

# Metas de resucitación en el postoperatorio

Miguel Jorge

Ex. Jefe de Terapia Intensiva del Hospital de Clínicas

Con referencia a la editorial<sup>1</sup> sobre el trabajo publicado en vuestra revista,<sup>2</sup> nos vemos en la necesidad de aclarar algunos temas. La misma ha centrado el análisis sobre la base de considerar, erróneamente, que “requerimiento hidrosalino” es equivalente a “resucitación postoperatoria”. Se compara nuestro estudio, realizado en cirugía de bajo riesgo, con trabajos que tienen como objetivo la resucitación precoz en pacientes de alto riesgo: Rivers (sepsis severa /shock séptico); Shoemaker (cirugía de alto riesgo) y Kern ( metaanálisis en pacientes de alto riesgo). Este último estudio, vale recordar, expresa que la optimización hemodinámica no es efectiva en pacientes menos comprometidos. La editorial expresa: “... la recomendación para la utilización de una nueva estrategia requiere que ésta haya demostrado ser mejor que la práctica habitual.” (?), párrafo que se contradice con el título: “...un problema no resuelto”. Nuestro objetivo fue determinar la magnitud de las pérdidas insensibles de agua y el balance salino para que anestesiólogos, cirujanos y terapeutas puedan evaluar los requerimientos sobre la base de datos ciertos y modularlos de acuerdo a las características individuales de cada paciente y tipo de cirugía. Es por ello que seleccionamos una población de bajo riesgo y cirugía de mediana complejidad, que permiten analizar las alteraciones propias del trauma quirúrgico y anestesia general sin las interurrencias de los pacientes críticos. Se compararon dos planes postoperatorios (restricción vs. sobrecarga hidrosalina) examinando la respuesta metabólica a estas condiciones de hidratación contrapuestas y no con el objetivo de analizar la morbilidad, que resultaría imposible por el número de pacientes en estudio y el bajo riesgo de complicaciones esperables en relación al tipo de cirugía considerado (no se presentó complicación alguna).

Hay otros dos conceptos, ajenos a nuestro trabajo, pero que comenta la editorial con cierta superficialidad: la hipovolemia

y la deuda de oxígeno. El término hipovolemia, desafortunadamente se asocia casi exclusivamente a un déficit hidrosalino real y ha sido olvidada la “hipovolemia arterial efectiva”, término acuñado por Peters hace más de cincuenta años, que excede holgadamente lo antedicho. También se ha olvidado el concepto de “antidiuresis” que independiza el dato cuantitativo del volumen urinario. En ambas situaciones, el estado fisiopatológico del paciente tiende a la retención hidrosalina, la cual persiste mientras se mantengan las condiciones que las generan. La cirugía es causa conocida de antidiuresis perioperatoria desde hace más de 40 años, no obstante, esta situación no es tenida en cuenta y con frecuencia obtener una “buena diuresis” se constituye en un objetivo incorrecto cuando se la quiere promover a través del aporte hidrosalino en pacientes normo o sobrehidratados. La editorial relaciona el concepto “deuda de oxígeno” con el “alto estrés metabólico del período intraoperatorio”, lo cual en cirugía de bajo riesgo, sin compromiso hemodinámico (como nuestro grupo), resulta sorprendente.

La editorial coincide con una importante revisión bibliográfica<sup>3</sup> cuando recomienda realizar ensayos clínicos controlados donde los pacientes sean analizados en términos de resultados. Claramente ese no fue nuestro objetivo; pero recientemente Brandstrup y col.<sup>4</sup> publicaron un estudio multicéntrico comparativo entre restricción de fluidos vs. la “práctica habitual” en las complicaciones postoperatorias y sobrevida de pacientes sometidos a cirugía mayor, con resultados significativamente favorables a la restricción hidrosalina. Bien analizado por la editorial, creemos que éste es el camino para ir acercando la fisiopatología con la terapéutica y reemplazar paradigmas que siempre resultaron caros a la evolución del conocimiento médico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pozo M, Murias G. Metas de resucitación en el postoperatorio: un problema no resuelto. *Medicina Intensiva* 2003; 20: 40-1.
2. Jorge MA, Basaluzzo JM, López Gastón OD, Danguis E, Ferraini P, Osatnik J y col. Modificaciones metabólicas y requerimientos hidroelectrolíticos perioperatorios. *Medicina Intensiva* 2003; 20: 42-51.

3. Holte K, Sharrock NE, Kehlet H. Pathophysiology and clinical implications of perioperative fluid excess. *Br J Anaesth* 2002; 89: 622-32
4. Brandstrup B, Tønnesen H, Beier-Holgersen R, et al. Effects of intravenous fluid restriction on postoperative complications. Comparison of two perioperative fluid regimens: a randomized assessor-blinded multicenter trial. *Ann Surg* 2003; 238 (5): 641-8