

Alimentación oral temprana en el post operatorio inmediato de pacientes con cirugía abdominal ginecobstétrica

Early oral feeding in the postoperative management of patients after gynecobstetric surgery

Enrique O. Samayoa y*, Angel López Pineda†

RESUMEN. OBJETIVO. Analizar los resultados de la alimentación oral temprana en pacientes sometidas a cirugía ginecostétrica tras 10 años de observación. **MÉTODOS.** Estudio retrospectivo en el que se analiza la evolución clínica, tolerancia y complicaciones, estadía hospitalaria de 94 pacientes sometidas a cirugía ginecostétrica quienes fueron alimentadas en las primeras ocho horas del postoperatorio. **RESULTADOS.** De 1991 al 2001 se efectuaron 142 cirugías ginecoobstetricas a 94 pacientes. No hubo distensión o íleo paralítico que ameritase succión nasogástrica u otras complicaciones en el postoperatorio de las pacientes y todas fueron dadas de alta en un período no mayor de 72 horas. **CONCLUSIONES.** Se reporta la experiencia personal de 20 años en la práctica de la alimentación oral temprana en el postoperatorio inmediato en pacientes con cirugía abdominal ginecobstétrica, y se confirma la ausencia de complicaciones postoperatorias y alta temprana.

Palabras clave: Alimentación oral temprana. Cesárea. Cirugía ginecobstetrica. Histerectomía.

ABSTRACT. OBJECTIVE. To analyze the results of early oral feeding in the postoperative management of patients following gynecobstetric surgery after twenty years of experience. **METHODS.** Retrospective study that analyzes the clinical evolution, tolerance, complications and intrahospitalary stay of 94 patients after early oral feeding following ginecostetric surgery. **RESULTS.** From 1991 to 2001 there were 142 ginecostetric surgeries in 94 patients. There was not distention or paralytic ileo that needed nasogastric suction or any other complication in the immediate postoperative period. The patients were discharged in a period no longer than 72 hours.

Keywords: Abdominal surgery. Hysterectomy. Oral feeding

INTRODUCCIÓN

Para los autores ha sido una práctica de rutina desde hace casi 20 años ordenar dieta oral en el postoperatorio inmediato en las pacientes con cirugía abdominal

* Médico Gineco-obstetra, Clínicas Médicas, Col. San Carlos, Tegucigalpa Honduras.

† Médico Gineco-obstetra de la Unidad Materno Infantil del Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

Dirigir correspondencia a: Dr. Enrique Samayoa. Correo electrónico: esamayoa@multivisionhn.net

Ginecoobstetrica, iniciándose entre las 8 a 16 horas del período postquirúrgico, sin haber experimentado las temidas complicaciones de distensiones intestinales que obligan al uso de las sondas nasogástricas. En vista de publicaciones recientes que abordan este tema, hemos creído oportuno contribuir informando sobre nuestra casuística para enriquecer las experiencias en este campo, estimulados con afirmaciones como las de Weistein y col.¹ que en 1993 desecha la clásica enseñanza de que estos pacientes postoperados deben tener dieta oral hasta que se detecten signos de motilidad intestinal. En 1996 Jeffery y col.² escriben afirmando que la dieta líquida ya no es una necesidad en el manejo rutinario de los pacientes quirúrgicos. También en el 96 Soriano y col.³ dice que la dieta oral temprana después de las cesáreas fue bien tolerada y se asocia a un rápido retorno a la dieta normal y a un egreso mas temprano del hospital. Varios estudiosos del tema^{4-6,8} establecen que la alimentación postoperatoria temprana en pacientes sujetos a cirugía ginecológica abdominal es segura y bien tolerada.

La prolongada estadía hospitalaria después de procedimientos quirúrgicos abdominales ginecoobstétricos ha sido revisada por muchos investigadores, habiéndose encontrado que una de las causas ha sido la tardanza en hacer que los pacientes tengan alimentación oral. Como se hace constar en muchos trabajos publicados al respecto, esta conducta de la dieta corriente en el postoperatorio inmediato no ha tenido una base clara de sustentación científica y mas se ha hecho con relaciones anecdóticas^{6,9,10} Lo anterior da lugar a presentar una evidencia mas en este campo para que sin temor se use la metodología de alimentación oral temprana en el postoperatorio inmediato en esta clase de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de 94 expedientes clínicos en los cuales se evaluaron 142 procedimientos gineco-obstétricos abdominales practicados en 94 pacientes, en el período comprendido de 1991 al 2001, en el hospital privado La Policlínica de Tegucigalpa, Honduras; habiéndose cumplido con todas las normas establecidas para la atención de las pacientes.

Las indicaciones pre-operatorias fundamentales a que fueron sometidas a su ingreso al hospital fueron:

1.-Ayuno de por lo menos 8 horas. 2.-Aplicación de un enema tipo fleet. 3.-Pruebas laboratoriales incluyendo tipeaje y prueba cruzada de sangre. 4.-Preparación del área quirúrgica. Lo anterior se cumplió también en los casos de procedimientos quirúrgicos de emergencia, sobre todo en las cesáreas que habían sido sometidas a trabajo de parto.

Las indicaciones postoperatorias de rutina incluyeron entre otras: 1.- Dieta oral líquida o la que tolere a las 8 horas. 2.- Dieta corriente oral al día siguiente de la intervención quirúrgica (promedio de 14 horas). 3.- Deambulacion cuando la paciente lo solicite o al cumplirse 12 horas del procedimiento. 4.- Agarol de la Warner- Chilcott: aceite mineral 28.8%, Fenoflamina 1.3%, Glicerina 4.1%) 10 ml. iniciarlo a las 21 horas del primer día postoperatorio y todas las noches subsiguientes hasta que haya evacuación intestinal, lo que por lo general se logra dentro de las primeras 48 horas.

En casi el 100% de los procedimientos se usó la incisión de Phannestield y raramente la de Charnier en casos de obesidad, haciéndose entonces desinserción púbrica de los músculos recto- abdominales. En todas las cesáreas se usó anestesia epidural y en los demás se utilizó la anestesia general.

RESULTADOS

De 1991 al 2001 se siguieron 94 pacientes que fueron sometidas a procedimientos quirúrgicos gineco-obstétricos. El cuadro No. 1 demuestra que la cirugía mas frecuente fue la cesárea, realizada a 101 (71.1%) pacientes, seguida de histerectomía con salpingoforectomía abdo-

Cuadro No. 1. Procedimientos Quirúrgicos

Nombre	Número	Porcentaje
Cesáreas	101	71.1
Histerectomías		
Abdominales con o sin salpingooforectomía	36	25.4
Cistectomías ováricas	3	2.1
Laparotomía exploradora	1	0.7
Uretropexia tipo Bursh	1	0.7
Total casos	142	100

Cuadro No. 2. Edades de las pacientes que se sometieron a cesáreas

Años	Número	Porcentajes
< 19	2	1.9
19 a 25	36	35.7
26 a 30	41	40.5
31 a 36	18	17.9
> 36	4	3.9
Total	101	100

Cuadro No. 3. Edades de las pacientes que se sometieron a histerectomía abdominal

Años	Número	Porcentaje
36 a 40	4	11.0
41 a 55	5	14.0
46 a 50	16	44.0
51 a 55	7	20.0
56 a 70	4	11.0
Total	36	100

Cuadro No. 4. Indicación de 101 cesáreas

Diagnóstico pre operatorio	Número	Porcentaje
Desproporción céfalo pélvica	28	27.7
Desproporción feto pélvica	5	4.9
Occípito púbica	6	5.9
Pélvico en primigesta	2	1.9
Gemelar	2	1.9
Toxemia	8	7.9
Sufrimiento fetal agudo	4	3.9
Retardo del crecimiento intrauterino	2	1.9
Ruptura prematura de membranas	3	2.9
Trombocitopenia	2	1.9
Primigesta añosa	1	0.9
Cesaria repetida	39	38.6
Total	101	100

minal en 36 (25.4%). El grupo de edad que con mayor frecuencia fue sometido a cesárea fueron pacientes entre 26 y 30 años 41 (40.6%). Como es de esperarse las que se sometieron a histerectomía eran mayores en donde el grupo de edad mas frecuente fue de 46 a 50 años (cuadros 2 y 3).

Cuadro No. 5. Indicaciones de las histerectomías abdominales con o sin salpingooforectomía bilateral

Diagnóstico	Número	Porcentaje
Miomatosis	25	69
Sangrado uterino disfuncional	4	11
Sangrado post menopáusico	4	11
Quiste seroso de ovario	2	6
Carcinoma endocervix	1	3
Total	36	100

En el cuadro No. 4 se presentan las indicaciones de cesárea siendo más frecuente la desproporción céfalo pélvica en 28 (27,7%). Las indicaciones de las histerectomías con o sin salpingooforectomía fue la miomatosis uterina con 25 casos (69%).

En el post-operatorio de las 94 pacientes, de 142 procedimientos no se encontró evidencia de infección haciendo la salvedad que en las obesas o en las que se estimó pérdida de sangre de mas de lo usual, se usó antibióticos.

No hubo distensiones o ilio paralítico que ameritasen succión nasogástrica. Todas las pacientes fueron dadas de alta en un período no mayor de 72 horas.

DISCUSIÓN

Desde el inicio de nuestra experiencia quirúrgica como Gineco-obstetra nos inquietó el porqué las pacientes sometidas a una cesárea tenían que sufrir severas restricciones dietéticas en el post operatorio y no así las que habían tenido un parto normal, sobre todo si la cesárea estaba exenta de complicaciones durante el acto quirúrgico. Esta observación nos la afirmó un eminente maestro de la Universidad de Tuft en Boston, el Dr. William Lynch durante nuestra residencia en 1965. Poco a poco la fuimos poniendo en práctica y la extendimos a toda cirugía abdominal ginecobstétrica aún en casos de Werthein no incluidos en esta presentación y que ha sido reportada como cirugía oncoginecológica en la que se ha usado la dieta libre en el postoperatorio inmediato.⁶⁻⁹

Los principios básicos de los cambios gastrointestinales durante la gestación¹²⁻¹⁴ nos recuerdan la hipomotilidad, que poco a poco se instala en las últimas semanas del embarazo y que se mantiene o se incrementa en el período del postparto, que de no tomarlo en cuenta da lugar a los procesos de estreñimiento que nuestras abuelas trataban con los famosos “siete purgantes” y que de no mejorarlos son causantes de dehiscencias de episiotomías al expulsar materias fecales endurecidas. De allí también la importancia que debe darse en el prenatal a los hábitos intestinales y la necesidad de indicar una limpieza de los mismos, con un enema fleet, durante el trabajo de parto o en las horas previas a un cesárea, lo que es un imperativo en otra clase de cirugía abdominal para tener un campo preparado en caso de accidentes intestinales, también para evitar incomodidades en el post operatorio inmediato, teniendo así mas seguridad en la administración de una dieta libre o corriente,^{1,2,4,5,8-10} lo que evita la hiperactividad gástrica del ayuno prolongado, que no raras veces es causa de dolores epigástricos, obligando al uso de medicamentos innecesarios.

El uso de la alimentación oral temprana en el postoperatorio inmediato de pacientes sometidas a cirugías abdominales ginecoobstétricas esta siendo muy aceptada por muchos, incluyéndose en la cirugía oncológica.^{4-7,13,16} También se ha considerado que esta modalidad de atención ha caído en el campo de lo anecdótico^{6,9,10} pero no está huérfana de sustentación científica ya que en lo obstétrico hay bases establecidas para considerar necesaria una estimulación intestinal por los cambios gastrointestinales ya reportados.^{12,14,15}

Las 94 pacientes informadas dieron lugar a 142 intervenciones, porque en algunas se hizo mas de una intervención como es el caso de las cesarias repetidas. Es mas que evidente que la presentación de una temprana actividad intestinal en períodos de menos de 48 horas es un elemento fundamental para decidir un egreso hospitalario temprano.

La ausencia de complicaciones, sobre todo gastro intestinales, en la casuística presentada, induce a considerar muy necesaria el uso de la alimentación oral temprana en el postoperatorio inmediato de este tipo de pacientes.

REFERENCIAS

1. Weinstein LD, Dyne PL, Duebeck NB, The DPROET Diet.- A new operative regime for oral early feeding. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168(1P+1):128-31.
2. Jeffery KM, Harkins B, Creser GA, Marindale RG. The clear liquid diet is no longer a necessity in the routine post operative management of surgical patients. *Am Surg* 1996;62 (3):167-70.
3. Soriano D, Outlizke M, Keidar N, Barkai G, Mashiach S, Seidman DS. Early feeding after caesarian delivery. *Obstet. Gynecol.*1996;87 (6) :1006-8.
4. Raff G, Stetman FB, Seelon GD. Prospective trial of early post operative oral intake following major abdominal gynecological surgery. *Gynecol Oncol* 67;(3): 235-40.
5. Pearl ML, Volea FA, Fisher, Mahler A, Chalas E. Randomized control trial of early feeding in gynecology patients undergoing intra abdominal surgery, *Obst Gynecol* 1998;92 (1):94-7.
6. Fanning J, Yu-Brake S. Prospective trial of aggressive post operative bowl stimulation following radical hysterectomy. *Gynecol Oncol* 1999;73 (3): 412-4.
7. Kraus F, Fanning J Prospective trial of early feeding and bowl stimulation after radical hysterectomy *Am J Obstet Gynec* 2000;182 (5):996-8.
8. Johnson C, Ramirez J, Drake J, The traditional of withholding of post operative enteral feeding until the spontaneous resolution of ileus. *Obstet Gyknecol Surv* 2000;55(9):571-3.
9. Mac-Millan SL, Kammer-Doak K, Rogers RG, Parker KM. Early feeding incidence of gastrointestinal symptoms after major gynecologic surgery. *Obstet Gynecol* 2000;96(4): 604-8.
10. Fanning J, Andrews S. Early feeding after major gynecologic surgery: Evidence based scientific medicine. *Am J Obste Gynecol* 2000;185 (1): 1-4.
11. Neumagert LA, Smout RJ, Horn SD. *J Surg Res* 2000;95 (1) :73-7.
12. Williams J, Hellman L, Pritchard JA. *Obstetrics* 20th Ed. Appleton Century-Crofts, Educational Division. Meredith Corporation 1998, Pág. 197.
13. Patolia DS, Hilliard RL, Toy EC, Baker B. Early feeding after caesarian randomized trial. *Obstet Gynecol* 2000; 98(9): 113-6.
14. Schwarcz RL, Duverges CA, Días AG. Fescina RFA. *Obstetricia*, 5a edición. Buenos Aires: El Ateneo1995;pag.58.
15. Mac Millan SLM, Kamera/doa RD, Rogers RG, Parker KM. Early feeding and the incidence of gastrointestinal symptoms after major gynecological surgery. *Obstet Gynecol* 2002; 96 (4): 604-8.
16. Pearl ML, Frandina M, Mahler L, Disilvestro PA, Chalas E.A randomized controlled trial of a regular diet as the first meal in gynecologic oncology patients un dergoing intrabdominal surgery. *Obstet and Gynecol* 2002;100(2):230-4.