

Profilaxis extendida de enfermedad venosa tromboembólica en cirugía oncológica abdominopelviana

María Soledad Bilbao y Carlos A. Vaccaro

Vázquez FJ, Bilbao MS, Saimovici J, Vaccaro C. Improving adherence rate of extended prophylaxis for venous thromboembolic disease after abdominal and pelvic oncologic surgery: a pilot educational study. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2015;21(8):750-4.

Es bien conocido que la enfermedad venosa tromboembólica (EVT) es una patología prevalente y se acompaña con una alta tasa de mortalidad constituyendo la primera causa de deceso en los primeros 30 días posteriores a una cirugía abdominal por patología oncológica¹⁻⁵. Por ello, numerosas guías recomiendan desde hace varios años, la profilaxis extendida farmacológica por 4 semanas en pacientes oncológicos seleccionados de alto riesgo⁸. A pesar de esta evidencia, la tasa de adhesión mundial a esta práctica es baja en la actualidad, y más aún en nuestro país^{4,6,7}. Sin ser una excepción, esto también se refleja en nuestra institución, en donde se observa que en la práctica quirúrgica cotidiana se realiza prevención de la EVT solo durante el período de estadía del paciente en el hospital, sin prolongarla a partir de la externación. Motivados por esta observación se diseñó el presente trabajo, que requirió inicialmente la educación de todo el plantel médico del Servicio de Cirugía General, para actualizarlo e interiorizarlo sobre esta patología, y, a su vez, capacitarlo a través de un programa de intervención educacional (PIE) de profilaxis extendida de enfermedad tromboembólica (PE).

Sobre esa base se diseñó un estudio que tuvo como objetivo primario analizar la tasa de adhesión de tromboprofilaxis extendida con enoxaparina por 28 días en pacientes de alto riesgo. Se incluyeron pacientes de 65 años o más, que fueron sometidos a cirugía abdominal o pelviana por cáncer. Se evaluó la implementación de la PE antes y después de la PIE. Secundariamente se analizaron los siguientes objetivos: a) las tasas de adhesión según sector quirúrgico: coloproctología, hepatobiliopancreático, esofagogaastroenterología; b) tasa de sangrado mayor y de complicaciones de enfermedad venosa tromboembólica durante el tratamiento; c) detectar barreras para la apropiada adhesión de tromboprofilaxis. Se excluyeron todos aquellos pacientes que tuvieran contraindicación para recibir enoxaparina, o alto riesgo de sangrado, his-

toria de trombocitopenia o necesidad de anticoagulación por otra razón.

El diseño fue prospectivo, con una cohorte de 120 pacientes. La mitad de ellos fueron operados por patología oncológica abdominopelviana antes del PIE, en el 100% de los cuales no se implementó la PE. A partir de dicha intervención se reclutaron otros 60 pacientes y se logró la mejoría global de la implementación de la PE en un 21,66% (13 de 60 pacientes; $p < 0,0001$); la totalidad de ellos eran pacientes del sector de coloproctología (13 de 42 pacientes) con una tasa de mejoría de adhesión específica del 31% para este sector ($p < 0,0002$). Durante los 90 días de seguimiento no se detectaron eventos de EVT ni complicaciones hemorrágicas en este grupo tratado. En contraste, en los 47 pacientes restantes en los que no se implementó la PE, se identificaron eventos de trombosis venosa profunda en 4 pacientes y de tromboembolismo pulmonar en otro paciente.

Los resultados de nuestro estudio evidencian el alto riesgo de EVT en pacientes convalcientes de cirugía abdominopelviana por cáncer, coincidente con la bibliografía actual. Más aún, también refleja el efecto beneficioso protector de la PE en este grupo de riesgo, tal como lo afirman hoy las guías de tromboprofilaxis. A pesar de la evidencia actual, aún no es una práctica difundida o incorporada rutinariamente en la actividad quirúrgica general. Es más, este estudio demostró que, aun a pesar del PIE, la adhesión global del Servicio de Cirugía General del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) fue baja. Se presupone que esta escasa adhesión puede deberse a múltiples factores, entre ellos la heterogeneidad en los grados de recomendación de las guías actuales, que llevan a dudar de su eficacia, pero principalmente los miedos de riesgo de sangrado posoperatorio por parte de ciertos cirujanos, y la dificultad en la logística de implementación de la profilaxis en el domicilio (requerimiento de enfermeras entrenadas y familiarizadas con la enoxaparina).

Para nuestro conocimiento, este ha sido el primer trabajo de PE realizado en la Argentina, por lo cual consideramos que es necesario implementar más estudios con el fin de evaluar y/o demostrar la eficacia de esta práctica médica preventiva.

Recibido 22/09/16

Aceptado 20/10/16

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Vedovati MC, Becattini C, Rondelli F, et al. A randomized study on 1-week versus 4-week prophylaxis for venous thromboembolism after laparoscopic surgery for colorectal cancer. *Ann Surg.* 2014;259(4):665-9.
2. Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, et al. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest.* 2008;133(6 Suppl):381S-453S.
3. VanDlac AA, Cowan NG, Chen Y, et al. Timing, incidence and risk factors for venous thromboembolism in patients undergoing radical cystectomy for malignancy: a case for extended duration pharmacological prophylaxis. *J Urol.* 2014;191(4):943-7.
4. Agnelli G, Bolis G, Capussotti L, et al. A clinical outcome-based prospective study on venous thromboembolism after cancer surgery: the @RISTOS project. *Ann Surg.* 2006;243(1):89-95.
5. Guyatt GH, Eikelboom JW, Gould MK, et al. Approach to outcome measurement in the prevention of thrombosis in surgical and medical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest.* 2012;141(2 Suppl):e185S-94S.
6. Gould MK, Garcia DA, Wren SM, 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-77S.
7. Kalka C, Spirk D, Siebenrock KA, et al. Lack of extended venous thromboembolism prophylaxis in high-risk patients undergoing major orthopaedic or major cancer surgery. Electronic Assessment of VTE Prophylaxis in High-Risk Surgical Patients at Discharge from Swiss Hospitals (ESSENTIAL). *Thromb Haemost.* 2009;102(1):56-61.
8. Treasure T, Hill J. NICE guidance on reducing the risk of venous thromboembolism in patients admitted to hospital. *J R Soc Med.* 2010;103(6):210-2.