

Evaluación preoperatoria en cirugía dermatológica

Pre-operative evaluation in dermatological surgery

LUIS BONILLA,* ÁNGEL TAVERAS,** LUISA GONZÁLEZ***

*Médico dermatólogo, residente de cirugía dermatológica; **Médico cirujano oncólogo, Departamento de Cirugía Dermatológica;

***Médico cirujano dermatólogo, Jefe del Departamento de Cirugía Dermatológica; IDCP-HBD, República Dominicana.

RESUMEN

EL ESTUDIO INTEGRAL DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS SIGUE UN PROCESO SISTEMATIZADO CUYO USO ES UNIVERSAL Y APLICABLE A CUALQUIER ACTO QUIRÚRGICO. EN ESTE PROCESO SE DESTACA EL ESTABLECIMIENTO DE UNA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE AUTONÓMICO PARA CONOCER MEDIANTE LA ANAMNESIS Y LA EXPLORACIÓN FÍSICA UN DIAGNÓSTICO PRECISO. CUANDO SE HA DECIDIDO POR LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, EL PREOPERATORIO ES DE VITAL IMPORTANCIA PARA CONOCER TODOS LOS FACTORES QUE PUEDAN INFLUIR EN EL LOGRO EXITOSO DEL ACTO QUIRÚRGICO.

PALABRAS CLAVE: PREOPERATORIO, PROCESO, ACTO QUIRÚRGICO, FACTORES DE RIESGO

ABSTRACT

THE INTEGRAL STUDY OF SURGICAL PATIENTS FOLLOWS A SYSTEMATIC PROCESS WHICH CAN BE APPLIED UNIVERSALLY IN ANY SURGICAL INTERVENTION. IN THIS PROCESS WE EMPHASIZE A GOOD DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP, SO THAT THRU CLEAR MEDICAL HISTORY AND PHYSICAL EXAMINATION WE CAN OBTAIN AN EXACT DIAGNOSIS. ONCE A SURGICAL INTERVENTION HAS BEEN DECIDED, THE PREOPERATORY IS OF VITAL IMPORTANCE IN ORDER TO HAVE A BETTER KNOWLEDGE OF POSSIBLE RISK FACTORS, SO THAT WE CAN ENSURE A SUCCESSFUL SURGICAL ACT.

KEY WORDS: PREOPERATORY, PROCESS, SURGICAL INTERVENTION, RISK FACTORS

Introducción

Se llama *preoperatorio* al manejo integral del paciente quirúrgico en el periodo que antecede a la operación. Para fines didácticos se divide en fase diagnóstica y fase de preparación del paciente para ser operado.¹ Si con la cirugía se pretende tratar a un paciente, es condición fundamental conocerlo previamente, así como su padecimiento.

El interrogatorio es la técnica que abarca todas las posibilidades de comunicación humana y es acorde con las condiciones de cada paciente.¹ La herramienta fundamental para plasmar esta comunicación es la historia clínica.

Objetivo

Citar lineamientos generales y especiales para la elaboración de una historia clínica completa en cirugía dermatológica, haciendo énfasis en factores que puedan influir en el resultado del acto quirúrgico.

Desde Hipócrates se sabe que la entrevista inicial es determinante por el tipo de relación que se establece entre el paciente y el equipo de salud. En la elaboración de la his-

toria clínica, la actitud y las palabras del médico tienen gran importancia para el paciente quirúrgico. En su estructura, la historia clínica deberá llevar fecha, hora, nombre completo de quien la elaboró y su firma.

Se establece que en un preoperatorio deberá realizarse una entrevista inicial compuesta de interrogatorio, ficha personal, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales no patológicos, antecedentes personales patológicos, antecedentes gineco-obstétricos en su caso, interrogatorio por aparatos y sistemas, sintomatología general y exploración clínica completa; posteriormente, una explicación del procedimiento, posibles riesgos y consecuencias, y un consentimiento informado.

1. Interrogatorio

Puede ser directo o indirecto; se recomienda una combinación de ambos en etapas pediátrica, adolescencia y geriátrica.

Los pacientes pediátricos siempre deberán acudir acompañados de los padres o en su defecto de un familiar cercano,² asimismo los adolescentes, quienes tienden a ocultar o

a olvidar cierta información, lo que reviste una importancia fundamental desde el punto legal. Los pacientes geriátricos presentan una disminución en la capacidad cognitiva y en su función intelectual, déficit auditivo progresivo, olvidan antecedentes importantes así como medicación que están usando, por lo que se recomienda sean acompañados por un familiar cercano y en contacto con el paciente o el cuidador asignado.³

2. Ficha de identificación

Deberá contener el nombre completo del paciente, su domicilio, lugar y fecha de nacimiento, lugar de residencia actual con domicilio, teléfono, e-mail o el de algún conocido. Su profesión u oficio, en qué actividad labora, grado académico, sexo, edad, raza, estado civil y religión.

Es importante conocer su actividad laboral con la finalidad de prever el grado de incapacidad que le provocaría la cirugía y orientarlo en cuanto a la elaboración de licencias o incapacidades laborales que pudieran requerirse, y su tiempo probable de recuperación. En cuanto a la edad, es conveniente conocer algunos aspectos importantes que se presentan en algunas etapas de la vida.

Pedriátricos

Presentan un radio incrementado de superficie corporal en relación con su peso.² Este incremento hace que los medicamentos tópicos sean más potentes y tengan una absorción sistémica.

Los prematuros menores de 32 semanas de gestación y los menores de dos semanas de nacidos tienen un deficiente estrato córneo. Una absorción excesiva de los componentes de sulfas o sulfatiacina de plata puede causar hiperbilirrubinemia y ha resultado argiria por absorción percutánea de componentes de la plata por lo menos en un adulto. El uso de yodo-povidona (un exceso de aplicación tópica) resulta en hipertiroidismo y bocio.²

Debemos recordar que los niños no son adultos pequeños, que son aprensivos a los cuatro años y ansiosos a los trece.

En cuanto a medicamentos, están contraindicadas las tetraciclinas, pues forman un complejo de ortofosfato tetraciclina-calcio en el crecimiento del tejido óseo, causando una disgénesis irreversible del esmalte dental y depresión del crecimiento óseo.

La ciprofloxacina se contraindica en menores de dieciocho años, pues producen artropatías.

Hay que tener precaución con el uso de trimetoprim con sulfametoxazol: puede producir muertes por anemia aplásica, agranulocitosis y necrosis epidérmica tóxica.

La eritromicina puede incrementar los niveles séricos de otras drogas (teofilina, fenitoína, carbamacepina y ciclosporina).

La ampicilina, amoxicilina, sulfas, tetraciclinas, metronidazol y eritromicina alteran la flora gastrointestinal, interfiriendo con la recirculación enterohepática del etenilestradiol.

Los niveles séricos de fluconazol y ketoconazol pueden incrementarse si se administran a la vez fenitoína, rifampicina o ciclosporina.

Puede presentarse una reacción cruzada con griseofulvina en niños alérgicos a la penicilina.

Debe tenerse precaución en el uso de aspirina en menores de dieciséis años que no tengan antecedentes de varicela o signos y síntomas de influenza por riesgo de síndrome de Reye.²

El uso de antihistamínicos se contraindica en recién nacidos y en prematuros por riesgo de toxicidad en el sistema nervioso central.² La cimetidina eleva los niveles séricos de teofilina y fenitoína.

En cuanto a antisépticos, el hexaclorofeno no se utiliza por ser neurotóxico, y el cloruro de benzalconio se ha desechado porque la solución contenedora se contamina fácilmente con bacterias.

Se recomienda el uso de clorhexidina al 4% de 3-5 minutos, que se pega bien a las proteínas de la piel prolongando la actividad antibacterial por más tiempo; no se absorbe a través de la piel irritada, no es irritante ni tóxica.⁴ Debe tenerse precaución cerca de los oídos, ya que puede absorberse dando toxicidad directa en oído medio.

Se recomienda tomar foto inicial y dar a los padres las instrucciones por escrito pre y postoperatorias.

En caso de practicarse biopsia por rasurado a lesiones exofíticas y pediculadas ha resultado útil el alcohol al 70% como antiséptico, ya que en 2 minutos mata 90% de bacterias. Cuando son procedimientos extensos hay que practicar la técnica habitual.⁴

Adolescentes

Presentan cambios tanto físicos como psicológicos. En los que padecen alguna enfermedad subyacente, las consecuencias psicológicas pueden ser tan importantes como las discapacidades físicas.

Es en este periodo donde se establecen los comportamientos relacionados con hábitos alimenticios, patrones de ejercicio, alcohol y tabaco, así como relaciones sexuales. Se llegan a presentar depresión, drogadicción y suicidios.

Ancianos

Este grupo se cataloga arbitrariamente en mayores de 65 años. Debemos conocerlos, ya que se prevé que en el año 2050 representarán 23% de la población, y de éstos, 25% serán mayores de 85 años.³ La mortalidad quirúrgica en cirugías electivas es de 1% y en cirugías de urgencia, de 45%.⁴ En esta etapa disminuye la capacidad intelectual y hay pérdida de memoria, por lo que disminuye la capacidad de aprendizaje perioperativo y hay un discurso lento.

Existe un entendimiento receptivo menos agudo, con disminución de la audición y labilidad emocional que se caracteriza por aumento de la ansiedad.

La palabra *cáncer* les da miedo y les produce una ansiedad importante a quedar desfigurados, a lo desconocido, a experimentar dolor, a la mortalidad y a la dependencia respecto a otros. Esa ansiedad se manifiesta por un incremento en pulso, tensión arterial, frecuencia ventilatoria, distress abdominal y frecuencia urinaria.

Hay una disminución progresiva de reservas homeostáticas de aparatos y sistemas. Las enfermedades suelen manifestarse atípicas, lo que es más evidente en el periodo de 75-80 años.³

Se da una disminución de agua corporal total, lo que hace disminuir el volumen de distribución de fármacos hidrosolubles. Por otra parte, hay un aumento de grasa corporal que incrementa el volumen de distribución de fármacos liposolubles.

Los pacientes geriátricos tienen dificultad para regular su temperatura, por lo que deberemos cubrirlos con mantas. Hay que moverlos lentamente y evitar hipotensión ortostática, tener almohadas y cobijas. Los lentes y prótesis auriculares, así como las dentaduras postizas, deberán ser removidos.

3. Antecedentes heredofamiliares

Hay que realizar un interrogatorio sistemático que abarque en línea directa abuelos, tíos abuelos, padres, tíos, hermanos. Se debe interrogar intencionadamente sobre antecedentes familiares de enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, cáncer, psiquiátricas, luéticas, fímicas, además de obesidad.

4. Antecedentes personales no patológicos

1. Se interrogará acerca de hábitos y costumbres

a) *Tabaquismo*: si es positivo, interrogar sobre edad de inicio y su consumo en cantidad, tipo (cigarrillo, pipa, tabaco masticado, puro) y marca.

La nicotina es uno de sus principales contenidos; produce vasoconstricción, taquicardia, elevación de la presión arterial. Su vida media es de 2 horas. 80-90% se metaboliza en hígado, riñón y pulmón, y su metabolización se completa en 24 horas.

En caso de ser positivo hay que suspender el consumo dos semanas antes de la intervención quirúrgica. Los adictos presentan síntomas de privación constituidos por insomnio, irritabilidad, ansiedad, aumento del apetito, falta de concentración; el pico se presenta de uno a dos días después y subside en tres a cuatro semanas después de dejarlo, por lo que se indica que al menos disminuyan en cantidad el consumo. Asimismo, se considera un factor de riesgo de aterosclerosis ocluyente y tromboangitis ocluyente, y se asocia con enfermedad cardiovascular, cáncer y enfermedad pulmonar obstructiva.

En los pacientes en que se sospechen alteraciones pulmonares se requerirá una exploración neumológica completa, radiografía de tórax, PFR; de ser necesario deberán administrarse aerosoles, mucolíticos o broncodilatadores; si cursa con un proceso agudo, éste deberá ser resuelto antes de la cirugía.⁵

El consumo de tabaco tiene un efecto negativo en colgajos, pues interfiere con la oxigenación y circulación tisular.^{5,6,7}

En nuestra experiencia, los fumadores crónicos de más de 15 cigarrillos diarios no suspenden el consumo, pero sí lo disminuyen en un buen porcentaje a 5-7 cigarrillos diarios, aproximadamente; en estos pacientes se han logrado buenos resultados incluso en colgajos.

b) *Alcohol*: de ser positivo hay que interrogar acerca de edad de inicio, consumo semanal, tipo de bebida alcohólica (vino, cerveza, brandy, ron, etc.) y marca. Recordar que cada tipo y marca pueden variar su concentración de alcohol; también es importante conocer si se toma sola o acompañada de soda, refresco de cola, jugos, etc. El alcohol tiene una acción sedante y estimuladora de la actividad enzimática, lo que obliga a una mayor dosis de anestésicos. En dependientes presenta cuadros de privación caracterizados por temblores, delirios y convulsiones.

Cuando sea positivo deberá suspenderse 48 horas antes de la intervención quirúrgica; si el paciente es catalogado como alcohólico deberá evaluarse su riesgo-beneficio en cuanto a tiempo se refiere, y deberá acudir en busca de la ayuda de especialistas que traten su desintoxicación, pues puede presentar síndrome de abstinencia ante una suspensión abrupta.^{5,6}

c) *Excitantes y calmantes*: café, té, infusiones diversas, anfetaminas, drogas sintéticas.

En el caso del café, si es positivo deberemos interrogar acerca de su cantidad, frecuencia y tipo (marca). Se conocen los efectos de la cafeína: palpitaciones, arritmias, angina de pecho.

Las infusiones y tés de diferentes hierbas requieren atención especial.^{5, 6} Debemos tratar de erradicar el falso concepto popular de que todo lo natural es seguro. Muchas de estas hierbas pueden desencadenar alteraciones hematológicas, cardíacas, alérgicas, problemas en la anestesia y en trans y postquirúrgico, por lo que se recomienda su suspensión de dos a tres semanas antes de la cirugía. Entre las infusiones más conocidas se encuentran: gengibre, Ginkgo biloba, ginseng y alfalfa, con efectos anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios.^{8, 9}

En pacientes que presenten estados de hiperexcitabilidad se recomienda descanso previo, uso de diazepam, lorazepam o algún sedante antes de la cirugía.⁵

En pacientes adictos a los barbitúricos o a los narcóticos se deberá evitar el síndrome de abstinencia con medicación previa; estos pacientes requieren mayores dosis de anestésicos.

d) *Dieta, vitamínicos, complementos alimenticios.* Los vitamínicos que contienen vitamina E son inhibidores de la agregación plaquetaria y la adhesión e interfieren con los dependientes de la vitamina K. La deficiencia de vitamina C da como resultado escorbuto y se caracteriza por modificaciones en el colágeno y capilares, y causa retraso en cicatrización y hemorragias. En general, la deficiencia de vitaminas A, C y K altera la cicatrización normal de las heridas.⁶ La deficiencia de zinc afecta la síntesis de proteínas y la migración celular. Se ha referido que los vegetarianos experimentan retraso en la cicatrización.

Los aceites de pescado (ácidos grasos 3 omega) tienen efecto antiplaquetario con la síntesis de prostaglandinas, vasodilatación, reducción de plaquetas y de adhesividad, y prolongan el tiempo de sangrado. La cebolla tiene un efecto antiplaquetario, la papaya produce riesgo de sangrado, la lechuga y la zanahoria tienen efectos anticoagulantes.^{8, 9}

En alcohólicos y vagabundos, la falta de aporte proteico da como resultado úlceras por edema cutáneo posthipoproteico.⁶

5. Antecedentes personales patológicos

Se hace hincapié en procesos alérgicos desencadenados por alimentos, drogas, antisépticos, esparadrapos, látex, adhesivos, aspirina, narcóticos, antibióticos y agentes anestésicos. Las reacciones alérgicas a anestésicos locales son raras y se trata muchas veces de una sensibilidad a los conservadores paraben

que contienen esos compuestos, como metil o propilparaben. Los antibióticos tópicos pueden causar sensibilización.

Pacientes hipertensos o con alteraciones cardíacas: no hay que suspender la medicación; deberá tomarse la presión arterial antes del procedimiento; hay que recordar que el nerviosismo produce una elevación de la tensión arterial; conocer el tipo de medicamento empleado; recordar que los inhibidores de la ECA y algunos diuréticos tienen una vida larga con una prolongada actividad.

El uso de adrenalina en anestésicos locales puede despertar preocupaciones debido a sus efectos vasoconstrictores y cardioestimulantes.

En pacientes geriátricos se deberá evaluar: necesidad de la cirugía; revascularización en los últimos cinco años; y evaluación coronaria reciente.⁵ En estos pacientes se considera que el uso de betabloqueadores puede prevenir infartos e isquemias postoperatorias.

Se catalogan como de alto riesgo pacientes con angina inestable, falla cardíaca crónica descompensada, arritmias ventriculares sintomáticas, y esto es igual a no cirugía.⁵ Los procedimientos dermatológicos son en general considerados de bajo riesgo cardíaco.

El propanolol y la epinefrina pueden causar hipertermia maligna y bradicardia refleja. A pacientes con vasodilatadores coronarios hay que monitorearlos con electrocardiograma continuo y pulsioxímetro. Administrar oxígeno puro con mascarilla, ya que mejora la saturación sanguínea de oxígeno, por lo que da una mejor oxigenación miocárdica. Los pacientes infartados no deberán recibir anestesia general hasta por lo menos seis meses después.

En los pacientes que reciben antiarrítmicos como la digital hay que continuar su tratamiento, y en la cirugía controlar electrocardiograma y mantener dosificación sanguínea de valores de digital.

Deberán aprovecharse las ventajas de la lidocaína frente a la mepivacaína por su poder antiarrítmico.

Los sujetos con cardiopatía valvular o con prótesis valvulares tienen un riesgo mayor de endocarditis, y aunque se describe como bajo en cirugía dermatológica, se recomienda el uso de cefalosporinas de primera generación o doxiciclina como profilaxis.⁵ También se ha recomendado el uso de 3 g de amoxicilina una hora antes de la cirugía o 1,5 g de eritromicina y continuar con 500 mg c/6-8 horas como profilaxis; asimismo, hay que valorar el tratamiento anticoagulante que están utilizando. Es obligatoria la profilaxis cuando existen manipulaciones anticipadas de abscesos o regiones infectadas.

Los pacientes con marcapasos o desfibriladores cardiacos deberán ser interrogados acerca del modelo y marca que utilicen (www.medtronic.com),^{5, 10, 11} con la finalidad de conocer si el marcapasos puede causar interferencia con el uso de electrocauterio, ya que la corriente eléctrica de alta frecuencia o la interfase electrodo-endocardio depende de la corriente y del aparato implantado. Se sabe que la pinza bipolar no produce interferencia. Los dispositivos de coagulación por calor o los láseres de dióxido de carbono que se utilizan para hemostasia proporcionan alternativas seguras. La electrodesecación simple de lesiones pequeñas localizadas a distancia del marcapasos plantea riesgos insignificantes. Los desfibriladores pueden requerir inactivación con campos magnéticos, y es necesario notificar de antemano al cardiólogo del paciente. Las precauciones son:

1. Monitorear y mantener bien aislado eléctricamente al paciente
2. Colocar el electrodo neutro cerca del campo operatorio; el dipolo de aplicación debe ser perpendicular al eje del electrodo-generador
3. No manejar el electrodo activo a menos de 20 cm del generador y de su punta en el corazón
4. Evitar pulsos cortos con cierto ritmo que pueda confundir el circuito

Antitromboticos plaquetarios. En general hay que mantenerlos, y valorar su suspensión sólo en cirugía con especial tendencia a la hemorragia, valorando el riesgo que supone en cada caso.^{5, 12}

En pacientes en tratamiento con acenocumarol es imprescindible su paso a heparina sódica, que puede mantenerse más días si las características de la intervención lo requieren.⁵

El día de la intervención se deberá contar con las pruebas de coagulación, y no operar si existen cifras alteradas.

Diabetes. Los pacientes diabéticos pueden tener alteraciones de la cicatrización de heridas y aumento de la propensión a infecciones. Esto se hace crítico cuando los sitios a operar son áreas de microvascularización.

Los pacientes diabéticos en cirugía no complicada deberán llevar dieta y medicamentos normales. Cuando es una cirugía mayor ambulatoria en ayuno hay que valorar glucemia matutina y sueroterapia e insulina. Cuando se trate de anestesia general:

1. Pacientes en tratamiento con hipoglucemiantes orales deberán continuar igual o utilizar insulina rápida en esquema
2. En pacientes con insulina lenta pasarla a rápida con esquema

3. Cuando sea de difícil control, ingresarlo días antes; cuando el control sea mayor de 350 mg/dl se suspende de la cirugía

El esquema recomendado de insulina rápida es:

- Glucemia menor de 120 mg/dl: no administrar insulina
- Glucemia de 120-180 mg/dl: 6 U subcutánea de insulina rápida (IR)
- Glucemia de 180-220 mg/dl: 8 U sc de IR
- Glucemia de 220-300 mg/dl: 10 U sc de IR
- Glucemia de 300-350 mg/dl: 12 U sc de IR

El médico puede optar por la profilaxis pre o postquirúrgica para evitar infecciones potenciales, y usar adrenalina con precaución.

Inmunosupresores. Se incluyen corticoides y antineoplásicos; pueden obstaculizar la cicatrización de heridas.

Pacientes en tratamiento con corticoides. Pacientes en tratamiento con dosis fisiológicas por insuficiencia suprarrenal primaria o secundaria o con tratamiento supra fisiológica por más de tres semanas, necesitan un aporte esteroideo suplementario con el siguiente esquema: Hidrocortisona IM/IV:

- a) Noche previa, 100 mg
- b) Día de la cirugía, 100 mg cada 8 horas
- c) Segundo día, 75 mg cada 8 horas
- d) Tercer día, 75 mg cada 12 horas
- e) Cuarto día, dosis habitual

Obesidad. La OMS la considera una enfermedad crónica epidémica, ya que 30% de la población padece esta enfermedad nutricional, que se ve favorecida por una cultura sedentaria y una ingesta de bajo aporte nutricional. Debe tenerse especial cuidado en los periodos críticos: lactante, preescolar y adolescente. Entre los cambios fisiológicos que se producen están el aumento sanguíneo circulante y el gasto cardiaco, resistencia al paso del aire y producción de CO₂, así como disminución de distensibilidad pulmonar.

Pacientes en tratamiento neurológico o psiquiátrico. Atención a:

1. Antidepresivos tricíclicos o asociados a psicodélicos tranquilizantes: influyen en captar noradrenalina, lo que dará cambios electrocardiográficos y en la tensión arterial, por lo cual hay que suspenderlos una semana antes.
2. Inhibidores de la monoaminooxidasa: aumentan la concentración de neurotransmisores intracelulares, interactúan con antidepresivos y potencian efectos opiáceos, por lo que deberán suspenderse tres semanas antes.

Evitar la mepiridina y efedrina en anestesia. Los anti-comiciales y antiparkinsonianos deberán continuarse.

Un antecedente de crisis convulsivas debe alertar al cirujano para que evite anestésicos en dosis grandes, dada la posibilidad de precipitar crisis convulsivas. Los pacientes receptores de trasplantes de órganos o articulaciones artificiales pueden requerir profilaxis con antimicrobianos, en especial si ha transcurrido menos de un año del procedimiento.

6. Antecedentes gineco-obstétricos

Investigar la edad de menarquia, inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, fecha de última menstruación, uso de anticonceptivos, medicación actual, número de gestas, partos, abortos y cesáreas y la causa.

Embarazo. Los procedimientos no urgentes deben posponerse hasta el postparto y término de lactancia, lo que evitará cualquier efecto adverso.¹³

En este proceso fisiológico ocurren cambios importantes. Hay que recordar que se considera al embarazo un estado de inanición acelerada, la glucosa desciende de un 15-20 mg/dl, hay anemia fisiológica, hemodilución fisiológica y disminución de la concentración sérica de calcio.

Los anestésicos locales atraviesan la barrera placentaria por difusión pasiva.⁵ En general se recomienda precaución en el primer trimestre, puede producir inmadurez hepática fetal. Diversos estudios muestran que no hay evidencia de que la exposición a lidocaína, benzocaína, propoxicaína o tetracaína durante los primeros cuatro meses de embarazo produzca malformaciones.¹⁴ Otro reporte considera agentes de categoría B la etidocaína, lidocaína y prilocaína, y del grupo C la bupivacaína y mepivacaína, pues pueden producir bradicardia fetal.¹³

La epinefrina produce disminución del flujo placentario e induce labor en el tercer trimestre.

Como los anestésicos locales pueden ser excretados por la leche materna, se sugiere la utilización de sustitutos que se metabolicen más rápidamente, como alcohol bencílico al 0.9% con solución salina, que produce anestesia durante dos minutos en 85%.¹³

Cardiaco-vascular. El gasto cardiaco crece 40% por aumento de volumen de eyección. La frecuencia cardiaca aumenta diez latidos por minuto durante el tercer trimestre; en el segundo trimestre la resistencia vascular sistémica se reduce, lo que hace disminuir la tensión arterial. Se debe considerar que, en el embarazo, una TA de 140/90 mm Hg es elevada y se asocia a un aumento de la morbi-mortalidad. Puede presentarse una hipotensión sistémica por un inadecuado flujo sanguíneo uterino, y una consecuente muerte fetal por asfixia.

La posición supina en embarazadas puede llevar a una compresión aortocava o síndrome de hipotensión supina, que se manifiesta por hipotensión, taquicardia, sudoración y náusea, por lo que deberá cambiarse de posición. Al inicio del segundo trimestre, colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo previene las manifestaciones de una compresión aortocava durante la cirugía.^{15, 16} Por lo anterior es indispensable tomar la TA, lo que deberá realizarse con la paciente sentada, pues el decúbito lateral se asocia a una TA menor.

Pulmonar. Existe un incremento en el volumen y respiración por minuto en un 30-40% para incrementar los requerimientos de oxigenación fetal. Existe una reducción del CO₂ arterial y la gasometría normal en una embarazada es una alcalosis respiratoria compensada.

Renal. Aumento de la tasa de filtración glomerular y aclaración de creatinina por aumento de flujo renal. Estos cambios dan una frecuencia urinaria aumentada que se debe tomar en cuenta para la intervención quirúrgica. Las pacientes con nefropatía subyacente e hipertensión suelen empeorar su hipertensión durante el embarazo.

Gastrointestinal. La progesterona induce una relajación en el tono del esfínter gastroesofágico, incrementando el reflujo ácido, que puede mejorarse con una posición supina. La cimetidina debe usarse con precaución en las etapas de desarrollo fetal, pues cruza la barrera placentaria rápidamente, afectando las enzimas hepáticas e inhibiendo el metabolismo oxidativo.

Hematológicos. Las células sanguíneas blancas periféricas se incrementan progresivamente al final del primer trimestre: se contabilizan entre 9 mil y 10 mil cel/mm³. Durante el segundo y tercer trimestres se incrementan lentamente. El conteo plaquetario disminuye lentamente. Existe un incremento de los factores de coagulación circulantes, como algunos de producción hepática (VII, VIII, IX, X) que se pueden asociar a una enfermedad cerebrovascular. El fibrinógeno se incrementa en un 20%, con un promedio de los niveles en 400 mg durante la gestación.

Lupus. Embarazo y postparto aumentan la actividad lúpica en el lupus sistémico; en el lupus cutáneo crónico no se afecta.¹⁷

Tiroides. Aumento de la glándula.

Infecciones. Se atribuye a los elevados niveles séricos de estrógenos una acción de inmunosupresión que da como resultado que en más de 56% de las embarazadas exista vaginitis por *Candida*, y tricomonas en más de 60%.¹⁷

Anticonceptivos. Los estrógenos actúan principalmente en hueso y sistema cardiovascular.

En el sistema cardiovascular aumentan los niveles de colesterol y triglicéridos, en postmenopáusicas resulta un cardioprotector, favorecen el tromboembolismo y tromboflebitis venosa en 3-4 veces más. Retienen sodio y agua, lo que favorece la hipertensión arterial sistémica. Son procoagulantes, más en el factor VII y menos en la antitrombina III, causan acortamiento del tiempo parcial de tromoplastina y tiempo de protrombina. Producen una mayor resistencia a la acción insulínica, dando un hiperinsulinismo.

En sistema nervioso central producen alteraciones en la emotividad, sueño y depresión.

También disminuyen la absorción de calcio intestinal.

Los progestágenos aumentan la temperatura basal, tienen un efecto negativo sobre la densidad ósea, dan un mayor riesgo cardiovascular, aumentan la resistencia a la acción de insulina dando hiperinsulinismo.

Se ha reportado un efecto antiinflamatorio.

Asociación Argentina de Dermatología Pediátrica

PROGRAMA CIENTÍFICO
2005

II Reunión Científica

11 de junio

Hospital de Niños de La Plata

Coordinadores: Dra. Alicia Rositto

Dr. Luis Pedemonte

IV Congreso Argentino de Dermatología Pediátrica

1, 2, 3 de septiembre

Aula Magna – Facultad de Medicina (UBA)

Invitados especiales: Dr. William Weston (EUA)

Dr. Alain Taieb (Francia)

III Reunión Científica y Primer Encuentro de Dermatología Pediátrica del Cono Sur

8, 9, 10, 11 de diciembre

Potrero de los Funes-San Luis

Coordinadores: Dra. Cecilia Farrero

Dr. Carlos Toledo

Honduras 5770 (1414) Ciudad de Buenos Aires
Tel/fax: (011) 4899-0017 / 12:00 a 18:00 horas
asadepe@arnet.com.ar

LABORATORIOS:
Paquete 2005: \$7.000
ICN Glaxo
Schering Argentina

7. Interrogatorio por aparatos y sistemas

Es muy importante, ya que en esta parte del interrogatorio hacemos preguntas intencionadas por aparatos y sistemas, haciendo hincapié en manifestaciones propias de cada aparato y sistema, y nos refuerza y confirma lo que en su caso se nos informó en los antecedentes personales patológicos.

8. Sintomatología general y exploración física

Debe valorarse el estado de salud general. Es posible solicitar pruebas de laboratorio y estudios diagnósticos antes del procedimiento y eliminar dudas.

Es conveniente como primer paso tomar los signos vitales, el peso (muy importante en menores de edad) y la talla.

Posteriormente, evaluar la lesión o lesiones en cuestión y cualquier área relacionada. La lesión debe valorarse en cuanto a su morfología, localización, proximidad a cicatrices antiguas y relación con áreas en potencia peligrosas.⁴

Posteriormente evaluada la lesión o lesiones en cuestión se deberá realizar un examen siguiendo la metodología de inicio en cabeza, cuello, tronco, abdomen, área genital y extremidades.

9. Explicación amplia

En esta parte se deben conocer las expectativas del paciente sobre todo en cuestiones estéticas, así como identificar a aquéllos que se pueden catalogar como pacientes con alteraciones psiquiátricas y referirlos a un especialista.

Cuando se ha sobrepasado esta *prueba psicológica* se debe ofrecer una explicación amplia del diagnóstico, las posibilidades terapéuticas, los pros y los contras de cada opción, y darle la oportunidad de opinión y elección al paciente; hay que recordar que el acto médico es autónómico compartido. En esta etapa se le debe decir el costo del procedimiento, el tiempo de recuperación, las posibles secuelas y complicaciones.

Contestar todas las preguntas que sea posible y dar por escrito los preparativos previos a la cirugía. Es muy importante no sólo dar una explicación, sino corroborar que ha sido entendida correctamente.

10. Consentimiento informado

El Derecho Sanitario, por cuanto al acto médico se refiere, abarca los siguientes rubros teóricos:¹⁸

1. Legitimación del acto biomédico.
2. Autonomía del paciente.
3. El consentimiento bajo información.
4. El derecho a la disposición del cuerpo humano.
5. La investigación para la salud.
6. La asimilación tecnológica.

Legitimar se refiere al modo de hacer algo conforme a la ley. El médico se encuentra legitimado en razón de su derecho al libre ejercicio profesional. La legitimidad del actuar médico se sustenta en la libre expresión del consentimiento del paciente. Este criterio, uno de los principios básicos del modelo de autonomía combinada postulado por las corrientes bioéticas contemporáneas, ha sido recogido en diversos preceptos en las normas de derecho sanitario; en esos términos es obligatorio para el personal de salud obtener la libre aceptación (consentimiento) del paciente o su representante legal; es obligatorio obtenerlo por escrito en los siguientes casos:

1. Ingreso hospitalario.
2. Intervención quirúrgica.
3. Amputación, mutilación o extirpación orgánica.
4. Empleo de anestesia general.
5. Uso de medios invasivos.
6. Empleo de medios definitivos de planificación familiar.
7. Actos de investigación clínica en seres humanos.
8. Actos de disposición de órganos, tejidos (incluida la sangre) y cadáveres humanos.
9. En general, para actos que entrañen alto riesgo.

En los casos 4, 5 y 8 (sangre), es suficiente el simple consentimiento por escrito; en los demás casos será necesario otorgar la carta de consentimiento bajo información ante dos testigos idóneos, quienes deberán suscribirla para constancia.¹⁵

La dinámica del acto médico entraña una referencia de causalidad dinámica, concreta y permanente, en la cual la decisión del facultativo y la adopción de medios inciden en el problema de salud en términos de la correcta decisión, tomar en cuenta la historia natural de la enfermedad y el estado del arte médico, en términos de las posibilidades científicas y técnicas, que juegan un papel importante. De ahí que haya de sostenerse que no siempre, y pese a una correcta decisión del médico, existe curación.

No toda la información que puede dar un médico es

necesaria para el consentimiento informado. En términos generales su contenido debe ser:

1. Descripción de la intervención y de los objetivos que se persiguen;
2. Molestias y riesgos más importantes por su frecuencia o gravedad;
3. Beneficios esperables con su grado aproximado de probabilidad;
4. Alternativas factibles (excluyendo los tratamientos inútiles);
5. Curso espontáneo del padecimiento sin tratamiento y consecuencias de ello; opiniones y recomendaciones del médico.

REFERENCIAS

1. Archundia G. *Cirugía I. Educación quirúrgica*. 2ª edición. McGraw-Hill. México, 2001.
2. Siegfried E. *Principles of Treatment*. New York, Churchill Livingstone 1995; 165-215.
3. Alam M, Normas R, Goldberg L. *Dermatologic Surgery in Geriatric Patient: Psychosocial Considerations and Perioperative Decision-Making*. *Dermatol Surg* 2002; 28 (11) 1043-1050
4. Wheeland R. *Surgical Techniques*. Churchill-Livingstone, New York, 1995; 217-261
5. Bosch R, Herrera E. *Qué hábitos y medicamentos deben modificarse antes de la intervención*. *Piel* 2003; 18 (16): 336-340
6. Teri McGillis S, Stanton-Hicks U. *Valoración preoperatoria: preparación para cirugía*. *Clínicas Dermatológicas* 1998; 1: 1-15
7. Shiffman M. *Smokers and Cosmetic Surgery*. *Int J Cosm Surg* 2001; (3): 185-186
8. Shiffman M. *Dangers of Herbs When Performing Surgery*. *Int J Cosm Surg* 2000; 2 (2): 95-97
9. Fugh-Berman A. *Herb-drug interactions*. *Lancet* 2000; 355: 134-135
10. Le Vasseur JG, Kennard CD, Finley EM, Muse RK. *Dermatologic electrosurgery in patients with implantable cardioverter-defibrillators and pacemakers*. *Dermatol Surg* 1998; 24: 233-240
11. Sabben JE. *Electrosurgery and cardiac pacemakers*. *J Am Acad Dermatol* 1983; 9: 457-463
12. Kovitch O, Otley CC. *Perioperative management of anticoagulants and platelet inhibitors for cutaneous surgery: a survey of current practice*. *Dermatol Surg* 2002; 28:513-517
13. Richards K, Stasko T. *Dermatologic Surgery and the Pregnant Patient*. *Dermatol Surg* 2002; 28 (3):248-255.
14. Gormley DE. *Cutaneous surgery and the pregnant patient*. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23: 269-279.
15. Gianopoulos JG. *Establishing the criteria for anesthesia and other precautions for surgery during pregnancy*. *Surg Clin N Am* 1995; 75: 33-45
16. Triolo PK. *Non-obstetric surgery during pregnancy*. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1985; 14: 179-183
17. Kroumpouzos G, Cohen L. *Dermatoses of pregnancy*. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45 (1): 1-19
18. Casamadrid O. *La Atención Médica y el Derecho Sanitario*. México, JGH Editores, 1999; p. 1-3