

## PUESTA AL DÍA EN CARDIOLOGÍA

---

Juan Karlo Urrea Zapata, MD

*“Prevención secundaria después de revascularización miocárdica quirúrgica: por fin una recomendación fuerte de antiagregación dual por un año”*

### **SECONDARY PREVENTION AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY: A SCIENTIFIC STATEMENT FROM THE AMERICAN HEART ASSOCIATION**

Kulik A, Ruel M, Jneid H, Ferguson TB, Hiratzka LF, Ikonomidis JS, Lopez-Jimenez F, McNallan SM, Patel M, Roger VL, Sellke FW, Sica DA, Zimmerman L; on behalf of the American Heart Association Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia. Secondary prevention after coronary artery bypass graft surgery: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2015;131. DOI: 10.1161/CIR.000000000000182

El concejo de cirugía cardiovascular y anestesia del American Heart Association (AHA), nos entrega esta brillante documento que revisa y organiza, por recomendaciones de evidencia y grado, el manejo de prevención secundaria en los pacientes sometidos a revascularización miocárdica quirúrgica. Aquí los puntos más relevantes para la práctica clínica:

#### **1. Recomendaciones de terapia antiplaquetaria**

- a. Se recomienda el uso preoperatorio del AAS (ácido acetil salicílico) y dentro de las 6 horas postoperatorias de CABG en dosis de 81 a 325mg al día. Y continuar indefinidamente (**Recom I NE: A**). En intolerancia a AAS o alergia, se recomienda continuar con clopidogrel 75 mg al día indefinido (**Recom IIa NE: C**)
- b. En cirugía fuera de bomba (Off-pump) debería administrarse antiagregación dual con AAS mas clopidogrel por al menos 1 año para disminuir la oclusión del puente (**Recom I NE: A**). En pacientes sin un síndrome coronario agudo reciente y off-pump CABG no tienen un beneficio real establecido el seguir con antiagregación dual (**Recom IIb NE: A**)
- c. En síndrome coronario agudo después de CABG, se recomienda continuar antiagregación dual con AAS mas prasugrel o ticagrelor (preferible a clopidogrel) por al menos 1 año, aunque no haya mucha evidencia de esto (**Recom IIa NE: B**)
- d. Si se decide dejar un solo antiagregante plaquetario después de CABG, es razonable considerar dosis altas de aspirina (325mg al día) sobre las dosis bajas aunque su beneficio no está bien establecido (**Recom: IIa NE: A**)

#### **2. Recomendaciones en antitrombóticos:**

- a. No se recomienda el uso de warfarina o algún nuevo anticoagulante (NOACs) para mantener abiertos los puentes (**Recom III NE: A**) y si no existe alguna indicación específica para mantener la anticoagulación.
3. **Recomendaciones en uso de hipolipemiantes:**
  - a. Si no hay contraindicación, todos los pacientes deben recibir estatinas, iniciando en el preoperatorio y tan pronto después de la cirugía (**Recom: I NE: A**) por tiempo indefinido
  - b. Se recomienda estatinas de alta intensidad (Atorvastatina 40-80mg al día/Rosuvastatina 20-40mg al día) después de CABG (**Recom I NE: A**) en menores de 75 años
  - c. Se recomienda estatinas de moderada intensidad después de CABG (**Recom I NE: A**) en mayores de 75 años o intolerancia a dosis altas
4. **Recomendaciones en uso de betabloqueadores:**
  - a. Se recomienda el uso de betabloqueadores perioperatorios para disminuir la fibrilación auricular postoperatoria iniciándolos antes de la cirugía idealmente y si no están contraindicados (**Recom: I NE: A**)
  - b. Después de CABG e historia de infarto de miocardio deberían prescribirse betabloqueadores (**Recom: I NE: A**)
  - c. En disfunción ventricular izquierda debería recibir metoprolol succinato, bisoprolol, o carvedilol (**Recom: I NE: B**)
  - d. Para el manejo post CABG de hipertensión sin indicación precisa para betabloqueador (sin disfunción ventricular izquierda, infarto o arritmias), podrían considerarse los betabloqueadores pero teniendo en cuenta que hay otros medicamentos más efectivos (**Recom IIb NE: B**)
5. **Recomendaciones en manejo antihipertensivo:**
  - a. Deberían usarse betabloqueadores tan pronto después de CABG para reducir el riesgo de fibrilación auricular postoperatoria y facilitar el control de la presión arterial (**Recom: I NE: A**)
  - b. Los IECAs deberían administrarse después de la cirugía en pacientes con IM reciente, disfunción ventricular, diabetes mellitus, o enfermedad renal crónica pero considerando el momento y dosis de inicio para no afectar la función renal (**Recom: I NE: B**), si no se cumplen esas condiciones clínicas no se recomienda su uso (**Recom III NE: B**)
  - c. Aunque no está del todo claro, se recomienda una meta de control de la presión arterial < 140/85mmHg (**Recom: IIa NE: B**)
  - d. Después del uso de betabloqueadores e IECAs, si se requieren otros antihipertensivos para llegar a la meta, se podrían considerar los calcioantagonistas o los diuréticos (**Recom: IIa NE: B**)
  - e. En post CABG sin infarto previo o disfunción ventricular izquierda, que requieran manejo antihipertensivo, se recomienda otros medicamentos diferentes a los betabloqueadores (**Recom: IIb NE: B**)
6. **Recomendaciones en pacientes con infarto previo o disfunción ventricular izquierda:**

- a. Se recomiendan los betabloqueadores (Metoprolol succinato, bisoprolol, carvedilol) en post CABG con FEVI < 40%, falla cardiaca o infarto previo (**Recom: I NE: A**)
  - b. Se recomiendan los IECAs o ARA-2 en post CABG con FEVI < 40%, falla cardiaca o infarto previo (**Recom: I NE: B**)
  - c. Se recomienda agregar al manejo betabloqueador e IECAs el bloqueador de aldosterona en pacientes con FEVI < 35% y NYHA II-IV (idealmente eplerenone) (**Recom IIa NE: B**)
  - d. Entre los pacientes post CABG completa con FEVI < 35%, no se recomienda cardiodesfibrilador implantable (CDI) para la prevención de muerte súbita cardiaca después de 3 meses postoperatorios y el manejo médico completo (**Recom: III NE: A**)
7. **Recomendaciones en diabetes mellitus:**
- a. Tratar de llevar a HbA1c de 7% para reducir complicaciones micro y macrovasculares (**Recom: IIa NE: B**)
8. **Recomendaciones generales:**
- a. Todos los pacientes deben dejar de fumar (**Recom I NE: A**)
  - b. Todos deben iniciar la rehabilitación cardiaca temprana y en la fase hospitalaria (**Recom I NE: A**)
  - c. Deben recibir evaluación psiquiátrica para determinar la presencia de depresión (**Recom IIa NE: B**)
  - d. Puede recomendarse la cirugía bariátrica en pacientes con IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> y limitada respuesta a la pérdida de peso por métodos convencionales (**Recom IIb NE: B**)
  - e. Recomendaciones de alimentación sin indicación específica de suplementos dietarios o multivitamínicos (**Recom IIb NE: C**)
  - f. Vacunación anual para influenzae (**Recom I NE: B**)

Este documento es fundamental para el manejo de prevención secundaria en post CABG, y su aplicación siempre debe ser de la mano con el grupo quirúrgico dado que persisten los temores de las complicaciones de sangrado derivadas del uso de antiplaquetarios perioperatorios. Sin embargo la técnica y hemostasia está a favor de reducir el problema del sangrado.

#### **Referencia:**

<http://www.circ.ahajournals.org/content/early/2015/02/09/CIR.000000000000182.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.

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.

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