

Recomendación del Grupo de Trabajo Ictus-CV para el manejo perioperatorio de la antiagregación plaquetaria en pacientes que han presentado un ictus.

El objetivo de este documento es facilitar al paciente y su médico una guía clara sobre el uso de los antiagregantes plaquetarios para la prevención de ictus más utilizados en nuestro medio, ante una intervención quirúrgica programada.

Para tomar la decisión de mantener, retirar o ajustar el tratamiento antiagregante plaquetario ante una cirugía programada, se debe estratificar primeramente en cada paciente el grado de riesgo trombótico y el riesgo hemorrágico. La recomendación se obtiene de aplicar dichos riesgos en los algoritmos proporcionados.

Estratificación del riesgo trombótico:

Riesgo trombótico Alto:

- ☉ Antecedentes de Ictus en las 6 semanas previas.
- ☉ Antecedente de colocación de Stent carotídeo en 1 a 3 meses previos según cada caso.

Riesgo trombótico moderado:

- ☉ Entre 6 semanas y 12 meses tras un Ictus complicado con factores de riesgo añadidos (diabetes, HTA, disminución de fracción de eyección, etc).
- ☉ Entre 6 semanas y 24 semanas tras un ictus no complicado.
- ☉ Entre 3 y 6 meses tras colocación de stent no farmacoactivo carotídeo.
- ☉ Antecedentes de 2 o más ictus, incluyendo Accidentes Isquémicos Transitorios (AIT) sin factores de riesgo cardioembólicos asociados.

Riesgo trombótico bajo:

- ☉ A partir de 12 meses de un Ictus complicado o 24 semanas de un ictus sin complicaciones añadidas.
- ☉ A partir de 6 meses de colocación de Stent carotídeo no farmacoactivo.

Estratificación del riesgo hemorrágico

Riesgo hemorrágico alto: Cuando puede ser vital para la vida del paciente, se trata de un espacio cerrado o sin posibilidad de realizar compresión: cirugía intracraneal, espinal, cirugía de cámara posterior del ojo, cirugía cardiovascular (recambio de válvula cardíaca, bypass coronario, aneurisma de aorta), cirugía de cuello, cirugía de pulmón.

Riesgo hemorrágico moderado: Cuando puede implicar un aumento de las necesidades transfusionales o una dificultad en el control de la hemostasia durante la intervención: cirugía visceral, cirugía ortopédica, cirugía reconstructiva, herniorrafia, hemorroides, cirugía por neoplasias.

Riesgo hemorrágico bajo: Cuando es poco probable que se produzca un evento hemorrágico y/o se puede realizar un buen control de la hemostasia durante la intervención: exéresis de lesiones cutáneas y biopsias, endoscopias, cirugía y extracción dentarias, cámara anterior de ojo como cataratas, túnel carpiano, etc.

Tabla 1. ALGORITMO PREOPERATORIO EN PACIENTE ANTIAGREGADO CON AAS O TRIFUSAL COMO PREVENCIÓN SECUNDARIA

		Riesgo trombótico		
		<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
Riesgo hemorrágico	<i>Bajo</i>	AAS 100 mgr	AAS 100 mgr	AAS 100 mgr
	<i>Medio</i>	AAS 100 mgr	AAS 100 mgr	AAS 100 mgr
	<i>Alto</i>	Suspender pauta*	AAS 100 mgr	AAS 100 mgr

*El AAS se suspenderá 5 a 7 días antes de la intervención quirúrgica.

Tabla 2. ALGORITMO PREOPERATORIO EN PACIENTE ANTIAGREGADO CON TIENOPIRIDINAS COMO PREVENCIÓN SECUNDARIA

		Riesgo trombótico		
		<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
Riesgo Hemorrágico	<i>Bajo</i>	Mantener pauta	Mantener pauta	Mantener pauta
	<i>Medio</i>	AAS 100 mgr*	AAS 100 mgr*	AAS 100 mgr*
	<i>Alto</i>	Suspender pauta**	AAS 100 mgr*	AAS 100 mgr*

*El Clopidogrel se suspenderá 5 días antes y se sustituirá por AAS 100 mgr.

**El Clopidogrel se suspenderá 7-10 días antes.

Tras la intervención, se reiniciará la antiagregación a las 24 horas o la mañana siguiente si es posible.

D/Dña presentó un Ictus en (mes/año).....
y se encuentra bajo tratamiento con para prevención secundaria de ICTUS.
Presenta un *riesgo trombótico* y un *riesgo hemorrágico*
De aplicar dichos riesgos a los algoritmos propuestos, se obtiene la recomendación.

Fdo:

Fecha: