Προ εγχειρητικός Καρδιολογικός Έλεγχος –

Οδηγίες – Συνταγογράφηση γνωματεύσεων

Dr ΠΑΠΑΜΙΧΑΗΛ ΑΝΔΡΕΑΣ
Καρδιολόγος

1) ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

2) Βαρύτητα επέμβασης

Βαρύτητα επέμβασης

1)χαμηλού κινδύνου

2)μέτριου κινδύνου

3)υψηλού κινδύνου

Συνήθως ένας χαμηλού κινδύνου ασθενής μπορεί να υποβληθεί σε οποιαδήποτε επέμβαση..

Παράγοντες που τοποθετούν τον ασθενή σε κατηγορία πολύ αυξημένου κινδύνου:

1)οξύ έμφραγμα (εντός των τελευταίων 7 ημερών)

2) **πρόσφατο έμφραγμα** (εντός των τελευταίων 30 ημερών)

με κλινικές ενδείξεις σημαντικής συνεχιζόμενης ισχαιμίας (συμπτώματα) ή παρακλινικές (από τον αναίμακτο διαγνωστικό έλεγχο).

3) **Ασταθής στηθάγχη ή σοβαρή στηθάγχη** (σε μικρή σωματική προσπάθεια, δηλ. κατηγορίας 3 ή 4 στην κατάταξη της Καναδικής Καρδιολογικής Εταιρίας)

4) **Καρδιακή ανεπάρκεια μη αντιρροπούμενη** (με ύπαρξη συμπτωμάτων, παρά τη φαρμακευτική αγωγή)

5) **Σοβαρή βαλβιδοπάθεια**,

6) **Σοβαρή διαταραχή του ρυθμού** όπως κολποκοιλιακός αποκλεισμός υψηλού βαθμού, συμπτωματική κοιλιακή ταχυκαρδία σε άτομο με υποκείμενη καρδιακή νόσο, υπερκοιλιακή αρρυθμία (πχ παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία, κολπική μαρμαρυγή ή κολπικός πτερυγισμός) με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση που δεν έχει ρυθμισθεί.

Χρήση αντιπηκτικών

Ανταιμοπεταλιακών.

Σε ασθενείς υπό θεραπεία με ασπιρίνη ή με αναστολείς της PY12, το φάρμακο διακόπτεται εάν ο αιμορραγικός κίνδυνος της επέμβασης είναι μεγαλύτερος από το θρομβωτικό. Η ασπιρίνη και η πρασουγρέλη(EFIENT) διακόπτονται για τουλάχιστον 7 ημέρες, ενώ η κλοπιδογρέλη(PLAVIX) και η τικαγρελόρη (BRILLIQUE))για τουλάχιστον 5 ημέρες.

Σε ασθενείς με διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, η χειρουργική επέμβαση πρέπει **να αναβάλλεται** για 4-6 εβδομάδες μετά από την εισαγωγή ενός BMS (bare metal stent) και 3-12 μήνες μετά από ένα DES (drug eluting stent). **Μετά τα διαστήματα αυτά οι ασθενείς θα πρέπει να χειρουργούνται υπό ασπιρίνη.** Αν η χειρουργική επέμβαση δεν μπορεί να περιμένει τα ανωτέρω χρονικά διαστήματα, τότε θα πρέπει να πραγματοποιηθεί με τη διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή

Στην περίπτωση επέμβασης μεγάλου αιμορραγικού κινδύνου κατά τα ανωτέρω χρονικά διαστήματα, διακόπτεται **η κλοπιδογρέλη 5 ημέρες πριν** και χορηγείται θεραπεία γεφύρωσης με αναστολείς της GPIIb/IIIa (GPI: tirofiban, eptifibatide). **Η διακοπή της ασπιρίνης πρέπει να αποφεύγεται.**

Η χορήγηση Μικρού Μοριακού Βάρους Ηπαρίνης (LMWH) δεν αντικαθιστά τα αντιαιμοπεταλιακά. Μετά τη χειρουργική επέμβαση η χορήγηση της κλοπιδογρέλης ξεκινά όσο το δυνατόν συντομότερα. Η διαχείριση των ασθενών αυτών απαιτεί την ύπαρξη λειτουργούντος αιμοδυναμικού εργαστηρίου στο νοσοκομείο.

Σε ασθενείς υπό θεραπεία με ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ (VKAs), δεν απαιτείται διακοπή του φαρμάκου για την πραγματοποίηση μικρών χειρουργικών επεμβάσεων. Σε επεμβάσεις με αιμορραγικό κίνδυνο διακόπτεται το φάρμακο 3-5 ημέρες πριν, ενώ όταν συνυπάρχει υψηλός θρομβοεμβολικός κίνδυνος χορηγείται ενδιάμεσα θεραπεία γεφύρωσης με Μικρού Μοριακού Βάρους Ηπαρίνη (LMWH). Μετεγχειρητικά, σε ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε επεμβάσεις υψηλού αιμορραγικού κινδύνου, η θεραπευτική ηπαρίνη ξεκινά 48 ώρες μετά το πέρας της επέμβασης. Ταυτόχρονα, ξεκινούν οι ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ.

-Ενδιάμεσα, προτείνεται η χρήση προφυλακτικής δοσολογίας LMWH ή τίποτα εάν υπάρχει αιμορραγική διάθεση. Η λήψη καθημερινά πηκτικού ελέγχου (INR) είναι αυτή που θα καθορίσει τη διακοπή της ηπαρίνης μετεγχειρητικά (όταν το INR βρίσκεται σε θεραπευτικά επίπεδα).

Για τη διαχείριση ασθενών που λαμβάνουν τα νεώτερα από του στόματος αντιπηκτικά (άμεσοι αναστολείς των παραγόντων πήξης, DOACs) λαμβάνονται υπόψιν ο αιμορραγικός κίνδυνος της επέμβασης, **ο θρομβωτικός κίνδυνος του ασθενούς και η νεφρική λειτουργία**. 1)Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επέμβαση με μικρό αιμορραγικό κίνδυνο και έχουν φυσιολογική νεφρική λειτουργία το φάρμακο διακόπτεται τουλάχιστον 24 ώρες πριν και η χορήγηση ξεκινά 24 ώρες μετά τη χειρουργική επέμβαση.
2) Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση με μεγάλο αιμορραγικό κίνδυνο και έχουν φυσιολογική νεφρική λειτουργία το φάρμακο διακόπτεται τουλάχιστον 48-72 ώρες πριν και η χορήγηση ξεκινά 48-72 ώρες μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Η θεραπεία γεφύρωσης με ηπαρίνες παρεντερικά σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση και βρίσκονται υπό αγωγή με DOACs προτιμάται στην περίπτωση υψηλού αιμορραγικού και υψηλού θρομβοεμβολικού κινδύνου και συνιστάται όταν ο ασθενής δεν μπορεί να λάβει τίποτα από το στόμα περιεγχειρητικά.

Το CHADSVASC αναφέρεται στους διάφορους παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου σας ως ασθενή AFb.

Συγκεκριμένα, η βαθμολογία σας CHADSVASC τρέχει σε μια κλίμακα ολίσθησης από 0-10, και αποτελείται από τους ακόλουθους παράγοντες:

1)Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (ένα σημείο)
2)Υψηλή αρτηριακή πίεση (ένα σημείο)
3)Ηλικία (δύο μονάδες εάν είναι πάνω από 75)
4)Διαβήτης (ένα σημείο)
5)Προηγούμενο εγκεφαλικό επεισόδιο ή θρόμβος (δύο σημεία)
6)Αγγειακή νόσο (ένα σημείο)
7)Ηλικία (ένα σημείο εάν είναι μεταξύ 65 και 74)
8)Σεξ (ένα σημείο εάν θηλυκό)

Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία σας CHADSVASC, τόσο πιο στατιστικά πιθανό είναι να έχετε ένα εγκεφαλικό επεισόδιο.

1)Υπέρταση Μη ελεγχόμενη,> 160 mmHg συστολική Ναι + 1
2)Νεφρική νόσος Αιμοκάθαρση, μεταμόσχευση, Cr> 2,26 mg / dL ή> 200 μmol / L Ναι + 1
3)Ηπατική νόσοςΚίρρωση ή χολερυθρίνη> 2x κανονική με AST / ALT / AP> 3 φορές από κανονική Ναι + 1
4)Ιστορικό εγκεφαλικών Ναι + 1
5)Προηγούμενη μεγάλη αιμορραγία ή προδιάθεση για αιμορραγία Ναι + 1
6)INR Ασταθές / υψηλά INR, <60% Ναι + 1
7)Ηλικία> 65 ετών Ναι + 1
8)Η χρήση φαρμάκων προδιαθέτει σε αιμορραγίαΑσπιρίνη, κλοπιδογρέλη, ΜΣΑΦ Ναι + 1
9)Χρήση αλκοόλ≥8 ποτά / εβδομάδα Ναι + 1

Κίνδυνοι γνωματεύσεων

1) Πλήρης Καρδιολογική εκτίμηση
2) Καταγραφή των ευρημάτων
3) Υπογραφή σφραγίδα!!

Ευχαριστώ πολύ για την υπομονή σας!