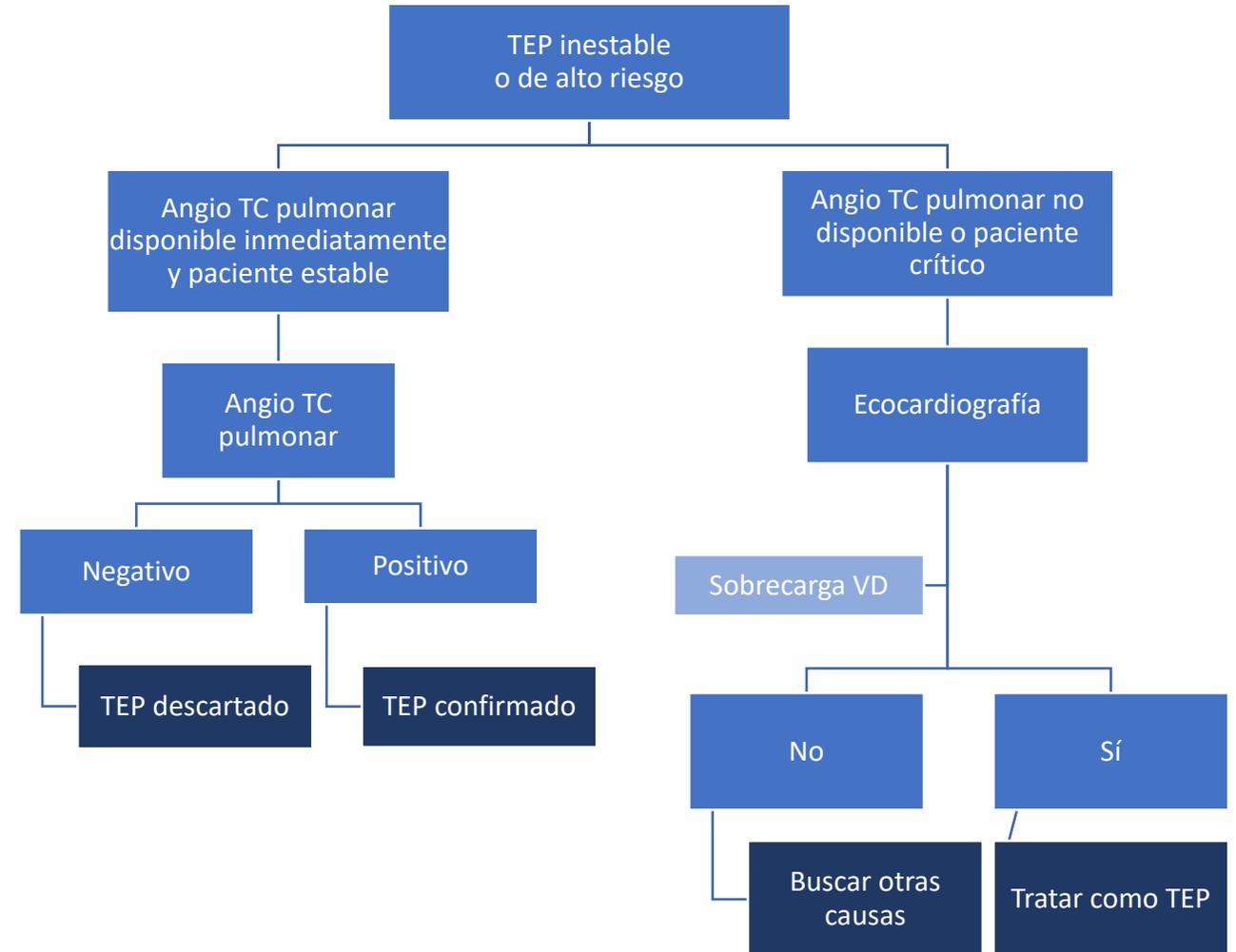
ESCALA DE WELLS SIMPLIFICADA	CRITERIOS DE GINEBRA REVISADOS	CRITERIOS PERC
TEP o TVP previa (1)	TEP o TVP previa (1)	Edad <50 años (1)
Frecuencia cardiaca ≥ 100 lpm (1)	Frecuencia cardiaca 75-94 lpm (1)	Frecuencia cardiaca < 100lpm (1)
Cirugía o inmovilización en las cuatro semanas previas (1)	Frecuencia cardiaca > 94lpm (2)	Saturación basal de O ₂ >94% (1)
Hemoptisis (1)	Cirugía o fractura en el mes anterior (1)	No aumento de perímetro de miembro inferior (1)
Cáncer activo (1)	Hemoptisis (1)	No hemoptisis (1)
Signos clínicos de TVP (1)	Cáncer activo (1)	No cirugía ni traumatismo reciente (1)
Diagnóstico alternativo menos probable que TEP (1)	Dolor en miembro inferior_ (1)	No antecedente de TVP ni TEP (1)
	Dolor a la palpación en miembro inferior y edema (1)	No tratamiento con estrógenos (1)
	Edad > 65 años (1)	
PROBABILIDAD CLÍNICA		
TEP improbable 0-1	TEP improbable 0-2	TEP improbable 0
TEP probable ≥ 2	TEP probable ≥ 3	TEP probable ≥ 1



Diagnóstico de embolia pulmonar

Inestabilidad hemodinámica

1. Paro cardiaco
2. Shock obstructivo:
 - Presión arterial sistólica < 90 mmHg o vasopresores necesarios.
 - Hipoperfusión en el órgano terminal
3. Hipotensión persistente:
 - TAS < 90 mmHg o caída sistólica de la presión arterial ≥ 40 mmHg, que dura más de 15 minutos y no es causada por arritmia, hipovolemia o sepsis





León
9 y 10 de Junio



	PESI	sPESI	Mortalidad a 30			
Edad en años	Número en años	1 si edad > 80 años				
Sexo masculino	+10					
Cáncer	+30	1				
Insu cardia	Early mortality risk		Indicators of risk			
			Haemodynamic instability ^a	Clinical parameters of PE severity and/ or comorbidity: PESI class III–V or sPESI ≥ I	RV dysfunction on TTE or CTPA ^b	Elevated cardiac troponin levels ^c
Enfe pulmo						
Fre car 11						
Tensió sistó m	High		+	(+) ^d	+	(+)
Fre resp 3	Intermediate	Intermediate–high	-	+ ^e	+	+
		Intermediate–low	-	+ ^e	One (or none) positive	
Tem <	Low		-	-	-	Assesment optional; if assessed, negative
Estado mental alterado	+60					
Saturación O ₂ <90%	+20	1				



León
9 y 10 de Junio



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Trombofilias

- Edad < 50 años en eventos NO provocados
- Fuerte carga familiar
- Joven con desencadenante débil
- Trombosis de localización inusual
- Sospecha de síndrome antifosfolípido
- ETEV recurrente. Evento inicial grave
- Lupus
- Antecedentes de eventos gestacionales

REVIEW ARTICLE

Dan L. Longo, M.D., *Editor*

Thrombophilia Testing and Venous Thrombosis

Jean M. Connors, M.D.

Paciente joven con:

- Isquemia arterial
- Isquemia cerebral
- ETVE recurrente
- Evento inicial grave
- LES
- Historia adversa gestacional



Despistaje neoplasias ¿Cuándo?

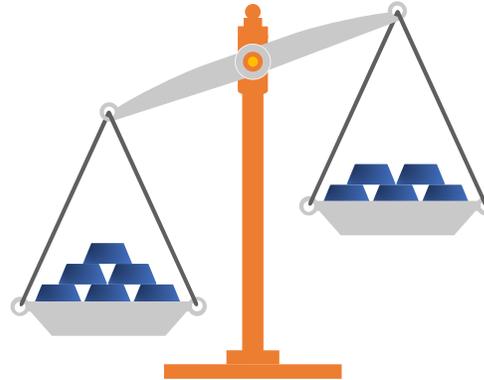


- ETEV puede ser la primera manifestación de una neoplasia.
- **6-10% de los pacientes** con un episodio de ETEV no provocada pueden tener un cáncer subyacente.
- Según algunas cohortes, la incidencia de cáncer oculto tras un episodio de ETV oscila entre 4-13% entre los 6 y 24 meses y llega a ser del 34% a los 5 años.
- Otros factores que se han asociado con una mayor probabilidad de cáncer oculto son la **TVP bilateral** o la **EDEV recurrente**.
- El 40% de los pacientes diagnosticados de cáncer después de un primer episodio de ETV ya tiene **metástasis**.



Despistaje de neoplasias ¿Cuándo?

DIAGNÓSTICO
PRECOZ



- Estrategias de cribado pueden resultar caras
- Someter al paciente a pruebas innecesarias
- Impacto psicológico negativo

Ninguna estrategia de cribado de cáncer oculto ha demostrado aumento de supervivencia

No se recomienda cribado extenso en paciente con ETEV no provocada

Anamnesis dirigida, exploración física completa y pruebas complementarias pertinentes

Seguir cribados poblacionales regulares (colon, mama...)

Considerar ampliar estudios en caso de ETEV recurrente o trombos en localizaciones raras (esplácnico...)



Tratamiento

AGUDO (5-21 días)

LARGO PLAZO (3-6 meses)

INDEFINIDO

- HNF
- **HBPM**
 - Tinzaparina 175 U/kg/24 h
 - Enoxaparina 1mg/kg/12 h
 - Bemiparina 115 U/kg/24 h
 - Deltaparina 200 U/kg/24 h
- Fondaparinux
- ACOD
 - Apixabán 10 mg/12 h (5 días)
 - Rivaroxabán 15mg/12 h (3 semanas)

- TVP Extensa
- Tromboembolismo pulmonar bilateral

- HBPM
- Antagonistas VitK
- ACOD
 - Apixabán 5 mg/12 h
 - Rivaroxabán 20 mg/24 h
 - Edoxabán 60 mg/24 h
 - Dabigatrán 150 mg/12 h





Tratamiento

2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS)

CLINICAL GUIDELINES

 blood advances

American Society of Hematology 2020 guidelines for management of venous thromboembolism: treatment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism

[Pulmonary Vascular Guidelines and Consensus Statements]

 CHEST

Antithrombotic Therapy for VTE Disease

Second Update of the CHEST Guideline and Expert Panel Report

 Check for updates

Recomiendan ACOD frente a AVK

- No inferioridad con mejor perfil de seguridad
- Mayor coste-eficacia

Indicaciones AVK:

- Síndrome antifosfolípido
- Embarazo y Lactancia
- Insuficiencia renal con aclaramiento de creatinina < 15 ml/min (Apixabán, Edoxabán y Rivaroxabán) y < 30 ml/min (Dabigatrán)



Once sociedades científicas, la libre prescripción de ACOI

Expertos reclaman agilizar la financiación de los ACODs en el campo de la trombosis

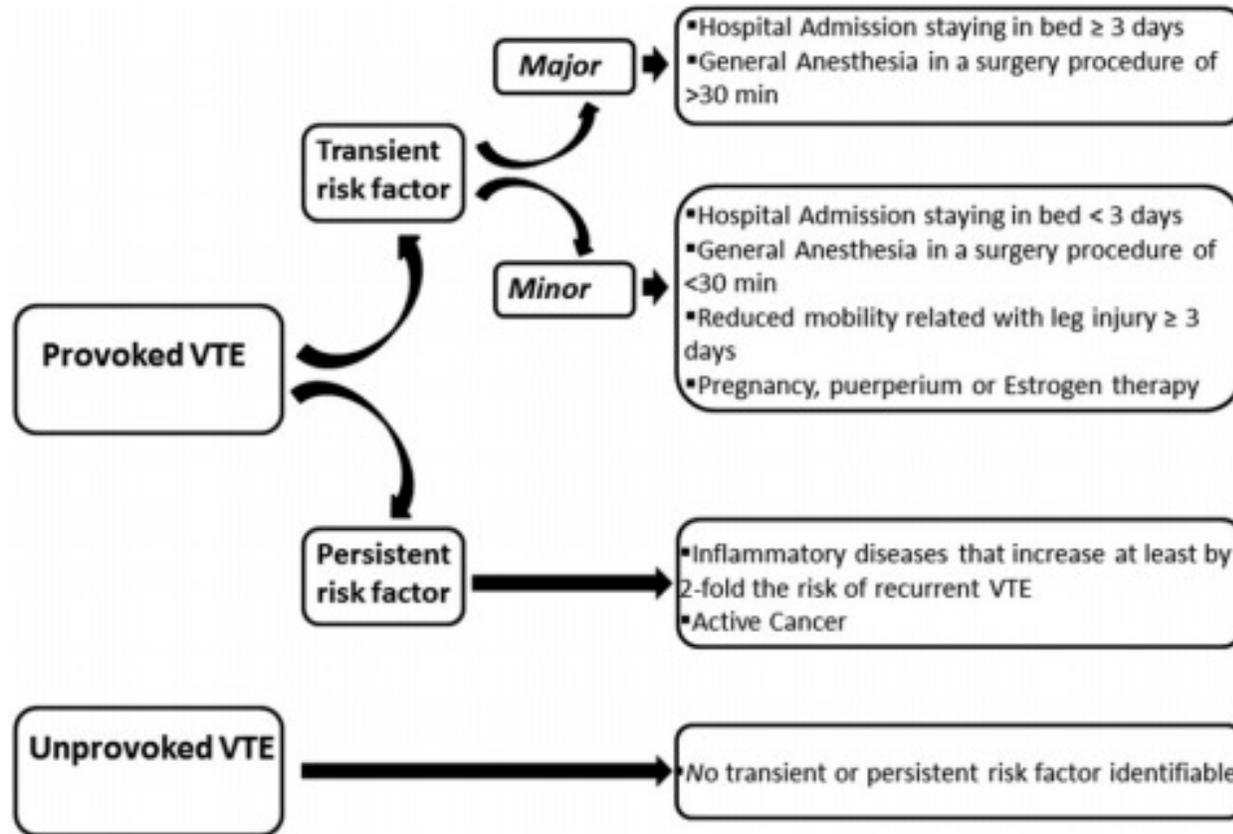
Publicado: 02 marzo 2023 | Actualidad - Comunicación - Notas de prensa

VI Foro Debate Multidisciplinar en Trombosis





Tratamiento indefinido



No es necesario realizar pruebas de imagen para suspender anticoagulación

Valorar riesgo de hemorragias

Predicción de recurrencia de ETV



Tratamiento indefinido

Predicción de recurrencia de ETV



Valorar riesgo de hemorragias

	Escala HERDOO2	Score DASH														
Variables	Hiperpigmentación de miembros inferiores: 1 punto	Tabla 4. Score de RIETE. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Score</th> <th>Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hemorragia reciente</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Creatinina sérica > 1,2 mg/dl</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>Anemia</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>Cáncer</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Embolia pulmonar</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Edad >75 años</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Score	Puntos	Hemorragia reciente	2	Creatinina sérica > 1,2 mg/dl	1,5	Anemia	1,5	Cáncer	1	Embolia pulmonar	1	Edad >75 años	1
	Score		Puntos													
	Hemorragia reciente		2													
	Creatinina sérica > 1,2 mg/dl		1,5													
	Anemia		1,5													
	Cáncer		1													
Embolia pulmonar	1															
Edad >75 años	1															
Edema en miembros inferiores: 1 punto																
Rubefacción de miembros inferiores: 1 punto																
Dímero D \geq 250 ng/mL*: 1 punto																
IMC \geq 30 kg/m ² : 1 punto																
Edad \geq 65 años: 1 punto																
Categorías de riesgo	Varón: Alto	Score (puntos). Bajo riesgo (0). Intermedio (1-4). Alto riesgo (>4) <hr/> Extraído de: Consenso de Enfermedad Tromboembólica Aguda. Rev Argent Cardiol 2016;84:74-91.														
	Mujer con \geq 2 puntos: Alto															
	Mujer con \leq 1 punto: Bajo															



Tratamiento

AGUDO (5-21 días)

- HNF
- **HBPM**
 - Tinzaparina 175 U/kg/24 h
 - Enoxaparina 1mg/kg/12 h
 - Bemiparina 115 U/kg/24 h
 - Deltaparina 200 U/kg/24 h
- Fondaparinux
- ACOD
 - Apixabán 10 mg/12 h (5 días)
 - Rivaroxabán 15mg/12 h (3 semanas)

LARGO PLAZO (3-6 meses)

- TVP Extensa
- Tromboembolismo pulmonar bilateral

- HBPM
- Antagonistas VitK
- ACOD
 - Apixabán 5 mg/12 h
 - Rivaroxabán 20 mg/24 h
 - Edoxabán 60 mg/24 h
 - Dabigatrán 150 mg/12 h

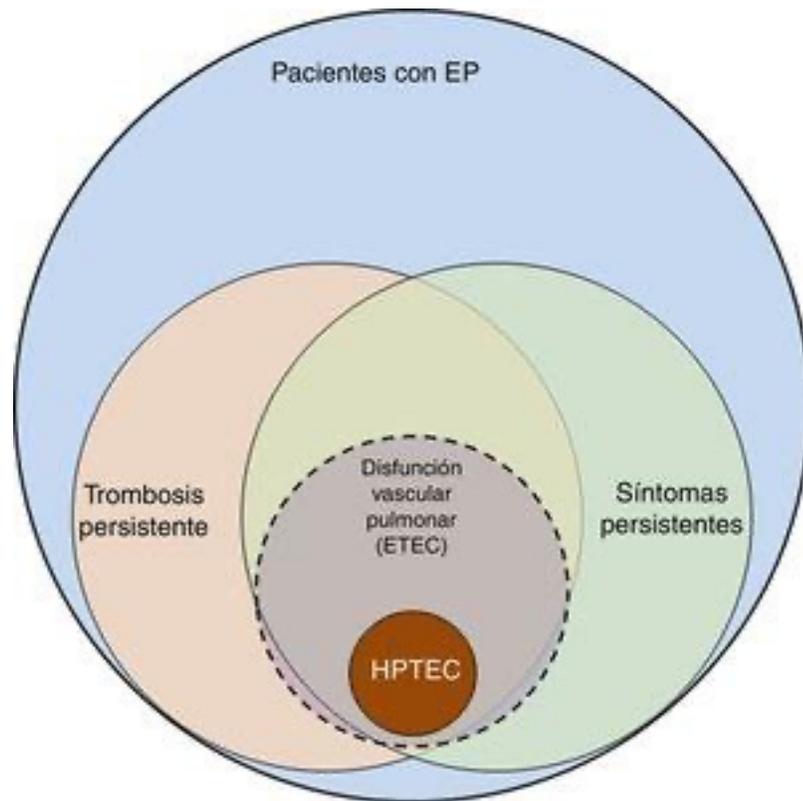
INDEFINIDO

- HBPM
- Antagonistas VitK
- ACOD
 - Apixabán 5 mg/12 h
 - Rivaroxabán 20 mg/24 h
 - Edoxabán 60 mg/24 h
 - Dabigatrán 150 mg/12 h

- Acido acetilsalicílico 100 mg
- Apixabán 2,5 mg/12h
- Rivaroxabán 10 mg/24 h



Seguimiento: síndrome post-embolia de pulmón



Aparición o progresión de disnea, deterioro funcional o del estado mental tras ≥ 3 meses de adecuada anticoagulación tras el diagnóstico de EP aguda, que no puede ser explicado por otras comorbilidades

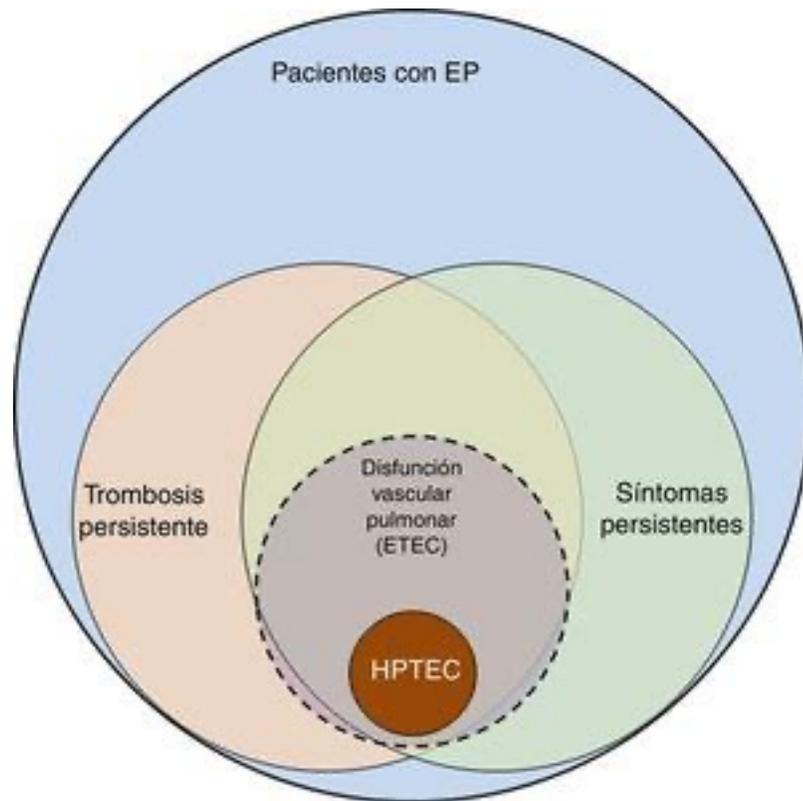
Enfermedad pulmonar tromboembólica crónica (15-60 %)

- Defecto de perfusión en Gammagrafía V/P o AngioTC
- Se descarta HPTEC
- Disnea de esfuerzo

No se aconseja realizar pruebas diagnósticas para evaluar carga trombótica.



Seguimiento: síndrome post-embolia de pulmón



Aparición o progresión de disnea, deterioro funcional o del estado mental tras ≥ 3 meses de adecuada anticoagulación tras el diagnóstico de EP aguda, que no puede ser explicado por otras comorbilidades

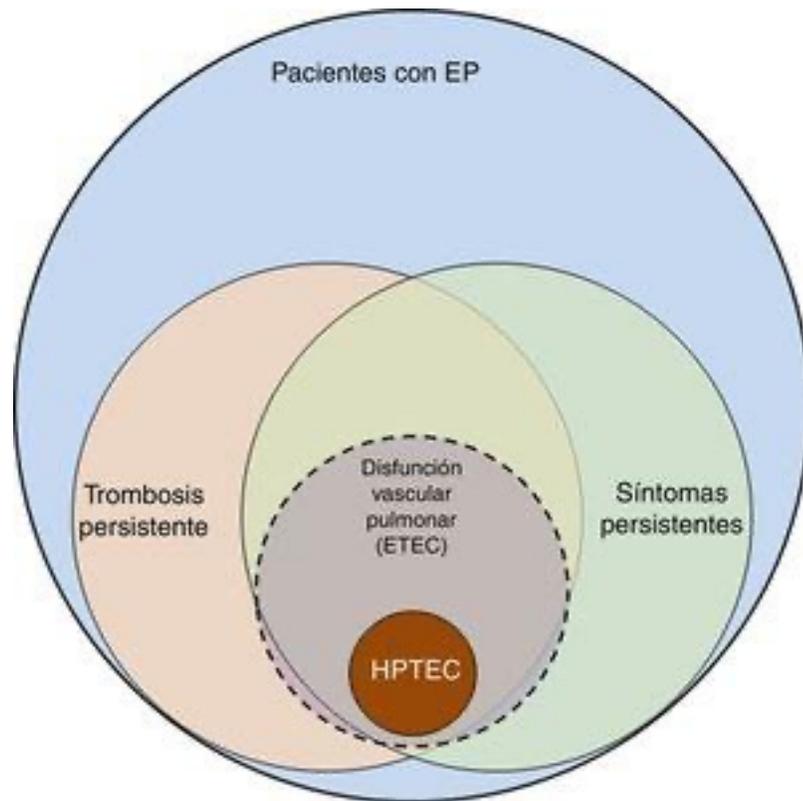
Enfermedad pulmonar tromboembólica crónica (15-60 %)

Disfunción cardíaca post-embolia pulmonar

- Probabilidad intermedia/alta ecocardiográfica de HP
- Hipoquinesia o dilatación del VD
- Disnea de esfuerzo



Seguimiento: síndrome post-embolia de pulmón



Aparición o progresión de disnea, deterioro funcional o del estado mental tras ≥ 3 meses de adecuada anticoagulación tras el diagnóstico de EP aguda, que no puede ser explicado por otras comorbilidades

Enfermedad pulmonar tromboembólica crónica (15-60 %)

Disfunción cardíaca post-embolia pulmonar

Deterioro funcional post-embolia pulmonar

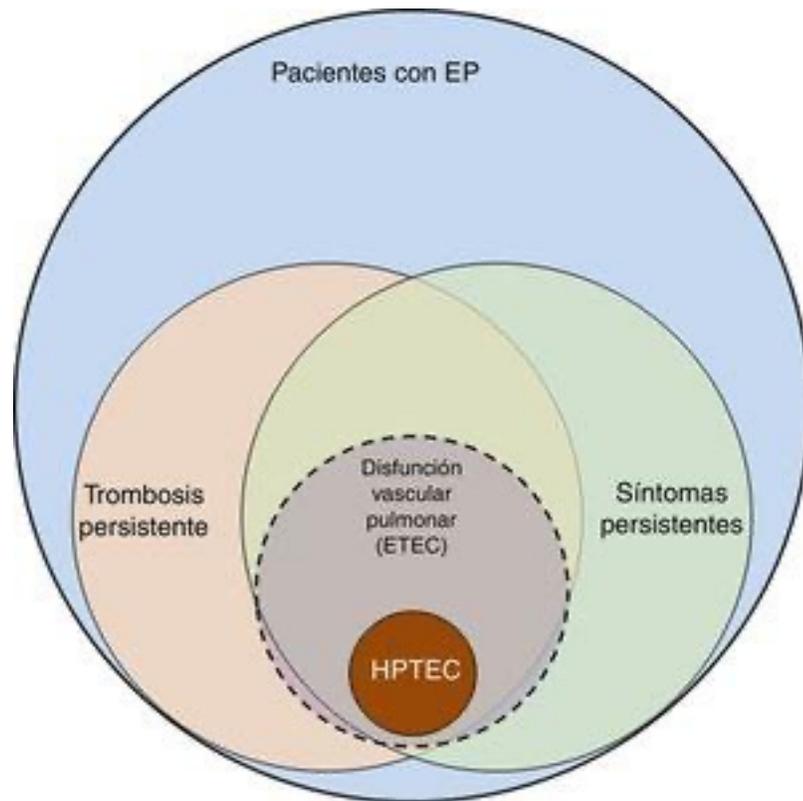
- Disnea progresiva o de nueva aparición
- Intolerancia al ejercicio y/o limitación funcional tras una EP aguda



León
9 y 10 de Junio



Seguimiento: síndrome post-embolia de pulmón

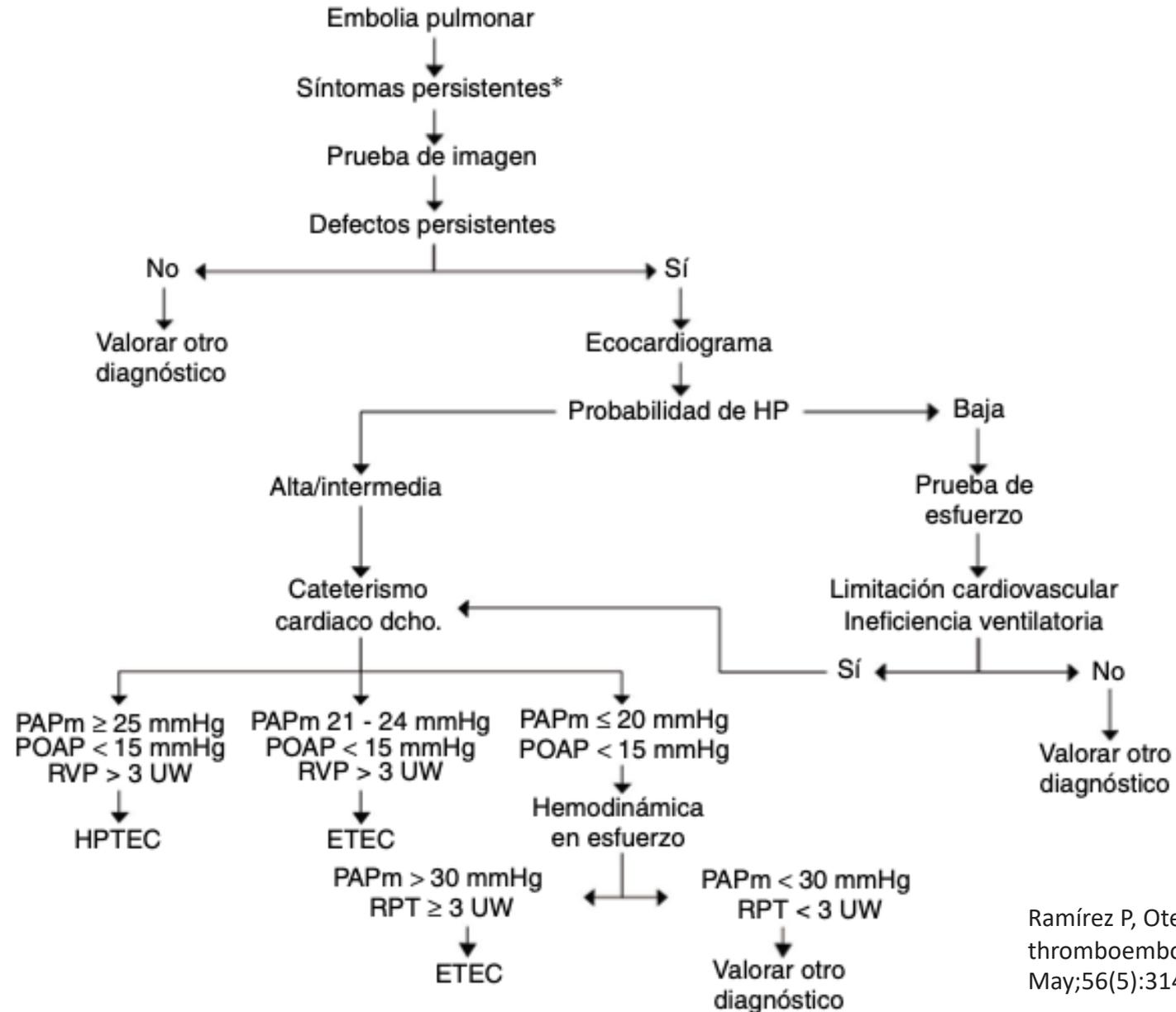


Aparición o progresión de disnea, deterioro funcional o del estado mental tras ≥ 3 meses de adecuada anticoagulación tras el diagnóstico de EP aguda, que no puede ser explicado por otras comorbilidades

TRATAMIENTO PRECOZ

1. Tromboendarterectomía pulmonar
2. Angioplastia arterias pulmonares
3. Riociguat
5. Presión de enclavamiento capilar pulmonar ≥ 15 mmHg.

Hipertensión pulmonar





León
9 y 10 de Junio



Seguimiento: anticoagulación periprocedimientos

Fármaco	Riesgo hemorrágico del procedimiento	Interrupción del fármaco							Día de la Cirugía/procedimiento (Día 0)							
		Día -7	Día -6	Día-5	Día-4	Día -3	Día-2	Día-1								
Apixabán	Alto	No es necesario realizar terapia puente con HBPM tras la suspensión de ACOD														
	Moderado/bajo															
Dabigatrán (ClCr ≥50 ml/min)	Alto															
	Moderado/bajo															
Dabigatrán (ClCr < 50 ml/min)	Alto															
	Moderado/bajo															
Edoxabán	Alto															
	Moderado/bajo															
Rivaroxabán	Alto															
	Moderado/bajo															
Acenocumarol	INR en rango															
Warfarina	INR en rango															



León
9 y 10 de Junio



Seguimiento: anticoagulación periprocedimientos

Fármaco	Riesgo hemorrágico del procedimiento	Día de la Cirugía/procedimiento (Día 0)	Reintroducción del fármaco	
			24 horas	48-72 horas
Apixabán	Alto			
	Moderado/bajo			
Dabigatrán (ClCr ≥50 ml/min)	Alto			
	Moderado/bajo			
Dabigatrán (ClCr < 50 ml/min)	Alto			
	Moderado/bajo			
Edoxabán	Alto			
	Moderado/bajo			
Rivaroxabán	Alto			
	Moderado/bajo			
Acenocumarol Warfarina	Alto			
	Moderado/bajo			



León | 9 y 10 de Junio | **SOCALM** EDICINA INTERNA
Castellanoleonesa-Cántabra

 QxAApp

[SOBRE QXAAPP](#) [AUTORES](#) [CRÉDITOS](#) [CONTACTO](#) [DOCUMENTO DE CONSENSO](#)



QxAApp

Bienvenido a QxAApp. A través de esta app, basada en el documento de consenso sobre el manejo antitrombótico pericirugía y periprocedimiento (Rev Esp Cardiol. 2018;71:553-64), se ofrece a los profesionales una herramienta sencilla y práctica para conocer cuándo y cómo suspender la antiagregación / anticoagulación antes de una intervención.

La información sobre tratamiento incluida en QxAApp está dirigida exclusivamente a profesionales sanitarios con ejercicio en el territorio español. El titular de QxAApp es la Sociedad Española de Cardiología, quien es responsable de su contenido y de su difusión de conformidad con y siguiendo las restricciones impuestas por la normativa aplicable.

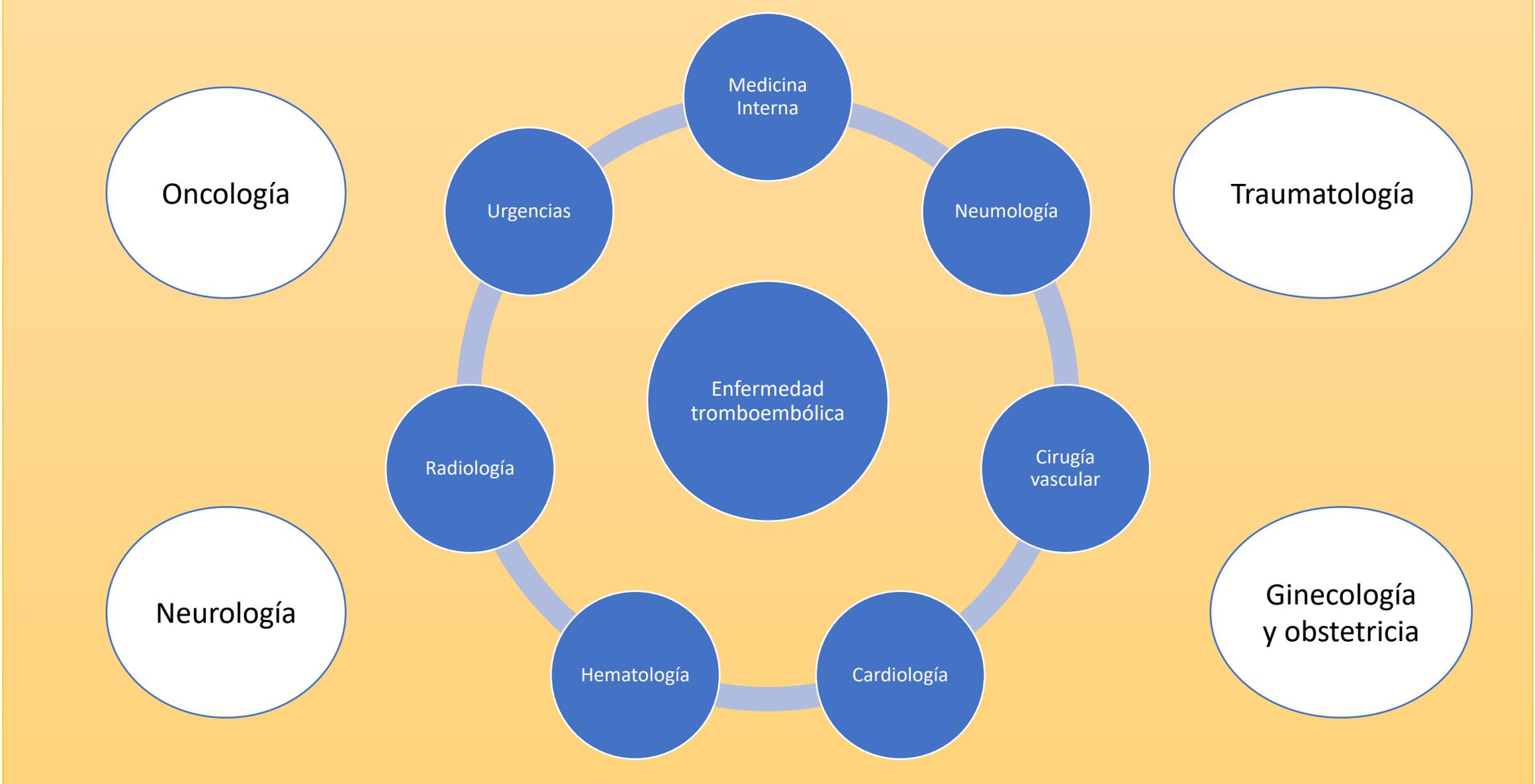
Declaro ser profesional de la salud.

[EMPEZAR](#)

- Fármaco anticoagulante/antiagregante
- Tipo de cirugía
 - Riesgo hemorrágico
- Motivo de la anticoagulación
 - Riesgo tromboembólico
- Suspensión fármaco
- Terapia puente
- Reinicio fármaco



León
9 y 10 de Junio





León
9 y 10 de Junio



Unidad de enfermedad tromboembólica



Faro del Cabo Mayor, Santander



León | 9 y 10 de Junio | **SOCALM** EDICINA INTERNA
Castellanoleonesa-Cántabra

Coordinador: Miguel Martín Asenjo (Hospital Clínico Universitario de Valladolid)

Secretaría: Olga Madridano Cobo (Hospital Universitario Infanta Sofía Madrid)

Vocalía de investigación: Javier Pagán Escribano (Hospital Morales Meseguer, Murcia)

Vocalía de formación: Cristina Sánchez del Hoyo (Hospital de Medina del Campo)

Vocalía de Guías Clínicas: Nuria Muñoz Rivas (Hospital Universitario Infanta Leonor)

- Tromboembolismo pulmonar: M. Ángeles Fidalgo (Hospital Universitario de Salamanca)
- Trombosis venosa profunda : Nuria Ruiz-Giménez Arrieta (Hospital de la Princesa, Madrid)
- Tratamiento a largo plazo en ETV: Mar Martín del Pozo (Hospital Universitario Infanta Sofía Madrid)

Vocalía de Trombosis, cáncer y cuidados paliativos: Carme Font (Hospital Clínic de Barcelona)

Vocalía de trombosis en el paciente anciano y pluripatológico:

- Esther Usandizaga de Antonio (Hospital Moisés Broggi)
- María Ortiz (Hospital Clínic de Barcelona)

Vocalía de comunicación: Gabriel Puche Palao (Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia)

Vocalía de Ecografía y trombosis: Javier Martín Guerra (Hospital Clínico Universitario de Valladolid)

Vocalía de Residentes:

- Gabriel Puche Palao (Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia)
- Virginia González Hidalgo (Hospital Virgen del Puerto, Plasencia)
- Alberto Rodríguez Iglesias (Hospital Clínico Universitario de Valladolid)



GRUPO DE
TROMBOEMBOLISMO



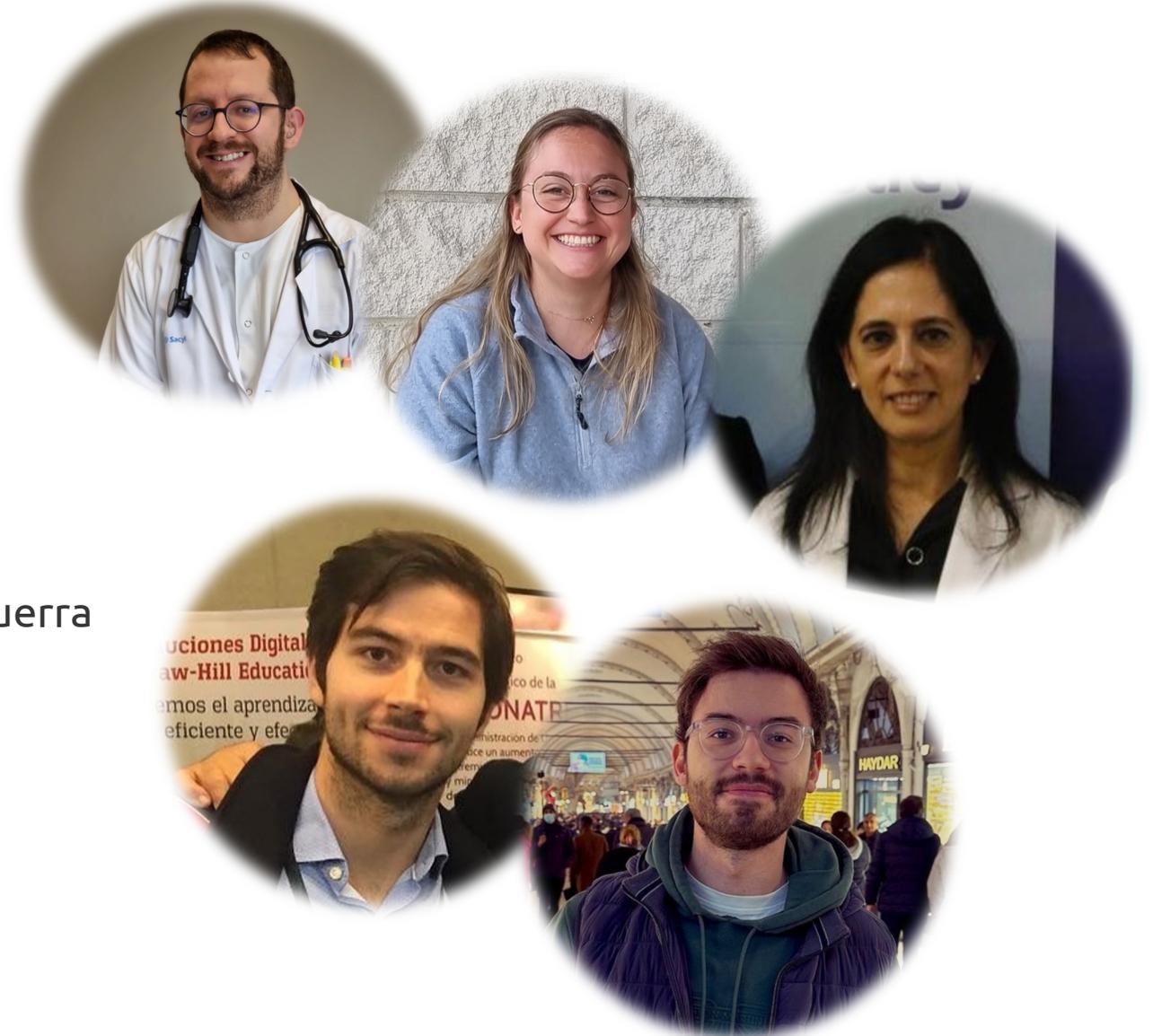
Coordinador: Miguel Martín Asenjo
(Hospital Clínico Universitario de Valladolid)

Vocalía de formación: Cristina Sánchez del Hoyo
(Hospital de Medina del Campo)

Vocalía de Guías Clínicas:
- Tromboembolismo pulmonar: M. Ángeles Fidalgo
(Hospital Universitario de Salamanca)

Vocalía de Ecografía y trombosis: Javier Martín Guerra
(Hospital Clínico Universitario de Valladolid)

Vocalía de Residentes: Alberto Rodríguez Iglesias
(Hospital Clínico Universitario de Valladolid)





Webinar mensuales sobre ETEV

21 de febrero	Tromboembolismo pulmonar, visión integral	Ángeles Fidalgo
21 de marzo	Casos clínicos complejos en enfermedad tromboembólica, visión práctica	Olga Madridano
18 de abril	Trombosis venosa profunda, visión integral	Nuria Ruiz-Giménez
16 de mayo	Tromboembolismo en paciente oncológico y en cuidados paliativos	Carma Font





Próximos webinar

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN UN PACIENTE CON TROMBOEMBOLISMO

MARTES 13 DE JUNIO DE 2023 | Horario 18:00-18:30

Moderador

Dr. Miguel Martín Asenjo
Coordinador Grupo ETV (SEMI)

Ponente

Dr. Javier M. Martín Guerra
Servicio de Medicina Interna
Hospital Clínico Universitario de Valladolid



Organiza



www.webinars-etv-semi.com

19/09/23 Trombosis y enfermedades infecciosas

24/10/23 Top 10 ideas de la reunión anual del grupo de trabajo 2023

28/11/23 Top 10 ideas de ETE en SEMI 2023

19/12/23 Trombosis en paciente anciano y pluripatológico



León
9 y 10 de Junio

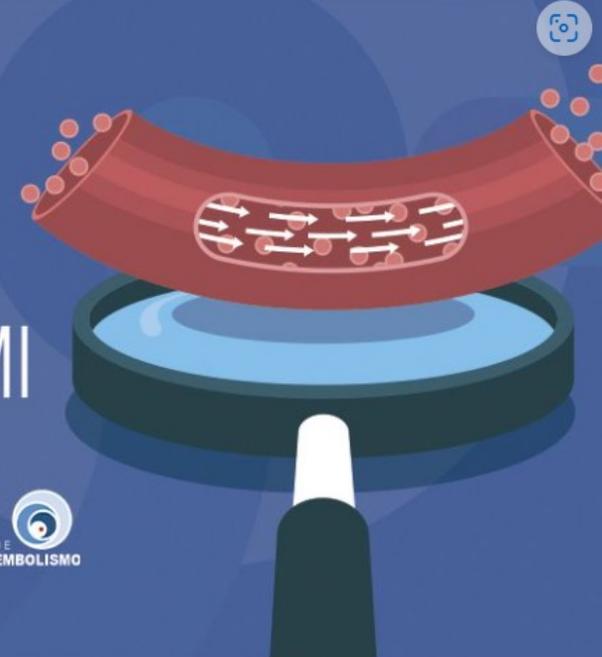


XVI FORUM DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

19/20 OCTUBRE
MADRID 2023
Rafael Hoteles Atocha

#16ETVSEMI

ORGANIZA:



etv-semi2023.com



Reunión del grupo de trabajo XVI Fórum de enfermedad tromboembólica

Talleres

Ecografía clínica
Anticoagulación

Concurso de casos
clínicos

Trombosis venosa
profunda y
superficial

EDEV y
enfermedades
autoinmunes

Trombosis y cáncer

Ideas clave

Estudio de trombofilia
Neoplasia oculta
Tratamiento ambulatorio
Intervencionismo

EDEV en paciente
pluripatológico

Trombosis inusuales

... y sobre todo

17:00-18:00

Grupo de trabajo de enfermedad tromboembólica de SEMI

Moderador:

Dr. Miguel Martín Asenjo

Coordinador del Grupo de Trabajo de Enfermedad Tromboembólica (SEMI)

Recomendaciones de tratamiento de TVP

Recomendaciones de tratamiento de Tromboembolismo pulmonar

Dra. María Ángeles Fidalgo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca.

Recomendaciones de tratamiento de enfermedad tromboembólica a largo plazo

Dra. Mar Martín del Pozo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid.

Recomendaciones de tratamiento de trombosis y cáncer

Dra. Carme Font Puig

Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínic, Barcelona

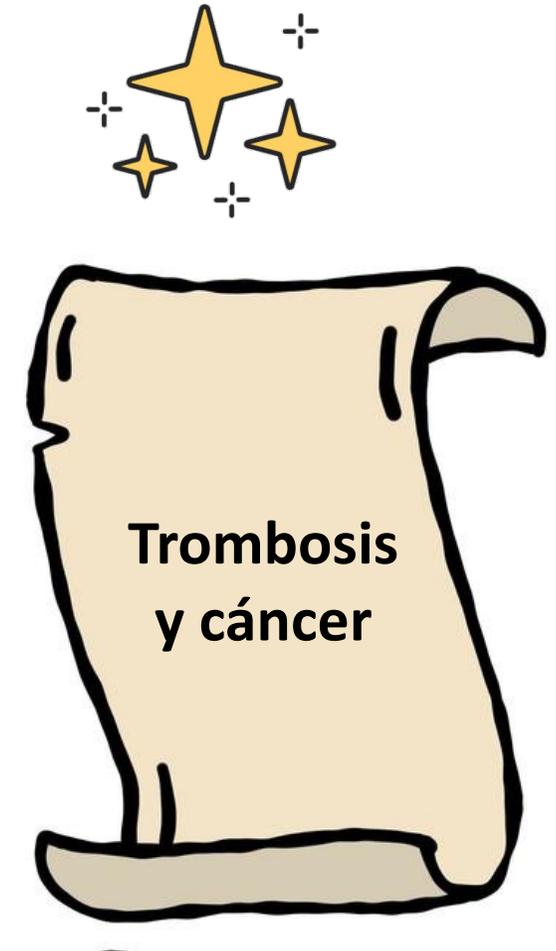
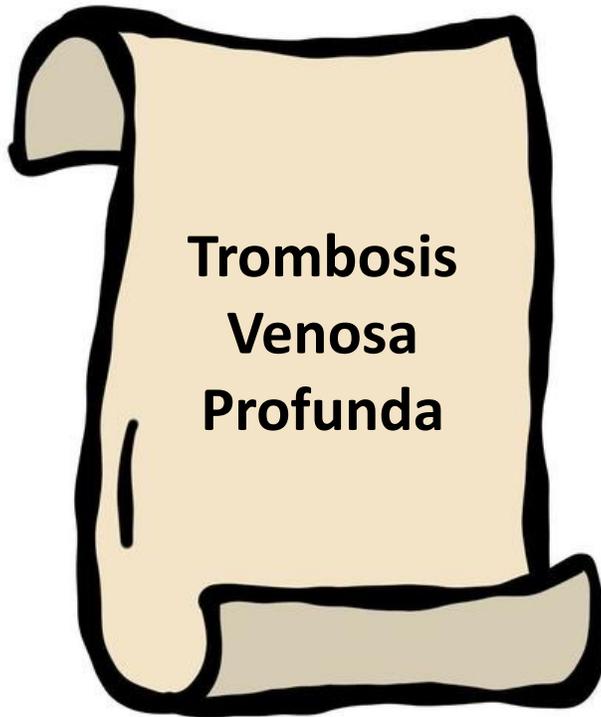
Nuevas propuestas del grupo de enfermedad tromboembólica

Dr. Miguel Martín Asenjo

Coordinador del Grupo de Trabajo de Enfermedad Tromboembólica (SEMI)



Guías de recomendaciones en ETEV





León
9 y 10 de Junio



Miércoles, 15 de noviembre

Ecografía en trombosis venosa periférica.

TALLER

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

🕒 09:30-11:30

📍 COMISIONES 1+2

Enfermedad tromboembólica y enfermedades asociadas.

MESA REDONDA

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

🕒 13:30-14:30

📍 MULTIUSOS 2

Viernes, 17 de noviembre

Enfermedad tromboembólica en asistencia compartida.

ENCUENTRO CON EL EXPERTO

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

🕒 11:30-12:30

📍 AUDITORIO 2

Tratamiento domiciliario del tromboembolismo pulmonar en domicilio. ¿Cuándo y con qué?

ENCUENTRO CON EL EXPERTO

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA > HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO Y TELEMEDICINA

🕒 12:30-13:15

📍 AUDITORIO 2

Jueves, 16 de noviembre

Estudio de trombofilia ¿cuándo está realmente indicado?

ENCUENTRO CON EL EXPERTO

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

🕒 13:30-14:15

📍 AUDITORIO 2

Diferencias entre sexos en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la Enfermedad tromboembólica.

ENCUENTRO CON EL EXPERTO

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

🕒 16:15-17:00

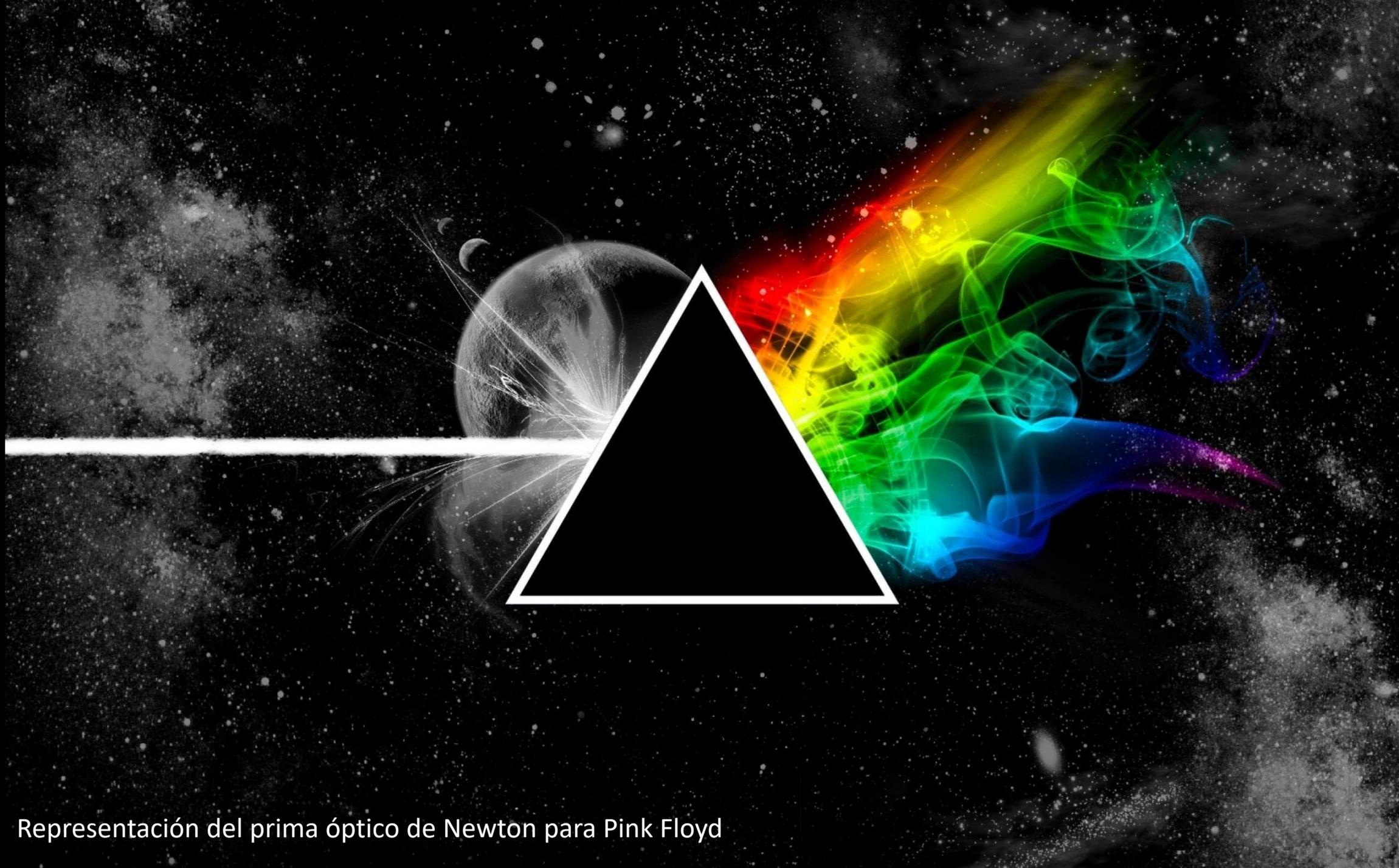
📍 MULTIUSOS 1C+D

44 CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

2023 15 a 17 de noviembre VALENCIA

#44SEMI congresosemi.com

SEMI SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA La visión global de la persona enferma



Representación del prima óptico de Newton para Pink Floyd



*“Haz bien tu trabajo, y
hazlo con un gran amor.”*

Santa Teresa de Calcuta (1910-1997)