MEDICIÓN DE GASTO CARDÍACO CON ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA INTRAOPERATORIA: COMPARACIÓN DE DOS VENTANAS ECOCARDIOGRÁFICAS

María Carolina Cabrera Schulmeyer[1], Manuela Iweins[1], Francisca Isla[1], Paulina Codoceo[1], Patricia Aguayo[1], Jorge Farías[1]
[1] Universidad de Valparaíso, sede Hospital FACH.

Introducción: La ecocardiografía transesofágica perioperatoria (ETE) ha demostrado su utilidad como monitor de la hemodinamia y gasto cardíaco (GC). La ventana ecocardiográfica validada es la intragástrica profunda pero, no siempre resulta fácil de obtener. Se plantea una ventana intragástrica a 120º como alternativa. Su ventaja estaría en ser fácil de obtener.
Objetivo General: Correlacionar la medición de GC con ETE en la ventana transgástrica profunda con la ventana transgástrica a más de 120º (Figura 1).
Material y Métodos: Se estudiaron pacientes con indicación de ETE intraoperatoria de acuerdo a las guías de la ASA. Se excluyeron los casos con contraindicación absoluta para realizar ETE y los portadores de enfermedad aórtica. Para obtener la imagen a nivel intragástrico profundo se introdujo la sonda hasta transgástrico y desde allí se avanzó 3 cm y se realizó anteversión extrema del transductor. Así se visualizó la válvula aórtica y su raíz, alineándose el haz de ultrasonido en forma paralela para obtener una curva de la velocidad en el tiempo. Se calculó la integral de la velocidad en el tiempo (IVT), parámetro básico para obtener el GC. Para la siguiente ventana del estudio se mantuvo el transductor en intragástrico sin necesidad de avanzarlo, sólo angulándolo a más de 120º, donde se obtuvo la visión de la válvula aórtica y su raíz. Aquí se realizó la medición de IVT.
Resultados: En total se estudiaron 78 pacientes, 42 hombres con edad promedio 67 ± 9 años (rango 54 a 91 años). En un 64% eran portadores de HTA, 43% cardiopatía coronaria, 35% eran diabéticos. Al evaluar la función sistólica esta fue normal en 46% de los enfermos y la función diastólica fue anormal en el 52%. Ocho pacientes fueron eliminados (10%) por no lograrse la obtención de la visión intragástrica profunda. Al realizar la correlación entre ambas ventanas esta fue de 0,91 ($p < 0,05$).No hubo complicaciones con el uso de ETE.
Conclusiones: Se demostró que para estimar el GC la ventana transgástrica a 120º o más, fue factible y fácil de obtener, con un porcentaje alto de éxito. Esto permite plantear que se cuenta con una alternativa real para estimar con ETE el GC a nivel de la válvula aórtica con un grado de dificultad menor. Contar con una herramienta para estimar el GC de manera semi invasiva lo transforma en una guía útil para guiar la terapia con fluidos y de fármacos vasoactivos.

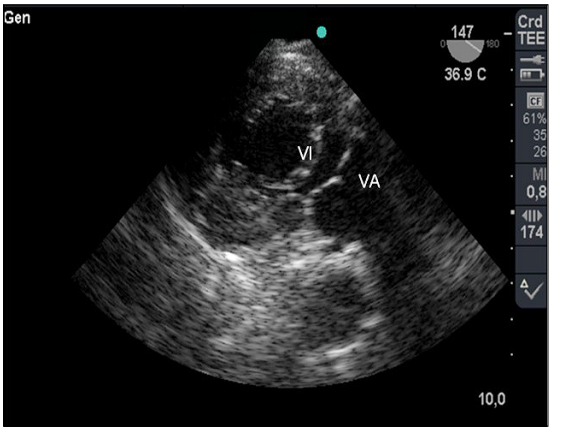

Figura 1.