

Tromboprofilaxis de cirugía ortopédica mayor

– nuevos horizontes terapéuticos –

Dr. Marcelo Casey

Médico Hematólogo

Clínica Olivos - FLENI - Buenos Aires - Argentina

- Dabigatrán es tan eficaz y seguro como enoxaparina para la tromboprofilaxis en reemplazo terapéutico de rodilla y cadera, con la gran ventaja de su administración oral que eleva la tasa de adherencia al tratamiento.
- Recientemente se publicó un ensayo de costo efectividad que demostró la superioridad de dabigatrán, reduciendo costos a corto y largo plazo.

Cirugía ortopédica mayor: alto riesgo tromboembólico

Los pacientes quirúrgicos tienen un alto riesgo tromboembólico y dentro de la cirugía general sin duda la cirugía ortopédica mayor es aquella de mayor riesgo tromboembólico venoso.

Entre el 50 al 60% de los pacientes sometidos a una *cirugía de reemplazo de prótesis de cadera o rodilla* sufren un episodio de tromboembolia venosa (TEV) en ausencia de medidas de tromboprofilaxis.

La tromboembolia venosa no solo es grave por su lógica consecuencia de embolismo pulmonar, sino que a largo plazo tanto el síndrome posttrombótico como la hipertensión pulmonar son dos complicaciones frecuentes que originan grandes gastos en estos pacientes.

El riesgo de tromboembolia venosa no se restringe exclusivamente al periodo hospitalario.

Un gran registro quirúrgico americano detectó que los episodios de TEV se producen en el 76% y 47% de los casos de reemplazo de cadera (RTC) y rodilla (RTR) respectivamente.

Pautas de profilaxis clásicas

Existen múltiples guías de recomendaciones de tratamiento al respecto. Sin duda aquella de mayor peso por los años que se emite, actualmente en vigencia, la séptima emitida por el Colegio Americano de especialistas de tórax (CHEST) indicando como recomendación el uso de *heparina de bajo peso molecular, fondaparina o anticoagulantes orales* por un periodo de 10 días para el RTR y 28 a 35 días para el RTC.

Cualquiera de estos tres recursos terapéuticos son de alta eficacia pero poseen una serie de desventajas.

Los *anticoagulantes orales* poseen un inicio retardado de acción y requieren de un monitoreo de laboratorio o INR con las consecuencias de la incomodidad por la realización de dicho test y el costo asociado.

La principal desventaja de las heparinas y la fondaparina es la aplicación subcutánea, que sin duda reduce la adherencia a esta estrategia terapéutica ya que solo un bajo porcentaje de pacientes puede autoinyectarse, requiriendo asistencia de enfermería.

Debemos sumar además dentro de los riesgos de las heparinas la trombocitopenia.

Nuevas terapéuticas orales: Dabigatrán

En los últimos años la industria farmacéutica se ha lanzado a la investigación de moléculas anti-coagulantes orales, siendo el *etexilato de dabigatrán* el primero en ser aprobado para su uso por la oficina regulatoria europea (EMA) y en los últimos meses en la gran mayoría de los países de nuestra región.

Dabigatrán es un inhibidor directo de la trombina. La trombina es un objetivo terapéutico muy interesante ya que participa tanto de la cascada de la coagulación y tiene un potente efecto pro-inflamatorio, además de ser un importante agente agregante plaquetario.

Las principales características de esta nueva molécula son:

- efecto anticoagulante predecible,
- dosis oral fija,