



# IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA EN CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR

P.Gutiérrez Castaño; A.Muñoz Montiel; E.Casado Miranda; P.Pérez Soriano; J.L De la Cruz Ríos; A.Doménech del Río.  
UGC Enfermedades Respiratorias. HRU de Málaga.

## Introducción

La cirugía de resección pulmonar sigue siendo el tratamiento de elección del carcinoma broncogénico en estadios precoces. La relación con la exposición al tabaco y otras comorbilidades contribuyen a una mala función pulmonar en estos casos. Minimizar el pronóstico negativo de la cirugía es fundamental en pacientes que se van a someter a resección pulmonar.

## Objetivo

Identificar mediante una evaluación funcional a los pacientes de alto riesgo para desarrollar complicaciones perioperatorias y limitación funcional tras la cirugía de resección pulmonar.

## Material y métodos

Estudio prospectivo y observacional de una cohorte de 25 pacientes diagnosticados de carcinoma broncogénico que acudió a consulta de cirugía torácica para valoración de resección pulmonar en un periodo de 6 meses. Se analizaron los datos antropométricos, historia clínica, pruebas funcionales respiratorias y los resultados de ergometría en bicicleta con protocolo incremental 15 watos. Para la valoración del riesgo quirúrgico se siguió el algoritmo para toracotomía y resección anatómica mayor de la ACCP (American College of Chest Physician) (Chest 145/4 2013).



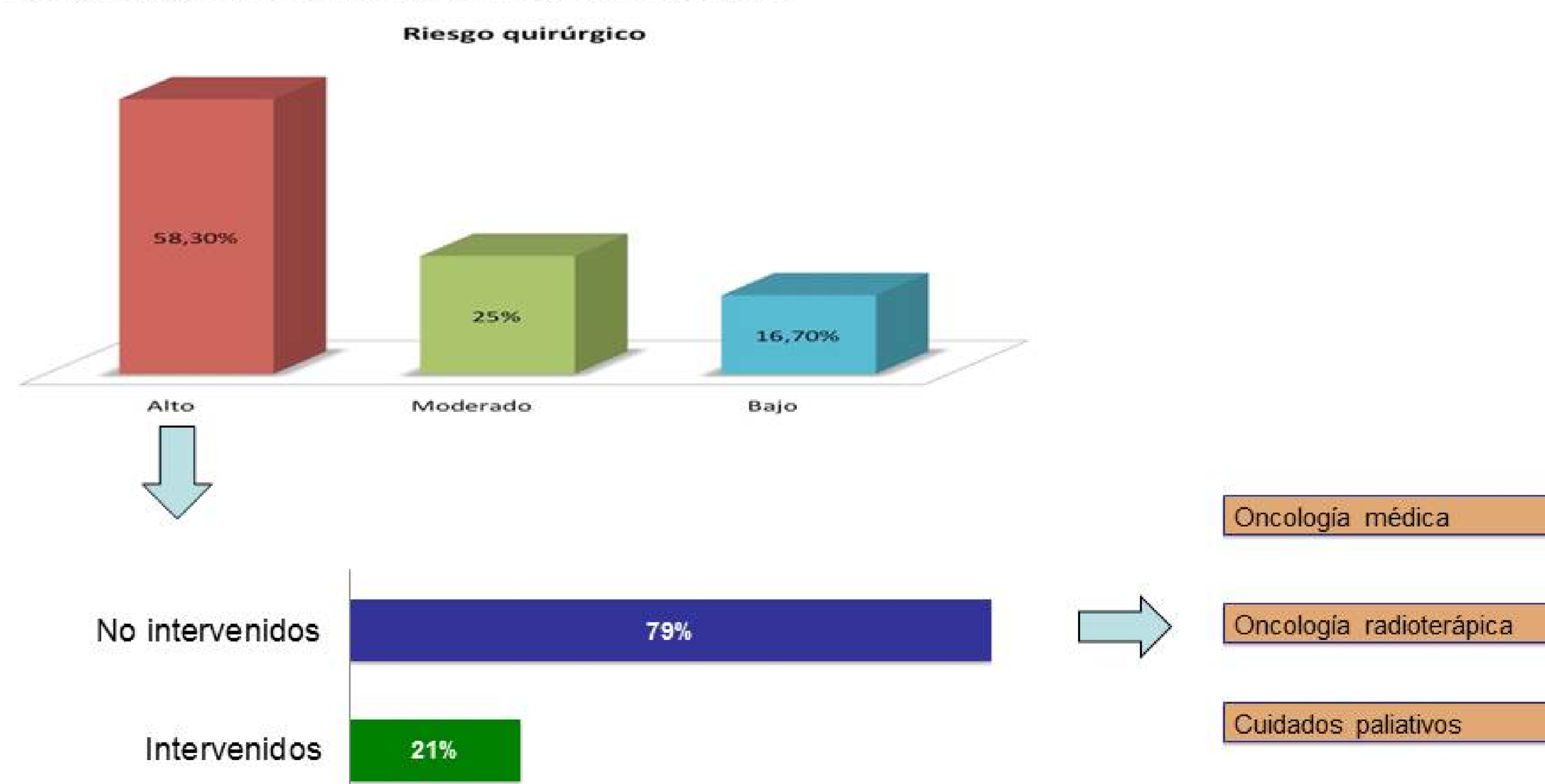
## Resultados

Se calcularon los valores postoperatorios predichos para la intervención propuesta por parte de cirugía torácica. Un 58,3% de los pacientes analizados se consideraron de alto riesgo quirúrgico para la cirugía calculada. Del total de pacientes considerados de alto riesgo quirúrgico sólo se operaron un 21,4%, mientras que el 78,6% restante no se intervinieron y fueron derivados a los servicios de Oncología médica, Oncología Radioterápica o Unidad de Cuidados Paliativos.

Fig. 3 Características basales de la cohorte estudiada

Características	Media	Desviación típica
Edad, años	69	6,9
FEV1	2006	734,6
FEV1 % teórico	66,7 %	19,28%
Dlco	5,2	0,2
Dlco % teórico	64,1%	16,9
VO2máx ml/min	1050	252
VO2 máx ml/min % teórico	57,2%	12,7%
VO2/kg (ml/kg/min)	12,8	3,2
FEV1ppo	1461	540
Dlco post	3,9	1,6
Dlco post % teórico	41,2%	19,3
VO2 máx ppo ml/min	11,2	5,3
VO2 máx ppo ml/min % teórico	41%	10%
VO2máx/ kg ppo(ml/kg/min)	434	109
PPP	2549	1611
IA tabaquismo, paq/año	40,2	31,1

Fig.2 Riesgo quirúrgico establecido en los pacientes valorados.

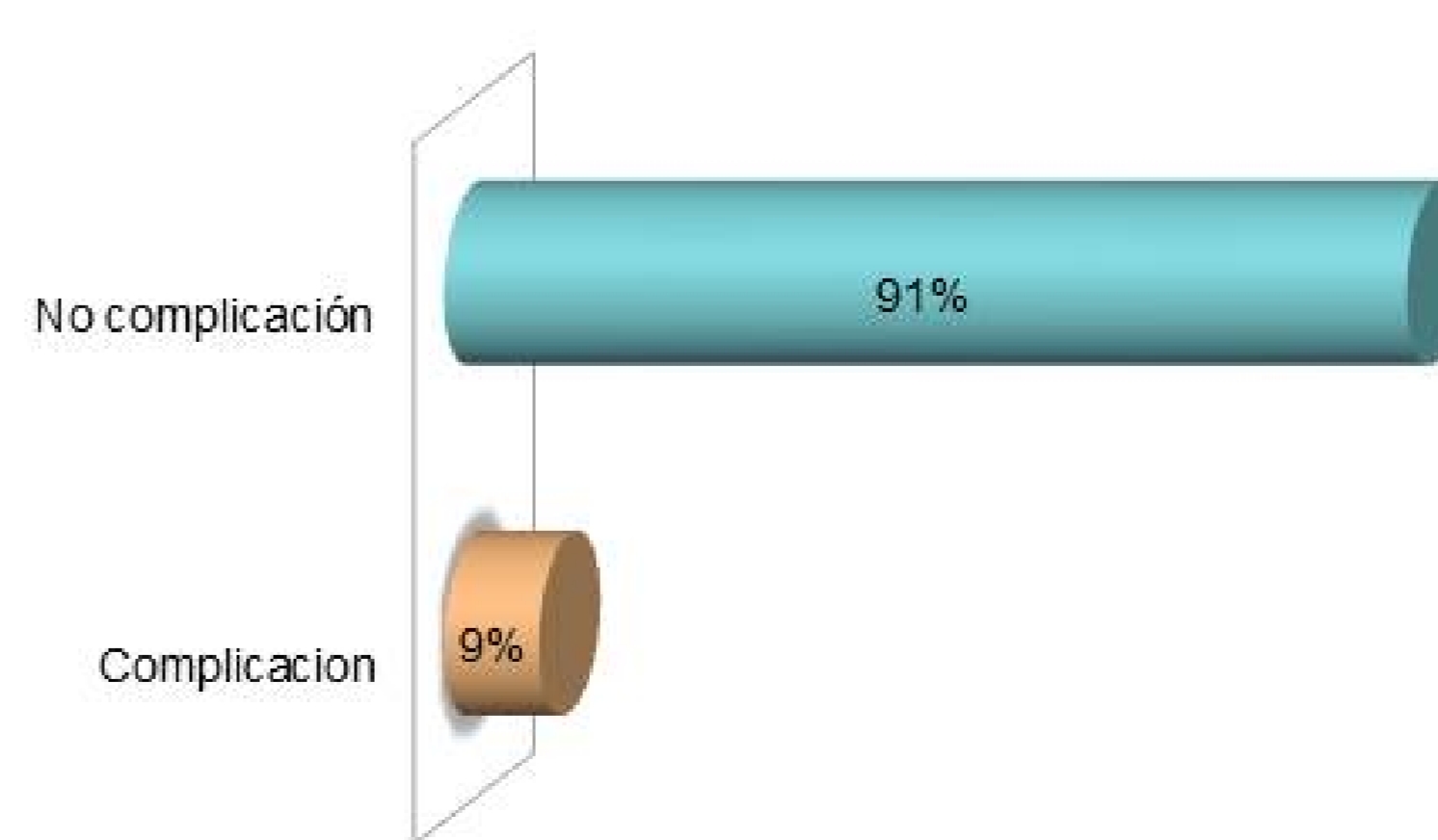


De los 25 pacientes analizados, finalmente se operaron 10. De operados, el 64% presentaron un bajo riesgo quirúrgico, un 25% moderado riesgo y un 11% alto riesgo quirúrgico para la cirugía calculada. En cuanto a la histología, un 45% fueron carcinoma escamocelular, seguido de adenocarcinoma (20%) y metástasis(20%). Tan sólo un 9% de los pacientes intervenidos sufrieron complicaciones en el postoperatorio inmediato (7días), siendo la principal complicación la fuga aérea persistente.

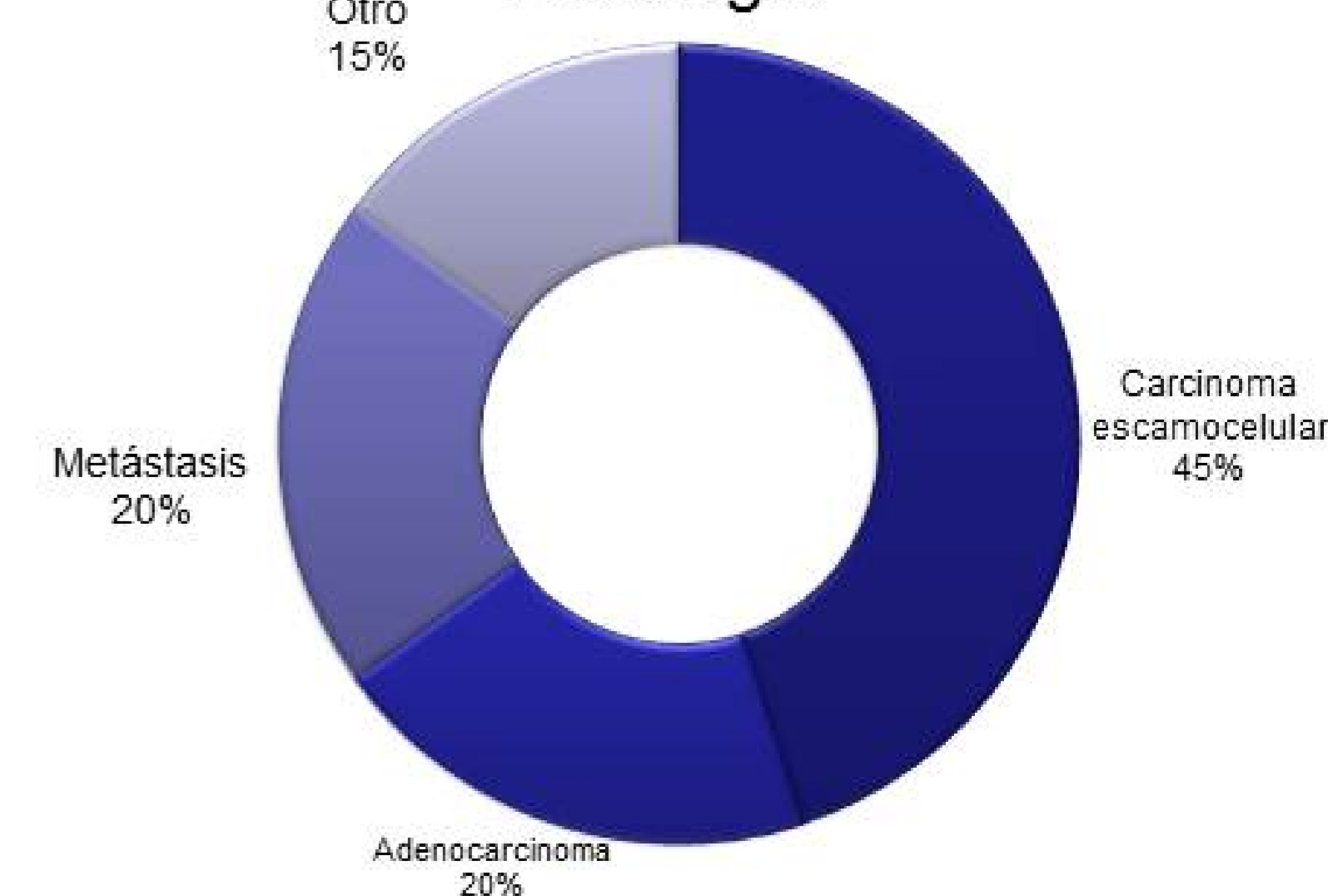
De los intervenidos finalmente



Complicaciones postoperatorio inmediato



Histología



## Conclusiones:

El papel de la ergometría y el cálculo de la función pulmonar postoperatoria predicha son de vital importancia para calcular el riesgo quirúrgico preoperatorio, ya que la mayoría de los clasificados como de alto riesgo no se operan finalmente. La decisión sobre intervenir o no a pacientes con carcinoma broncogénico debe llevarse a cabo mediante un abordaje multidisciplinar, dadas las comorbilidades que presentan este tipo de pacientes.