

Paciente diabético: consideraciones preoperatorias

Diabetic patient: preoperative considerations

Abilene Cirenia Escamilla Ortiz*

La diabetes es un padecimiento crónico que afecta a 537 millones de pacientes alrededor del mundo, se estima que un 20% de pacientes que se someten a cirugía tiene diabetes, y se asocia hasta en 50% el riesgo de morbilidad y mortalidad.¹

La hiperglucemia se asocia con mayores días de estancia, complicaciones y alta mortalidad. Los niveles altos de glucosa se relacionan con deterioro de la función de los neutrófilos, incrementan la formación de ácidos grasos, especies reactivas del oxígeno y producción de mediadores inflamatorios; en los pacientes quirúrgicos se asocia a sepsis en el postoperatorio, infección del sitio operatorio y más estancia hospitalaria.¹ Asimismo, hay que tomar en cuenta que se puede tener pacientes que no se separan diabéticos o con prediabetes.

Durante la respuesta metabólica a la cirugía hay liberación de hormonas contrarreguladoras, entre ellas catecolaminas y cortisol, lo que hace que se presente resistencia a la insulina, junto con un deterioro en la secreción de insulina y alteración en el metabolismo de las proteínas y las grasas lleva a elevación de la glucosa.¹

De igual forma, hace difícil la intubación, ya que el colágeno glicosilado se une al síndrome de rigidez articular.¹ También pueden tener gastroparesia, con trastornos de la motilidad gástrica, lo cual se debe tomar en consideración, sobre todo por los anestesiólogos.

La evaluación previa del paciente debe incluir que tenga A1c para evaluar el control glicémico y podría ser necesario considerar

posponer procedimientos electivos si el resultado de A1c muestra un control deficiente de diabetes.

Las guías de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomiendan posponer valores de A1c previos a la cirugía entre 6.5-7%, y aconsejan retrasar la intervención, cuando sea posible, en aquellos pacientes con valores > 8.5%. Se considera que niveles de glucosa en sangre entre 100 y 180 mg/dl son aceptables para el preoperatorio dentro de las cuatro horas previas a la cirugía. En el caso de pacientes mayores a 65 años el objetivo es < 8%.^{1,2}

Se recomienda la monitorización continua de glucosa en pacientes con diabetes que se someten a cirugía, especialmente en aquellos con alto riesgo de complicaciones.²

La ADA menciona la importancia de un enfoque personalizado, considerando factores individuales como la edad, comorbilidades y tipo de cirugía, esto incluye un equipo multidisciplinario con anestesia y endocrinología.

Si la glucosa es > 180 mg/dl, algunos administran insulina; si es > 250 mg/dl, podría ser necesario posponer la cirugía por el riesgo de complicaciones.¹ Si el paciente está con dieta, el monitoreo de glucosa es preprandial, si está en ayuno se aconseja sea cada seis horas. Si el paciente ya cuenta con un dispositivo de monitorización continua de la glucosa, se puede continuar con éste.

Respecto a la toma de líquidos (carga carbohidratos), se puede dar dos horas antes de la cirugía como está descrito en el protocolo de recuperación rápida (ERAS).

* Editora de Cirujano General. ORCID: 0000-0001-5635-5845



Citar como: Escamilla OAC. Paciente diabético: consideraciones preoperatorias. Cir Gen. 2025; 47 (2): 69-70. <https://dx.doi.org/10.35366/120728>

En el preoperatorio se debe evaluar qué medicamentos toma el paciente. Durante la hospitalización se recomienda el uso de insulina rápida subcutánea de acuerdo con la glucometría. En general, los medicamentos pueden empezar a darse nuevamente cuando el paciente inicie con dieta y esté cercano a que se vaya de alta.¹

No hay un consenso y hay falta de orientación sobre cuándo cancelar los casos electivos, pero cada hospital puede poner sus lineamientos basados en lo que hay en la literatura.

REFERENCIAS

1. Kirk JK, Gonzales CF. Preoperative considerations for patients with diabetes. Expert Rev Endocrinol Metab. 2023; 18: 503-512.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Introduction and methodology: standards of care in diabetes-2025. Diabetes Care. 2025; 48: S1-S5. doi: 10.2337/dc25-SINT.

Correspondencia:
Dra. Abilene Cirenia Escamilla Ortiz
E-mail: escamillaoa@amcg.org.mx