

EDITORIAL

El porqué de unas recomendaciones sobre trombotoprofilaxis en CMA

Why are necessary recommendations for thrombotoprofilaxis in Day Surgery?

A. Jiménez Bernadó

*Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza*Autor para correspondencia: ajimenezb@salud.aragon.es

Mujer de 35 años de edad con antecedentes de una intervención de varices hace varios años, consumidora habitual de anticonceptivos orales que, por una coleditiasis sintomática, es sometida en el Servicio de Cirugía General a una colecistectomía laparoscópica en sesión quirúrgica de tarde. No existen incidencias durante la cirugía, el inicio de la recuperación es bueno, la tolerancia oral correcta y aceptable el control del dolor postoperatorio. Es dada de alta hospitalaria a la mañana siguiente con paracetamol oral cada 8 horas durante 3 días como único tratamiento farmacológico. A los cuatro días de la intervención, estando sola en su domicilio, la paciente presenta disnea, dolor centrotorácico y síncope. Se produce relajación de esfínteres y caída al suelo donde permanece unas 2 horas. Trasladada por una UVI móvil al hospital llega al Servicio de Urgencias con una tensión arterial de 80/60 mm, 105 pulsaciones por minuto y una saturación de oxígeno del 100 % con reservorio. En la exploración clínica no se encuentran anomalías y no se aprecian signos de trombotosis venosa profunda. Se plantea la sospecha clínica de embolismo pulmonar y se inicia tratamiento con dopamina a la vez que se solicita un angio-TAC urgente. Dicha exploración confirma un embolismo pulmonar bilateral y se inicia en cuidados intensivos con tratamiento anticoagulante. La evolución es satisfactoria y es dada de alta hospitalaria a la semana. Aunque la colecistectomía laparoscópica no se llevó a cabo en la unidad de CMA, la paciente fue intervenida con un ingreso de menos de 24 horas.

Este caso clínico real, ocurrido en nuestro medio, es un ejemplo de que la práctica quirúrgica presenta un evidente riesgo de sufrir durante el postoperatorio un evento trombotológico venoso (ETEV), también con estancias hospitalarias cortas. Son muchas las publicaciones que demuestran la evidencia de este riesgo y la utilidad de las medidas profilácticas para reducirlo a la mínima expresión, pero

también es verdad que estas publicaciones no son específicas para pacientes intervenidos sin ingreso, aunque se haga alguna referencia a ellos en las guías de más prestigio (1,2). Según algunas publicaciones, en cirugía sin ingreso, la incidencia de ETEV sintomática sería del 0,15 % y de ETEV asintomática del 1,4 % (3,4).

La asociación española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA), desde su fundación en los años 80 del siglo pasado, ha mostrado vocación por la realización de numerosas guías y publicaciones que contribuyan al mejor cuidado de los pacientes ambulatorios y a unificar la conducta a seguir con los enfermos siguiendo la mejor evidencia científica. Uno de los motivos de preocupación fueron la trombotosis venosa profunda postoperatoria y su, a veces, fatal complicación, el embolismo pulmonar, ante la falta de guías nacionales o internacionales. El interés de ASECMA derivaba de la potencial gravedad de estas complicaciones, de la situación de ambulatoriedad de los enfermos, circunstancia que puede derivar en una dificultad y en un retraso en su diagnóstico o en su tratamiento, de las posibles repercusiones que pudieran derivarse para los profesionales por una incorrecta praxis médica y de la necesidad de adecuar CMA, profilaxis de la ETEV y anestesia neuroaxial.

De este modo, en 2003, ASECMA encargó una encuesta nacional con la colaboración de laboratorios Rovi S.A., en la que participaron 79 unidades de CMA repartidas por 25 provincias, y en la que se confirmó que aproximadamente un 70 % de las unidades encuestadas realizaban como práctica habitual una trombotoprofilaxis quirúrgica, pero existía una gran diversidad según la unidad y el tipo de cirugía (5). A partir de estos datos se promovió la reunión de un grupo de expertos bajo la coordinación del doctor M. Raich, y ASECMA alumbró las primeras Recomendaciones de Trombotoprofilaxis en Cirugía Mayor Ambulatoria

en 2006 (6). La escasez de publicaciones específicas sobre CMA y ETEV obligó al grupo de expertos a extrapolar sus conclusiones, en la mayoría de los casos, de la evidencia científica existente en las distintas especialidades quirúrgicas con pacientes ingresados. Estas recomendaciones determinaron que el riesgo de ETEV de un paciente estaba en función de la suma del riesgo del propio acto quirúrgico y del riesgo inherente al propio paciente según sus características fisiológicas (edad, peso, hábitos) y patológicas (inmovilidad, cáncer, antecedentes de trombosis). De este modo, una sencilla tabla permitía establecer la profilaxis a realizar en un determinado enfermo, utilizando medidas físicas solamente, o asociando a estas profilaxis farmacológica con heparina de bajo peso molecular según el riesgo.

En el año 2007, el doctor M. Raich, con el patrocinio de ASECCMA y el soporte de los laboratorios Rovi S.A., llevó a cabo el estudio ARTE, estudio epidemiológico, observacional y transversal que pretendía evaluar el grado de adhesión de las unidades de CMA a las recomendaciones sobre trombo profilaxis publicadas el año anterior. Participaron servicios quirúrgicos en los que se practicaba CMA de la mayor parte de las comunidades autónomas, y se reclutaron 1.478 pacientes. Los resultados fueron bastante desalentadores porque poco más de la mitad de los servicios conocían las recomendaciones (67,6 %), y sólo las cumplían un 27,9 %, de tal modo que sólo en un 34,1 % de los enfermos, de los servicios en que se conocían, se aplicaron correctamente.

En el año 2010, el comité científico de ASECCMA creyó necesario reunir nuevamente al comité de expertos y actualizar las recomendaciones sobre trombo profilaxis dada la aparición de nuevas publicaciones en este campo, en aras de mejorar la garantía y la seguridad de los pacientes y debido al fuerte incremento de la cirugía sin ingreso y la mayor complejidad de las intervenciones que se practican. La publicación se llevó a cabo en 2011 (7) y en el nuevo manuscrito se actualizó el riesgo de los procedimientos distinguiendo aquellos de riesgo irrelevante y que, por tanto, no precisaban profilaxis, riesgo bajo y riesgo moderado, quedando los de riesgo alto como no apropiados para practicar en régimen de CMA. Se establecieron 3 niveles de riesgo propio del paciente y, conjugando este riesgo con el del procedimiento, se elaboró una nueva tabla atractiva para los profesionales al indicar con facilidad la profilaxis recomendada para cada caso. Se consolidó en ellas la validez de poder iniciar la profilaxis farmacológica a las 6 horas de finalizar la intervención, pauta muy útil para la cirugía sin ingreso, frente a la pauta habitual de inicio 12 horas antes de la cirugía. La duración de la trombo profilaxis debía ser de un mínimo de 7 días y se hacía referencia a la profilaxis extendida en procedimientos como la ligamentoplastia artroscópica de rodilla.

Esta publicación se siguió del proyecto RECCMA, patrocinado por laboratorios Rovi S.A., definido como programa de formación que pretendía difundir las pautas de profilaxis establecidas. Para ello se estableció una primera fase para formar a los formadores, y una segunda fase que permitió

la realización de Jornadas de Formación y Talleres por todo el país. Sin duda, este esfuerzo mejoró el conocimiento y la aplicación de las recomendaciones sobre trombo profilaxis de ASECCMA en España y también fuera de nuestro país. Desconozco si se ha hecho alguna nueva evaluación sobre el grado de adhesión a la misma, pero nuestro grupo presentó una comunicación sobre el tema en el I Congreso Ibérico de Cirugía Ambulatoria celebrado en Braga (Portugal) en 2012 (8). Dicha comunicación mostraba claramente que en la unidad de CMA de nuestro hospital tan sólo los especialistas de cirugía ortopédica y traumatología cumplían aceptablemente con las recomendaciones, lo hacían en un 66,1 % de los casos, mientras que los cirujanos generales tan sólo lo hacíamos en un 3,3 %. En otra comunicación presentada por nuestros cirujanos ortopédicos en el IAAS 11th Congress on Ambulatory Surgery, celebrado en Barcelona en mayo de 2015 (9), el grado de adhesión a las recomendaciones alcanzaba el 69,1 % en artroscopia de rodilla, el 70,2 % en corrección del hallux valgus y un 15,2 % en retirada de material de osteosíntesis.

El texto actualizado en 2011 proponía un nuevo periodo de revisión, no superior a los 2-3 años; sin embargo no ha sido hasta finales del 2015 cuando el comité científico de ASECCMA ha propuesto un nuevo grupo de trabajo coordinado por el doctor J. V. Llau y bajo el patrocinio de laboratorios SANOFI, en su afán de actualizar las recomendaciones con la incorporación de las nuevas publicaciones surgidas estos últimos años. Se formó así un panel multidisciplinar de expertos en el ámbito de la trombosis y de la CMA formado por especialistas de anestesiología, cirugía general, cirugía vascular, cirugía ortopédica, ginecología, urología y hematología. Se empleó como documentación base las guías internacionales existentes sobre trombo profilaxis y los artículos proporcionados por la búsqueda en PubMed. Aunque todos los miembros del grupo de trabajo conocían la metodología GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) sus normas no se siguieron de forma estricta.

El documento actualizado que se publica en este número de la revista presenta como novedades más relevantes una nueva tabla de procedimientos, una nueva tabla de factores de riesgo personal, la incorporación del grado de recomendación y nivel de evidencia, aunque extrapolado de estudios realizados en pacientes en régimen de ingreso hospitalario, y un apartado que hace referencia a la importancia de educar bien a pacientes y cuidadores en el conocimiento de los signos de alarma de la ETEV y en la importancia de seguir las medidas de profilaxis recomendadas.

No puedo cerrar este editorial sin dar las gracias al doctor J. V. Llau por su magnífica labor de síntesis y consenso entre tantas opiniones, a veces discrepantes. Sin su trabajo, este documento no podría haber visto la luz. También quiero agradecer su colaboración al doctor M. Raich, coordinador y alma mater de los documentos anteriores, que ha seguido estando presente entre todos nosotros como estímulo y asesoramiento altamente cualificado.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Clinical Guideline Centre. Acute and Chronic Conditions. Venous thromboembolism: Reducing the risks of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism in patients admitted to hospital). NICE guidance (www.nice.org.uk/guidance/cg92).
2. Gould MK, García DA, Wren SM, Karanicolas PJ, Arcelus JJ, Heit JA, et al. Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients. Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis. 9th ed. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012; 141(2)(Suppl):e227S-e277S.
3. Panucci CJ, Shanks A, Moote MJ, Bahl V, Cederna PS, Naughton NN, et al. Identifying patients at high risk for venous thromboembolism requiring treatment after outpatient surgery. Ann Surg 2012;255: 1093-9.
4. Panucci CJ, Laird S, Dimick JB, Campbell DA, Henke PK. A validated risk-model to predict 90 day VTE events in postsurgical patients. Chest 2014;145:567-73.
5. Raich Brufau M, Martínez González J, Bustos Molina F. Encuesta nacional sobre la prevención de la enfermedad tromboembólica venosa en Cirugía Mayor Ambulatoria. Cir May Amb 2004;9(2):31-6.
6. Raich Brufau M, Bustos Molina F, Castellet Feliu E, Castillo Monsegur J, Gómez Luque JA, Jiménez Bernadó A, et al. Recomendaciones de tromboprofilaxis en Cirugía Mayor Ambulatoria. Cir May Amb 2006;11(1):11-7.
7. Raich Brufau M, Bustos Molina F, Castellet Feliu E, Castillo Monsegur J, Docobo Durantéz F, Domenech Santasusana P, et al. Actualización de las recomendaciones de tromboprofilaxis en Cirugía Mayor Ambulatoria. Cir May Amb 2011;16(1):23-9.
8. Redondo E, Jiménez A, Calvo B, Gracia JA, Borao E, Martínez M. Seguimiento de las recomendaciones de ASECMa sobre el empleo de heparinas de bajo peso molecular en cirugía ambulatoria. I Congreso Ibérico de Cirugía Ambulatoria. Braga (Portugal) 14-16 Maio 2012.
9. Jiménez Salas B, Miñana Barrios M, Llorens Eizaguerri M, Jiménez Bernadó A, Seral García B, Albareda Albareda J. Adherence to ASECMa thromboprophylaxis recommendations in orthopedic ambulatory surgery. IAAS 11th Congress on Ambulatory Surgery. Barcelona 10-12 de mayo de 2015; p. 30.