



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

PE-06 - Estudio funcional respiratorio previo a resección pulmonar: cómo la técnica puede marcar la diferencia en la planificación quirúrgica

Sesma González, D.; Fernández Martín, E.; Jarabo Sarceda, J.R.; Gómez Martínez, A.M.; Calatayud Gastardí, J.; Trelles Guzmán, X.W.; Alén Villamayor, V.; Hernando Tranco, F.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Objetivos: Los pacientes que requieren una cirugía de resección pulmonar deben ser sometidos previamente a un estudio funcional respiratorio (EFR). Según las recomendaciones de la ESTS/ERS vigentes en la actualidad, valores de FEV1 y/o DLCO por debajo del 80% hacen necesaria la realización de una ergometría respiratoria para ampliar la información sobre el límite máximo permitido de pulmón que podemos sacrificar. El presente trabajo pretende resaltar la importancia de la técnica empleada por parte del personal de enfermería especialista en la realización del EFR, ya que de ello puede depender la decisión de realizar uno u otro tipo de resección pulmonar.

Métodos: Análisis retrospectivo, descriptivo, de una serie de pacientes remitidos a nuestro servicio desde varios hospitales sin cirugía torácica, para cirugía programada de resección pulmonar. Se incluyeron los pacientes remitidos entre mayo de 2018 y febrero de 2020 que aportaban el EFR realizado en su hospital de origen. Se analizaron las siguientes variables: edad, género, diagnóstico, tipo de resección, FEV1 del hospital de origen (expresado tanto en ml como en %), DLCO del hospital de origen (expresado en %), repetición del EFR en nuestro hospital (en su caso, valor de FEV1 y de DLCO y diferencia con los valores aportados) y realización de ergometría respiratoria en nuestro hospital.

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes con una edad media de 66,6 años (r: 36-85; DE: 9,2). El 78,3% (65) fueron varones. El diagnóstico más frecuente fue carcinoma de pulmón (62 casos) y el tipo de cirugía realizada fue con mayor frecuencia una resección pulmonar anatómica (46). 7 pacientes están pendientes de intervención en el momento de analizar los datos. El 85,5% (71) aportaban el EFR completo realizado en su hospital de origen. En 12 casos (14,5%) no se disponía del valor de DLCO. El valor medio de FEV1 fue de 83,7% (r: 32-136; DE: 20,1), siendo 80% en el 34,9% de los casos (29). El valor medio de DLCO fue de 85,3% (r: 14-167; DE: 28), siendo 80% en el 39,4% de los casos (28). 17 casos (23,9%) presentaban tanto el FEV1 como la DLCO 80%. Se realizó ergometría respiratoria a 24 pacientes (28,9%). En 26 casos (31,3%) se repitió el EFR en nuestro centro. Se trataba de pacientes con un FEV1 medio de 73,3% (r: 33-105,3; DE: 18) y una DLCO media de 56,6% (r: 14-74; DE: 16,1). Se obtuvieron los siguientes valores: FEV1 medio 80,6% (r: 31,9-116,6; DE: 19,3) y DLCO media 77,3% (r: 19,4-117,4; DE: 22). Esto supuso un incremento medio en los valores de FEV1 de un +7,3% (r: -25,9+28,7; DE: 11,1) y en los valores de DLCO de un +13,7% (r: -12,6+38,9; DE: 14,6). Con los nuevos valores obtenidos evitamos la realización de ergometría respiratoria a 6 pacientes.

Conclusiones: La técnica empleada para la realización del EFR parece marcar la diferencia entre obtener unos valores adecuados para decidir el límite de resección pulmonar o bien infraestimar la situación funcional real del paciente. Esta técnica parece más exigente para el cálculo de DLCO, por lo que en casos de DLCO 80% sería recomendable asegurar que la técnica empleada ha sido la correcta.