



LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

Riesgo al suspender el antiagregante en el perioperatorio: Ensayo clínico

Artículo original: To continue or discontinue aspirin in the perioperative period: a randomized, controlled clinical trial. A.Oscarsson, A.Grupta, M.Fredrikson, J.Järthul, M.Nyström, E. Petterson, B. Darvish, H. Krook, E. Swahn and C. Eintrei. Division of Anaesthesiology and Division of Cardiology, Department of Medical and Health Sciences, Linköping University, Linköping, Sweden. *British Journal of Anaesthesia* 104 (3): 305-12 (2010) ([PubMed](#))

Castro C.

Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca

Resumen

La aspirina ha venido usándose durante décadas como prevención secundaria del infarto de miocardio o del ictus en pacientes con cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular conocida. El tratamiento antiagregante se asocia a una reducción del riesgo de infarto de miocardio no fatal de un 33%, de un 25% la reducción del ictus no fatal y un 17% sería la reducción de otros eventos vasculares.

Estos pacientes, al igual que otros sin patología vascular previa, pueden verse sometidos a intervenciones quirúrgicas. Dichas prácticas están asociadas a un riesgo de desarrollar una complicación cardiovascular perioperatoria, aunque no se trate de cirugía cardíaca. Estas complicaciones incluyen muerte por PCR, infarto de miocardio no fatal y otros síndromes coronarios agudos. Además, el infarto de miocardio perioperatorio se asocia a una mortalidad intrahospitalaria del 15-25%.

Datos recientes sobre el riesgo de interrumpir el tratamiento antiagregante en pacientes con stents coronarios han destacado el papel de la aspirina en el periodo perioperatorio. Sin embargo, es llamativa la falta de estudios prospectivos y randomizados en la literatura científica acerca de esta cuestión.

Introducción

La aspirina ha venido usándose durante décadas como prevención secundaria del infarto de miocardio o del ictus en pacientes con cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular conocida. El tratamiento antiagregante se asocia a una reducción del riesgo de infarto de miocardio no fatal de un 33%, de un 25% la reducción del ictus no fatal y un 17% sería la reducción de otros eventos vasculares (1).

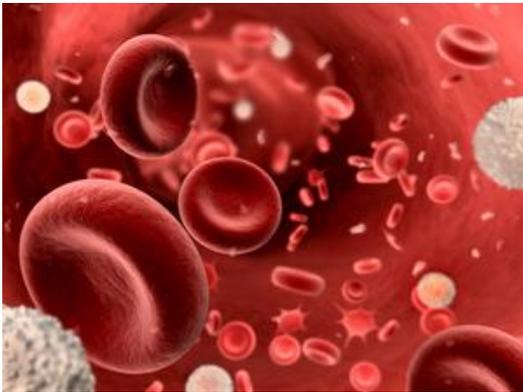
Estos pacientes, al igual que otros sin patología vascular previa, pueden verse sometidos a intervenciones quirúrgicas. Dichas prácticas están asociadas a un riesgo de desarrollar una complicación

cardiovascular perioperatoria, aunque no se trate de cirugía cardíaca. Estas complicaciones incluyen muerte por PCR, infarto de miocardio no fatal y otros síndromes coronarios agudos. Además, el infarto de miocardio perioperatorio se asocia a una mortalidad intrahospitalaria del 15-25% (2).

Datos recientes sobre el riesgo de interrumpir el tratamiento antiagregante en pacientes con stents coronarios han destacado el papel de la aspirina en el periodo perioperatorio (3). Sin embargo, es llamativa la falta de estudios prospectivos y randomizados en la literatura científica acerca de esta cuestión.

Resumen

Este estudio pretende establecer la incidencia de daño miocárdico en el período perioperatorio en pacientes con tratamiento antiagregante respecto a placebo. Parte de la hipótesis de que dosis bajas de aspirina reducen la incidencia de daño miocárdico y eventos cardiovasculares adversos graves (4). Dentro del mismo estudio se estudia la incidencia de complicaciones hemorrágicas atribuibles al mantenimiento del tratamiento antiagregante.



Entre noviembre de 2.005 y diciembre de 2.008 se eligieron pacientes que presentaban al menos uno de los siguientes factores de riesgo cardíacos: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, DMID o nefropatía.

La muestra se somete a una estratificación en función de las características de los pacientes considerando el índice ASA, diabetes mellitus y otras comorbilidades y tratamiento asociado. Se considera también el riesgo cardíaco asociado a la cirugía y se establecen los criterios de exclusión como enfermedad coronaria inestable, insuficiencia cardíaca descompensada, shock, alergia a la aspirina, edad menor de 18 años, historia previa de hemorragia digestiva o intracraneal, así como tratamiento con

warfarina, clopidogrel o metotrexate. Todo ello resultando en 2 grupos estadísticamente comparables entre sí.

La distribución de los pacientes se hizo de manera aleatoria a través de un algoritmo informático, siendo los pacientes caso los que recibían 75 mg de aspirina y los controles un placebo. El tratamiento se iniciaba 7 días antes de la cirugía y continuaba hasta el tercer día postoperatorio. Los pacientes que previamente estaban en tratamiento con aspirina y se les había retirado por su participación en el estudio lo retomaban inmediatamente después.

Los efectos de la intervención se miden a través de la determinación de una serie de variables:

- Troponina T, péptido natriurético tipo pre-B N terminal una hora antes de la cirugía.
- TnT 12-24 y 48h post cirugía.
- EKG basal, postoperatorio inmediato y 24h y 48h siguientes.

Se registraron eventos perioperatorios como inestabilidad hemodinámica, hipoxemia, nuevas arritmias, taquicardia o bradicardia. Se cuantificaron pérdidas sanguíneas, así como las necesidades de transfusión de plaquetas o concentrados de hematíes. También se pidió al cirujano responsable una valoración subjetiva del sangrado intraoperatorio.

El análisis de los resultados presenta una asociación estadísticamente significativa que otorga un efecto protector a la aspirina a la hora de prevenir eventos cardiovasculares adversos en el postoperatorio inmediato. Este efecto se mide a través de la determinación de los niveles de TnT a los sujetos del estudio. Respecto al efecto sobre otros eventos como

arritmia, angina, etc., se aprecia una tendencia a la protección, sin alcanzar la significación estadística. A pesar de un mayor número de episodios hemorrágicos en el grupo de la aspirina, no señala diferencias estadísticamente significativas.

Comentario

Este estudio destaca por aportar un análisis basado en un ensayo clínico aleatorizado en un tema en el que hasta ahora carecía de los mismos.

Es importante mencionar que en la construcción de este ensayo se recogen las recomendaciones que diferentes sociedades científicas y las conclusiones que la literatura médica han ido añadiendo sobre el papel de la antiagregación plaquetaria en el postoperatorio de pacientes de riesgo cardiovascular. Debido a estas consideraciones, se excluyeron del estudio pacientes sometidos a cirugía vascular, así como los pacientes portadores de stents coronarios. Estas restricciones tienen como consecuencia un número muestral N claramente bajo para el período a lo largo del cual se ha desarrollado el ensayo. Debido a este tamaño muestral, la capacidad de obtener resultados estadísticamente significativos se resiente. En este aspecto, el ensayo carece de un diseño y una potencia que permitan evaluar el riesgo de complicaciones hemorrágicas asociado a la antiagregación plaquetaria. Si bien puede apuntar a una tendencia no estadísticamente significativa de que no aumenta la mortalidad perioperatoria.

Cabe destacar que el número necesario de pacientes a tratar (NNT) es de sólo 14. Es un resultado interesante para una intervención de un coste muy bajo y la

magnitud de los eventos que se previenen con su aplicación.

Con los resultados de este estudio es difícil promover cambios en la actitud de los profesionales. Sin embargo, aporta una vía de investigación que debería ser explotada con estudios más extensos que permitan determinar el riesgo hemorrágico asociado a la aspirina y, sobre todo, identificar grupos de pacientes y procedimientos quirúrgicos de riesgo.

Bibliografía

- 1.- Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *Br Med J* 2002; 324:71-86 ([PubMed](#)) ([Pdf1](#)) ([Pdf2](#))
- 2.- Kumar R, McKinney WP, Raj G, et al. Adverse cardiac events after surgery: assessing risk in a veteran population. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 507-18 ([PubMed](#)) ([Pdf](#))
- 3.- Vicenzi Mn, Meislitzer T, Heitzinger B, Halaj M, Fleisher LA, Metzler H. Coronary artery stenting and non-cardiac surgery -a prospective outcome study. *Br J Anaesth* 2006; 96: 686-93 ([PubMed](#)) ([Pdf](#))
- 4.- Merrit JC, Bhatt DL. The efficacy and safety of perioperative antiplatelet therapy. *J Thromb Thrombolysis* 2004; 17:21-7 ([PubMed](#))

Correspondencia al autor

Carlos Castro Arranz
ccastro@hssl.es
 MIR Anestesiología y Reanimación
 Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca

[Publicado en AnestesiaR el 23 de agosto de 2010](#)