

Juan Karlo Urrea Zapata, MD.

“Terapia antiplaquetaria en cirugía de Bypass coronario: todo queda a la recomendación de grupo cardioquirúrgico”

EXPERT POSITION PAPER ON THE MANAGEMENT OF ANTIPLATELET THERAPY IN PATIENTS UNDERGOING CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY

Sousa-Uva M, Storey R, Huber K, Falk V et al. *European Heart Journal* doi:10.1093/eurheartj/ehu158

El grupo de trombosis de la Sociedad Europea de Cardiología ha realizado un cuidadoso análisis de la evidencia disponible en el manejo antiplaquetario de los pacientes que van a cirugía de revascularización miocárdica (CABG: Coronary artery bypass grafting) antes y después del procedimiento. Básicamente las recomendaciones son derivadas de estudios observacionales y consenso de expertos sin embargo refuerzan la estrategia de grupo multidisciplinario para la toma final de la decisión en el paciente.

10 MENSAJES CLAVE DE LA RECOMENDACIÓN DE EXPERTOS:

1. En balance en el riesgo de isquemia/sangrado es el que permite tomar la decisión de mantener el uso de ácido acetil salicílico (AAS) o terapia dual a momento de la cirugía de CABG (Recom I NE: C). Ejemplos de riesgo trombótico incluyen: inestabilidad hemodinámica, isquemia activa, anatomía coronaria compleja, STENT convencional dentro del último mes o medicado dentro de los últimos 6 meses. Ejemplos de alto riesgo de sangrado: insuficiencia renal o hepática, edad avanzada, superficie corporal pequeña, falla cardíaca, reoperación.
2. AAS 75-160 mg/día debería mantenerse en los pacientes que van a CABG (Recom I NE: C).
3. Pacientes con alto riesgo de sangrado o que reúsan al uso de hemoderivados, deben suspender el uso de AAS 3 a 5 días antes del procedimiento (individualizando el riesgo isquémico y hemorrágico) (Recom: I NE: C).
4. En los que reciben inhibidores de P2y12, debe posponerse la cirugía al menos 5 días después de la interrupción de clopidogrel y ticagrelor y 7 días después de prasugrel, a menos que haya un alto riesgo de eventos isquémicos (Recom: I NE: B).
5. En pacientes de alto riesgo isquémico, si está disponible se recomienda terapia puente con cangrelor (Recom I NE: B) o podría considerarse iGP IIb-IIIa de corta acción (Recom IIb NE: C).
6. Es razonable que al momento quirúrgico se pueda monitorizar la función plaquetaria en vez de la espera de “barrido” de antiplaquetarios (Recom IIa NE: B).
7. Reiniciar la terapia antiplaquetaria después de cirugía dentro de las primeras 24 horas y preferiblemente en las primeras 6 hr postquirúrgicas (Recom I NE: B). En caso de intolerancia a la aspirina se recomienda 300mg de carga y continuar 75 mg/día indefinido una vez se tenga certeza del control adecuado del sangrado (Recom I NE: C).

8. Puede iniciarse terapia dual después de cirugía para enfermedad coronaria estable cuando se considere seguro (Recom IIb NE: C).
9. En pacientes que fueron a CABG dentro del año de presentación de un síndrome coronario agudo, debería considerarse la terapia dual postcirugía una vez el sangrado está controlado (Recom IIa NE: B).
10. En pacientes que fueron llevados a STENT dentro de los tiempos de riesgo de trombosis (1 mes para STENT convencional, 6 meses para STENT medicado), se recomienda iniciar la terapia dual después de la cirugía con carga de clopidogrel 300mg/día continuando 75mg/día hasta completar el año del STENT (Recom I NE: C).

Como nota adicional sin ser un referente experto, considero que reiniciar clopidogrel asociado al AAS postquirúrgico después de CABG en el contexto NO de síndrome coronario agudo, solo aumenta el riesgo de sangrado sin beneficio real en reducción de eventos.

Referencia:

© The Author 2014. Published by Oxford University Press on behalf of the European Society of Cardiology.

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2014/05/05/eurheartj.ehu158.full.pdf+html>

EDITOR

*: Juan Karlo Urrea Zapata, MD, FsASE

Medicina y Cirugía, Universidad Libre, Cali

Medicina Interna, Cardiología, Diagnóstico No Invasivo, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

Fellow Student, American Society of Echocardiography, Miembro de número Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Profesor adscrito, Universidad Libre, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Master Universitario en proceso, Avances en Cardiología, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Colombiana de Cardiología, Grupo Menarini, Universidad Católica San Antonio.

Ex Subinvestigador TIMI Study Group, Harvard Medical School, Boston, Mass.

Par Académico, Universidad Nacional de Colombia.

Editor Asociado, PLM América Latina.

International Instructor Network, American Heart Association, USA.

Instructor Internacional avalado, Operation Smile, Centro de Entrenamiento Salamandra, AHA en BLS-ACLS, ACLS-EP.

Coordinador, Unidad de Cardiología, DIME Clínica Neurocardiovascular, Cali, Colombia.