

PATOLOGIA QX

**APARATO RESPIRATORIO. VALORACION PREOPERATORIA. VALORACIONES
POSTOPERATORIOS**

CIRUGIA TORACICA

Abarca toda patología del contenido de la caja torácica excepto el corazón, grandes vasos y ESOFAGO (q es un servicio especial de qx toracica).

Falta!

Comprende: PATOLOGIA CONGENITA, INFLAMATORIA,.....

APRENDER: a dx, hacer px, proponer una pauta terapéutica y aplicarla y supervisarla.

DIAGNOSTICAR: haciendo una buena hx clx, explorac f., solicitando estudios analíticos con el menor costo posible.

1. Hx CLx:

- Edad y sexo, porq hay patologías ligadas al genero y edad. A >edad mas tumores. Ej t. de mediastino es mayor en mujeres.
- Profesión: st los fact de riesgo.
- Habito tabáquico → responsable de muchas patologías.
- Hx respiratoria anterior: TBC, ASMA, BOC → qx será dif.
- Exposición de irritantes
- Sintomatología: PROPIA DEL PULMON, ACOMPAÑAMIENTO
- Otras enfermedades

VALORACION PREOPERATORIA:

SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA:

- **TOS** x la irritación de la mucosa,
- **EXPECTORACIÓN** si es productiva, en BRONCORREA, moco purulenta y HEMOPTISIS esputo con sangre.
- **DOLOR**, sx frec pero no se produce en el pulmón, xq no duele. Es la pleura parietal ni la pleura mediastinica (su dolor es por ocupación, pº en la zona central del torax) y no la visceral la que duele.
- **DISNEA**
- Disfonía, afectación del n. recurrente, es poco frec y cuando pasa es por tumor.
- Hipo, afectación del n. frénico o laríngeo recurrente.

EXPLORACION FISICA:

Recibiremos pacientes visto por otros médicos, pero no esta demás hacerlo nosotros nuevamente.

Prescindible explorar:

- **ADENOPATIAS AXILARES O CERVICALES** → invasión fuera del torax

- NODULOS CUTANEOS → descartar mtx
- SD DE VENA CAVA SUPERIOR → hay q descubrirlo antes de q de sx. Se levanta por la mañana con cefalea parpados hinchados.
- SD DE BERNARD-HOMER →
- HTA
- AUSCULTACION PULMONAR → det zonas donde si o no hay ventilación (obstrucc por atelectasia o porq parénquima esta ocupado por algo q evita q se ventile)
- AUSCULTACION CARDIACA
- HEPATOMEGALIA
- EXTREMIDADES → estado venoso.

RADIOGRAFIA SIMPLE

ANALITICA SIMPLE: SANGRE Y ORINA

BIOQUIMICA HEMATOLOGICA

ECG

PRUEBAS FUNCIONALES:

ALT RESTRICTIVAS: disminución del parénquima funcional

- ESPIROMETRIA
 - Disminución de la capacidad vital
 - FV1: NORMAL O DISMINUIDA
 - FEV1/FVC: igual o menor a 85% valor de referencia
- OBSTRUCTIVA:
 - FVC: normal o poco disminuida
 - FEV1: disminuida
 - FEV1/FVC: menor a 70% del valor de referencia

GASOMETRIA ARTERIAL

VALORES NORMALES:

PaO₂

100 a los 20 años

80 a los 80

PaCO₂:

Entre 37-43

PH: entre 7,38-7,42.

HACER UN PRONOSTICO: TODO ELLO BASADO EN EL CONOCIMIENTO Y LA EXPERIENCIA.

- Presentación de la enf: rápida, lenta, progresiva, en brotes.
- Gravedad de la enf: no es lo mismo un cáncer q una bronquiectasia.

- Extensión de la enf: permanece en el pulmón? Torax? Generalizada?
- Valoración de factores de riesgo: si tiene enf asociadas: HTA, patolog cardiaca.
- Presencia de enf asociadas:

PROPONER UNA TERAPEUTICA:

- MEDICA
- QX
- COMBINADA

CRITERIOS DE INOPERABILIDAD

- Infarto de miocardio en la 6 semanas previas
- PaCO₂ superior a 45, porq no va a soportar anestesia, postoperatorio (dolor, dificultad respiratoria)
- Capacidad vital menor a 45%
- **FEV1 PREOPERATORIO MENOR DE 1 LITRO!** → HACER ESTUDIOS ESPECIALES (gammagrafía pulmonar, etc)
- FEV1 previsto postoperatorio menor de 800 cc.: es el min previsto para que una persona pueda vivir o el 30% de su VEMS teorico!
- Enf. Sistémicas no controlables: tumores de otro origen q no sean tratables.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

- ANALGESIA: el torax duele mucho, porq esta en continuo movimiento. Qx actua sobre los intercostales que es una zona muy inervada (desarticulación de costillas y vertebras o separar costillas con procedimientos mecánicos). Debe ser ttado con algo q no deprima la respiración:
 - ✓ ANALGESICOS DE SINTESIS
 - ✓ OPIACEOS VIA SUBCUTANEA
 - ✓ OPIACEOS VIA PARENTERAL
 - ✓ INFILTRACION INTERCOSTAL
 - ✓ CATETER EPIDURAL
 - ✓ CATETER PARAVERTEBRAL, es el q se usa actualmente

El paciente en el postoperatorio debe ser muy activo, expectorar, respirar por si mismo → tendra menos problemas en el postoperatorio. Sino lo hace el moco puede provocar expulsión → se contamina → neumonia, q es una complicación severa → situacion respiratoria severa y puede traerse abajo la intervención qx.

Casi todos los pacientes salen de quirófano con oxigeno, y lo tendrán hasta q sea imprescindible, cuando respire bien por sí se quita

- OXIGENOTERAPIA:
 - ✓ Fx respiratoria deprimida
 - ✓ Situación respiratoria previa
 - ✓ Perdidas hemáticas no pensadas → reponer
 - ✓ Gasometrías periódicas → va dar un seguimiento.

- ✓ Complicaciones postoperatorias
- FLUIDOTERAPIA: debe estar hidratado para q ayude a expulsar las secreciones:
 - ✓ HIDRATACION
 - ✓ FLUDIFICACION DE SECRECIONES
 - ✓ REPOSICION DE LIQUIDOS
 - ✓ HASTA ALIMENTACION ORAL
 - ✓ GLUCOSALINOS MAS IONES

Todo esto funciona para todos.

Pero en los q se extirpa un pulmón completo → Si hay un exceso de liquido puede dar problema cardiaco. Por eso en el transplante se usa poco liquido.
- MANEJO de CONSTANTES VITALES:
 - ✓ TENSION ARTERIAL
 - ✓ BALANCE HIDRICO, m-t-noche.
 - ✓ TEMPERATURA: para las desviaciones de la presión
 - ✓ Pº VENOSA CENTRAL
 - ✓ FREC Y RITMO CARDIACO

OTROS CONTROLES: hay q ver apariencia de exudados.

- ✓ HEMOGRAMA
- ✓ BIOQ HEMATOLOGICA
- ✓ ESTUDIOS RADIOLOGICOS → para confirma que el pulmón ocupa toda la cavidad pulmonar= que esta expandido.
- ✓ FISIOTERAPIA RESPIRATORIA
- ✓ PROFILAXIS ATB

- MANEJO DE LOS DRENAJES:
 - ✓ EN RESECCION PARCIAL: 2 drenajes: apical y basal (apoyado en diafragma)
 - ✓ Su función es extracción de aire, hay q recogerlo xq si se queda dentro el pulmón se colapsa. No se saca hasta 48 h pero puede prolongarse hasta 10 dias dep de la cant de aire.
Si se recoge aire por los dos drenajes no es buena señal!
 - ✓ EXTRACCION DE FLUIDOS: det si existe o no un sangrado, es un piloto de alarma, debemos hacerlo para ver lo que sale y la cantidad que sale xq en función del aspecto y cantidad habrá q tomar decisiones. Si pierde 100-150ml cúbicos a la hora puede o no ser por los dos drenajes → hacer drenaje xq hay lesión arterial o venosa q no va a curar x si solo.
 - ✓ OBLITERAR CAVIDAD PLEURAL → El parenq que queda se hace mayor de lo que era, en 2º lugar el continente va a disminuir, el diafragma sube y el mediastino se desplaza hacia donde no hay pulmón, cuando hicimos esto aparecerá:

- ✓ PRESION NEGATIVA→
- ✓ REEXPANSION PULMONAR→

Cuando hemos extirpado un pulmón completo, no podemos llenar nada. El continente se ha quedado sin pulmón. En este caso, damos un drenaje único que nunca nunca nunca se conecta a un sistema de respiración sino a UN VACIO ATMOSFERICO, xq sino se extrae todo el aire q queda y se extrae el mediastino.

RECOGIDA DE FLUIDOS, lo mismo, pero en el momento q no esta sangrando hay q darle liquidos para q se llene y el aire se reabs por la pleura→ hemitorax lleno de liquido que equilibre el mediastino esto ocurre en diferentes tiempos no ocurre inmediatamente, por eso se deja el drenaje para que entre aire y equilibre. Una vez retirado el drenaje es el liquido el responsable, tarda 2-3 meses

No vamos a RECOGER AIRE, porq la estructura bronquial debe ser ermetica, sino puede haber FISTULA BRONQUIAL que es la peor complicación, x q provoca contaminación de la cavidad torácica→tendremos que hacer drenajes de aire, y hay dificultad severa de respiración, el 50% se muere.

CONTROL DE MEDIASTINO

SISTEMAS ESPECIFICOS

COMPLICACIONES:

- HEMORRAGIA es poco frec. El 1% por abajo son reintervenidos por esto. Suelen ser por hemorragia por vasos bronquiales! que pasan inadvertidos durante la cirugía o los vasos intercostales!
- HIPOTENSION, relacionada con la hemorragia o inadecuada reposicion hídrica. Sino hay hemorragia verificar otras cosas!
- ALT RITMO CARDIACO: son frecuentes! En personas mayores en el periodo postoperatorio han hecho Fibrilacion auricular. Deben ser tratados inmediatamente, sino debe hacerse cardioversión. Hasta el pulso sinusal!
- EDEMA AGUDO DE PULMON: debido al incremento de liquidos
- ATELECTASIA: retención de secreciones y modificación q se produce (el lóbulo modifica su posición al quitarse algunos, el bronquio tb modifica su posición y si es malatico debe ser lo suficientmnt blando para producirla y no de deje el paso de aire.
Son centrales o periféricas. Deben hacer broncoscopia para sacar las secreciones
- ENFISEMA SUBCUATENO: el paciente se hincha, estos pac tienen abierta la pared torácica y el aire puede entran en musculos hasta de la cara. El aire alcanza pº q pueden comprimir vasos o traqueas blandas.
- FISTULA BRONQUIAL: situación mas grave, 50% mortalidad como consecuencia de neumonía. Cuando solo es un bronquiolo lobar no es tan grave.
- NEUMONIA: resultado de una fistula o retención de secreción.

Hay q tomar todas las medidas para que no aparezcan ninguna de ellas!!!