



Anestesia en cirugía torácica

M. Le Guen, M. Fischler

La anestesia para cirugía torácica presenta diversos aspectos específicos que conviene conocer para adaptar el manejo de los pacientes durante todo el período perioperatorio. En primer lugar, la disminución de la función respiratoria secundaria a la reducción del parénquima requiere una evaluación preoperatoria de calidad para determinar la operabilidad (evaluación del riesgo cardíaco, exploraciones funcionales respiratorias, etc.) y para limitar la morbimortalidad postoperatoria. Para facilitar la intervención quirúrgica, la inmovilidad del parénquima se obtiene mediante un control de las vías aéreas basado en una técnica de exclusión pulmonar, cuyas modalidades (tubo de intubación de doble luz, bloqueador bronquial) se adaptarán al paciente y al procedimiento previsto. En todos los casos, una exploración fibroendoscópica permite determinar la calidad de la colocación del dispositivo escogido. Por otra parte, uno de los objetivos principales peroperatorios es evitar la aparición de lesiones alveolares utilizando una estrategia ventilatoria protectora tanto en ventilación bipulmonar como en ventilación unipulmonar durante la cirugía. Por último, la fase postoperatoria debe tener como finalidad una recuperación rápida de la anatomía del paciente, lo que requiere una estrategia de control del dolor óptima, así como la implementación de programas de rehabilitación postoperatoria o, más recientemente, de preparación multimodal preoperatoria aún denominada «prehabilitación». En última instancia, el conjunto de estas técnicas puede servir en otras intervenciones (esofagectomía, manejo de la hemoptisis), por lo que su conocimiento es útil para cualquier médico.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Anestesia; Ventilación unipulmonar; Intubación selectiva; Analgesia peridural; Función respiratoria; Rehabilitación postoperatoria

Plan

■ Introducción	1
■ Evaluación preoperatoria en cirugía torácica	2
Criterios de operabilidad	2
Elementos específicos de consulta preoperatoria	3
Información que debe proporcionarse	4
■ Realización de la anestesia	4
Monitorización	4
Agentes anestésicos	5
Profilaxis	5
Colocación quirúrgica	5
■ Particularidades de la anestesia en cirugía torácica; exclusión pulmonar	5
Reseña anatómica	5
Técnica de exclusión o de aislamiento pulmonar	6
Ventilación unipulmonar	8
■ Gestión del período postoperatorio de cirugía torácica	10
«Postoperatorio» inmediato en la sala de vigilancia postoperatoria	10
Complicaciones postoperatorias retardadas	11

■ Rehabilitación postoperatoria y prehabilitación	13
Rehabilitación postoperatoria	13
Prehabilitación	13
■ Conclusión	13

■ Introducción

La causa principal de resección pulmonar es el cáncer broncopulmonar, que en la actualidad supone cerca del 25% de los fallecimientos por cáncer en las mujeres y más del 30% en los varones, con una supervivencia global a los 5 años inferior al 15%. Los cánceres de pulmón se clasifican en dos grandes categorías: los carcinomas denominados «no microcíticos» (*non small cell lung carcinomas*), que derivan de células madre epiteliales de la mucosa broncopulmonar, y los carcinomas «microcíticos» (*small cell lung carcinomas*), que reagrupan varias categorías de cánceres con unas características morfológicas, histológicas y ultraestructurales comunes, en particular la presencia de gránulos neurosecretorios y una elevada actividad mitótica. La estrategia terapéutica de

estos carcinomas microcíticos es la cirugía, mientras que los carcinomas no microcíticos responden más a la quimioterapia. Estos últimos suponen el 80% de los casos y adoptan una arquitectura epidermoide (carcinoma epidermoide), glandular (adenocarcinoma) o indiferenciada (carcinoma de células grandes), dependiendo de la etiología y la localización en el árbol bronquial. Aunque el tabaco es el factor de riesgo principal de cáncer, más recientemente se han implicado otros factores (amianto, metales pesados, contaminación, etc.)^[1]. En la actualidad, el aumento de la esperanza de vida y el tabaquismo femenino permiten prever un aumento de la incidencia de cáncer, mientras que el porcentaje de los pacientes operados mayores de 70 años ya supone un tercio de los casos^[2,3]. Esta cirugía se asocia a una mortalidad postoperatoria (2,3% para una lobectomía, 7% para una neumonectomía) y una morbilidad (40%) elevadas. Por consiguiente, estos riesgos deben preverse desde la fase preoperatoria^[4,5].

Además, cuando la cirugía torácica se puede realizar (alrededor del 10% de los diagnósticos de cánceres broncopulmonares), las prácticas evolucionan rápidamente, con cambios importantes tanto técnicos como estratégicos. En esta línea, en los últimos años se ha asistido al desarrollo de la cirugía videoasistida (e incluso de la cirugía robótica), que se acompaña de una agresión tisular menor y de resecciones pulmonares limitadas para preservar la capacidad respiratoria funcional. Por último, desde el punto de vista estratégico, el lugar de la quimioterapia neoadyuvante y la preparación preoperatoria de los pacientes son ejes importantes de trabajo. Estos elementos han llevado a modificar en parte el planteamiento anestésico para potenciar, además del control del dolor, una rehabilitación del paciente lo más rápida posible^[6] y para interesarse por las poblaciones de riesgo (pacientes con enfermedades concurrentes graves o ancianos) en quienes la cirugía ya no está contraindicada. Otros aspectos más técnicos también evolucionan, como la elección de los dispositivos de exclusión pulmonar, el manejo de las complicaciones per y postoperatorias, así como el posible lugar que ocupan las ayudas extracorpóreas (no abordado en este artículo) o la habilitación preoperatoria.

Evaluación preoperatoria en cirugía torácica

La evaluación preoperatoria debe permitir ubicar al paciente entre dos riesgos: el riesgo a corto plazo de complicaciones postoperatorias (morbimortalidad hospitalaria) y el riesgo a largo plazo de una insuficiencia respiratoria con limitación funcional. En este contexto, las consultas quirúrgicas y de anestesia preoperatoria suelen tener lugar después de reuniones de concertación multidisciplinaria una vez realizada la evaluación tumoral local y de extensión, y son un momento clave para precisar la operabilidad y explicar al paciente la estrategia de manejo (dolor, transfusión y vigilancia postoperatoria). La publicación de recomendaciones y el desarrollo paralelo de «cirugía mínimamente invasiva» han simplificado el manejo preoperatorio^[7,8]. Por tanto, el anestesiista-reanimador debe conocer los elementos de esta evaluación para completarla en última instancia.

Criterios de operabilidad

La evaluación preoperatoria de operabilidad se ha simplificado en gran medida gracias a la publicación de un algoritmo de decisión europeo que conviene adaptar en cada país en función de los recursos disponibles (Fig. 1). El primer elemento orientativo es la función cardiovascular estratificada según el Revised Cardiac Risk Index (RCRI) (Cuadro 1). El RCRI evalúa el riesgo de complicaciones graves (infarto de miocardio, edema pulmonar, fibrilación ventricular, paro cardíaco, bloqueo auriculoventricular) (Cuadro 2) y determina la posible necesidad de recurrir a exploraciones cardiológicas complementarias cuando es mayor de 2.

Si el riesgo cardíaco es bajo, el segundo tiempo de la evaluación se interesa por la función respiratoria. Idealmente, hay que evaluar de forma simultánea el volumen espiratorio máximo en el primer segundo (VEMS) mediante la técnica de espirometría forzada directa y la capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO). El primer

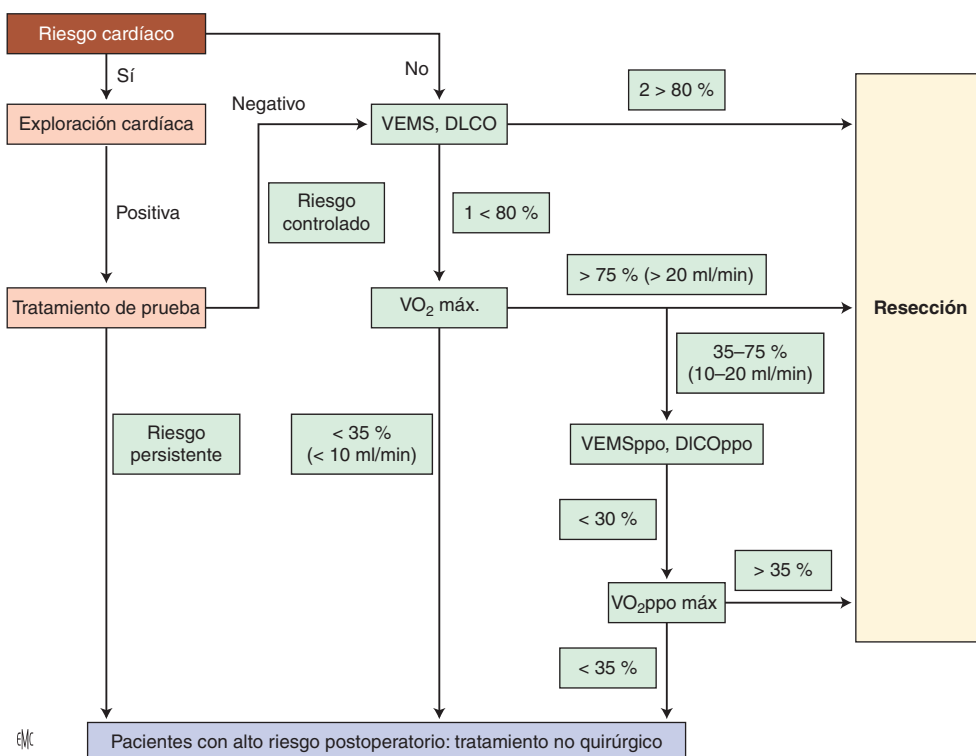


Figura 1. Propuesta de estrategia preoperatoria en la cirugía de resección pulmonar (según^[1] modificada). VEMS: volumen espiratorio máximo en el primer segundo; DLCO: capacidad de difusión del monóxido de carbono; ppo: postoperatorio; VO2: volumen de oxígeno.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2756580>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2756580>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)