

9. Guías clínicas en el diagnóstico y manejo por cateterismo cardíaco de la insuficiencia cardíaca

Jorge Gaspar Hernández, Marco Antonio Peña Duque, Marco Antonio Martínez Ríos

Insuficiencia cardíaca aguda

Diagnóstico en sala de hemodinámica

INC 1 e INC 2

Debido a la precisión diagnóstica de los métodos no invasivos actuales, como los invasivos aplicados en la cama del enfermo (catéter de flotación), no existe indicación clase 1 ó 2 para el cateterismo cardíaco.¹⁻⁵

INC 3

- Para confirmar o establecer el diagnóstico etiológico en las complicaciones de infarto agudo del miocardio (IAM) como ruptura del septum interventricular, insuficiencia mitral, ruptura ventricular, pseudoaneurisma (oximetrías, registro de presiones, coronariografía, ventriculografía).²⁻⁶
- Para auxiliar en el diagnóstico etiológico cuando los métodos no invasivos no son concluyentes (ruptura de seno de Valsalva, insuficiencia aórtica aguda por disección aórtica).⁴⁻⁸
- Establecer el grado de repercusión hemodinámica en la tromboembolia pulmonar.
- Valoración del grado de disfunción ventricular, sistólica y/o diastólica.⁷⁻⁹

INC 4

- No deberá realizarse en cardiopatas con características que contraindican de manera general el procedimiento: descontrol de anticoagulación, enfermedad degenerativa letal intercurrente, importantes plaquetas y hemoglobina < 80,000 < de 8 g en enfermos sin insuficiencia renal.^{1,5}

Tratamiento en sala de hemodinámica

Clase INC 1

- Debe ser realizado en cardiopatas menores de 75 años, con IAM y elevación del segmento ST o bloqueo completo de la rama izquierda del haz de His (BCRIHH) con choque desarrollado en las primeras 36 h del infarto, y que sea factible dicha intervención durante las 18 h de evolución del choque, a menos que no se ten-

ga el consentimiento del paciente, o que exista alguna contraindicación, como las señaladas en la recomendación INC 4 del diagnóstico por cateterismo (**nivel de evidencia A**).²⁻⁴

- Debe ser realizado en enfermos o de sus familiares directos con insuficiencia cardíaca congestiva y/o edema pulmonar (killip clase 3) y dentro de las primeras 12 h del IAM, siempre y cuando el tiempo puerta-balón estimado no sea mayor de 90 min (**nivel de evidencia B**).^{3,7}

Clase INC 2

- Es razonable para enfermos seleccionados de 75 años o mayores, con elevación del ST o BCRIHH, que desarrollen choque durante las primeras 36 h del IAM y que sean susceptibles de revascularización dentro de las 18 h de evolución (**nivel de evidencia B**).^{3,7}
- Cardiopatas con más de 12 h de evolución del IAM y que se presenten con ICC severa o inestabilidad eléctrica o hemodinámica (**nivel de evidencia C**).⁵⁻⁸
- Septostomía atrial en EPOC por hipertensión arterial pulmonar, secundaria a obstrucción vascular (**nivel de evidencia B**).^{3,7}

Clase INC 3

- El beneficio de la angioplastia (ACTP) primaria en cardiopatas isquémicos con elevación del ST candidatos para trombólisis, no está bien establecida cuando dicha intervención la realizan operadores con menos de 75 procedimientos por año (**nivel de evidencia C**).⁵⁻⁸
- ACTP en una arteria no relacionada con el infarto sin compromiso hemodinámico, siempre y cuando sea una lesión tipo A o B1 igual o mayor de 80% de estenosis y por operadores experimentados.⁵

Clase INC 4

- ACTP primaria en cardiopatas asintomáticos con IAM de más de 12 h de evolución si están estables hemodinámica y eléctricamente (**nivel de evidencia C**).⁵⁻⁸

- ACTP en dos o más de una arteria no relacionadas con el infarto sin compromiso hemodinámico (**nivel de evidencia C**).⁸⁻¹⁰

Insuficiencia cardíaca crónica
Diagnóstico en sala de hemodinámica
Clase INC 1

- Se debe realizar coronariografía en cardiópata-

tas con insuficiencia cardíaca y con angina o isquemia clínicamente demostrable, excepto si el enfermo no tiene posibilidad de revascularización percutánea o quirúrgica (**nivel de evidencia B**).^{3,7}

- Biopsia endomiocárdica en enfermos con sospecha de rechazo de trasplante cardíaco (**nivel de evidencia B**).

Referencias

1. RYAN TJ, FAXON DP, GUNNAR RM, ET AL: *Guidelines for percutaneous transluminal coronary angioplasty. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Assessment of Diagnostic and Therapeutic Cardiovascular Procedures (Subcommittee on Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty)*. Circulation 1988; 78: 486–502.
2. KEELEY EC, BOURA JA, GRINES CL: *Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomized trials*. Lancet 2003; 361: 13–20.
3. TIEFENBRUNN AJ, CHANDRA NC, FRENCH WJ, ET AL: *Clinical experience with primary percutaneous transluminal coronary angioplasty compared with alteplase (recombinant tissue-type plasminogen activator) in patients with acute myocardial infarction: a report from the Second National Registry of Myocardial Infarction (NRMI-2)*. J Am Coll Cardiol 1998; 31: 1240–1245.
4. BRODIE BR, STUCKEY TD, HANSEN C, ET AL: *Benefit of coronary reperfusion before intervention on outcomes after primary angioplasty for acute myocardial infarction*. Am J Cardiol 2000; 85: 13–18.
5. GRINES CL, COX DA, STONE GW, ET AL, for the Stent Primary Angioplasty in Myocardial Infarction Study Group. *Coronary angioplasty with or without stent implantation for acute myocardial infarction*. N Engl J Med. 1999; 341: 1949–1956.
6. SCHELLER B, HENNEN B, SEVERIN-KNEIB S, ET AL: *Long-term follow-up of a randomized study of primary stenting versus angioplasty in acute myocardial infarction*. Am J Med 2001; 110: 1–6.
7. JULIARD JM, FELDMAN LJ, GOLMARD JL, ET AL: *Relation of mortality of primary angioplasty during acute myocardial infarction to door-to-Thrombolysis In Myocardial Infarction (TIMI) time*. Am J Cardiol 2003; 91: 1401–1405.
8. ANDERSON HV, SHAW RE, BRINDIS RG, HEWITT K, KRONE RJ, BLOCK PB, MCKAY CR, WEINTRAUB WS, on behalf of the ACC-NCDR. *A contemporary overview of percutaneous coronary interventions: the American College of Cardiology-National Cardiovascular Data Registry (ACC-NCDR)*. J Am Coll Cardiol 2002; 39: 1096–1103.
9. HARRELL L, SCHUNKERT EH, PALACIOS IF: *Risk predictors in patients scheduled for percutaneous coronary revascularization*. Cathet Cardiovas Intervent 1999; 48: 253–260.
10. LAARMAN GJ, SUTTORP MJ, DIRKSEN MT, ET AL: *Paclitaxel-eluting versus uncoated stents in primary percutaneous coronary intervention*. N Engl J Med. 2006; 14, 355(11): 1105-13.

