

TÍTULO:

CIRUGÍA. CUIDADOS INTRAOPERATORIOS.

Autores:

Julen Ocharan-Corcuera

María del Carmen Natalia Espinosa-Furlong

Centro:

1.- Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Bizkaia. España.

2.- IMSS. Ciudad de México. México.

Correo electrónico: julenocharan@yahoo.es



Resumen:

Premedicación, Relajantes musculares, Anestesia y Monitorizar estrecha y regularmente el estado de volumen e hidroelectrolítico. No usar soluciones con potasio y monitorizarlo en caso de transfusión.

Palabras clave:

Intraoperatorio. Anestesia. Monitorizar. Casos clínicos. Soluciones con potasio.



CUIDADOS INTRAOPERATORIOS.

-Proteger el acceso vascular.

-Premedicación: pueden usarse sin problemas el droperidol, fentanil, atropina y diazepam.

-Relajantes musculares: preferiblemente usar no despolarizantes (D-tubocuránina, metocurina y pancuronio), salvo la gallamina (contraindicada por su excreción exclusivamente renal), aunque hay que considerar una vida media más prolongada. Los despolarizantes (succinilcolina y decametónio) originan hiperpotasemia. El decametónio es de metabolismo mayoritario renal.

- Anestesia: pueden usarse halotano y óxido nítrico sin modificaciones. El enflurano y metoxiflurano se metabolizan a fluoruro y oxalato, que, aunque su efecto nefrotóxico es indiferente salvo que exista una función renal residual importante, pueden acumularse y causar toxicidad neurológica en anestesis prolongadas.

-Monitorizar estrecha y regularmente el estado de volumen (catéter central) e hidroelectrolítico. No usar soluciones con potasio y monitorizarlo en caso de transfusión.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

Evaluar estrecha y regularmente la necesidad de diálisis (volumen, estado hidroelectrolítico y ácido-básico, anemia, hipercatabolismo séptico, etcétera). Cuando esté indicada se practicará libre de heparina, manteniendo esta pauta durante las dos primeras semanas postintervención, particularmente en cirugía cardiovascular y oftalmológica y con la lógica salvedad de los casos en los se indique anticoagulación sistémica (reemplazamiento valvular, etcétera).

En lo que se refiere al manejo del dolor severo o moderado, pueden emplearse los analgésicos o narcóticos habituales, aunque no se recomienda la meperidina por su vida media prolongada, en urémicos, y la presencia de metabolitos con efectos convulsivantes. En el dolor de leve a moderado, tanto el paracetamol Termalgin® como la dipirona magnésica Nolotil® se emplearán a dosis habituales. La codeína puede usarse disminuyendo la frecuencia de administración, aunque llega a producir problemas de constipación importantes, por lo que es preferible no usarla. El dextropopoxifeno se evitará, por su vida media prolongada, en los urémicos, y por la producción de un metabolito cardiotoxico. Los antiinflamatorios no esteroideos son, en su mayoría, de metabolismo hepático, por lo que pueden emplearse a las dosis usuales, aunque debe recordarse su gastrolesividad incrementada en renales, por lo que se recomienda la protección gástrica.

Bibliografía:

- 1.- Haag-Weber M, Hörl WH. Uremia and infection: mechanisms of impaired cellular host defense. *Nephron*. 1993; 63: 125-31.
- 2.- Gupta KL, Radotta BD, Sakhuja V, Banerjee AK, Chugh KS. Mucormycosis in patients with renal failure. *Renal Failure*. 1990; 11: 195-9.
- 3.- Marigliano N, Covarsi A, Novillo R, Gómez-Martino JR. Piomiositis en hemodiálisis. Una complicación poco frecuente. *Nefrología*. 1995; 15: 88-9.
- 4.- Kessler M, Hoen B, Mayeux D, Hestin D, Fontenaille CH. Bacteremia in patients on chronic hemodialysis. *Nephron*. 1993; 64: 95-100.
- 5.- Mylotte JM, Aeschliman JR, Rotella DL. Staphylococcus aureus bacteremia. Factors predicting hospital mortality. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1996; 17: 165-8.
- 6.- Flaherty JP, Garcia-Houchins S, Chudy R, Arnow PM. An outbreak of gram-negative bacteremia traced to contaminated o-rings in reprocessed dialyzers. *Ann Intern Med*. 1993; 119: 1072-8.
- 7.- Levin A, Mason AJ, Jindal KK, Fong IW, Goldstein MB. Prevention of hemodialysis subclavian vein catheter infections by topical povidone-iodine. *Kidney Int*. 1991; 40: 934-8.
- 8.- Mermel LA. Prevención de infecciones asociadas a catéteres intravasculares. *Infectious Diseases in Clinical Practice*. Ed Esp. 2: 53-60.
- 9.- Mansfield PF, Hohn DC, Fornage BD, Gregurich MA, Ota DM. Complications and failures of subclavian-vein catheterization. *N Engl J Med*. 1994; 331: 1735-8.



- 10.- Hung KY, Tsai TJ, Yen CJ, Yen TS. Infection associated with double lumen catheterization for temporary haemodialysis: experience of 168 cases. *Nephron Dial Transplant*. 1995; 10: 247-51.
- 11.- Capdevilla JA, Segarra A, Planes AM, et al. Sucesful treatment of haemodialysis catheter-related sepsis without catheter removal. *Nephron Dial Transplant*. 1993; 8: 231-4.
- 12.- Ramos B, Arqué JM, Calvar C, Fernandez-Gallego J, Valera A, Lopez de Novales E. Catéter de doble luz con túnel subcutáneo para hemodiálisis crónicas. *Nefrología*. 1992; 12: 143-8.
- 13.- Fridkin SK, Pear SM, Williamson TH, Galgiani JN, Jarvis WR. The role of understaffing in central venous catheter-associated bloodstream infctions. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1996; 17: 150-8.
- 14.- Chaudhry A, Stone WJ, Breyer JA. Occurrence of pyuria and bacteriuria in asymptomatic hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis*. 1983; 21: 180-3.
- 15.- Mathews M, Shen FH, Lindner A, Sherrard DJ. Septic arthritis in hemodialyzed patients, *Nephron*. 1980; 25: 87-91.

