



6026-335. EVOLUCIÓN DURANTE EL POSOPERATORIO INMEDIATO DE PACIENTES SOMETIDOS A TROMBOENDARTERECTOMÍA PULMONAR

Marta Talayero Giménez de Azcárate, Helena Marín Mateos, Guillermo Morales Vara, María Angélica Corres Peiretti, José Luis Pérez Vela, Emilio Renes Carreño y Juan Carlos Montejo González de la UCI Cardiológica, Servicio Medicina Intensiva, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La tromboendarterectomía pulmonar (TEP) es el tratamiento de elección y potencialmente curativo para pacientes con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica, con un riesgo quirúrgico bajo en centros experimentados.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes sometidos a TEP desde enero 2012 hasta febrero 2014. Analizamos variables demográficas, tiempos de parada circulatoria, evolución hemodinámica y respiratoria, incidencia de complicaciones y mortalidad.

Resultados: Se analizaron 39 pacientes, 51% varones con una edad de $46,5 \pm 14$ años y una estancia de 5 (4-15) días. El tiempo de parada circulatoria fue de 41 ± 14 min. Las presiones arteriales pulmonares sistólicas (PAPS) y medias (PAPM) prequirúrgicas fueron de 81 ± 21 mmHg y de 46 ± 11 mmHg respectivamente y el 55% presentaban disfunción moderada-severa del ventrículo derecho (VD). Se constató un descenso de la PAPM de 46 ± 11 mmHg a 25 ± 7 mmHg e hipertensión pulmonar residual (HPR) en 6 de 33 pacientes (18%). Se observó fracaso severo del VD en el 2,5% y síndrome de bajo gasto en el 15%. La mediana de horas de ventilación mecánica (VM) fue de 27 (21-211). El 25% de los pacientes (10/39) presentaron edema de reperfusión, con necesidad de 370 (213-597) horas de VM, 3 de los cuales asociaron sangrado pulmonar. Se implantó un oxigenador de membrana extracorpóreo (ECMO) en 2 de estos pacientes. Presentaron encefalopatía (agitación y delirio) el 15% y neumonía asociada a VM el 5%. Un paciente presentó taponamiento cardíaco. La mortalidad en UCI fue del 2,5% (1 paciente debido a hemorragia pulmonar). Ningún otro paciente falleció antes del alta hospitalaria.

Conclusiones: La incidencia de fracaso severo VD fue baja a pesar de que algo más de la mitad de los pacientes tenía disfunción moderada-severa prequirúrgica y en 6 casos se objetivó HPR, probablemente debida al descenso significativo de las presiones pulmonares. En nuestra serie, la incidencia de edema de reperfusión fue similar a la referida en la literatura, si bien existe diversidad de criterios para definirlo.