

PUESTA AL DÍA EN CARDIOLOGÍA

BOLETÍN No. 42

Juan Karlo Urrea Zapata, MD

“Consenso de expertos en el uso del soporte circulatorio mecánico percutáneo en el cuidado cardiovascular: efectos hemodinámicos, riesgos y desenlaces”

2015 SCAI/ACC/HFSA/STS CLINICAL EXPERT CONSENSUS STATEMENT ON THE USE OF PERCUTANEOUS MECHANICAL CIRCULATORY SUPPORT DEVICES IN CARDIOVASCULAR CARE

Rihal CS, Naidu SS, Givertz MM, Szeto WY, Burker JA, Kapur NK, Kern M, Garratt KN, Goldstein JA, Dimas V, Tu T. Executive summary: 2015 SCAI/ACC/HFSA/STS clinical expert consensus statement on the use of percutaneous mechanical circulatory support devices in cardiovascular care (endorsed by the American Heart Association, the Cardiological Society of India, and Sociedad Latino Americana de Cardiología Intervencionista; affirmation of value by the Canadian Association of Interventional Cardiology—Association Canadienne de Cardiologie d'intervention). *J Am Coll Cardiol* 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2015.02.043>

El consenso de expertos clínicos de estas sociedades entregan este documento que intenta recoger la mayor evidencia disponible respecto al uso de los dispositivos de soporte circulatorio mecánico percutáneo (SCMP) entre los que se encuentran las bombas de flujo axial (Impella), bomba de bypass aurículo femoral (Tandemheart) y las membranas de oxigenación extracorpórea (ECMO). Las situaciones clínicas incluyen la intervención coronaria percutánea de alto riesgo, el choque cardiogénico y la falla cardíaca aguda descompensada. Estos son los puntos clave del documento:

1. Los SCMP dan un soporte hemodinámico superior al manejo farmacológico solo.
2. Los pacientes en choque cardiogénico representan un grupo especial de muy alto riesgo, y debería considerarse el uso apropiado temprano de estos dispositivos en aquellos que no logran estabilizarse o mejorar después de las intervenciones médicas iniciales.
3. Podrían considerarse en las intervenciones coronarias percutáneas de alto riesgo como son enfermedad multivascular, tronco izquierdo o con revascularización quirúrgica previa especialmente en pacientes inoperables o con función cardíaca severamente deprimida o con presiones de llenado elevadas.
4. Deberían usarse en el choque cardiogénico profundo, siendo mejores que el balón de contrapulsación intraaórtico, en especial el ECMO en pacientes que presentan trastornos en el intercambio gaseoso. También son beneficiosos el Impella y el tandemheart.
5. En falla cardíaca aguda se pueden beneficiar del uso temprano de los SCMP si las maniobras de manejo médico inicial no muestran beneficio. Podrían considerarse si los

pacientes son candidatos para una asistencia ventricular implantable quirúrgicamente o si se espera una recuperación médica rápida (ejemplo miocarditis fulminante o cardiomiopatía por estrés).

6. Deberían considerarse cuando la oxigenación permanece afectada, agregando al oxigenador un tandemheart o ECMO.
7. No hay datos suficientes que estén a favor o en contra del uso de estos dispositivos en presencia de un infarto agudo de miocardio extenso, para disminuir la lesión postreperfusión o el tamaño del infarto.
8. Podrían considerarse en la falla del destete de la circulación extracorpórea, agregarse cuando se prevea que un procedimiento electrofisiológico de alto riesgo lleve a hipotensión sostenida incluso en intervenciones valvulares.
9. Una falla biventricular severa podría necesitar un SCMP derecho e izquierdo ó un ECMO venoarterial. Algunos pacientes podrían responder al implante de un dispositivo de asistencia ventricular izquierda con inotrópicos y/o vasodilatadores pulmonares para soportes la función cardiaca derecha. Podrían también considerarse para la falla ventricular derecha aislada con choque cardiogénico.
10. Se necesitan más estudios que comparen estas estrategias en diferentes escenarios clínicos.
11. Aunque algunos análisis sugieren mejor costoefectividad de los SCMP en comparación con el ECMO quirúrgico o los dispositivos de asistencia ventricular implantables, incluso con el balón de contrapulsación intraaórtico, se necesitan más datos para determinar mejor su indicación sin dudas.

Referencia:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2015.02.043>

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.