

Reanimación cardiopulmonar extracorpórea en paro cardíaco refractario durante cirugía torácica: a propósito de un caso

<https://doi.org/10.25237/congreso-2024-038>

Tipo de Trabajo

Caso Clínico

Autores

Paulina Figueroa Rivera

Médico cirujano, Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Alejandro Flores Martin

Anestesiólogo intensivista, Hospital Clínico Mutual de Seguridad.

Introducción

El paro cardiorrespiratorio (PCR) intraoperatorio puede deberse a múltiples factores, relacionados al paciente, acto quirúrgico o anestésico. La monitorización continua y rol de la anestesia permite inicio precoz de reanimación cardiopulmonar (RCP). Reanimación cardiopulmonar extracorpórea (E-RCP) a través de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) ofrece una alternativa en PCR refractario, manteniendo perfusión adecuada mientras se identifican y tratan causas reversibles. E-RCP es un procedimiento complejo, requiere la participación equipo multidisciplinario especializado y altos recursos económicos, por lo que es crucial identificar a pacientes que más se benefician de esta terapia. La literatura muestra beneficios en cuanto a mortalidad y outcome neurológico, sin embargo, aún falta evidencia al respecto

Antecedentes y hallazgos clínicos

Paciente masculino, 34 años, sin antecedentes mórbidos, trasladado al Hospital Mutual de Seguridad con diagnóstico de politraumatizado grave. Ingresa hemodinámicamente estable. Destacan múltiples fracturas vertebrales, costales y esternales, laceración esplénica, neumomediastino y hemoneumotórax izquierdo con pleurostomía disfuncional intraparenquimatosa.

Calendario (cronología)

09/01/24 paro intraoperatorio y canulación a ECMO-VA

10/01/24 decanulación con instalación de filtro de vena cava

11/01/24 extubación sin incidentes

12/03/24 alta domiciliaria

Plan anestésico

Ingres a pabellón para videotoroscopia (VTC) bajo anestesia general. Durante inducción presenta pérdida de capnografía, asociado a taquicardia ventricular, fibrilación ventricular y asistolia.

Se inicia RCP y ante sospecha de taponamiento cardíaco se realiza toracotomía, siendo descartada. Se realiza masaje cardíaco abierto, seguido de desfibrilación directa, sin lograr retorno a la circulación espontánea (ROSC). Ecoscopia evidencia dilatación de ventrículo derecho (VD), ante sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP) se presenta caso a equipo ECMO de Clínica Redsalud Santiago (CRSS). Se mantiene RCP guiado por capnografía (ETCO₂ >30)

durante 90 minutos hasta canulación a ECMO-VA con cánula de extracción femoral derecha, desde donde se aprecia salida de trombo. Se realiza traslado a CRSS con ECMO flujo 4.5 litros/minuto, saturando 98% en ritmo sinusal. Nueva ecoscopia evidencia VD normal, ventrículo izquierdo severamente hipoquinético, sin ocupación pleural ni líquido libre. A las 24 horas post PCR es decanulado con instalación de filtro de vena cava. Se logra la extubación sin incidentes a las 48 horas del ingreso y alta a los 63 días de hospitalización, sin secuelas neurológicas

Discusión y Conclusiones

E-RCP ofrece una alternativa en casos de PCR refractario, manteniendo perfusión adecuada mientras se identifican y tratan causas reversibles. Si bien E-RCP es un procedimiento complejo y no exento de complicaciones, hay casos como este donde se aprecia mayor beneficio. Aun cuando no existe consenso definitivo sobre criterios para el uso de ECMO, su uso es recomendable en pacientes con características de paro favorable, perfusión intraparo adecuada y etiología reversible (tabla 1). Estimamos que el resultado positivo en este caso se logra gracias a identificación temprana de PCR, RCP de calidad, gestión y disponibilidad de ECMO. Actualmente no hay evidencia suficiente para recomendar el uso de ERCP de rutina, pero si se puede considerar como terapia de rescate cuando el RCP convencional no ha tenido éxito.

Contacto

Nombre: Paulina Figueroa

Correo electrónico: paulinafigueroarivera@gmail.com