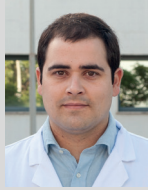


GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR



Amador García Ruiz de Gordejuela
Cirujano General



Juan Ignacio Arcelus Martínez
Cirujano General



Juan Carlos Ruiz de Adana
Cirujano General



Jordi Pujol Gebelli
Cirujano General



Antonio José Torres García
Cirujano General



Salvador Morales Conde
Cirujano General



María Luz Pindado Martínez
Anestesióloga



Enric Grau Segura
Hematólogo

PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

Grupo de Trabajo Multidisciplinar

JUNIO
2016



El TEP es la primera causa médica de mortalidad tras cirugía bariátrica. Los pacientes candidatos a Cirugía Bariátrica tienen un riesgo moderado o alto de trombosis (Caprini >4).

Se estima que hay un riesgo de Trombosis Venosa Profunda entre el 0 y 5,4% y de Tromboembolismo Pulmonar de entre 0 y 6,4%.

Los protocolos de profilaxis multimodal con cirugía mínimamente invasiva, movilización precoz, y utilización combinada de medios mecánicos y farmacológicos aumentan la seguridad de los pacientes, aunando la mayor eficacia antitrombótica con el menor riesgo hemorrágico.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CIRUGÍA DE LA OBESIDAD Y
ENFERMEDADES METABÓLICAS



Documento avalado por el Comité Científico de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas (SECO) y de la Asociación Española de Cirugía (AEC)

www.seco.org

PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA

Todos los pacientes que vayan a ser sometidos a cirugía bariátrica deberían ser considerados de alto riesgo tromboembólico y deberían recibir Profilaxis Combinada Mecánica Y Farmacológica.

FACTORES DE RIESGO DE TROMBOSIS TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

- IMC elevado
- Edad avanzada
- Inmovilidad
- Sexo masculino
- Síndrome obesidad-hipoventilación
- Disnea de reposo
- Hipertensión pulmonar
- Tiempo quirúrgico superior a 3 horas
- Eventos trombóticos previos
- Insuficiencia cardíaca
- Estados protrombóticos
- Estasis venoso
- Estancia hospitalaria superior a 3 días
- Terapia hormonal
- Cirugía laparotómica
- Reintervención en el postoperatorio inmediato



CONSIDERACIONES ESPECIALES

En pacientes en tratamiento previo con Fármacos Antivitamina K o Anticoagulantes orales de acción directa, se recomienda su suspensión, terapia puente con HBPM previo a la cirugía y reintroducir el tratamiento habitual a las 48-72 horas tras la intervención.

No se recomienda utilizar marcadores protromboticos ni realizar de forma rutinaria un estudio de trombofilia hereditaria y adquirida para establecer la profilaxis antitrombotica.

En los pacientes que van ser sometidos a cirugía bariátrica y presentan una insuficiencia renal moderada con niveles de aclaramiento de creatinina inferiores a 50 ml/min, debe valorarse una reducción de la dosis diaria de HBPM o de fondaparinux.

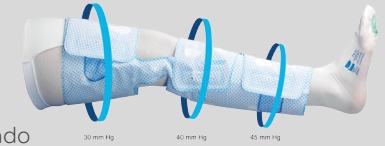
Los filtros de vena cava temporales no se consideran indicados como medida profiláctica previo a cirugía. Sólo se contempla su uso si se utilizan como terapéutica en episodios de trombosis tras la cirugía.

PROFILAXIS MECÁNICAS

Se recomienda la promoción de la DEAMBULACIÓN PRECOZ y la utilización sistemática de medias elásticas de compresión y, preferiblemente, sistemas de COMPRESIÓN NEUMÁTICA INTERMITENTE. Estos últimos deberían reproducir la fisiología de la deambulación y por ello la compresión debería ser secuencial, circunferencial, progresiva, y con detección del relleno del sistema venoso.

INDICACIONES DE USO

- Desde el inicio de la cirugía, hasta el inicio de la deambulación
- En caso de suspensión de la profilaxis farmacológica por hemorragia activa o riesgo hemorrágico aumentado



PROFILAXIS FARMACOLÓGICA

Se recomienda como primera opción el uso de **Enoxaparina**; en el cuadro adjunto se establece su dosificación según el IMC del paciente.

El inicio de la profilaxis farmacológica será 10-12 horas antes de la cirugía o 6-8 tras su finalización. La duración debería ser, siempre que sea posible, como mínimo hasta 7-10 días después del alta hospitalaria.

PROFILAXIS MULTIMODAL AJUSTADA A IMC

	DEAMBULACIÓN PRECOZ* MEDIAS ELÁSTICAS COMPRESIÓN NEUMÁTICA INTERMITENTE	HBPM** - Enoxaparina
IMC 35-40	Siempre	40mg/24h
IMC 41-50	Siempre	30mg/12h ó 60mg/24h
IMC 51-60	Siempre	40mg/12h ó 60mg/24h
IMC>60	Si es posible	40-60mg/12h
Riesgo de Hemorragia	Siempre	No

* La cirugía Laparoscópica y los Protocolos de Rehabilitación Multimodal Postoperatoria incentivan la deambulación y movilización precoz de los pacientes.

** Dosis recomendables para otras heparinas:

- **Dalteparina:** 5.000 UI-7.500 UI/24h
- **Nadroparina:** 5.700 UI/24h
- **Tinzaparina:** 4.500 UI/24h
- **Bemiparina:** 3.500 UI-5.000/24h
- **HNF:** 5.000 UI/8h ó 7.500 UI/8h
- **Fondaparinux:** IMC <40 Kg/m²: 2,5mg/24h
IMC 40-60 Kg/m²: 5mg/24h