

Análisis temático de la profilaxis de la TEV perioperatoria

Este análisis contiene directrices para la estrategia óptima de la profilaxis de la TEV y recomienda incluir la evaluación del riesgo de trombosis y hemorragia durante la evaluación preoperatoria de todos los pacientes. Actualiza las recomendaciones de las guías de práctica clínica existentes basadas en estudios recientes en múltiples especialidades quirúrgicas.

Mensajes clave

- Cabe destacar que la TEV es una complicación grave y posiblemente mortal en caso de que se tenga que realizar una intervención quirúrgica.
- Las estrategias adoptadas en la actualidad para el control postoperatorio de la TEV no pueden erradicar el riesgo de TEV.
- El control profiláctico prudente (profilaxis mecánica o farmacológica) puede reducir de forma significativa el riesgo de TEV (sobre todo en pacientes de alto riesgo o que deben someterse a operaciones de alto riesgo), pero debe haber un equilibrio cauteloso entre el beneficio y el riesgo.
- La estratificación meditada del riesgo es fundamental para determinar la estrategia óptima de la profilaxis de la TEV.
- Bartlett *et al.* recomiendan que todos los pacientes se sometan a una evaluación del riesgo de trombosis y hemorragia durante la evaluación preoperatoria.

Por qué es importante

- El tratamiento antitrombótico para la prevención de la TEV se puede asociar con un riesgo excesivo de hemorragia posoperatoria.
 - Bartlett *et al.* analizan los modelos de evaluación del riesgo de TEV, junto con los factores de riesgo específicos del paciente y quirúrgicos de la hemorragia postoperatoria.
- Varias guías de práctica clínica sobre la prevención de la TEV posoperatoria están desactualizadas o no incluyen a grupos poblacionales o especialidades quirúrgicas concretos.
 - Este artículo revisión actualiza las recomendaciones de las guías de práctica clínica existentes según los estudios recientes en varias especialidades quirúrgicas.

Resultados clave

La profilaxis primaria de la TEV está infrutilizada

- En este artículo de revisión, Bartlett *et al.* explican su enfoque para la prevención postoperatoria de la TEV. No obstante, las recomendaciones que se incluyen en este artículo se limitan a pacientes adultas no embarazadas.

Principal enfoque para la profilaxis perioperatoria de la TEV*

- Antes del ingreso hospitalario*: (1) Antecedentes completos y exploración física: evaluar el riesgo inicial de la TEV ([puntuación de Caprini†](#)), el riesgo específico de la operación y otros factores de riesgo no contabilizados; evaluar el riesgo de hemorragia de los pacientes‡, el riesgo de hemorragia específico del procedimiento y otros factores de riesgo no contabilizados; y (2) abordar los factores de riesgo modificables (riesgo de hemorragia o trombosis)*

- Ingreso hospitalario*: (1) Preoperatorio: iniciar la estrategia de profilaxis (mecánica, farmacológica o combinada), si está indicada; (2) intraoperatorio: abordar los factores de riesgo modificables y reevaluaciones periódicas de TEV y riesgo de hemorragia (transición a una profilaxis más/menos agresiva según se indique); (3) posoperatorio: abordar los factores de riesgo modificables[§]
- Alta hospitalaria*: (1) Considerar la profilaxis de duración prolongada, si está indicada[¶]; y (2) educar al paciente o familia (en los signos o síntomas [en buscar ayuda para los síntomas] o medidas conservadoras para prevenir la TEV [caminar o evitar la deshidratación])

Factores de riesgo de hemorragia postoperatoria grave[‡]

- Entre algunas especialidades quirúrgicas, existe una variabilidad significativa en el riesgo de TEV y hemorragia, lo que exige consideraciones especiales para aplicar la profilaxis de TEV
- Factores de riesgo generales importantes[‡]: Hemorragia; insuficiencia renal o hepática grave; trombocitopenia; accidente cerebrovascular en fase aguda; hipertensión no controlada; punción lumbar, anestesia (dentro de las 4 horas anteriores o las 12 horas siguientes); uso de anticoagulantes, antiplaquetarios, AINEs, fármacos trombolíticos; cirugía cardíaca; craneotomía; cirugía o traumatismo espinal; y procedimientos reconstructivos (colgajo libre)
- Factores de riesgo específicos del procedimiento[‡]: (1) Cirugía abdominal: sexo masculino, nivel de hemoglobina preoperatorio <13 g/dl, neoplasia maligna, cirugía compleja; (2) duodenopancreatectomía: sepsis, fuga pancreática, hemorragia centinela; (3) resección hepática: número de segmentos, resección extrahepática concomitante de órganos, neoplasia maligna hepática primaria, anemia preoperatoria o trombocitopenia; (4) cirugía cardíaca: edad avanzada, IMC >25 kg/m², terapia antiplaquetaria simultánea, cirugía no electiva, tiempo de derivación más prolongado, colocación de ≥5 injertos, operación diferente a CABG; (5) cirugía torácica: neumonectomía, resección extendida, neoplasia maligna primaria o metastásica; (6) cirugía ortopédica: hemorragia quirúrgica difícil de controlar, disección quirúrgica extensa, cirugía de revisión; (7) cirugía traumatológica: lesiones graves en la cabeza, lesiones en el hígado o el bazo controladas de forma conservadora, fractura de la columna vertebral con hematoma epidural, fracturas pélvicas

Recomendaciones de profilaxis (estratificadas por especialidad quirúrgica o riesgo estimado de TEV)[¶]

- (1) Riesgo muy bajo de TEV (puntuación de Caprini 0): sin profilaxis adicional; (2) riesgo bajo de TEV (Caprini 1-2): profilaxis mecánica o farmacológica; y (3) riesgo de TEV de moderado (Caprini 3-4) a alto (Caprini ≥5): profilaxis farmacológica en monoterapia o en combinación con profilaxis mecánica
 - Pacientes con alto riesgo de hemorragia: profilaxis mecánica hasta que se reduzca el riesgo de hemorragia (se puede reconsiderar la profilaxis farmacológica)
 - Puntuación de Caprini no validada: profilaxis basada en factores de riesgo individuales y específicos del procedimiento (continuar hasta que el paciente pueda caminar o hasta que reciba el alta hospitalaria [se pueden considerar duraciones más largas])
 - Los agentes profilácticos farmacológicos principales incluyen^{¶,§}: heparinas (de bajo peso molecular [HBPM] o dosis bajas no fraccionadas [HNF]); antagonistas

de la vitamina K; anticoagulantes orales de acción directa; pentasacáridos; y aspirina

- En la mayoría de las cirugías^{¶,§} se recomendó la profilaxis con HBPM para la TEV de riesgo moderado o alto y riesgo de hemorragia promedio
 - Enoxaparina[§]: Recomendada en la cirugía abdominal, la artroplastia total de cadera, la artroplastia total de rodilla o la intervención quirúrgica de fractura de cadera

Consulte la publicación original ([Bartlett et al.](#)) para obtener más información: * Tabla 1; † figura; ‡ tabla 3; § tabla 5 (opciones de profilaxis, cumplimiento, duración, dosificación o las consideraciones generales o específicas); ¶ tabla 4/apartado de profilaxis ampliada (estrategia según el tipo de intervención quirúrgica).

Bibliografía

Bartlett MA, Mauck KF, Stephenson CR, Ganesh R, Daniels PR. Perioperative Venous Thromboembolism Prophylaxis. *Mayo Clin Proc.* 2020;95(12):2775–2798. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.06.015. PMID: 33276846.