Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 557

Revista Española de Cardiología

5030-4. EVOLUCIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICO DEL EDEMA DE REPERFUSIÓN EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE TROMBOENDARTERECTOMÍA PULMONAR

Andrea Rodríguez Biendicho[1], José Luís Pérez Vela[1], María Angélica Corres Peiretti[1], Helena Domínguez Aguado[1], Renata García Guijorro[1], M. Jesús López Gude[2], Emilio Renes Carreño[1] y Juan Carlos Montejo González[1] del [1]Servicio de Medicina Intensiva Cardiológica y [2]Servicio de Cirugía Cardiaca. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El edema de reperfusión (ER) es una complicación relativamente frecuente y grave en el posoperatorio inmediato de la tromboendarterectomía pulmonar (TP). Se analizan las características y evolución de los pacientes que desarrollan este tipo de complicación.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes ingresados en una UCI cardiológica, sometidos a TP desde septiembre 2014 hasta diciembre 2016, en un Centro de Referencia Nacional. Se definió ER como la aparición de nuevos infiltrados pulmonares en las zonas reperfundidas e hipoxemia refractaria (PaO2/FiO2 menor de 200) en el posoperatorio inmediato. La termodilución transpulmonar se realizó con el equipo VolumeView. Se registraron variables demográficas, evolución hemodinámica, respiratoria y mortalidad. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar y las categóricas en valores absolutos y porcentajes. Se realizó un análisis con ANOVA de un solo factor para las variables cuantitativas y el ?^{2} para las cualitativas con IBM SPSS v20.

Resultados: Se analizaron 60 pacientes posoperados de TP, 50% varones con edad de 57 (± 14). De ellos 19 (31%) cumplieron criterios clínicos de ER. En los pacientes con ER no se objetivó mayor incidencia de síndrome de bajo gasto (42 frente a 63%) ni de fracaso del ventrículo derecho (26 frente a 10%). El TAPSE prequirúrgico fue 15,5 (± 3,7) en los pacientes con ER y 16,8 (± 4) tras la cirugía, el delta de presión fue 17,8 (± 12), ninguno de ellos mostró diferencias significativas con los pacientes sin ER. Sí se objetivó diferencia en los valores de PAPM posquirúrgicos 31,7 (± 7) frente a a 28,8 (± 7,6) (p = 0,007). Los pacientes con ER precisaron ventilación mecánica más prolongada (p = 0,004) pero no más horas de fármacos vasoactivos. No se objetivó una relación significativa entre el balance hídrico a las 8h, 24h o 48h ni en cuanto al índice de volumen global al final de la diástole (GEDI) a las 24h 539 (± 146) frente a 566 (± 141) o a las 48h y 563 (± 100) frente a 592 (± 154) respectivamente. La estancia en UCI fue significativamente mayor en estos pacientes (p = 0,001) mientras que no se objetivó mayor mortalidad.

Conclusiones: Los pacientes que desarrollan ER en el posoperatorio de TP presentan una peor evolución con más horas de ventilación y estancia más prolongada. Los parámetros prequirúrgicos y el balance hídrico parecen no influir en el desarrollo de ER.