



<https://www.revclinesp.es>

2078 - ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA EN CIRUGÍA MAYOR: AUDITORÍA COMPARATIVA ENTRE SERVICIOS DE CIRUGÍA GENERAL Y TRAUMATOLOGÍA-ORTOPEDIA EN UN HOSPITAL DE 3ER NIVEL

Raquel Abenza Ortega, María Teresa Herrera Marrero, Beatriz Pastor García, Ágata Boya de Vicente y Gabriel Puche Palao

Medicina Interna, hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

Resumen

Objetivos: Cuantificar la adecuación de la profilaxis farmacológica frente a tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes sometidos a cirugía mayor y comparar su desempeño entre los servicios de Cirugía General (CGD) y Traumatología-Ortopedia (COT).

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de calidad realizado en un hospital universitario de tercer nivel. Se incluyeron 69 pacientes mayores de 18 años intervenidos entre enero y marzo de 2025 con una estancia mínima de 48 horas: 49 de CGD y 20 de COT. El riesgo de TEV se evaluó con la escala Caprini. Se consideró profilaxis adecuada cuando la prescripción coincidió con la indicación según guías CHEST 2012 y ASH 2018. La adecuación completa requirió además dosis correcta (enoxaparina 40 mg SC/24 h o equivalente) y duración mínima (? 10 días en cirugía general, ? 28 días en cirugía oncológica). Se aplicaron pruebas ?², exacta de Fisher y U de Mann-Whitney.

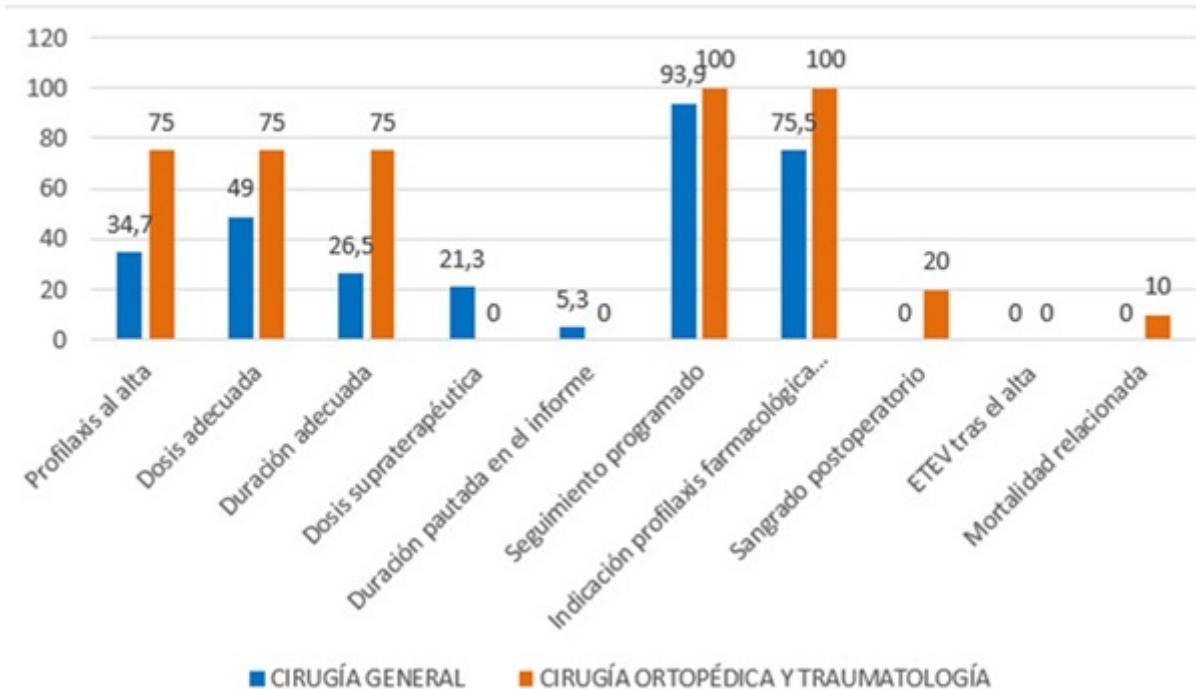
Resultados: La edad media fue $62,4 \pm 17,4$ años en CGD y $63,7 \pm 18,4$ en COT ($p = 0,726$); el IMC medio fue $27,8 \pm 5,0$ frente a $28,7 \pm 3,5 \text{ kg/m}^2$ ($p = 0,457$). La mediana de Caprini fue 5 (RIC 3-7) en CGD y 8 (RIC 7-9) en COT ($p < 0,001$). La profilaxis al alta se indicó en el 75% de COT frente al 34,7% de CGD ($p < 0,001$). La adecuación en dosis y duración fue mayor en COT (75% en ambos) que en CGD (49% y 26,5%, $p = 0,031$ y $p = 0,001$). Las dosis supraterapéuticas se dieron en el 21,3% de CGD y en ningún caso de COT ($p = 0,027$). La indicación conforme a guías fue más frecuente en COT (100 vs. 75,5%, $p = 0,014$). El sangrado posoperatorio ocurrió solo en COT (20 vs. 0%, $p = 0,006$), sin diferencias en ETEV posalta (0% en ambos). La mortalidad mostró una tendencia mayor en COT (10 vs. 0%, $p = 0,081$), sin significación estadística.

Variable	Cirugía general y digestivo (n = 49)	Cirugía ortopédica y Traumatología (n = 20)	p
Edad (años)	$62,4 \pm 17,4$	$63,7 \pm 18,4$	0,726
Sexo (Hombre)	27 (55,1%)	12 (60,0%)	0,917

IMC (kg/m²)	27,8 ± 5,0	28,7 ± 3,5	0,719
Tabaquismo	12 (24,5%)	5 (25,0%)	1,000
Alcohol	3 (6,1%)	4 (20,0%)	0,181
Dependencia funcional	2 (4,1%)	4 (20,0%)	0,054
ETEV previa	0	2 (10,0%)	0,081
Neoplasia activa	11 (22,4%)	6 (30,0%)	0,724
Insuficiencia cardiaca	2 (4,1%)	3 (15,0%)	0,142
FA	2 (4,1%)	1 (5,0%)	1,000
Cirrosis	0	3 (15,0%)	0,022
Diabetes	16 (32,7%)	3 (15,0%)	0,234
EPOC	1 (2,0%)	1 (5,0%)	0,499
Inmovilización previa	2 (4,1%)	2 (10,0%)	0,574
Anticoagulación crónica	2 (4,1%)	2 (10,0%)	0,574
CAPRINI score	5,0 (3,0-7,0)	8,0 (7,0-9,0)	0,001
CHA₂DS₂-VASc	2,0 (0,0-4,0)	4,0 (4,0-4,0)	0,336

Variable	Cirugía general y digestivo (n = 49)	Cirugía ortopédica y Traumatología (n = 20)	p
Duración cirugía > 45 min	46 (93,9%)	20 (100%)	0,554
Pérdidas hemáticas	1/43 (2,3%)	7 (35,0%)	0,001

Complicaciones quirúrgicas	1/43 (2,3%)	7 (35,0%)	0,001
Estancia total (días)	5,0 (2,0-9,0)	8,5 (7,0-10,2)	0,002
Mediana (P25-P75)			
Inmovilización posoperatoria	2 (4,1%)	16 (80,0%)	0
Profilaxis farmacológica durante ingreso	20 (40,8%)	16 (80,0%)	0,004
Profilaxis mecánica	0	0	1



Discusión: Los pacientes de COT recibieron profilaxis al alta con mayor frecuencia y mejor adecuación que los de CGD, reflejando mayor conciencia del riesgo trombótico. Las fracturas y artroplastias presentan más TEV que la cirugía abdominal, justificando una profilaxis intensiva, aunque asociada a más sangrado (20 vs. 0%). También se observaron más complicaciones y estancias prolongadas en COT, coherentes con la inmovilización. En CGD, la posibilidad de sangrado digestivo y anastomosis pudo influir en la menor indicación. No hubo diferencias en TEV ni mortalidad posalta, aunque el tamaño muestral fue limitado. Se recomienda implementar auditorías para armonizar prácticas y ajustar la profilaxis al riesgo individual.

Conclusiones: La profilaxis fue más frecuente y adecuada en COT, aunque con mayor sangrado. No se observaron diferencias en ETEV posalta. Se destaca la necesidad de protocolos comunes que equilibren riesgo trombótico y hemorrágico, asegurando profilaxis eficaz y segura en cirugía mayor en todas las especialidades quirúrgicas.