



P-508 - IMPORTANCIA DE LOS PROGRAMAS DE PREHABILITACIÓN EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DE PARED ABDOMINAL COMPLEJA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Latorre Fraga, Raquel A.; López López, Antonio; Ramiro Pérez, Carmen; López Marcano, Aylhin; Picardo Gomendio, María Dolores; Gorini, Ludovica; Arellano González, Rodrigo; de la Plaza Llamas, Roberto

Hospital Universitario, Guadalajara.

Resumen

Introducción: Los programas de rehabilitación multimodal aplicados a pacientes con patología neoplásica digestiva, han demostrado disminuir la morbimortalidad posoperatoria y mejorar la calidad de vida de los pacientes intervenidos. En nuestro centro hemos incluido en dichos programas a pacientes con patología de pared abdominal compleja, consiguiendo no solo mejorar los resultados posoperatorios, sino también que pacientes previamente etiquetados como inoperables pasen a ser intervenidos. Presentamos paciente con eventración abdominal compleja que tras prehabilitación multidisciplinar fue intervenido con buenos resultados.

Caso clínico: Varón, 66 años, eventración multirrecidivada con pérdida de derecho a domicilio, que limita de manera importante su calidad de vida. En seguimiento por neumología por SAOS grave y EPOC con LCFA moderado de predominio bronquitis crónica en tratamiento con inhaladores y CPAP a conectada a oxigenoterapia a 2 lpm. IMC 36. HTA y DM. Vida sedentaria. Se plantea cirugía previa aplicación de bótox y neumoperitoneo progresivo. El paciente se incluye en programa de prehabilitación. Como parte de la terapia cognitiva, tras visita prolongada con paciente y familiar, se explica cirugía y condiciones previas que debe alcanzar para poder realizarse, reforzando la motivación para completar aspectos nutricionales y de ejercicio físico del programa. Posteriormente es valorado por los servicios de anestesia, rehabilitación comenzando programa en hospital con pauta adaptada de ejercicios en domicilio y endocrinología que pauta dieta hipocalórica y ajusta tratamiento antidiabético. Reevaluación a los 6 meses, IMC 32, hemoglobina glicosilada 6,5 y realiza 60 minutos de ejercicio diario, mejoría subjetiva del estado general. Ante buena respuesta se decide infiltración de musculatura abdominal con Toxina botulínica. A los 4 meses de la infiltración, IMC 30 y TAC de control con aumento del volumen intraabdominal y disminución del volumen herniario, por lo que se inicia neumoperitoneo progresivo hasta un total de 13l durante 20 días, presentando ligero empeoramiento de función renal que mejora tras retirada de antihipertensivos previos según recomendaciones de nefrología. Tras reevaluación por parte de neumología, anestesia y TAC de control se considera que el paciente es apto para cirugía. Se realizó TAR con doble malla (bioA 20 × 30 cm y polipropileno 50 × 50 cm) con control de glucemias, normotermia, fluidoterapia guiada por objetivos y PIA durante cirugía y posoperatorio inmediato. Permanece en REA durante 24 h, extubado con O2 en gafas nasales a 2 lpm y CPAP durante la noche con reinicio de tolerancia a líquidos. Tras ello es dado de alta a planta, se retirar sonda vesical, progresiva dieta y comienza deambulación. Durante ingreso presenta episodio de desaturación asociado a sobrecarga hídrica. Alta a los 8 días con un drenaje y control ambulatorio, sin otras complicaciones. Tras 6 meses de la cirugía el paciente presenta buena situación basal, con vida activa y

recuperación de actividades que previo a la cirugía no podía realizar. No datos de recidiva.

Discusión: Los programas de rehabilitación multimodal han demostrado mejorar la calidad de vida del paciente y los resultados clínicos en cuanto a morbilidad posoperatoria, por ello deben extenderse a otras patologías complejas como la pared abdominal, aunque su instauración puede resultar un reto en muchas ocasiones.