
Isabel Cristina Cardenas Moreno, MD¹
Fernan Mendoza Beltrán, MD²

“Manejo perioperatorio de la terapia antiplaquetaria en pacientes con stents coronarios quienes van a ser llevados a cirugía cardiaca y no cardiaca: una revisión basada en evidencia disponible y muy concreta”

PERIOPERATIVE MANAGEMENT OF ANTIPLATELET THERAPY IN PATIENTS WITH CORONARY STENTS UNDERGOING CARDIAC AND NON-CARDIAC SURGERY: A CONSENSUS DOCUMENT FROM ITALIAN CARDIOLOGICAL, SURGICAL AND ANAESTHESIOLOGICAL SOCIETIES

Rossini R, Musumeci G, Visconti L, Bramucci E, Castiglioni B, De Servi S, Lettieri C, Lettino M, Piccaluga E, Savonitto S, Trabattoni D, Capodanno D, Buffoli F, Parolari A, Dionigi G, Boni L, Biglioli F, Valdatta L, Droghetti A, Bozzani A, Setacci C, Ravelli P, Crescini C, Staurengi G, Pietro Scarone P, Francetti L, D’Angelo F, Gadda F, Comel A, Salvi L, Lorini L, Antonelli M, Bovenzi F, Cremonesi A, Angiolillo D, Guagliumi G. *EuroIntervention* 2014;10:38-46

A pesar de diferentes artículos y estudios, no ha sido definido el manejo óptimo perioperatorio de la terapia antiplaquetaria en pacientes con stents coronarios quienes van a cirugía cardiaca y no cardiaca. La cirugía representa una de las causas más frecuentes para la suspensión de la terapia antiplaquetaria, lo que lleva a un incremento de la mortalidad y de eventos cardiacos en particular, riesgo de trombosis del stent.

Las guías publicadas hasta el momento sobre el manejo perioperatorio no han definido apropiadamente el riesgo isquémico y hemorrágico, aportan poco soporte a los pacientes con cirugías no diferibles o con riesgo hemorrágico elevado y no ofrecen recomendaciones prácticas sobre cuándo ni cómo discontinuar o reiniciar la terapia antiplaquetaria.

El número de intervenciones percutáneas en el mundo se ha incrementado en los últimos años. Cada año se realizan más de un millón de procedimientos en Estados Unidos y Europa. En más del 85% de los casos se implanta un stent lo que hace mandatorio la terapia antiplaquetaria dual. Cerca 4 a 8% de los pacientes van a cirugía dentro del primer año de implantado el stent y 23% dentro de los siguientes 5 años. La cirugía lleva a un estado hipóxico, inflamatorio e hipercoagulable, el cual se asocia con inestabilidad plaquetaria y trombosis arterial perioperatoria. Por otro lado, el riesgo de sangrado puede ser hasta 3.4 veces mayor durante la terapia antiplaquetaria dual comparado con aspirina sola.

¹ Médico internista, Residente de Cardiología Universidad el Bosque, Fundación Clínica Shaio

² Internista, Cardiólogo, Jefe del Departamento de Cardiología Fundación Clínica Shaio, Director del postgrado de cardiología Universidad el Bosque, Tesorero de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Hay procedimientos como la neurocirugía intracraneal y la prostatectomía transuretral donde han sido reportados complicaciones fatales de sangrado relacionadas con dosis bajas de aspirina.

Recientemente diferentes sociedades entre las que se encuentran: Sociedad Italiana de Cardiología Invasiva (SICI-GISE), Asociación Italiana de Hospitales Cardiológicos (ANMCO), Sociedad Italiana para cirugía Cardíaca (SICCH) y otras, publicaron este consenso donde se enumera el riesgo hemorrágico de las intervenciones quirúrgicas y el riesgo de presentar nuevos eventos isquémicos en pacientes con stents coronarios que van a ser sometidos a cirugía y aportan recomendaciones de qué hacer con el tratamiento antiplaquetario. Este documento fue realizado en conjunto con cardiólogos, cirujanos y anestesiólogos.

El consenso definió el riesgo de trombosis con base a las características del procedimiento como tipo de stent, tiempo transcurrido desde la realización de la intervención coronaria percutánea, tiempo para la programación de la cirugía; además se describen unas características clínicas que aumentan el riesgo trombótico como: historia de trombosis del stent, intervención coronaria percutánea en síndrome coronario agudo, diabetes mellitus, alteración de la función renal y fracción de eyección del ventrículo izquierdo < 35%. La utilización de stents medicados de segunda generación disminuye el riesgo trombótico.

Tabla 1.

Riesgo bajo	Riesgo intermedio	Riesgo alto
<ul style="list-style-type: none"> • > a 6 meses después de ICP con BMS. • > 12 meses después de ICP con DES. 	<ul style="list-style-type: none"> • > 1 mes después de ICP con BMS. • > 6 meses y < 12 meses después de ICP con DES. • > 12 meses después de ICP compleja con DES (stents largos, stents múltiples, vasos pequeños, bifurcaciones, superposición de stents, vasos distales y tronco de la coronaria izquierda). 	<ul style="list-style-type: none"> • < 1 mes después de ICP con BMS. • < 6 meses después de ICP con DES. • < 12 meses después de ICP compleja con DES (stents largos, stents múltiples, vasos pequeños, bifurcaciones, superposición de stents, vasos distales y tronco de la coronaria izquierda).

La Sociedad de Anestesiología Italiana determinó las ventajas y desventajas de los diferentes tipos de anestias y colaboraron con las recomendaciones; y los cirujanos establecieron los riesgos por tipo de cirugía, en riesgo hemorrágico alto, intermedio y bajo; por ejemplo para los pacientes que van a ser sometidos a cirugía cardíaca, se establecieron las siguientes pautas.

Tabla 2. Recomendaciones a tomar en pacientes que van a ser sometidos a cirugía cardiaca.
TAVI: implante de válvula aórtica transcaterter; ICP: intervención coronaria percutánea.

Riesgos	Procedimientos	Riesgo bajo trombótico	Riesgo intermedio trombótico	Riesgo alto trombótico
Riesgo bajo de sangrado	-	-	-	-
Riesgo intermedio de sangrado	Minitoracotomía TAVI Cirugía de bypass coronario Reemplazo valvular Cirugía de bypass coronario sin bomba	ASA: continuar Inhibidores del receptor P2Y12: retirar 5 días antes para el clopidogrel y ticagrelor y 7 días para el prasugrel. Reiniciar 24 – 72 horas luego de una dosis de carga.	Retardar cirugía electiva. Cirugía no diferible: ASA: continuar. Inhibidores del receptor P2Y12: retirar 5 días antes para el clopidogrel y ticagrelor y 7 días para el prasugrel. Reiniciar 24 – 72 horas luego de una dosis de carga.	Retardar cirugía electiva. Cirugía no diferible: ASA: continuar. Inhibidores del receptor P2Y12: retirar 5 días antes para el clopidogrel y ticagrelor y 7 días para el prasugrel. Reiniciar 24 – 72 horas luego de una dosis de carga. Pensar en puente con Inhibidores de la GPIIb/IIIa.
Riesgo alto de sangrado	Reintervención Endocarditis Dissección de aorta Cirugía de bypass en ICP fallida	ASA: continuar Inhibidores del receptor P2Y12: retirar 5 días antes para el clopidogrel y ticagrelor y 7 días para el prasugrel. Reiniciar 24 – 72 horas luego de una dosis de carga.	Retardar cirugía electiva. Cirugía no diferible: ASA: continuar. Inhibidores del receptor P2Y12: retirar 5 días antes para el clopidogrel y ticagrelor y 7 días para el prasugrel. Reiniciar 24 – 72 horas luego de una	Retardar cirugía electiva. Cirugía no diferible: ASA: continuar. Inhibidores del receptor P2Y12: retirar 5 días antes para el clopidogrel y ticagrelor y 7 días para el prasugrel. Reiniciar 24 – 72

			dosis de carga	horas luego de una dosis de carga. Piense en puente con inhibidores de la GP IIb/IIIa
--	--	--	----------------	---

Se concluye que este consenso nos aporta de forma práctica el manejo perioperatorio de la antiagregación plaquetaria en pacientes con stent, quienes van a ser llevados a cirugía cardíaca y no cardíaca teniendo en cuenta el riesgo trombótico y el riesgo hemorrágico. En la práctica clínica son decisiones difíciles, teniendo en cuenta el alto riesgo que tienen estos pacientes de presentar nuevos eventos cardíacos, si se discontinúa la terapia antiplaquetaria y a la vez riesgo de sangrado si se sigue el tratamiento. Estas guías fueron realizadas por un equipo interdisciplinario de cardiólogos, anestesiólogos y cirujanos, sin embargo se requieren más estudios que la soporten y las validen.

En el link podrán encontrar una aplicación gratuita que se puede descargar para el Iphone o Ipad: <https://itunes.apple.com/us/app/stent-surgery/id551350096?mt=8>

Referencia:

http://www.pcronline.com/eurointervention/72nd_issue/008/

Edición: Juan Karlo Urrea Zapata, MD*
