



Consideraciones perioperatorias para cirugía no cardíaca en pacientes con *stents* coronarios

Dr. Orlando Tamariz-Cruz*

* Coordinador de Anestesia Cardiovascular, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán». Coordinador de Anestesia Cardiovascular, División de Cirugía cardiovascular, Instituto Nacional de Pediatría.

La cardiopatía isquémica sigue siendo un grave y difundido problema de salud que afecta a una gran parte de la población.

De acuerdo a los resultados comunicados por la Secretaría de Salud en el sexenio próximo pasado, la cardiopatía isquémica sigue siendo la segunda causa de muerte en mujeres y hombres⁽¹⁾ (Cuadros I y II). Sin embargo, los avances en cirugía cardiovascular y en especial en cardiología intervencionista también, han impactado de forma considerable en la reducción de la incidencia en estas estadísticas.

Lo anterior ha hecho que el anestesiólogo enfrente situaciones cada vez más complejas como la cirugía de urgencia en pacientes con antiagregación plaquetaria (o puede ser anticoagulados) por ser portadores de *stents* coronarios.

La relación entre los «*stents*» y la cirugía cardíaca se caracteriza por una compleja toma de decisiones, ya que un procedimiento influye en el otro, confiriendo escenarios negativos al no elegir la opción más adecuada.

Si se retrasa o no se realiza una cirugía no cardíaca en un paciente con doble antiagregación plaquetaria y corto tiempo después de la colocación de un *stent* (y esto es especialmente cierto en situaciones de urgencia), esto puede causarle incluso la muerte.

De la misma forma, un paciente con cardiopatía isquémica que requiere la colocación de un «*stent*» ¿deberá no ser colocado por saberlo en riesgo de una cirugía no cardíaca inminente (v.gr. cirugía vascular)?

En la figura 3 mostramos el tipo de cirugía no cardíaca más frecuente en pacientes portadores de *stents* de acuerdo a un estudio avalado por la AHA (American Heart Association) y que analiza el problema⁽²⁾.

En el estudio mencionado se reporta que las cirugías no cardíacas más frecuentemente realizadas en pacientes portadores de «*stents*» son: ortopédicas, cosméticas (plásticas), de aparato digestivo y vasculares, en ese orden. No es infrecuente que debamos enfrentarnos a esos escenarios.

En ese contexto, es muy importante conocer el tipo de *stent* (medicado o no medicado) y el tipo de terapia anticoagulante o antiagregante.

Cuadro I. Principales causas de muerte en mujeres, México 2005.

Causa	Defunciones	%
Diabetes mellitus	36,280	16.3
Enfermedades isquémicas del corazón	23,570	10.6
Enfermedad cerebrovascular	14,500	6.5
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	9,087	4.1
Cardiopatía hipertensiva	7,552	3.4
Infecciones respiratorias agudas bajas	7,076	3.2
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	6,720	3.0
Nefritis y nefrosis	5,260	2.4
Desnutrición calórico-proteica	4,303	1.9
Tumor maligno del cuello del útero	4,273	1.9
Tumor maligno de la mama	4,234	1.9
Asfixia y trauma al nacimiento	4,209	1.9
Tumor maligno del hígado	2,545	1.1
Tumor maligno del estómago	2,524	1.1
Accidentes de vehículo de motor (ocupantes)	2,365	1.1

Datos no publicados provenientes de la Secretaría de Salud en su Programa Nacional 2007-2012.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

Cuadro II. Principales causas de muerte en hombres, México 2005.

Causas	Defunciones	%
Diabetes mellitus	30,879	11.3
Enfermedades isquémicas del corazón	29,874	10.9
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	20,864	7.6
Enfermedad cerebrovascular	12,896	4.7
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	11,183	4.1
Agresiones (homicidios)	8,610	3.2
Accidentes de vehículo de motor (ocupantes)	8,450	3.1
Infecciones respiratorias agudas bajas	7,912	2.9
Nefritis y nefrosis	6,135	2.2
Asfixia y trauma al nacimiento	5,560	2.0
Enfermedad hipertensiva	5,336	2.0
Tumor maligno de tráquea bronquios y pulmón	4,817	1.8
Tumor maligno de la próstata	4,800	1.8
Desnutrición calórico-proteica	4,139	1.5
Peatón lesionado en accidentes de vehículo motor	3,998	1.5

Datos no publicados provenientes de la Secretaría de Salud en su Programa Nacional 2007-2012.

Cuadro III. Frecuencia de procedimientos quirúrgicos no cardíacos realizados en pacientes con stents coronarios colocados anteriormente.

Grupos quirúrgicos	n	%
Vascular	201	10
Endocrino	73	4
Nariz garganta y vías respiratorias	90	5
Sistema digestivo	316	16
Sistema neurológico	118	6
Estética reconstructiva	353	19
Ortopedia y columna vertebral	552	33
Oftálmico auditivo y mediofacial	19	1
Genitourinario y reproductivo	121	6
Total	1,953	100

Tomado de: Crucen NML, Harding SA, Flapan AD, et al. Previous coronary stent implantation and cardiac events in patients undergoing noncardiac surgery. Circ Cardiovasc Interv. 2010;3:236-242.

En el año 2007 el Colegio Americano de Cardiología emitió una alerta con el fin de no suspender la antiagregación

plaquetaria en pacientes que tenían menos de un año de haber sido sometidos a colocación de «stent medicado»⁽³⁾.

Sin embargo, un estudio realizado tres años después encontró que la tasa de eventos adversos graves cardiovasculares (EAGC) en pacientes portadores de «stent medicado» fue solo del 5.4% y que no había asociación entre los EAGC y el tiempo de colocación de ese «stent», pero la tasa de EAGC fue menor después de un año de su colocación. Los pacientes ancianos (> 65 años) y los que son sometidos a cirugía de urgencia portadores de «stent medicado» deben ser cuidadosamente vigilados para prevenir EAGC. La presencia de sangrado como complicación fue escasa y no se asoció con terapia antiagregante⁽⁴⁾.

Es importante conocer qué tipo de stent se empleo en el paciente sometido a cirugía no cardíaca y qué tipo de terapia antitrombosis tiene.

La mayor parte de la evidencia sugiere que no existe un riesgo incrementado de sangrado relacionado con la terapia anticoagulante, pero las estrategias para «puenteo» cuando además de portar «stents» el paciente está anticoagulado por otras causas (por ejemplo, fibrilación auricular) debe ser considerada.

www.medigraphic.org.mx

REFERENCIAS

1. Programa Nacional de Salud, 2007-2012.
2. Douketis JD, et al. Perioperative management of antithrombotic therapy. Chest. 2012;141:326-329.
3. Grines G, Bonow R, Casey D, et al. Prevention of premature discontinuation of antiplatelet therapy in patients with coronary artery stents. J Am Coll Cardiol. 2007;49:734-739.
4. Crucen NML, Harding SA, Flapan AD, et al. Previous coronary stent implantation and cardiac events in patients undergoing noncardiac surgery. Circ Cardiovasc Interv. 2010;3:236-242.