

TARJETA DE REFERENCIA CLÍNICA: CIRUGÍA TORÁCICA

VALORACIÓN DIAGNÓSTICA, FISIOPATOLOGÍA Y RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA

1. VALORACIÓN PREOPERATORIA CRÍTICA	3. PROCEDIMIENTOS DE RESECCIÓN PULMONAR
Reserva Pulmonar: FEV1 preoperatorio debe ser > 2 L o > 70% del valor pronosticado para predecir tolerancia clínica. Auscultación: Explorar todos los campos en busca de ruidos normales o patológicos (estertores, sibilancias o roncus por moco). Anamnesis: Historial de tabaquismo (duración y cantidad), tolerancia al ejercicio (disnea al caminar o bañarse), ortopnea y estado nutricional. Pruebas GSA/ECG: Gases en sangre arterial para evaluar intercambio y electrocardiograma para descartar cardiopatías previas.	Neumonectomía: Extirpación de pulmón completo (derecho es más peligroso por mayor lecho vascular). Seccionamiento de bronquio y ligadura de vasos. Sin drenaje posquirúrgico (el líquido consolida el espacio y evita la desviación mediastínica). Lobectomía: Extirpación de un lóbulo completo (más común). Requiere dos sondas de drenaje: superior (extrae aire) e inferior (drena líquido/sangre). Segmentectomía: Resección de un segmento broncopulmonar individual. Preserva tejido pulmonar sano en pacientes con reserva comprometida. Resección en Cuña: Biopsia o extirpación de nódulos pequeños bien circunscritos periféricos. Suele dejarse drenaje pleural por posible fuga. Reducción de Volumen: Extirpación del 20-30% de tejido enfisematoso terminal mediante videotoracoscopia para reducir disnea y mejorar función. Videotoracoscopia: Abordaje endoscópico mínimamente invasivo para biopsias diagnóstico de derrames o tratamiento de neumotórax recurrente.
2. CÁNCER BRONCOGÉNICO (FISIOPATOLOGÍA)	4. URGENCIAS CRÍTICAS DE NEUMOTÓRAX
Carcinoma Epidermoide: Se desarrolla en bronquios grandes en la porción central. Fuertemente ligado al tabaquismo (20-30% de casos). Células Pequeñas (Avena): Extremadamente agresivo, crecimiento central rápido y metástasis precoz. Produce hormonas ectópicas; común en menores de 40 años. Adenocarcinoma: Localización periférica en bronquios pequeños, frecuentemente sobre cicatrices pulmonares previas. Diseminación pleural precoz; es el más común. Células Gigantes: Crecimiento de localización variable con metástasis tardía y diseminación amplia (intrática y extratorácica).	Neumotórax Abierto: Herida aspirante penetrante. Pérdida de presión negativa con colapso pulmonar y <i>vaivén o aleteo mediastínico</i> (desplazamiento cardiovascular cíclico). Acción: Taponar herida, espirar contra glotis cerrada. En hospital: gasa de vaselina. Neumotórax a Tensión: Mecanismo de válvula unidireccional (aire entra pero no sale). Presión positiva extrema, desviación mediastínica al lado sano, compresión de vena cava, colapso hemodinámico grave y <i>actividad eléctrica sin pulso</i>. Acción: Descompresión con aguja de calibre 14 de urgencia en 2º espacio intercostal, línea medioclavicular del lado afectado.

TARJETA DE REFERENCIA CLÍNICA: CUIDADOS Y DRENAJE

SISTEMAS DE DRENAJE TORÁCICO, MANEJO DE SONDAS Y VIGILANCIA ENFERMERA

1. SISTEMAS DE DRENAJE TORÁCICO		3. CUIDADOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA	
Sello de Agua Húmedo:	Tres cámaras: 1) Recolección de débito, 2) Sello de Agua (burbujeo intermitente normal; burbujeo continuo indica fuga de aire en el paciente o sistema. El nivel del agua fluctúa con la respiración: normal), 3) Control de aspiración húmeda regulado por altura de agua (ej. 20 cm H2O).	Posicionamiento:	Neumonectomía: Girar solo hacia el lado operado o supino. ¡NUNCA hacia el lado sano! Evita que el mediastino comprima el pulmón restante. Lobectomía/Segmentectomía: Rotar cada hora para favorecer reexpansión.
Sello con Aspiración Seca:	Regulación de presión mediante dial mecánico seco. No necesita cámara de aspiración con agua, pero conserva la cámara de sello de agua de 2 cm para detectar fugas de aire.	Líquidos I.V.:	Administrar fluidos a velocidad muy baja para evitar la sobrecarga líquida del lecho vascular reducido y prevenir un edema pulmonar agudo.
Válvula de Heimlich:	Dispositivo unidireccional seco. Deja salir aire pleural pero evita su reingreso. Ideal para traslados o drenaje de aire mínimo.	Movilidad Precoz:	Iniciar ejercicios activos de brazo y hombro del lado afectado a las 8-12 horas postquirúrgicas para prevenir rigidez capsular severa.
		Manejo del Dolor:	Analgesia epidural o ACP para mitigar dolor severo del espasmo intercostal. Permite inspiraciones profundas y tos efectiva.
		Mantenimiento de Vía:	Enseñar espirómetro de incentivo y técnica de tos controlada (soporte físico de la incisión con las manos o almohada al toser - TEF).
2. SONDAS TORÁCICAS Y MANEJO DE SEGURIDAD		4. COMPLICACIONES CLÍNICAS CRÍTICAS	
Sondas de Aire:	Calibre pequeño (7-12 Fr o hasta 28 Fr) colocadas de forma anterior (2º espacio intercostal) para evacuar aire acumulado.	Fístula Broncopleural:	Escape de aire continuo en la cámara de sello de agua que impide reexpansión. Requiere drenaje torácico cerrado prolongado.
Sondas de Líquido:	Calibre grande (32-40 Fr) colocadas de forma posterior (4º o 5º espacio intercostal, línea medioaxilar) orientadas hacia atrás para drenar líquido/sangre.	Hemorragia Interna:	Signos de palidez, taquicardia, frialdad e hipotensión. Drenaje fresco superior a 150-200 mL/hora.
Desconexión Accidental:	Sumergir de inmediato el extremo distal de la sonda torácica en un frasco con 2 cm de agua estéril (creando sello de agua transitorio) para evitar neumotórax traumático.	Enfisema Subcutáneo:	Aire penetra tejidos subcutáneos (crepitación palpable). En casos graves con compromiso de tráquea se requiere traqueostomía.
¡PROHIBIDO PINZAR!	No pinzar la sonda de forma rutinaria ni prolongada. Puede inducir rápidamente un neumotórax a tensión mortal si hay fuga activa.	Desplazamiento Mediastínico:	Desviación de tráquea, cianosis, asimetría torácica grave, disnea extrema y colapso cardiovascular de urgencia.

LADO B • TARJETA DE REFERENCIA CLÍNICA (Recortar y doblar para bolsillo)