




**SOLACI
SBHCI
2016**

In partnership with tct & 

Como selecionar o tipo de stent e antiplaquetários para cirurgias não cardíacas

- *Miguel A N Rati*
- *Hospital Barra D'Or - RJ*

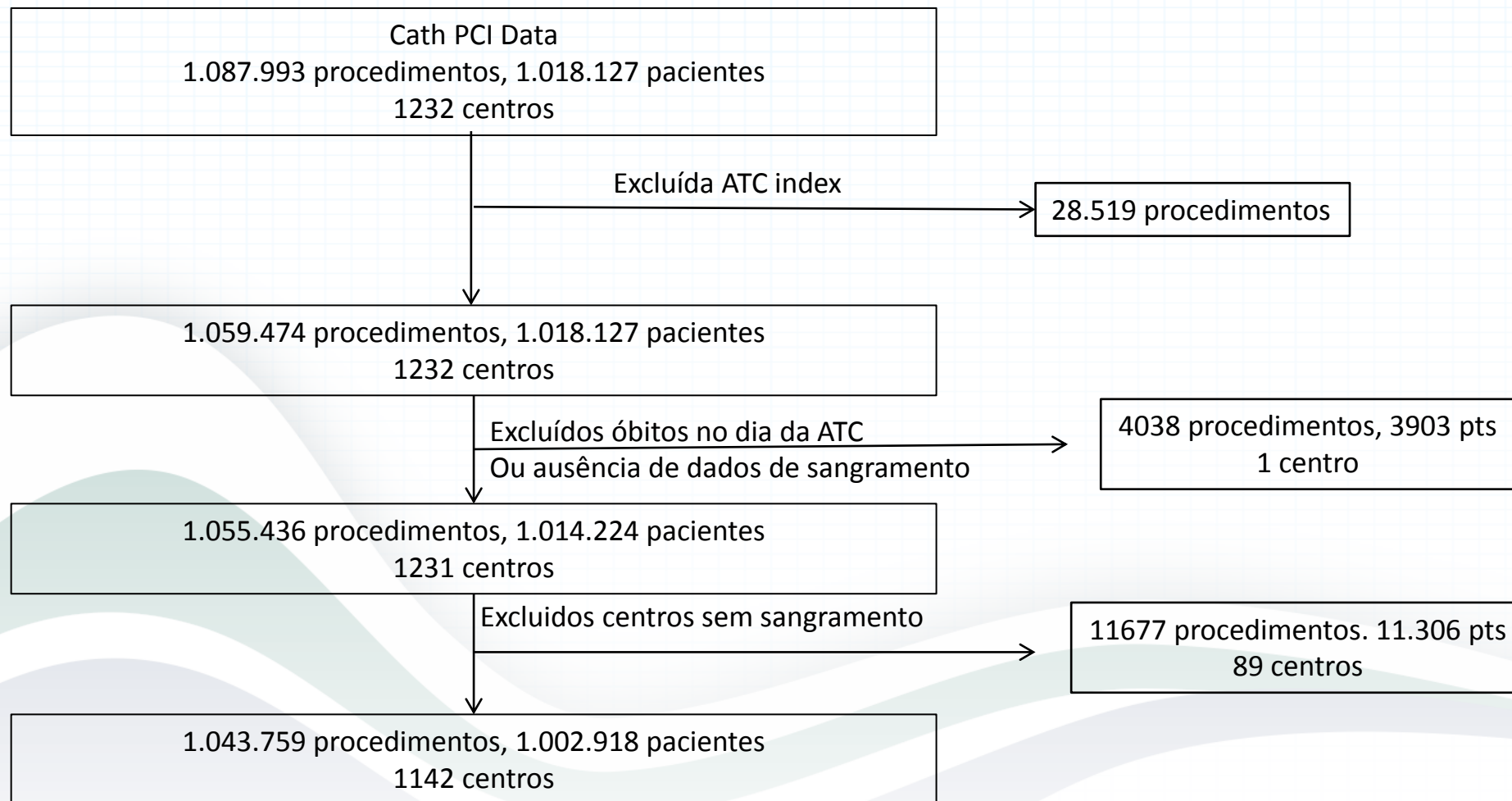




SOLACI
SBH CI
2016

In partnership with tct & co

National Cardiovascular Data Registry CathPCI Registry





SOLACI
SBHCI
2016

In partnership with tct & CCI

National Cardiovascular Data Registry CathPCI Registry

	TOTAL N = 1.043.759	ESTUDO N = 834.696	VALIDAÇÃO N = 209.063
Idade	65 (56 – 74)	64 (56 – 74)	65 (56 – 74)
Sexo feminino	32,7	32,6	32,8
IMC kg/m ²	29,1 (25,7 – 33,3)	29,1 (25,7 – 33,3)	29,1 (25,7 – 33,3)
DM	35,9	35,9	35,9
HAS	81,8	81,8	81,9
DVP	12,4	12,4	12,4
IRC	3,6	3,6	3,6
ATC prévia	40,3	40,3	40,3
RM prévia	18,8	18,9	18,7
Hb pré g/dl	13,7 (12,4 – 14,9)	13,7 (12,4 – 14,9)	13,7 (12,4 – 14,9)
Eletivo	45,2	45,2	45,1
Urgência	37,5	37,5	37,7
Emergência	17	17	16,9
Salvamento	0,3	0,3	0,3



SOLACI
SBHCI
2016

In partnership with tct & co

National Cardiovascular Data Registry CathPCI Registry

	TOTAL N = 1.043.759	ESTUDO N = 834.696	VALIDAÇÃO N = 209.063
IAM SST	16	16	15,9
Trombolítico prévio	8,1	8,0	8,2
Choque	2,5	2,5	2,4
PCR até 24 h	1,7	1,7	1,7
HAS	81,8	81,8	81,9
Hospitais			
Leitos	410 (283 – 571)	410 (283 – 571)	409 (282 – 569)
Universitário	11,3	11,3	11,3
ATC / ano	726 (445,1 – 1177,9)	726,6 (445,1 – 1183,1)	726,6 (448 – 1177,9)



SOLACI
SBHCI
2016


In partnership with tct & co

National Cardiovascular Data Registry CathPCI Registry

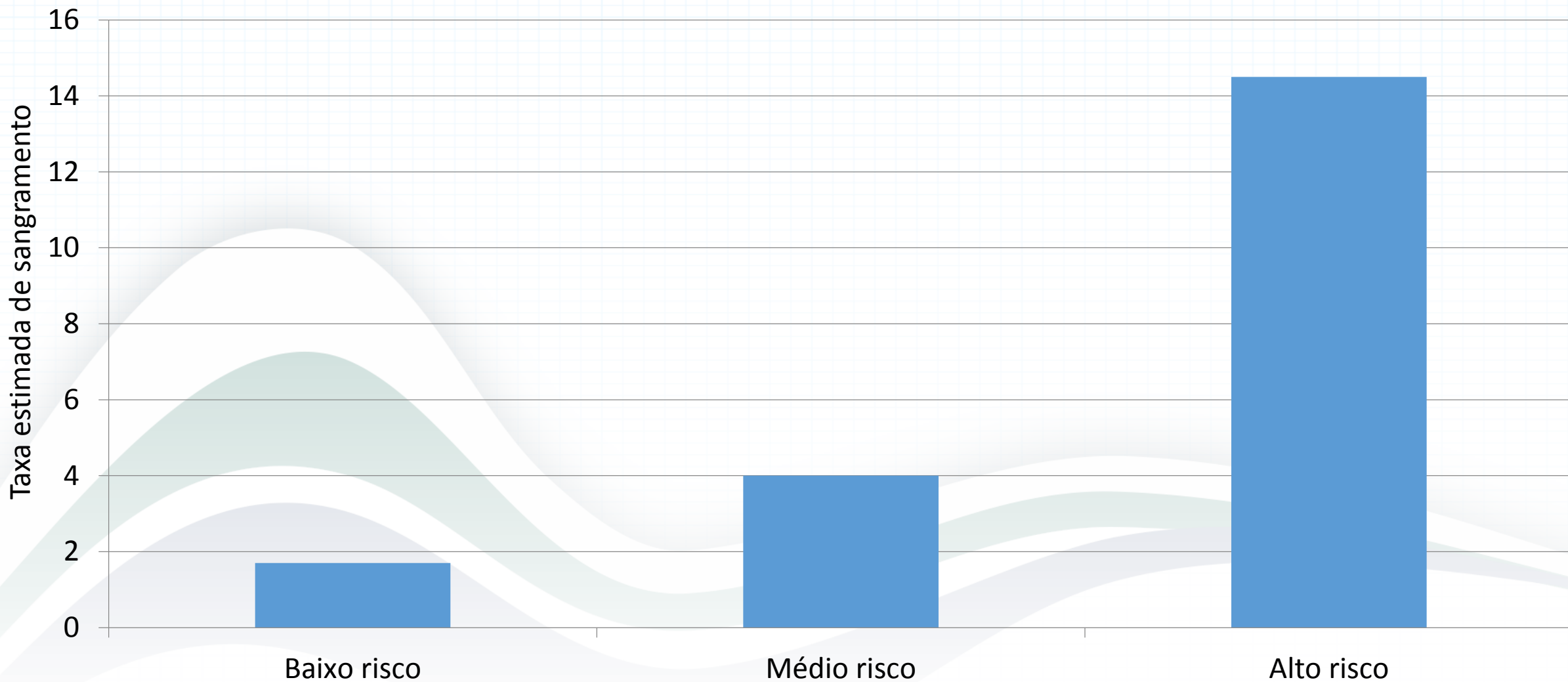
Variável	Escore			
IAM SST	Não 0	Sim 15		
Idade, anos	< 60 0	60 – 70 10	71 – 79 15	≥ 80 20
IMC	< 20 15	20 – 30 5	31 – 39 0	≥40 5
ATC prévia	Não 10	Sim 0		
IRC	Não 0	Discreta 10	Moderada 25	Diálise 30
Choque	Não 0	Sim 35		
PCR nas 24 h	Não 0	Sim 15		
Sexo feminino	Não 0	Sim 20		
Hemoglobina	Hb < 13 5	13 ≤ Hb < 15 0	Hb > 15 10	
Status	Eletiva 0	Urgência 20	Emergência/salvamento 40	



SOLACI
SBH CI
2016

In partnership with tct & 

Risco de sangramento pós ATC baseado no escore



- 200 médicos – 2013 a 2015
- 2015 – 8713 ATCs
- Grande variabilidade de condutas
 - Uso de bivalirudina: 0 a 100%
 - Sem correlação com sangramento
- Escore < 25 (baixo risco): heparina
- Escore > 25 < 65 (risco moderado): de acordo com operador
- Escore > 66 (alto risco): bivalirudina e acesso transradial

- Utilização de bivalirudina: redução 40% (57% para 35%)
- Acesso radial: 32,9% em 2013 para 54% em 2015
- Alta no mesmo dia: 11,5% para 14,3%



SOLACI
SBHCI
2016

In partnership with tct & cfi

Risco cirúrgico estimado

Baixo risco: < 1%

- mama
- dental
- endócrina (tireóide)
- ocular
- reconstrutiva
- carótida assintomática
- ginecológica (menores)
- ortopédica (menores)
- urológica (menores)

Médio risco: 1 – 5 %

- intraperitoneal
 - esplenectomia, colecistectomia, hérnia de hiato
- carótida sintomática
- angioplastia periférica
- reparo endovascular de aneurisma
- cabeça e pescoço
- neurológica ou ortopédica
 - prótese quadril
 - cirurgia de coluna
- urológica ou ginecológica
- transplante renal
- cirurgia torácica

Alto risco: > 5%

- cirurgia vascular de grande porte
- cirurgia de aorta
- revascularização de membros inferiores, amputação ou trombo-embolectomia
- cirurgia duodeno pancreática
- ressecção hepática, cirurgia de vias biliares
- esofagectomia
- cirurgia de perfuração intestinal
- ressecção adrenal
- cistectomia total
- pneumectomia
- transplante de fígado ou de pulmão



SOLACI
SBHCI
2016

In partnership with tct & cci

Guidelines SBC (2013)

Classe de recomendação	Indicação	Nível de evidência
Uso de AAS em pré-operatório de cirurgia não cardíaca		
I	Pacientes em uso de AAS para prevenção secundária devem manter o uso em dose de 75 a 100 mg/dia exceto neurocirurgia e ressecção transuretral de próstata	B
I	Pacientes em uso de AAS para prevenção primária devem suspender 7 dias antes	C
Uso de tienopiridínicos em pré-operatório de cirurgia não cardíaca		
I	Em prevenção primária deve ser suspenso 5 dias antes do procedimento	C
I	Em prevenção secundária considerar o risco de sangramento. Risco moderado / alto suspender 5 dias antes	C
Ila	Em prevenção secundária com baixo risco de sangramento deve-se manter no perioperatório	C
Uso de tienopiridínicos em pré-operatório de cirurgia não cardíaca com stent implantado previamente		
I	Manter o AAS em todo o período perioperatório, suspensão do tienopiridínico 5 dias antes da cirurgia e reintrodução o mais precoce possível, preferencialmente antes de 10 dias	C
Ila	Manutenção da medicação em procedimentos de baixo risco de sangramento	C



SOLACI
SBHCI
2016

In partnership with tct & cpr

Recomendações ACC / AHA

Cirurgia não cardíaca em pacientes com stents e DATP

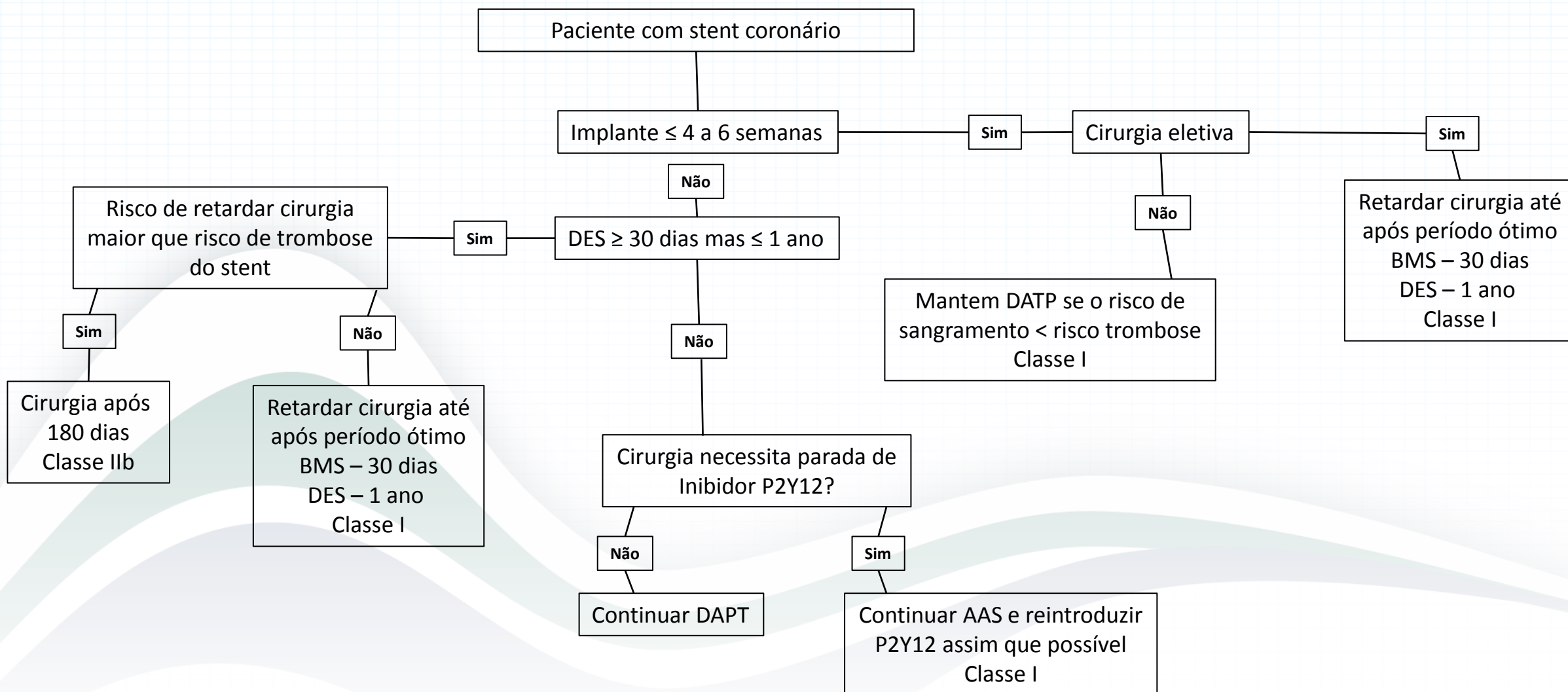
Classe	Nível de evidência	Recomendação
I	B-NR	Cirurgia eletiva deve ser retardada 30 dias após implante de BMS e 6 meses após implante de DES
I	C-EO	Em pacientes tratados com DAPT após implante de stent coronário que devem ser submetidos a cirurgia com necessidade de descontinuação do inibidor P2Y12, manter AAS e reintroduzir o inibidor assim que possível
IIa	C-EO	Cirurgia não cardíaca eletiva em pacientes em uso de inibidores P2Y12 , decisão de consenso deve ser feita considerando riscos relativos de sangramento / trombose
IIb	C-EO	Cirurgia não cardíaca eletiva em pacientes após implante de DES onde é necessária interrupção de inibidor P2Y12 deve ser protelada se possível até 3 meses pós implante se o risco de sangramento é menor que o de trombose
III	B-NR	Cirurgia eletiva não cardíaca não deve ser realizada antes de 30 dias após implante de BMS ou 3 meses após implante de DES em pacientes nos quais a interrupção de DATP é necessária



SOLACI
SBHCI
2016

In partnership with tct & co

Algoritmo ACC/AHA Guideline pré-operatório





SOLACI
SBHCI
2016

In partnership with tct & co

Recomendações ESC /ESA

Cirurgia não cardíaca em pacientes com stents e DATP

Classe	Nível de evidência	Recomendação
I	C	Recomenda-se continuação da aspirina por 4 semanas após implante de BMS e 3 – 12 meses após implante de DES, a menos que o risco de sangramento com aspirina seja inaceitavelmente alto
IIb	B	Manutenção da aspirina deve ser considerada no período per operatório, baseando-se no risco individual de trombose/sangramento
IIa	B	Descontinuação da aspirina deve ser considerada nos pacientes onde se antecipem dificuldades no controle da hemostasia durante a cirurgia
IIa	C	Manutenção de inibidor P2Y12 deve ser considerada por 4 semanas após implante de BMS e 3 – 12 meses após implante de DES, a menos que o risco de sangramento grave seja inaceitavelmente alto
IIa	C	Em pacientes em uso de inibidores P2Y12 que necessitem cirurgia, aguardar 5 dias após suspensão de ticagrelor e clopidogrel e 7 dias após suspensão de prasugrel se clinicamente aceitável, na ausência de alto risco de evento isquêmico



SOLACI
SBHCI
2016

In partnership with TCT & CCI

Escolha do stent

- Stents convencionais
 - dupla anti agregação por apenas 1 mês
 - **reestenose**
 - aplicações específicas: bifurcações, *mesh*, etc.
- Stents eluidores de drogas
 - 1ª geração
 - hastes de aço
 - polímeros permanentes
 - dupla anti agregação por pelo menos 1 ano
 - 2ª e 3ª geração
 - haste de ligas mais finas mantendo força radial
 - polímeros permanentes / biodegradáveis
 - droga abluminal
 - dupla anti agregação por 3 a 6 meses
- Stents revestidos com droga
 - hastes metálicas mais finas
 - sem polímero
 - comportamento semelhante aos stents convencionais
 - dupla anti agregação por apenas 1 mês