



4012-7. SOPORTE MECÁNICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA TRAS SER INTERVENIDOS DE TROMBOENDARTERECTOMÍA PULMONAR BILATERAL

Victoria Benito Arnaiz, José Luis Pérez Vela, Adrián Marcos Morales, María Jesús López Gude, Enrique Pérez de la Sota, Jorge Centeno Rodríguez, Andrea Eixerés Esteve, Eva María Aguilar Blanco, Silvia Marina Torres Llaque, Christian Andrés Peralta Bravo y José María Cortina Romero

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Existe un pequeño porcentaje de pacientes que requiere soporte mecánico mediante implante de un *extracorporeal membrane oxygenator* (ECMO) tras la tromboendarterectomía pulmonar bilateral (TEA) como tratamiento de la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC), a pesar de los buenos resultados globales de esta técnica. Nuestro objetivo es analizar los pacientes que precisan soporte tras la cirugía.

Métodos: Exponemos un estudio observacional retrospectivo que evalúa los pacientes que necesitaron soporte mecánico tras la TEA, desde enero de 2007 a diciembre 2019. Análisis estadístico realizado mediante SPSS26.

Resultados: De 265 pacientes intervenidos, se implantó un ECMO urgente en 22 (8,3%) por: edema de reperfusión, 68,2%; hemorragia alveolar, 18,2%; o *shock* poscardiotomía (por fallo del ventrículo derecho (VD)), 13,6%. Tenían $56,0 \pm 13,7$ años de media y el 59,1% eran varones. La canulación fue periférica en un 90,9%, central en 2. Inicialmente, se soportaron 13 pacientes con ECMO venovenoso (VV) y 9 con venoarterial (VA). Un 22,7% precisó cambio de configuración. La duración media del soporte fueron $9,0 \pm 5,5$ días. La mortalidad en la unidad de cuidados intensivos fue del 40,9%, equivalente a la intrahospitalaria (un 88,9% no fue destetado del ECMO). La principal causa de muerte, el fracaso multiorgánico, 22,7%; seguida del *shock* séptico, 9,1%; la hemorragia alveolar refractaria, 4,5%; y de la trombosis del circuito, 4,5%. 11 pacientes requirieron terapia de hemofiltración continua. Los pacientes con asistencia, presentaban mayor presión arterial pulmonar media (PAPm) preoperatoria ($49,8 \pm 7,59$ mmHg) que el grupo sin ella ($46,3 \pm 13,0$ mmHg) de forma estadísticamente significativa ($p 0,088$). En cuanto al descenso de la presión arterial pulmonar (deltaP), fue mayor en el grupo-ECMO ($18,4 \pm 9,0$ mmHg) que en el no-ECMO ($17,4 \pm 13,3$ mmHg), si bien la comparación de medias no fue significativa ($p 0,811$).

Conclusiones: El soporte con ECMO es necesario puntualmente tras la TEA. En la mayoría de los casos, el soporte es respiratorio (ECMO VV), en pacientes con insuficiencia respiratoria refractaria; pero en algunos casos predomina el *shock* poscardiotomía (fracaso VD) y es necesario el VA. Se trata de una terapia dinámica, ya que según la evolución puede ser necesario cambiar su configuración. En esta serie, los pacientes que requieren ECMO tienen mayor PAPm preoperatoria y mayor deltaP.