PULMON PERIOPERATORIO

M. Herrera Carranza. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

El término perioperatorio significa literalmente "alrededor de la operación" y es usado en la literatura médica para referirse al período justo antes, durante y después del procedimiento quirúrgico. Kroenke [(1)], con un criterio temporal, define la medicina perioperatoria como el tratamiento del paciente durante la cirugía y en las primeras cuarenta y ocho horas siguientes. Goldmann[(2)] , con un concepto más funcional, la considera como el conjunto de actuaciones médicas que desde diferentes campos tienen como objetivo común el manejo del paciente en un momento particular de su historia clínica: el relacionado con la intervención.

Es éste enfoque más amplio el que hemos adoptado para hablar del Pulmón Perioperatorio. La ponencia ha querido centrarse concretamente en lo que rodea a la resección pulmonar, a la cirugía de exéresis. Y ello por una serie de razones que nos preocupan a todos: a) la incidencia de cáncer de pulmón aumenta[(3)] , b) en esta enfermedad la única posibilidad de supervivencia es la cirugía ablativa, ya que otras terapias son en general ineficaces[(4)] , c) Solo un tercio de los enfermos con cáncer de pulmón tienen lesiones resecables en el momento del diagnóstico y cierto numero de ellos no se pueden operar por sufrir disfunción cardiopulmonar importante[(5)] .

Por consiguiente, parecen muy justificados los esfuerzos encaminados al "rescate" de pacientes para cirugía, siempre que el posible beneficio a obtener supere el peligro de eventos adversos graves o muerte derivados de la misma. Se trata, pues, no sólo de que estos enfermos sobrevivan a la operación, sino también que la consecuente limitación funcional no les condene a una vida intolerable. La ponencia pretende dar una visión global y actual de los puntos que consideramos claves: la valoración del riesgo quirúrgico, la preparación a la cirugía y los cuidados postoperatorios. Para ello es fundamental la actuación conjunta de un equipo de especialistas de diferentes servicios clínicos, de cuya coordinación depende el buen resultado final.

En 1955 Gaensler y col.[(6)] , en una publicación clásica, estableció, por primera vez, criterios espirométricos para predecir la mortalidad y las complicaciones en el postoperatorio de cirugía torácica. Desde entonces, muchos grupos de trabajo han aportado distintas pruebas funcionales respiratorias, que con variada fortuna, intentan valorar con mayor precisión el riesgo quirurgico. La Dra. Sebastián, neumóloga del Hospital Carlos Haya de Málaga y con amplia experiencia en el tema, nos expondrá el estado actual de la evaluación funcional prequirúrgica.

La fisioterapia respiratoria, a partir del trabajo de Thoten en 1954[(7)] y especialmente en los pacientes con OCFA, permanece como un pilar esencial en la preparación para la cirugía y en la prevención y resolución de alguna complicaciones postoperatorias. El Dr. Mayordomo, rehabilitador del Hospital Reina Sofía de Córdoba, nos pondrá de manifiesto las principales evidencias y controversias en este terreno.

En la aparición de complicaciones postoperatorias influye la edad, la comorbilidad, la reserva funcional cardiorrespiratoria, las características de la operación, el manejo del paciente en la UCI, etc. Pero indudablemente, lo que ocurre en el quirófano durante la manipulación quirúrgica es decisivo para explicar algunas complicaciones inmediatas y a ayudar a tratarlas. El Dr. Mérida, intensivista del Hospital Virgen de las Nieves de Granada, hará una revisión de la evolución de estos enfermos en la UCI y nos va a presentar también un interesante estudio sobre monitorización de la mecánica pulmonar intraoperatoria y su importancia clínica.

Por último, el cirujano además de enfrentarse al acto quirúrgico, tiene que tratar complicaciones tardías que con alguna frecuencia malogran el éxito inicial de una cirugía radical. El Dr. Ayarra, cirujano torácico del Hospital de Valme, se encarga de hablar de su incidencia, curso y mejor tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. Kroenke K. Preoperative evaluation: the assessment and manegement of surgical risk. J Gen Intern Med 1987;2:257-261.

2. Goldmann DR. What is perioperative medicine?. En: Gold mann DR, Brown FH, Guarnieri DM. Perioperative Medicine. New York: McGraw-Hill, 1994; 3-7.

3. Walker WJ, Brin BN. U.S. lung cáncer mortallity and de clining cigarrete tobacco consumption. J Clin Epidemiol 1988; 41: 179-85.

4. Johnson DH, Einhorn LH, Bartolucci A, et al. Thoracic ra diotherapy does not prolong survival in patients with lo cally advanced, unresectable non-small cell lung cáncer. Ann Intern Med 1990; 113: 33-8.

5. Morice RC, Peters EJ, Ryan MB, et al. Exercise testing in the evaluation of patients at high risk for complications from lung resection. Chest 1992; 101:356-61.

6. Gaensler EA, Cugell DW, Lindgren 1, et al. The role of pul monary insufficiency in mortality and invalidism following surgery for pulmonary tuberculosis. J Thorae Cardiovasc Surg 1955; 29:163-87.

7. Thoren L. Postoperative pulmonary complications: observations on their prevention by means of phisiotherapy. Ac ta Chir Scand 1954; 107:193-205.