



Aclaración

Señor Editor:

En el volumen 12 No. 2, 1997, tuvieron a bien publicar mi artículo de revisión titulado: *Evaluación Preoperatoria de la Función Pulmonar en el Paciente para Cirugía Torácica*, al final del cual aparece un comentario sobre el mismo hecho por el doctor Fidel Camacho Durán. Como lo anotado por el doctor Camacho me parece de la mayor pertinencia y la resolución de sus inquietudes contribuyen de gran manera a la comprensión del trabajo, quiero hacerle llegar algunas aclaraciones y las citas bibliográficas recomendadas por el comentarista.

Dice el artículo: “El desplazamiento del diafragma hacia el tórax originará atelectasias que aparecen tan rápido como 5 minutos después de la inducción de la anestesia. Se presentan en las áreas más dependientes de los pulmones y no están correlacionadas con la edad o con la FIO₂, son independientes de si la ventilación es espontánea o mecánica y de si los anestésicos se administran por la vía inhalatoria o por la intravenosa. Estas atelectasias persisten hasta 24 horas después de la cirugía en la mitad de los pacientes”.

Comenta el doctor Camacho: “Yo pienso que es diferente si la respiración es espontánea o mecánica. Si lo primero, el paciente dormido respira volúmenes corrientes bajos, pueden estar suprimidos los suspiros y esto favorece que se cierren múltiples unidades respiratorias ocasionando microatelectasias que crean un *shunt* de derecha a izquierda que se refleja en hipoxemia. Si la ventilación es mecánica, se adaptan volúmenes corrientes mayores que mantienen abiertas estas unidades respiratorias evitando las microatelectasias”.

Aclaración: La afirmación se hace bajo el subtítulo de “Efectos de la anestesia sobre la función pulmonar”, y no es aplicable a otros grupos de pacientes no anestesiados, como los postoperatorios, por ejemplo. Me permito transcribir lo pertinente del original en inglés: *Atelectasis...* “the size of the densities did not correlate with age or FIO₂ and was the same regardless of whether ventilation was spontaneous or mechanical and whether anesthesia was inhalational or intravenous”. **Sykes Leslie A, Bowe Edwin A: Cardiorespiratory effects of anesthesia. In: Perioperative Respiratory Care. Clinics in Chest Medicine. June, 1993, pág. 215.**

Dice el artículo: “El hecho de que el uso de la Presión Positiva al Final de la Espiración –PEEP, sigla inglesa– no me-

jore la caída de la PaO₂, no desvirtúa la teoría pues la falta de respuesta parece depender de una caída del gasto cardíaco atribuible a la misma PEEP”.

Comenta el doctor Camacho: “Yo creo que la PEEP se instala cuando comienza a descender la PaO₂, y al comienzo sí mejora la saturación y la presión arterial de oxígeno. Si el paciente tiene un daño alveolar extenso probablemente no mejorará”.

Aclaración: De nuevo la afirmación se hace bajo el subtítulo de “Efectos de la anestesia...” y sólo es válida en este grupo de pacientes, incluso con pulmones normales. El concepto no debe ser aplicado a pacientes no anestesiados, como en los postoperatorios o en aquellos con síndrome de dificultad respiratoria, donde los efectos de la PEEP son los anotados por el comentarista.

La ineficiencia de la PEEP en mejorar la oxigenación en el paciente anestesiado está soportada en el texto: “PEEP, commonly used in the intensive care setting to improve oxygenation, does not usually improve arterial oxygenation in patients under general anesthesia. PEEP decreases the size of the atelectasis, but does not necessarily improve shunt”. **Sykes Leslie A, Bowe Edwin A: Cardiorespiratory effects of anesthesia. In: Perioperative Respiratory Care. Clinics in Chest Medicine. June, 1993, pág. 217.**

Dice el artículo: “Los cambios ventilatorios no están completamente relacionados con el dolor incisional o con la magnitud de la resección y se ha comprobado que la limitación funcional de una toracotomía simple es similar a la de una lobectomía”.

Comenta el doctor Camacho: “Yo creo que sí están relacionados con la magnitud de la resección; no es lo mismo una toracotomía simple, que una resección de parénquima pulmonar. Tanto que los parámetros preoperatorios son diferentes si es toracotomía simple o si se hace resección como lobectomía”.

Aclaración: Lo anotado aparece bajo el título de función pulmonar postoracotomía y se trata de hacer énfasis sobre la repercusión de la toracotomía sola como gran perturbadora de la función ventilatoria, independientemente de la resección pulmonar que se ha realizado, que de hecho tiene que deteriorar esta función y es ese el objetivo de toda la revisión. Esta la razón de utilizar la expresión *completamente*.

La afirmación está apoyada en el texto: "Gorlin *et al* found this change in ventilatory function to be unrelated to the amount of perceived chest pain, the type of procedure, or the extent of the operation. This was sustentied by Jungst, who found that the respiratory embarrassment caused by simple thoracotomy was the same as that of lobectomy". Bolton JW Randolph, Weiman Darryl S: **Physiology of Lung Resection. Perioperative Respiratory Care. Clinics in Chest Medicine, June, 1993, pág. 297.**

Agradezco al doctor Fidel Camacho sus comentarios sobre el artículo y a usted la atención prestada a esta comunicación.

Oscar Jaramillo Robledo, MD.
Cirujano del Tórax

CAMILO SCHRADER FAJARDO

*Con sincero pesar registra la Sociedad Colombiana de Cirugía por conducto de su medio publicitario, el inesperado deceso de uno de sus más destacados miembros, el doctor **Camilo Schrader Fajardo**, pionero de la cirugía del tórax en nuestro medio, docente de numerosos discípulos a quienes transmitió sus dotes profesionales y sus reconocidas cualidades de caballero sin tacha y de amigo ejemplar.*

CIRUGIA expresa sus condolencias a los familiares del doctor Schrader, a las instituciones que disfrutaron de sus valiosos servicios, y a los colegas que tuvieron el privilegio de trabajar a su lado.
