

PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA PROGRAMADA DE CADERA Y RODILLA: VALORACIÓN DE DOS PAUTAS DE INICIO DE HBPM

G.S. Ene, E. Calvo, M.S. Sánchez Fernández, P. Llamas Sillero

Servicio de Hematología y Hemoterapia. Servicio de Traumatología. IIS Fundación Jiménez Díaz. UAM. Madrid

Introducción: La indicación de profilaxis antitrombótica en la cirugía traumatológica mayor es un hecho establecido. El fármaco de elección ha sido la HBPM, aunque en los últimos años se han introducido nuevos fármacos orales (Dabigatran, Rivaroxaban). En relación con las pautas, no hay duda de que es una profilaxis de alto grado, aunque las recomendaciones indican que se puede iniciar pre o poscirugía (Chest, 2008; NICE 2010 y Eur Soc of Anesthesiology 2010).

Objetivo: 1. Evaluar la seguridad del tratamiento según las diferentes pautas utilizadas de HBPM en función del inicio pre o postcirugía en los pacientes sometidos a cirugía programada de cadera y rodilla. 2. Analizar la incidencia de ETEV y el impacto sobre la estancia media.

Pacientes y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo en el que se han incluido 132 pacientes (93M y 39H) que han sido sometidos a una cirugía programada (CP) de cadera o rodilla entre ene-2009/dic 2010 en el S. Traumatología de la FJD. La edad media fue de 72 años (r:40-86). Un total de 70 ptes habían recibido HBPM precirugía (12h antes) y 62 ptes post cirugía (12h después). En la mayoría, se empleo la dosis convencional de alto riesgo con la HBPM disponible en nuestro hospital, enoxaparina 40 mg/día. Se recogieron las comorbilidades de los pacientes: 49 ptes no tenían ningún AP importante, 8 tenían una cardiopatía, 5 insuf. resp crónica, 72 HTA y 43 otras patologías cardiovasculares. Hemos analizado los FR trombóticos adicionales a una cirugía de riesgo en pacientes con edad media de 72 años: 76 ptes no tenían otro factor adicional, 3 ETEV previa, 34 obesidad, 11 varices en MMII, 2 neoplasia activa, 2 terapia hormonal y 16 eran diabéticos. Seis estaban en tto con antivitaminas K y precisaron una terapia puente. En todos los pacientes la profilaxis se mantuvo entre 4 y 6 semanas post-cirugía.

Resultados: Tras un seguimiento mínimo de 3 meses, ningún paciente ha presentado episodios de ETEV en relación con la cirugía. Hemos evaluado la Hb precirugía y postcirugía y no se ha observado ninguna diferencia entre las 2 pautas (media de disminución de los niveles de Hb en la pauta precirugía fue de 3,51 g/dl y en la pauta postcirugía 3,22 g/dl). La estancia media en el grupo con la pauta precirugía fue de 7 días y en la pauta postcirugía de 6 días.

Conclusiones: No se ha observado una mayor incidencia de ETEV en ninguna de las 2 pautas, sugiriendo equivalencia profiláctica. Teniendo en cuenta que con la pauta postcirugía se disminuye la estancia en un día por paciente, se aumenta la disponibilidad de camas con la consiguiente repercusión económica. En esta serie, ha sido segura la pauta de inicio de enoxaparina en la postcirugía.