



P-218 - PROTOCOLO DE ABORDAJE PERIOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A ESOFAGUECTOMÍA EN HOSPITAL TERCARIO DE ALTO VOLUMEN

Galiana Montiel, Carmen; Jofra, Mariona; Cabau Talarn, Claudia; Muriel Álvarez, Pablo; Rodríguez Conde, Nivardo; Pla, Joan; Martínez Silva, Olga; Castro Boix, Sandra

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: La esofagectomía es una cirugía oncológica compleja con una tasa de morbilidad de hasta el 60%. El abordaje óptimo de las complicaciones debe hacerse tanto en prevención como en tratamiento. Para ello, es preciso evaluar el riesgo perioperatorio con una revisión exhaustiva de la comorbilidad del paciente, el estado nutricional (sarcopenia) y la aptitud cardiopulmonar por un equipo especializado en cirugía de alto volumen. Dicha evaluación permitirá identificar tanto riesgos prohibitivos que deberían impedir la cirugía, como riesgos modificables que sea posible optimizar en un plazo relativamente limitado.

Objetivos: Disminuir la morbilidad asociada a la esofagectomía oncológica.

Métodos: Se realiza por parte del Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital Vall d'Hebron una revisión sistemática de la literatura en plataformas como PubMed, UpToDate y la American Heart Association. Mediante esta revisión se elabora el Protocolo de abordaje perioperatorio de pacientes sometidos a esofagectomía.

Resultados: Respecto al ámbito cardíaco, se aborda su prehabilitación sirviendo de guía el índice de Lee (escala predictora de complicaciones cardiológicas en cirugía no cardíaca). Si se sospecha insuficiencia cardíaca se recomienda realizar un ecocardiograma y unos niveles de NT-proBNP. Ante la sospecha de cardiopatía isquémica, es preciso una medición basal de troponinas. En el ámbito perioperatorio, es recomendable realizar una profilaxis de la fibrilación auricular (bolus de amiodarona ev durante la inducción anestésica) si existen factores intrínsecos de riesgo (varones, más de 65 años, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, o necesidad de toracoscopia), o un NT-proBNP preoperatorio > 300 . Estudios han demostrado una asociación entre niveles preoperatorios de NT-proBNP > 300 con un riesgo 4,7 veces mayor de fibrilación auricular posquirúrgica. Respecto al ámbito neumológico, la prehabilitación se basa en los resultados de las pruebas funcionales respiratorias (espirometría, DLCO, 6MWT), especialmente en fumadores. En la espirometría, una FEV1 $> 2,3L$ se ha asociado de manera independiente con un menor riesgo de complicaciones posquirúrgicas graves. Por el contrario, la neoadyuvancia impacta en la capacidad de difusión pulmonar, medida por DLCO; por lo que cambios inicialmente subclínicos en la DLCO predicen complicaciones respiratorias posquirúrgicas. Respecto a la extubación, es recomendable el mantenimiento posextubación con CNAF en pacientes con DLCO $< 65\%$. Respecto a la evaluación

preoperatoria de sarcopenia, la fuerza de prensión (medida por dinamometría manual calibrada) es un factor pronóstico, pues estudios recientes evidencian relación independiente con la incidencia de neumonía posoperatoria en pacientes mayores de 70 años. Por último, se recomienda la analgesia multimodal mediante la combinación del bloqueo músculo erector espinal bilateral + morfina intratecal + bloqueadores bronquiales si toracoscopia + monitorización de parámetros hemodinámicos mediante "Vigileo™"

Conclusiones: El abordaje en la esofagectomía debe incluir una prehabilitación integral, focalizándose en el ámbito cardiopulmonar, un manejo perioperatorio dirigido según resultados preoperatorios, y una vigilancia posquirúrgica individualizada según evolución. Se han observado mejores resultados en morbimortalidad cuando dicho abordaje es dirigido por un equipo de Anestesia especializado en Cirugía Esofagogástrica. El próximo paso en esta línea es realizar un análisis comparativo en resultados de morbimortalidad en pacientes sometidos a esofagectomía antes y después a la implementación de este protocolo.