



## Cambio de paradigma

### *Paradigm shift*

En la última década, la complejidad de los procedimientos quirúrgicos en la cirugía vascular se ha incrementado debido a las características clínicas de los pacientes unidas a técnicas quirúrgicas cada vez más sofisticadas y complejas. Los procedimientos quirúrgicos actuales, como la reparación endovascular aórtica (EVAR), la reparación de aneurismas torácicos (TEVAR), la cirugía abierta de aorta, la endarterectomía carotídea con el paciente despierto, etc., precisan de una monitorización, manejo y técnicas de imagen intraoperatorias de gran especificidad que exigen una mayor especialización de todos los profesionales.

La anestesiología ha ido evolucionando y adaptándose a las necesidades de estos cambios quirúrgicos y ha requerido un mayor conocimiento de las técnicas empleadas para poder dar respuestas a las alteraciones de la homeostasis que pueden presentarse, así como para realizar maniobras terapéuticas dirigidas a evitar posibles complicaciones que acarrear repercusiones importantes en la salud de los pacientes vasculares. Todo ello exige una mayor planificación del proceso quirúrgico.

### **¿POR QUÉ REALIZAR UN CONVENIO ENTRE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y TERAPÉUTICA DEL DOLOR (SEDAR) Y LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR (SEACV)?**

Podrían enumerarse varios motivos por los que este convenio es muy favorable, pero destacaremos tres puntos que sobresalen: 1) mejora en la atención y, por tanto, en los resultados de pacientes sometidos a procedimientos vasculares; 2) mayor grado de trabajo en equipo multidisciplinar, y 3) proyección futura de investigación y producción científica multicéntrica derivada de esta colaboración multidisciplinar.

Un paso de este convenio es el fomento de la docencia tanto para residentes como para la formación continua de los ya especialistas. La realización de cursos, congresos y jornadas científicas fomenta el intercambio de información y experiencia a través del diálogo, lo que permite profundizar en los aspectos éticos y científicos. Es deseable poder reunirnos de forma periódica para debatir y consensuar protocolos, establecer guías de buenas prácticas clínicas y recomendaciones necesarias para llevar a cabo los procedimientos médico-quirúrgicos de las patologías vasculares.

El convenio facilita el trabajo en común, normaliza esta colaboración y detecta aquellas áreas de mejora en las que resulta necesario trabajar.

La evolución de la medicina, basada en el avance científico y en el tecnológico, hace aflorar nuevas evidencias que deben ser aplicadas en el tratamiento de nuestros pacientes, lo que lleva a que la relación entre ambas especialidades sea cada vez más estrecha, con áreas de colaboración y convergencia.

La elaboración de guías de buena práctica clínica, basadas en la evidencia científica, nos permitirá profundizar en temas de interés común, como la optimización de pruebas y cuidados preoperatorios, programas de alta precoz, criterios de ingreso en UCI quirúrgica, indicaciones de mejoras del tratamiento del paciente quirúrgico, analgesia multimodal, etc., lo que permite disminuir la variabilidad terapéutica y hacer más homogénea la asistencia, disminuyendo la subjetividad en la toma de decisiones.

Los pacientes, cada vez más pluripatológicos, requieren de unos cuidados que no solo se circunscriben a los periodos del intraoperatorio y del posoperatorio.

Necesitamos instaurar tratamientos preventivos de complicaciones desde el preoperatorio. Los programas llamados ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) han supuesto en diferentes cirugías un avance muy importante. Estos protocolos, multimodales y con programas basados en la evidencia, incluyen optimización preoperatoria del estado de los pacientes (la denominada prehabilitación), adecuada selección de la técnica quirúrgica y cuidados posoperatorios (1,2). Ha podido comprobarse que estos programas reducen las complicaciones y las estancias en nuestra unidades de críticos, así como la estancia hospitalaria, lo que conlleva una mejoría en los resultados y en la satisfacción de los pacientes (3).

Los anestesiólogos y cirujanos vasculares tenemos una responsabilidad directa sobre todo el perioperatorio. Nos corresponde poder distinguir a los pacientes de alto riesgo que requieren cuidados especiales e iniciar desde el preoperatorio todas las medidas necesarias dirigidas a disminuir la morbilidad y mortalidad de estos pacientes. Este proceder significa un cambio en muchos hospitales. En la mayoría de los centros las visitas preoperatorias se realizan de forma rutinaria y sin contar con una prehabilitación multimodal adecuada. Es hora de modificar aptitudes y adaptarnos a las nuevas evidencias.

La colaboración multidisciplinar es esencial y deberemos recurrir a diferentes especialistas para que el paciente esté perfectamente valorado y controlado según su estado de fragilidad. Nosotros, como especialistas, deberemos estar atentos en las visitas preoperatorias y crear sistemas de alertas con diferentes metodologías para identificar el riesgo quirúrgico y tomar las medidas oportunas para que se minimicen los efectos negativos a los que los pacientes pueden ser sometidos. Nosotros seremos los responsables de modificar nuestras prácticas hasta ahora realizadas, empleando procedimientos de adaptación y consulta con otros especialistas para realizar una evaluación multidisciplinar si así se requiere. Es de gran importancia establecer protocolos validados y consensuados entre ambas especialidades que nos permitan tener un control general del paciente y poder tener así la oportunidad de unos mayores y mejores resultados.

En el periodo intraoperatorio, también, el trabajo en común al que aludimos frecuentemente tiene un gran interés. La complejidad de estas cirugías hace que todos los profesionales que intervenimos en el acto quirúrgico deberemos estar compenetrados y consensuemos los pasos y decisiones que van a adoptarse. Sabemos que

las complicaciones a que nos abocan estas cirugías pueden ser graves y que se requiere tomar medidas rápidas y acertadas para controlar situaciones extremas. Nada sería positivo si entre los responsables de la vida del paciente no trabajáramos en una misma dirección coordinada y de forma eficaz.

Las monitorizaciones empleadas en anestesia han requerido una mayor formación de estas patologías vasculares. Los pacientes pluripatológicos conllevan problemas cardíacos, respiratorios y neurológicos cuyo control más exhaustivo ha llevado a una mayor y más completa utilización de monitores de alta precisión. Esto nos permite determinar con rapidez las alteraciones que se presentan, así como tomar medidas para prevenirlas. Con toda esta información, los cirujanos podrán tomar medidas con anterioridad a la presentación de complicaciones severas e incluso tendrían la posibilidad de corregir determinadas maniobras. Las implicaciones intraoperatorias –cada vez mayores– de otros especialistas –como los de neurofisiología– también son de gran importancia. Las complicaciones neurológicas, tan temidas en la cirugía vascular, pueden evitarse con exploraciones neurológicas que deberían instaurarse en todos los quirófanos que realizan cirugía vascular de alto riesgo.

De igual modo, y a pesar de los avances en anestesia y cirugía, la rotura de un aneurisma es una complicación temida, ya que conlleva una elevada mortalidad. Cada vez más, existe un interés en la organización del “código aneurisma roto”, en el que una correcta organización y rapidez de acción permite obtener una gran eficacia en los resultados. Al igual que en otros códigos ya establecidos en la práctica clínica, como el “código ictus”, en el caso del aneurisma roto, el tiempo es vida y la eficiente colaboración es fundamental. Debemos trabajar conjuntamente para poner en marcha protocolos de actuación consensuados de todos los profesionales sanitarios implicados en este proceso.

Como vemos, trabajo en común, protocolizado y coordinado sigue siendo la meta a seguir.

En el periodo posoperatorio las complicaciones dependen del tipo de patología, del procedimiento quirúrgico y del grado de urgencia, entre otras causas. Nosotros los anestesiólogos nos encontramos con pacientes en nuestras unidades que pueden presentar alteraciones hemodinámicas, pulmonares, renales, neurológicas, hematólogicas, gastrointestinales, etc. (4), y todo ello debe ser compartido con el equipo quirúrgico para que tomemos decisiones conjuntas que permitan orientar su manejo. Establecer de forma consensuada las principales indicaciones de tratamiento en nuestras unidades de críticos debe ser una línea de trabajo entre ambas sociedades.

Por lo tanto, las nuevas guías clínicas y recomendaciones permitirán a nuestras dos sociedades científicas seguir avanzando en este trabajo común. El objetivo es establecer estándares y una validación de criterios que nos permita la identificación y selección adecuada de los cuidados de los pacientes, así como reforzar la seguridad y eficacia de los procedimientos.

También este convenio debe acercarnos a un futuro prometedor. Los trabajos multicéntricos y de investigación deben ser un objetivo. Nuestra estrecha colaboración facilitaría la realización de diferentes estudios con mayor satisfacción entre los profesionales que nos dedicamos a esta área. Debemos mantener líneas de trabajo abiertas.

Con el convenio firmado entre nuestras dos sociedades en Zaragoza el 15 de mayo 2019, pretendemos avanzar por este camino, ya que nos posibilita una mejor y mayor colaboración, formación, integración y unificación de criterios.

Nuestro compromiso es trabajar para mejorar los puntos de convergencias y ampliar las áreas de trabajo entre nuestras especialidades y, así, generar el mayor beneficio posible a nuestros pacientes.

Además, y teniendo en cuenta que la angiología y la cirugía vascular se reconoce como especialidad independiente de la cirugía cardíaca, la Sedar ha decidido que nuestra sección, denominada hasta ahora Sección de Anestesia en Cirugía Cardiovascular y Torácica, modifique su denominación y pasar a llamarse Sección de Anestesia Cardíaca, Vascular y Torácica.

Con este convenio tenemos una oportunidad para avanzar de forma conjunta. Aprovechemos nuestro tiempo para tener capacidad de hacer las cosas de forma diferente.

Rosario Vicente Guillén

*Vicepresidenta de la Sección de Anestesia Cardíaca, Vascular y Torácica. SEDAR. Equipo de trabajo de la Sección de Anestesia Cardíaca, Vascular y Torácica. SEDAR.*

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Engelman DT, Ben Ali W, Williams JB. Guidelines for Perioperative Care in Cardiac Surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations. *JAMA Surg* 2019. DOI: 10.1001/jamasurg.2019.1153
2. Stojanovic MD, Markovic DZ, Vukovic AZ. Enhanced Recovery after Vascular Surgery. *Front Med (Lausanne)* 2018;5:2.
3. Williams JB, McConnell G, Allender JE. One-year results from the first US-based enhanced recovery after cardiac surgery (ERAS Cardiac) program. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2018;8. pii:S0022-5223(18)33225-2.
4. Daye D, Walker TG. Complications of endovascular aneurysm repair of the thoracic and abdominal aorta: evaluation and management. *Cardiovasc Diagn Ther* 2018;8 (Suppl. 1):S138-S56. DOI: 10.21037/cdt.2017.09.17