



## TEMA DE ACTUALIZACIÓN

# Actualización de la profilaxis tromboembólica en fractura de cadera

L. Peidro

Grupo de Estudio de Tromboembolismo SECOT, Hospital Clínic, Barcelona, España

Recibido el 13 de septiembre de 2010; aceptado el 15 de noviembre de 2010

Disponible en Internet el 6 de enero de 2011

### PALABRAS CLAVE

Profilaxis tromboembólica;  
Fractura de cadera

### KEYWORDS

Thromboembolic prophylaxis;  
Hip fracture

**Resumen** La fractura de cadera en el anciano constituye un problema sanitario de primera magnitud, con una incidencia en crecimiento exponencial. La cirugía de estas fracturas, a pesar de los avances de los últimos años en cuanto a las técnicas quirúrgicas y anestésicas, a la generalización de la profilaxis tromboembólica y a unos mejores cuidados médicos, continúa siendo un procedimiento de alto riesgo en cuanto a morbilidad y mortalidad.

© 2010 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Update on thromboembolic prophylaxis in hip fracture

**Abstract** Hip fractures in the elderly is a health problem of first magnitude, with an incidence which is increasing exponentially. The surgery of these fractures, despite progress in recent years in terms of surgical and anesthetic techniques, the widespread use of thromboprophylaxis and better medical cares, remains a high risk procedure in terms of morbidity and mortality.

© 2010 SECOT. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

En un reciente estudio multicéntrico francés<sup>1</sup>, la mortalidad fue del 5,2% al primer mes, del 10,6% a los 3 meses y del 14,7% a los 6 meses, siendo las complicaciones cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y embolismo pulmonar) la principal causa de muerte.

## Factores de riesgo tromboembólico en la fractura de cadera

Desde el momento en que se produce la fractura se libera tromboplastina al torrente circulatorio, activándose el sistema de la coagulación. Además, la inmovilización de la extremidad que determina la fractura favorece el estasis venoso, con lo que se crean las condiciones necesarias para la aparición de la enfermedad tromboembólica (ETV). Se ha publicado una incidencia del 62% de trombosis venosa profunda (TVP), diagnosticada por flebografía, a las 48 horas del ingreso y antes de ser intervenidos quirúrgicamente<sup>2</sup>.

Correo electrónico: LPEIDRO@clinic.ub.es

En consecuencia, existe un amplio consenso en recomendar el inicio de la profilaxis tromboembólica lo más pronto posible tras el ingreso en aquellos pacientes que no vayan a ser intervenidos de inmediato<sup>3,4</sup>. Sin embargo, no siempre se ha podido demostrar un aumento de incidencia de la ETV sintomática en relación a la demora quirúrgica<sup>5</sup>.

Otros factores de riesgo serían la edad superior a 75 años y el sexo femenino<sup>6</sup>, la presencia de varices y/o insuficiencia venosa crónica y los antecedentes de tromboembolismo<sup>1</sup>.

También se ha reportado una incidencia de ETV sintomática significativamente superior en las fracturas trocánteras (5,2%) respecto de las fracturas subcapitales (1,7%)<sup>7</sup>, quizás en relación a un mayor sangrado y a una menor capacidad para la deambulación inmediata en el primer grupo.

## Profilaxis tromboembólica

A la luz de la evidencia científica disponible, las guías de consenso más recientemente publicadas<sup>3,4</sup> otorgan un grado A de recomendación a la profilaxis tromboembólica farmacológica con: anticoagulantes dicumarínicos, heparinas de bajo peso molecular (HBPM) y fondaparinux. La eficacia de la profilaxis con medios mecánicos como la compresión neumática intermitente, la bomba venosa plantar o las medias elásticas de compresión es insuficiente de forma aislada. Se recomienda su uso junto con medios farmacológicos en pacientes de muy alto riesgo o de forma aislada sólo si está contraindicada la profilaxis farmacológica por un alto riesgo hemorrágico (Grado B de recomendación). Evidentemente, la movilización precoz debe ser iniciada lo antes posible tras la cirugía y constituye la primera medida en la prevención del tromboembolismo.

A pesar de su eficacia contrastada, la necesidad de ajustar las dosis según el INR y sus numerosas interacciones farmacológicas hace que los dicumarínicos apenas sean empleados en la práctica clínica habitual en nuestro medio.

Las HBPM cumplen los criterios de eficacia, seguridad y ausencia de monitorización, que unidos a su bajo coste hospitalario, ha permitido que su uso haya sido mayoritario desde la década de los 90. Sin embargo, incluso en los ensayos clínicos más recientes, no se muestran tan eficaces como en cirugía ortopédica mayor y se reportan incidencias de TVP detectada fleboográficamente en un 24-34% y TVP

sintomáticas en un 2-3%<sup>8,9</sup>. El riesgo de sufrir complicaciones hemorrágicas es muy bajo tanto si se inicia la profilaxis con HBPM en el preoperatorio como en el postoperatorio, siempre y cuando se sigan las normas de administración reflejadas en la ficha técnica de cada producto. Dado que estos fármacos se eliminan predominantemente por vía renal, para evitar sangrados es muy importante ajustar las dosis en aquellos pacientes que tengan un aclaramiento de creatinina < 30 mL/min. En cuanto al riesgo de hematoma espinal, se ha determinado que oscila entre 0,45-0,7 casos por cada 100.000 anestias epidurales, y casi siempre en relación a punciones repetidas y/o hemorrágicas<sup>10</sup>. En cualquier caso, la realización de la anestesia neuroaxial debe diferirse al menos 12 horas después de la última administración de la HBPM y la primera dosis de HBPM tras la cirugía no debe administrarse al menos hasta 6 horas después del cierre quirúrgico, y siempre que la hemostasia no esté comprometida (tabla 1).

El fondaparinux es un pentasacárido inhibidor indirecto del Factor Xa, que en los ensayos clínicos ha mostrado una eficacia significativamente superior a la enoxaparina (8,3% frente a 19,1%)<sup>9</sup>. Su administración debe iniciarse siempre en el postoperatorio, al menos 6 horas después del fin de la cirugía y siempre que la hemostasia no esté comprometida. Sus características farmacocinéticas y eliminación renal lo contraindican en pacientes con aclaramiento de creatinina < 30 mL/min, desaconsejándose también su empleo en el caso de que la punción epidural haya sido hemorrágica o en presencia de catéter continuo<sup>11</sup> (tabla 2).

Dado que la activación de la coagulación persiste las primeras 6 semanas del postoperatorio<sup>12</sup> y existe evidencia de que la mayor parte de los episodios de ETV sintomáticos se producen tras el alta hospitalaria<sup>13,14</sup>, las guías de consenso nacionales e internacionales recomiendan prolongar la profilaxis con HBPM o fondaparinux durante un total de 28-35 días desde la cirugía<sup>3,4</sup>. La eficacia de esta práctica ha sido puesta claramente de manifiesto en un ensayo clínico aleatorizado doble ciego que comparaba la profilaxis con fondaparinux sólo durante el ingreso con la continuada 4 semanas tras la cirugía. La venografía realizada a las 4 semanas en ambos grupos mostró una incidencia de ETV del 35,0% en el primer grupo, mientras que en los tratados con fondaparinux 4 semanas sólo se registró un 1,4%. En cuanto a las ETV sintomáticas, fueron del 2,7% en el primer grupo y del 0,3% en el segundo grupo<sup>6</sup>.

**Tabla 1** Modo de administración de la profilaxis tromboembólica en fractura de cadera (HBPM). A) Cuando la cirugía se realice en las primeras 48 horas tras la fractura, es correcto iniciar la profilaxis en el postoperatorio, entre 6 y 12 horas después del fin de la cirugía. Se recomienda proseguir la profilaxis con 1 inyectable cada 24 horas durante 6 semanas; B) Si se estima que no es posible intervenir al paciente en las primeras 48 horas tras la fractura, se debe iniciar la profilaxis al ingreso, suspenderla al menos 10 horas antes de la cirugía y reiniciarla al menos 6 horas después del cierre quirúrgico.

### a) Cirugía en las primeras 48 h desde la fractura

Ingreso	Cirugía < 48h	6 semanas
I.....I.....I...I	1º dosis 6-12 h tras cirugía.....I	iny/24 h .....I

### b) Cirugía diferida más allá de 48h desde la fractura

Ingreso	Cirugía > 48h	6 semanas
I1ª dosis .....	Stop 10-12 h antes A.Espinal ...I...Reinicio 6-12 h tras cirugía...	I

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4086687>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4086687>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)