

Evaluación clínica preoperatoria

Deseo expresar una serie de consideraciones adicionales a la publicación del artículo de los Dres. Gnocchi, Risso y Torn¹. Debido a que las complicaciones pulmonares postoperatorias en cirugías abdominales y torácicas son las más frecuentes (según las series entre el 19 al 76%, dispersión debida a la diferente definición de complicación dada por los autores), el estudio de la función pulmonar debería predecir el riesgo operatorio neumonológico^{2,3}. Pero lamentablemente los estudios en este campo presentan errores metodológicos serios que relativizan sus conclusiones. A saber, muchos estudios datan de veinte o más años cuando el manejo operatorio anestésico y las técnicas quirúrgicas eran otras, diseños retrospectivos, número pequeño de pacientes y diferentes definiciones operativas. A pesar de ello, con los datos existentes se pueden realizar algunas consideraciones. El sitio de abordaje quirúrgico es determinante para esperar las complicaciones postoperatorias pulmonares: más frecuentes cuanto más cerca del diafragma es la incisión, y cuando está fuera del tórax y abdomen es rara su ocurrencia. La cirugía abdominal baja disminuye un 25-30% la capacidad vital y deteriora levemente el intercambio gaseoso (10-20%) especialmente en el primer día del postoperatorio. Por otra parte la cirugía abdominal superior disminuye un 50 a 60% la capacidad vital, con reducción del volumen corriente de 25% y un incremento en la frecuencia respiratoria de 20%. La presión parcial de oxígeno arterial disminuye 20-30% en las primeras 48 horas. Finalmente, las cirugías torácicas presentan alteraciones similares a las de la cirugía abdominal superior, pero por más tiempo. Otros factores a considerar son los efectos directos de la anestesia general y su duración, la obesidad, el tabaquismo, la edad como factor de riesgo asociado, enfermedades obstructivas crónicas como asma y la EPOC, el dolor postoperatorio (disminuye la tos), la posición supina (disminuye 10-20% los volúmenes pulmonares, especialmente de la capacidad residual funcional). La reducción de ella mayor al 40% provoca la aparición de atelectasias, al ubicarse el punto de reposo por debajo del volumen de cierre de la vía aérea³. Según el *American College of Physicians* y las revisiones de Zibrak y O'Donell las indicaciones de evaluación preoperatoria con espirometría en cirugía programadas son^{3,5}: 1) Cirugías torácicas (cualquiera sea su tipo: cardiovascular, pulmonar resectiva o no) cuando

se ha detectado enfermedad pulmonar en el examen físico o antecedentes de tabaquismo, junto con la realización de gases en sangre arterial. Debido a las deficiencias en el diseño en los estudios en esta área, no se puede determinar que la espirometría sea más sensible que el examen físico y anamnesis para predecir morbilidad postquirúrgica. Para cirugías resectivas las evaluaciones de pacientes con función pulmonar alterada (volumen espiratorio forzado del primer segundo – FEV1– y la capacidad de difusión de monóxido de carbono menores al 80% del predicho) serán más exhaustivas con otros tipos de pruebas que escapan al objetivo de la presente consideración para determinar la reseccabilidad de parénquima⁶; 2) Cirugías abdominales superiores si el paciente presenta antecedentes de tabaquismo, enfermedad respiratoria crónica obstructiva, u obesidad. Además la realización de gasometría arterial en aquéllos con disnea y antecedentes de tabaquismo; 3) Cirugías abdominales inferiores: debido a la poca información existente, si el paciente presenta los antecedentes del punto anterior, especialmente si el procedimiento va a ser prolongado; 4) Otro tipo de cirugías (ortopédicas, neuroquirúrgicas, de cabeza y cuello): no existe adecuada información para sugerir la realización de espirometrías en forma protocolizada^{3,5}. Se deberán esperar estudios de diseño adecuado con grupos control que tomen en cuenta los diferentes tipos de cirugías, para obtener conclusiones válidas sobre las indicaciones preoperatorias del examen funcional respiratorio.

Martín L. Sívori

Unidad de Neumotisiología.

Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires

1. Gnocchi C, Risso J, Torn A. Evaluación clínica preoperatoria. *Medicina (Buenos Aires)* 1997; 57: 733-41.
2. Jackson C. Preoperative pulmonary evaluation. *Arch Intern Med* 1988; 148: 2120-7.
3. Zibrak J, O'Donell C. Indications for preoperative pulmonary function testing. *Clin Chest Med* 1993; 14: 227-36.
4. Zibrak J, O'Donell C, Marton K. Indications for pulmonary function testing. *Ann Intern Med* 1990; 112: 763-71.
5. American College of Physicians. Preoperative Pulmonary Function Testing. *Ann Intern Med* 1990, 112:793-4.
6. Bolliger C, Perruchoud A. Functional evaluation of the lung resection candidate. *Eur Respir J* 1998; 11: 198-212.