



6044-381. TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DEL TROMBOEMBOLIA PULMONAR AGUDA: EXPERIENCIA INICIAL TRAS INSTAURACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Nicolás Manuel Maneiro Melón¹, Maite Velázquez Martín¹, Frank Sliwinski Herrera¹, Carmen Pérez-Olivares Delgado², Águeda Aurtenetxe Pérez², Ana Pérez Asensio¹, Ana Lareo Vicente¹, Ana Isabel Sabin-Collado¹, Francisco Galván Román¹, Iván Gómez Blázquez¹, Julio García Tejada¹, Agustín Albarrán González-Trevilla¹, Fernando Sarnago Cebada¹ y Pilar Escribano Subias², de la ¹Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista y ²Unidad de Hipertensión Pulmonar, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La tromboembolia pulmonar (TEP) aguda de alto riesgo se asocia a alta morbimortalidad. Las guías recomiendan la perfusión con fibrinolíticos como primera elección. Sin embargo, en un tercio de los pacientes está contraindicada y en el 10% de los casos es ineficaz. La perfusión mecánica es la principal alternativa, pero la experiencia limitada y falta de protocolos hacen que no sea accesible en muchos hospitales de nuestro medio. Nuestro objetivo es analizar los resultados clínicos, ecocardiográficos y hemodinámicos tras instaurar un protocolo de tratamiento percutáneo de la TEP aguda en 2017.

Métodos: Se realizó tratamiento percutáneo de la TEP aguda en pacientes con TEP de riesgo alto o intermedio-alto y lisis contraindicada o fallida. Realizamos un análisis retrospectivo mediante recogida de variables clínicas, hemodinámicas y ecocardiográficas.

Resultados: Realizamos tratamiento percutáneo en 7 pacientes, todos con abordaje femoral y técnica de fragmentación y embolectomía aspirativa. En 2 pacientes (29%) con contraindicación relativa se administraron fibrinolíticos locales en un cuarto de la dosis sistémica. Se redujo significativamente la presión pulmonar media (33,1 frente a 26,3 mmHg; $p = 0,037$) y de aurícula derecha (11,4 frente a 7,3 mmHg; $p = 0,012$) posprocedimiento. Se redujo significativamente el diámetro basal del ventrículo derecho (47,0 frente a 37,0 mm; $p = 0,001$) y de la cava inferior (29,3 frente a 15,0 mm; $p = 0,022$) y aumentó el desplazamiento anterior del anillo tricuspídeo (13,6 frente a 21,3 mm; $p = 0,005$). No hubo complicaciones periprocedimiento. Ningún paciente desarrolló fracaso renal agudo o anemia significativa. La mortalidad hospitalaria fue del 29% (2 pacientes): una encefalopatía anóxica posparada previa al ingreso y una sepsis neumocócica. Los 5 restantes (71%) cumplieron criterios de éxito clínico (estabilidad hemodinámica y respiratoria y alta hospitalaria). En el seguimiento (mediana 303, rango intercuartílico 201-447 días) no se han objetivado muertes ni persistencia de hipertensión pulmonar.

Variables clínicas

Variables procedimiento

Variables hemodinámicas y ecocardiográficas pre y posprocedimiento

Edad (años)	53,9 ± 16,3	Duración (min)	127,2 ± 32,1		Pre	Post	p
Sexo (femenino)	3 (42,9%)	Escopia (min)	37,5 ± 11,0	Tensión arterial sistólica (mmHg)	110,4 ± 19,5	121,7 ± 12,6	0,090
Obesidad	1 (14,3%)	PDA (Gycm ²)	70,0 ± 34,1	Tensión arterial diastólica (mmHg)	63,4 ± 12,1	65,7 ± 12,8	0,662
Tabaquismo	3 (42,9%)	Contraste (ml)	304,3 ± 111,9	Tensión arterial media (mmHg)	79,1 ± 13,8	84,4 ± 11,8	0,270
Trombofilia	1 (14,3%)	Lóbulos tratados	3 ± 1,73	Presión pulmonar sistólica (mmHg)	53,7 ± 15,7	42,0 ± 13,6	0,049
Embarazo	0 (0%)	Sangre extraída (ml)	437,5 ± 75	Presión pulmonar diastólica (mmHg)	22,7 ± 7,8	18,4 ± 7,6	0,031
Cáncer	2 (28,6%)	Fibrinolítico local	2 (28,6%)	Presión pulmonar media (mmHg)	33,1 ± 10,1	26,3 ± 9,4	0,037
Inmovilización	3 (42,9%)			Presión en aurícula derecha (mmHg)	11,4 ± 4,1	7,3 ± 3,9	0,012
Anticoncepción	1 (14,3%)			Frecuencia cardiaca (lpm)	109 ± 24	103 ± 17	0,434
Catéter central	1 (14,3%)			SatO2 periférica (%)	96,1 ± 4,9	98,7 ± 3,0	0,063

TEP idiopática	1 (14,3%)	Índice cardíaco (l/min/m ²)	2,3 ± 0,6	3,5 ± 0,2	0,081
TVP o TEP previa	3 (42,9%)	Resistencias pulmonares totales (uW)	8,4 ± 3,8	4,54 ± 1,2	0,097
PESI	166,6 ± 28,2	Diámetro basal de ventrículo derecho (mm)	47,0 ± 1,9	37 ± 5,6	0,001
Afectación central	7 (100%)	TAPSE (mm)	13,6 ± 2,9	21,3 ± 4,9	0,005
Contraindicación para fibrinólisis	7 (100%)	Vena cava inferior (mm)	29,3 ± 4,5	15,0 ± 3,8	0,022
Ictus	2 (28,6%)				
Traumatismo	2 (28,6%)				
Cirugía	2 (28,6%)				
Cáncer	1 (14,3%)				

TAPSE: desplazamiento sistólico del plano del anillo tricuspídeo. Las variables cuantitativas están expresadas como media ± desviación estándar.

Conclusiones: El tratamiento percutáneo de la TEP aguda de riesgo alto o intermedio-alto en pacientes con lisis fallida o contraindicada es un tratamiento eficaz y seguro. En nuestra cohorte se asocia a una supervivencia a medio-largo plazo del 71% y a una reducción significativa de la presión pulmonar y de aurícula derecha, así como a mejoría de parámetros ecocardiográficos.