



EN CAS DE PRECISAR CIRURGIA

COM ORGANITZEM UNA ACCIÓ QUIRÚRGICA?

Distingirem dues possibles situacions:

1. Una cirurgia programada i prevista
2. Una cirurgia d'urgència

I. QUIN ÉS EL PLA EN UNA CIRURGIA PROGRAMADA?

Per tal de poder garantir el millor control metabòlic possible, és aconsellable procedir a l'ingrés hospitalari del nen, a les 24 hores prèvies.

També aquí, ens podem trobar amb dues situacions:

- CIRURGIA MENOR

Procurar que l'infant sigui el primer en l'ordre de programació de quiròfan. Caldrà informar i coordinar amb el responsable d'anestèsia.



- a) **Pacient ben compensat:** segons els valors de HbA1c: dejuni d'unes 12 hores, segons l'edat.
 - a.1 No posar la dosi d'insulina retardada o lenta, abans del sopar anterior. Es mantenen les dosis habituals o necessàries d'insulina ultraràpida o ràpida.
 - a.2 Determinar la glucèmia capil·lar abans i en finalitzar la intervenció i després cada 4 hores.
 - a.3 Quan el nen surt de quiròfan i toleri líquids per via oral, s'inicia la pauta alimentària habitual. La dosi d'insulina retardada o lenta del matí, s'administrarà al migdia, i serà la meitat de la dosi matutina habitual. Es podrà modificar, segons el resultat de la glucèmia en aquell moment.
 - a.4 Abans de sopar, es farà ja el tractament habitual.
 - a.5 Si hi ha vòmits, es posarà en marxa la pauta de tractament i controls cada 6 hores.
- b) **Pacient amb un control metabòlic irregular:** segons els valors de HbA1c. En dejú de 12 hores, depenent de l'edat.
 - b.1 A la nit anterior a la intervenció quirúrgica, posar les dosis habituals d'insulina.
 - b.2 Al matí, col·locar una perfusió de sèrum glucosali, amb 10 mEq / l de clorur potàssic, a un ritme de manteniment, al qual s'afegiran les pèrdues previstes.
 - b.3 Injectar per via subcutània la meitat de la dosi d'insulina retardada o lenta del matí.
 - b.4 Controlar la glucèmia abans i després de la intervenció i posteriorment cada 6 hores.
 - b.5 Un cop recuperat el nen de l'anestèsia i tolerant bé per boca, és suspèn la perfusió, es comença amb una dosi d'insulina ultraràpida o ràpida de 0,25 U/Kg/6h. Aquestes dosis es canviaran, segons el valor de la glucèmia capil·lar, d'acord amb la pauta de pacient descompensat.
 - b.6 Es continua posteriorment amb el sistema habitual de tractament.
- c) **Pacient amb un control metabòlic defectuós:** segons els valors de HbA1c, en dejú de 12 hores, depenent de l'edat.



- c.1 Abans del sopar de la nit anterior, posar la dosi habitual d'insulina retardada o lenta i associar el suplement d'ultraràpida o ràpida corresponent.
- c.2 Abans de l'operació, iniciar una perfusió de sèrum glucosali, amb 10 mEq / l de clorur potàssic, a un ritme de manteniment més les pèrdues.
- c.3 Afegir a l'ampolla de perfusió, 1 unitat d'insulina ràpida per cada 3 grams de glucosa.
- C.4 Controlar la glucèmia abans de la intervenció, cada hora durant la mateixa, en finalitzar i posteriorment cada 6 hores.
- C.5 Un cop recuperat el nen de l'anestèsia i tolerant bé per boca, és suspèn la perfusió, es continua amb una dosi d'insulina ultraràpida o ràpida de 0,25 U/Kg/6h.
Aquestes dosis es canviaran, segons el valor de la glucèmia capil·lar, d'acord amb la pauta del pacient diabètic descompensat.
- c.6 Es continua posteriorment amb el sistema habitual de tractament.

- CIRURGIA MAJOR

- 1. A la nit anterior, posar la dosi habitual d'insulina retardada o lenta, suplementada amb ultraràpida o ràpida, per millorar el control metabòlic.
- 2. Al matí de l'operació, col·locar una perfusió de sèrum glucosali, més 10mEq / l de clorur potàssic, a un ritme de manteniment, més les pèrdues previstes.
- 3. Preparar en una xeringa de perfusió contínua, una solució d'insulina ràpida amb sèrum fisiològic, a la concentració de 0'5 unitats / ml.
- 4. Perfundir a un ritme de 0'6 unitats / hora abans de l'inici de l'acte quirúrgic.
- 5. Controlar la glucèmia capil·lar, abans de la intervenció, cada hora durant la mateixa, en finalitzar i posteriorment cada dues hores.
- 6. Canviar el ritme de la perfusió d'insulina a fi de poder mantenir unes glucèmies entre 120-150 mg / dl (6,66-8'3 mmol / l)
- 7. Quan el nen es recuperi de l'anestèsia, es retira la bomba de perfusió contínua d'insulina i s'injecten 0'25 u/Kg/6h d'insulina ràpida subcutània. Si la tolerància és bona es retira la perfusió del sèrum glucosali. Se segueix la pauta habitual de pacient en recuperació d'intervenció quirúrgica.
- 8. Quan es toleren els aliments sòlids, seguir la pauta habitual.

Treball elaborat el Juliol del 2008

Dr. C. Pavia Sesma

Servei d'Endocrinologia de l'Hospital de Nens de Barcelona

Sra. Sonia Lopez

Infermera. Educadora diabetològica

Servei d'Endocrinologia de l'Hospital de Nens de Barcelona