



Inicio de la vía oral en el período posoperatorio de la cirugía gastrointestinal: preferencias del paciente

Start of the oral route in the postoperative period of gastrointestinal surgery: Patient preferences

Início da via oral no pós-operatório de cirurgia gastrointestinal: preferências do paciente

Ángela Navas^{1*}, Luisa González², Daniel González³, Arnold Barrios⁴, Fredy Mendivelso⁵

Recibido: 3 de noviembre de 2021. Aceptado para publicación: 15 de febrero de 2022.

Publicado en línea: 15 de febrero de 2022.

<https://doi.org/10.35454/rncm.v5n1.340>

Resumen

Introducción: el inicio temprano de la vía oral en el período posoperatorio de la cirugía gastrointestinal ha demostrado ser factible y benéfico; sin embargo, los pacientes siguen teniendo ayunos prolongados. El objetivo de este estudio fue conocer las preferencias alimentarias de los pacientes en el período posoperatorio inmediato de la cirugía gastrointestinal, además de evaluar lo que ocurre en la práctica clínica con el inicio de la vía oral después de una cirugía gastrointestinal.

Métodos: estudio observacional prospectivo. Se aplicó una encuesta en las primeras horas luego del procedimiento quirúrgico abdominal y se indagó sobre el momento en que, según la percepción de los pacientes, se debe iniciar la vía oral después de la cirugía, con qué tipo de alimentos y cuáles alimentos considerarían benéficos o perjudiciales para su recuperación.

Resultados: se aplicó el cuestionario a 189 pacientes, con edad promedio de 55 años (19-95). El 66,1 % de los pacientes consideró iniciar la tolerancia a la vía oral con dieta líquida y 69,7 % reconoció que la progresión a dieta sólida podía hacerse en las primeras 48 horas. En el 98,1 % (n = 105) de los pacientes llevados a colecistectomía laparoscópica, y en el 71,9 % (n = 59) de otras cirugías, se inició la tolerancia a la dieta en las primeras 24 horas y en las

Summary

Introduction: Early oral feeding in the postoperative period (POP) of major gastrointestinal (GI) surgery has been shown to be feasible and useful. However, patients are still subjected to prolonged fasting after surgery. The objective of this study was to learn about patient feeding preferences in the gastrointestinal surgery POP and to evaluate what is happening in surgical practice with POP diet.

Methods: Prospective observational study. A questionnaire was applied during the first POP hours in gastrointestinal surgery patients asking about the moment they considered they could start oral feeding after surgery, the type of food they would prefer, and the components of diet they would consider good or bad for their recovery.

Results: A questionnaire was applied in 189 surgical patients, mean age was 55 years (19-95), 46.5% were women and 56.6% underwent cholecystectomy. A liquid diet was the choice for initiating food intake postoperatively in 66.1%, and 69.7% of patients considered progression to solid diet in the first 48 hours POP. Food intake was started within the first 24 hours in 98.1% (n = 105) of patients with cholecystectomy and 71.9% (n = 59) of patients with other types of surgeries, and 100%

Resumo

Introdução: o início precoce da via oral no pós-operatório de cirurgia gastrointestinal tem demonstrado ser viável e benéfico. No entanto, os pacientes continuam tendo jejuns prolongados. O objetivo deste estudo foi conhecer as preferências alimentares dos pacientes no período pós-operatório imediato de cirurgia gastrointestinal, além de avaliar o que acontece na prática clínica com o início da via oral após uma cirurgia gastrointestinal.

Métodos: estudo observacional prospectivo. Foi aplicado um questionário nas primeiras horas após o procedimento cirúrgico abdominal, e indagou-se sobre o momento em que, segundo a percepção dos pacientes, deveria-se iniciar a via oral após a cirurgia, com que tipo de alimentos e quais alimentos consideraram benéficos ou prejudiciais para sua recuperação.

Resultados: o questionário foi aplicado a 189 pacientes, com idade média de 55 anos (19-95). O 66,1% dos pacientes consideraram iniciar a tolerância à via oral com dieta líquida e 69,7% consideraram que a progressão para dieta sólida poderia ser feita nas primeiras 48 horas. Em 98,1% (n = 105) dos pacientes submetidos a colecistectomia laparoscópica e no 71,9% (n = 59) de outras cirurgias, a tolerância à dieta iniciou-se nas primeiras 24 horas e



primeras 48 horas en el 100 % y 84,1 %, respectivamente.

Conclusiones: los pacientes llevados a cirugía abdominal mostraron su aceptación respecto al inicio temprano de la dieta y la progresión de la misma. Esto se debe aprovechar por los grupos quirúrgicos, para lograr una recuperación mejorada y más rápida.

Palabras clave: métodos de alimentación, cuidados posoperatorios, procedimiento quirúrgico del sistema digestivo.

and 84.1%, respectively received POP diet within the first 48 hours.

Conclusions: Patients undergoing gastrointestinal surgery showed their agreement for initiating and increasing oral intake in the early postoperative period. These findings could be of benefit for surgical teams in order to reach and enhance fast recovery in surgical patients.

Keywords: Feeding methods; Postoperative care; Gastrointestinal surgical procedure.

nas primeiras 48 horas no 100% e 84,1% respectivamente.

Conclusões: Os pacientes submetidos a cirurgia abdominal demonstraram aceitação quanto ao início precoce da dieta e sua progressão. Isso deve ser aproveitado pelos grupos cirúrgicos para obter uma recuperação melhor e mais rápida.

Palavras-chave: métodos de alimentação, cuidados pós-operatórios, procedimento cirúrgico do aparelho digestivo.

¹ Grupo de Soporte Nutricional, Clínica Reina Sofía. Bogotá, Colombia.

² Clínica Reina Sofía. Bogotá, Colombia.

³ Universidad Militar. Bogotá, Colombia.

⁴ Departamento de Cirugía, Clínica Reina Sofía. Bogotá, Colombia.

⁵ Clínica Reina Sofía. Bogotá, Colombia.

*Correspondencia: Ángela Navas Camacho.
angelamarianavas@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El reinicio de la vía oral en el período posoperatorio (POP) de la cirugía abdominal ha representado un desafío tanto en la decisión del momento, como en la selección del tipo de dieta⁽¹⁾. Tradicionalmente, el paciente inicia su alimentación cuando hay signos clínicos de resolución del íleo posoperatorio, conducta que se ha considerado una medida de protección de las suturas y anastomosis gastrointestinales⁽²⁾. Pacientes con procedimientos complejos pueden permanecer sin vía oral o recibir dietas inadecuadas por períodos prolongados. Esta práctica aumenta el tiempo de la estancia hospitalaria⁽¹⁾ y puede afectar negativamente la ingesta de nutrientes, tanto en cantidad como en calidad, debido a las prevenciones del grupo médico, la familia y el paciente, lo que retrasa el retorno a la alimentación cotidiana⁽³⁾.

Las diferentes culturas, religiones y hábitos sociales influyen en la forma y gusto al comer. Esto incluye la creencia arraigada en la población general de que ingerir alimentos tempranamente en el POP puede ser deletéreo para una adecuada recuperación. No es poco frecuente que se los culpe de ser causantes de síntomas desagradables e incluso de complicaciones.

El inicio temprano de la vía oral no solo es seguro, sino que puede ser benéfico⁽⁴⁾. La restricción de la ingesta y el ayuno en el POP no representa un beneficio clínico⁽⁴⁾, y va en contravía con el concepto de recupe-

ración rápida que se maneja actualmente⁽²⁻⁴⁾. Hoy en día se cuenta con suficiente evidencia de las ventajas que ofrece el inicio precoz de la alimentación en los pacientes sometidos a cirugía del tracto gastrointestinal⁽⁴⁻⁶⁾, pero no contamos con referencias que hablen sobre las preferencias con respecto al tipo de dieta, la clase de alimentos, los tiempos y las porciones, todo analizado desde la perspectiva de los pacientes, lo que puede influir en una mayor o menor adherencia a la terapia nutricional indicada.

El objetivo de este trabajo fue evaluar, desde la perspectiva del paciente en el POP inmediato, las preferencias de alimentación en cuanto al tiempo de inicio de la vía oral, el tipo de dieta para iniciar la tolerancia a la vía oral y las prevenciones predeterminadas de los pacientes hacia algunos alimentos, para evaluar lo que ocurre en la práctica clínica.

MÉTODOS

Población y diseño

Se realizó un estudio observacional de corte transversal a través de un cuestionario que se aplicó a pacientes adultos de ambos sexos durante el POP de cirugía gastrointestinal en la Clínica Reina Sofía de Bogotá, Colombia, desde octubre de 2015 hasta junio de 2016.

Se trabajó con una muestra consecutiva de pacientes, previa validación de los criterios de inclusión. Estos

criterios fueron hombres y mujeres, pacientes mayores de 18 años, cirugía gastrointestinal electiva o de urgencia, susceptible de seguimiento intrahospitalario en el POP y que tuviera comunicación fluida, de modo que le permitiera leer y responder las preguntas del cuestionario. La muestra se calculó considerando una frecuencia esperada del desenlace principal de 50 %, poder 80 %, un tamaño de población (procedimientos quirúrgicos del tracto gastrointestinal mayor en la Clínica Reina Sofía en 2014): 1176 (población finita) y un intervalo de confianza (IC) del 95 %.

Las variables categóricas se analizaron mediante el cálculo de distribuciones de frecuencia absoluta y relativa, expresadas en porcentajes con sus respectivos intervalos de confianza. Las variables numéricas se evaluaron con medidas de tendencia central (promedio y mediana) y de dispersión según su distribución. El comportamiento normal en variables numéricas se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. En el análisis bivariado se calculó el grado de asociación de las variables cualitativas mediante la prueba asintótica de asociación de Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher. Se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$. El procesamiento de datos se llevó a cabo con R versión 4.1.2.

Instrumento de recolección de datos

Se diseñó un cuestionario estructurado con el propósito de conocer la percepción de los pacientes relacionada con el tipo, la cantidad, la presentación, las preferencias y el momento en que desearían recibir su alimento luego de una cirugía del tracto gastrointestinal. Las preguntas se desarrollaron por los investigadores de tal manera que permitieran resolver las interrogantes. El cuestionario

tuvo 5 preguntas, de las cuales 3 eran abiertas, 2 de escogencia múltiple y 1 indagó sobre la escogencia de la dieta preferida a partir de una fotografía, y se aplicó durante el período de recuperación o POP inmediato (2-4 horas POP) por 3 investigadores en la unidad de cuidados posanestésicos (UCPA) de la institución.

Se prefirió realizar el cuestionario a manera de entrevista, considerándola la mejor forma de abordar al paciente a pocas horas del procedimiento quirúrgico y en el área de recuperación. El cuestionario se revisó por los 3 investigadores y se homologó la forma de realizar las preguntas a los pacientes de manera sencilla y fácil de comprender. Se hicieron 2 pacientes piloto por cada entrevistador.

Las preguntas realizadas a los pacientes fueron:

- ¿Qué es lo primero que le gustaría comer o tomar después de su cirugía?
- ¿Cuándo creería que está listo para recibir alimentos sólidos?
- ¿Qué tipo de dieta considera la más adecuada para usted? (**Figura 1**)
 - Dieta 1: líquidos claros
 - Dieta 2: dieta corriente en porción pequeña
 - Dieta 3: dieta corriente en porción normal
- ¿Qué no le gustaría que le dieran?
- ¿Cree que alguno de estos alimentos le harían daño en el POP? Lácteos, huevo, verduras, papa, yuca, frutas ácidas, salsas, chocolate, algún otro alimento (especifique).

Las imágenes de la pregunta 3, en la que se mostraban la presentación, el contenido y el tamaño de la porción de tres de los menús que con mayor frecuencia se suministran a los pacientes en este tipo de procedimientos, se fotografiaron de forma perpendicular, con una misma

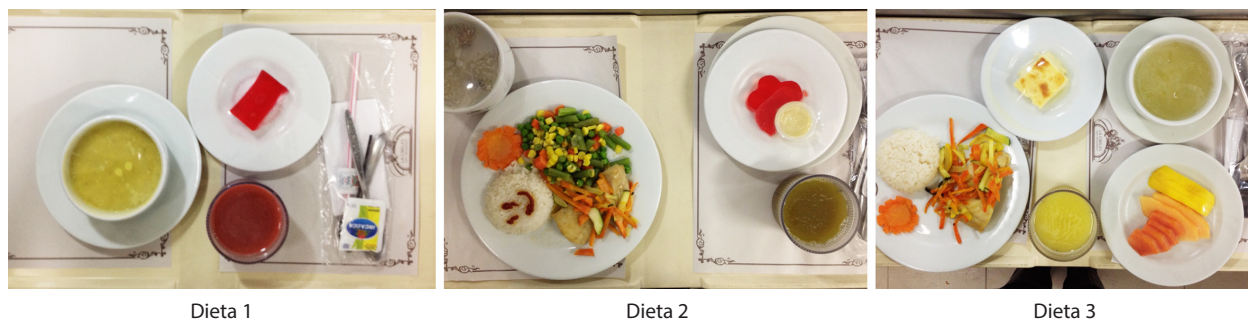


Figura 1. Dietas incluidas en la encuesta: dieta 1: dieta líquida clara; dieta 2: dieta corriente en pequeña porción; dieta 3: dieta corriente en porción normal.

cámara, zoom e intensidad de luz. Las imágenes se guardaron en archivos digitales de igual tamaño y se mostraban a los pacientes mediante un dispositivo móvil (tableta). Ninguna información acerca del contenido de la imagen se le dio a los pacientes. Las imágenes se mostraban en estricto orden, iniciando desde la imagen 1 hasta la 3.

Además de analizar las preferencias de los pacientes, se obtuvo una serie de datos de la historia clínica sobre la evolución del inicio de la vía oral en el POP de los pacientes incluidos en el estudio. Para analizar el inicio y la progresión de la dieta, los pacientes se dividieron en 2 grupos:

- Los sometidos a colecistectomía laparoscópica, quienes progresan usualmente a dieta corriente en las primeras 24 horas.
- El grupo de cirugías más complejas, que requirió mayor tiempo de estancia hospitalaria.

El protocolo de investigación se revisó y aprobó por el comité científico institucional y el comité de ética de la Fundación Universitaria Sanitas (CEIFUS). Todos los participantes diligenciaron y firmaron el consentimiento informado individual.

RESULTADOS

Se aplicó el cuestionario a 189 pacientes llevados a cirugía del tracto gastrointestinal, de los cuales el 46,5 % fue mujer. La edad promedio fue de 55,5 años (19-95). El procedimiento quirúrgico más frecuente fue la colecistectomía (56,6 %), seguido por la cirugía colorrectal (16,9 %) y la pancreatoduodenectomía (4,2 %). Se incluyeron otros procedimientos realizados de emergencia y de forma electiva (**Tabla 1**).

La primera pregunta del cuestionario indagó sobre lo primero que les gustaría comer o beber después de

Tabla 1. Características de los pacientes incluidos en el estudio

Variable	Valor	
Pacientes	189	
Sexo, M: F (n, %)	88 (46,56 %):101 (53,44 %)	
Edad en años (media-DE)	55,59 (15,59)	
Procedimiento quirúrgico	n (%)	IC 95 %
Colecistectomías y exploraciones de las vías biliares	107 (56,61)	(50,54-64,49)
Colectomías y otras cirugías colorrectales	32 (16,93)	(13,17-24,09)
Pancreatoduodenectomía	8 (4,23)	(3,28-10,12)
Gastrectomía parcial o total	7 (3,70)	(2,16-8,12)
Laparotomía para liberación de adherencias	4 (2,11)	(1,46-6,75)
Eventrorrafia	8 (4,23)	(1,46-6,75)
Apendicetomías complicadas	3 (1,58)	(0,54-4,56)
Laparoscopia diagnóstica	3 (1,58)	(0,54-4,56)
Cierre de ileostomía	5 (2,64)	(0,54-4,56)
Adrenalectomía por laparoscopia	1 (0,52)	(0,09-2,93)
Esofagectomías y ascensos gástricos	1 (0,52)	(0,09-2,93)
Resección de tumor retroperitoneal	1 (0,52)	(0,09-2,93)
Drenaje de hematoma retroperitoneal	1 (0,52)	(0,09-2,93)
Reconstrucción de la pared abdominal compleja	1 (0,52)	(0,09-2,93)
Pancreatectomía distal	2 (1,05)	(0,09-2,93)

DE: desviación estándar; F: femenino; M: masculino.

su cirugía. El 70,3 % de los pacientes eligió líquidos claros (gelatinas, paletas, jugos, agua, caldos, aromáticas) como el primer alimento a consumir en el POP inmediato, el 12,1 % escogió alimentos sólidos.

La segunda pregunta indagó sobre el momento que consideraban estar listos para recibir alimentos sólidos. El 46,5 % de los pacientes respondió que podría ser el mismo día de la cirugía y el 69,7 % en las primeras 48 horas. De estos pacientes, el 48 % se llevó a colecistectomía laparoscópica y el resto a otras cirugías abdominales.

Al mostrar las fotos de los tres modelos de dietas a escoger, el 69,1 % escogió la dieta líquida clara (**Tabla 2**).

Tabla 2. Respuestas de los pacientes a las preguntas del cuestionario

Preferencias del paciente por el tamaño de la porción de alimentos	n (%)	IC 95 %
Dieta 1 (líquida clara)	125 (66,13)	59,90-73,95
Dieta 2 (dieta corriente pequeña)	35 (18,51)	13,69-25,58
Dieta 3 (dieta corriente de porción normal)	24 (12,69)	9,03-19,50
No responde	5 (2,64)	0,86-6,06
¿Qué es lo primero que le gustaría comer o tomar después de cirugía?		
- Líquidos claros	133 (70,3)	63,11-76,77
- Alimentos sólidos	23 (12,1)	7,87-17,69
- Sopas/lácteos	11 (5,8%)	2,94-10,75
- Fruta con helado	14 (7,4)	4,1-12,12
- Nada	8 (4,2)	1,84-8,17
¿Cuándo cree que puede recibir alimentos sólidos?		
- Ahora mismo	21 (11,1)	2,94-10,18
- Hoy	67 (35,4)	28,64-42,72
- Mañana	44 (23,2)	17,45-29,97
- Antes de 5 días	35 (18,5)	13,25-24,8
- Otras respuestas	22 (24)	7,44-17,09

A la pregunta abierta sobre qué alimento no quisiera recibir se encontró que el 22,3 % de los pacientes rechazó el consumo de carnes y embutidos; el 10,1 %, las verduras y ensaladas, y 7,8 % lácteos, entre otros (**Figura 2**).

En cuanto a la evolución del inicio de la vía oral en el POP, el 56,6 % (n = 107) de los pacientes se sometió a colecistectomía laparoscópica y progresó a una dieta

corriente en las primeras 24 horas en el 98,1 % de los casos. El 43,4 % (n = 89) de los pacientes se sometió a cirugías más complejas, que requirieron mayor tiempo de estancia hospitalaria (esofagectomías, gastrectomías, pancreatoduodenectomías, colectomías, eventrografías, entre otras), de los cuales, el 71,9 % (n = 59) inició la vía oral en las primeras 24 horas. El 100 % de los pacientes llevados a colecistectomía y el 84,14 % de las otras cirugías recibieron alimentos por vía oral en las primeras 48 horas. Estos datos incluyen la tolerancia a la nutrición enteral por sonda a los pacientes que requirieron nutrición enteral (**Tabla 3**).

La dieta líquida clara fue la elección por el grupo médico para el inicio de la tolerancia a la vía oral en el 74,7 % de las colecistectomías y 74,3 % de otras cirugías. Los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica progresaron a dieta corriente en las primeras 24 horas en el 100 % de los casos. En el grupo de otros procedimientos quirúrgicos, con significancia estadística con valor de $p < 0,05$, (52,4 %), se progresó a dieta corriente en las primeras 24 horas.

En algunos pacientes, el avance a dieta sólida fue progresivo y se suministraron otros tipos de dietas, con modificación de la consistencia, antes de llegar a la dieta sólida, que incluía dieta líquida completa y dieta en consistencia de puré. Una vez lograda la tolerancia a la dieta líquida, la progresión en la consistencia de la dieta se dio en dos pasos (líquida clara y sólida) en el 64 % de los pacientes, en tres pasos (líquida clara, líquida completa, sólida) en el 7,9 %, y cuatro pasos (dieta líquida clara, líquida completa, puré, sólida) solo en un paciente. La progresión de la dieta por parte de los cirujanos tratantes se dio en las primeras 24 horas del POP en el 89,17 % de los pacientes.

El 12,1 % de los pacientes de cirugías más complejas requirió manejo por soporte nutricional, con nutrición enteral o parenteral (**Tabla 3**).

DISCUSIÓN

Una de las preocupaciones de los cirujanos es poder establecer con seguridad el momento oportuno del inicio de la vía oral y la progresión de la misma en el POP. A pesar de contar con guías basadas en la evidencia, que apoyan el inicio temprano de la dieta como parte de la rutina del paciente quirúrgico^(5,7-10), aún tenemos una brecha muy grande entre la evidencia y la práctica clínica⁽¹¹⁾.

El objetivo de este estudio fue conocer la percepción de los pacientes de cirugía gastrointestinal acerca de la ingesta de alimentos en el POP, con respecto a los tiem-

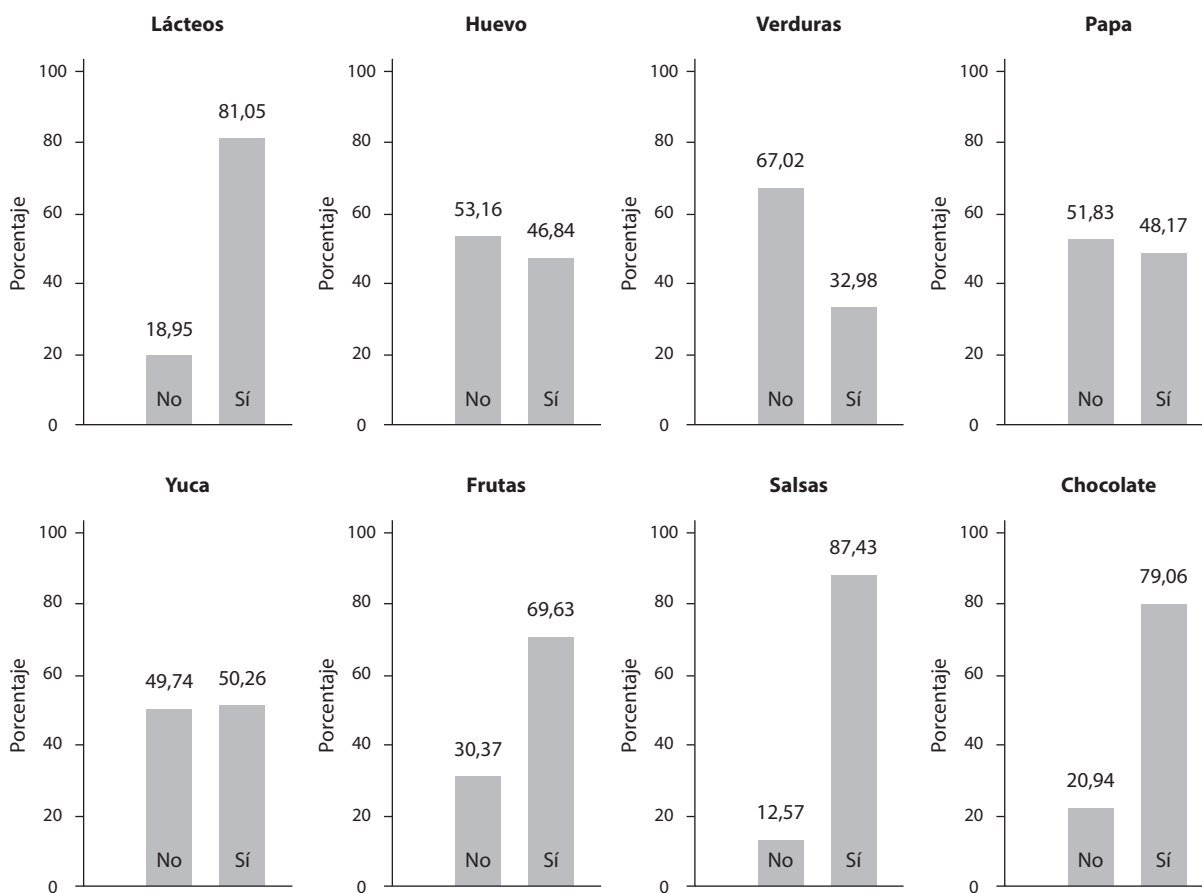


Figura 2. Alimentos que generan temor en los pacientes y que identifican como factor para la aparición de complicaciones de su cirugía gastrointestinal.

pos de ingesta, el tipo de dieta y las prevenciones sobre algunos alimentos de la dieta cotidiana, y evaluar lo que ocurre en la práctica clínica.

La mayoría de nuestros pacientes consideró que una dieta con líquidos claros era la mejor manera de reiniciar su ingesta por vía oral después de la cirugía. Esto se puede explicar por el concepto difundido del inicio progresivo de la vía oral después de la cirugía, lo que lleva a que los pacientes reciban esta información antes de la cirugía sobre el inicio de la dieta en el POP. Además, en el POP inmediato, los pacientes refieren más frecuentemente sed que hambre. Los líquidos claros (jugos, agua y caldos) se relacionan con bienestar y mejoría.

A la pregunta sobre cuándo consideraban que se encontraban listos para recibir dieta sólida en el POP, el tiempo promedio de respuesta fue de 1,9 días. Esta respuesta puede percibirse como una ventaja para la toma de conductas en cuanto al inicio de la dieta sólida temprana, si los pacientes no presentan aprensión con

respecto a la consistencia de los alimentos. En este punto, consideramos importante la implementación de la consejería preoperatoria, sobre la manera en que se haría la progresión de la dieta en el POP. Esta estrategia hace parte de los protocolos de recuperación mejorada en cirugía ERAS (*Early Recovery After Surgery*)⁽¹²⁾. La consejería preoperatoria, que informe y empodere al paciente por medio del conocimiento y entendimiento del proceso perioperatorio, mejora la adherencia a las estrategias de manejo y ayuda a lograr una recuperación más rápida y adecuada, sobre todo si se utiliza como parte de un protocolo multimodal de recuperación, que incluye esta y otras medidas (reducción del uso de opioides, manejo racional de líquidos endovenosos, disminución del tiempo de ayuno prequirúrgico, entre otras), que permiten que el tracto gastrointestinal esté preparado para recibir dieta más tempranamente^(13,14).

Con estos hallazgos consideramos que iniciar la vía oral con dieta líquida en el primer tiempo de comida

Tabla 3. Tiempo de ayuno y manejo nutricional instaurado en el POP

Variable	Tipo de cirugía		Valor p
	Colecistectomía laparoscópica n= 107	Otras cirugías n= 82	
Tiempo de ayuno POP, n (%)			
- ≤ 24 horas	105 (98,13)	59 (71,95)	0,000
- 24-48 horas	2 (1,87)	10 (12,20)	
- ≥ 48 horas	-	9 (10,98)	
- Sin datos	-	4 (4,88)	
Dieta inicial en el POP, n (%)			
- Líquida	80 (74,77)	61 (74,39)	0,000
- Sólida	27 (25,23)	7 (8,54)	
- Nutrición enteral	-	9 (10,98)	
- Nutrición parenteral	-	1 (1,22)	
- Sin datos	-	4 (4,88)	
Progresión de la dieta, n (%)			
- A sólida	80 (74,77)	41 (50,00)	0,000
- Continua sólida	27 (23,23)	7 (8,54)	
- A puré	-	1 (1,22)	
- L. clara-L. completa-sólida	-	15 (18,29)	
- L. clara-L. completa-puré-sólida	-	1 (1,22)	
- Sin datos	-	6 (7,32)	
- Nutrición enteral	-	9 (10,98)	
- Nutrición parenteral	-	2 (2,44)	
Tiempo para dieta corriente, n (%)			
- ≤ 24 horas	86 (80,37)	29 (35,37)	0,000
- 24-48 horas	18 (16,82)	14 (17,07)	
- ≥ 48 horas	1 (0,93)	35 (42,68)	
- Sin datos	2 (1,87)	4 (4,88)	
Tiempo de inicio de dieta en POP, n (%)			
- ≤ 24 horas	104 (97,19 %)	59 (71,95)	0,000
- 24 a 48 horas	2 (1,86 %)	10 (12,19)	
- > 48 horas	-	9 (10,97)	
- Sin respuesta	-	4 (2,11)	

ofrece al paciente tranquilidad en su primera ingesta y confianza para recibir una dieta de mayor consistencia y cantidad en el siguiente tiempo de comida. Aunque sabemos que desde el primer tiempo de comida se puede ofrecer al paciente una dieta normal⁽¹⁵⁻¹⁷⁾, para evitar la sugestión de un mal desenlace y retrocesos ulteriores en la progresión de la vía oral, un primer tiempo de comida con líquidos claros permite disminuir la ansiedad y el estrés generado por la primera ingesta. No sobra aclarar que la dieta líquida clara no debe formularse por más de un tiempo de comida después de haber confirmado la tolerancia a la dieta. Esa práctica no ofrece mayor beneficio y conlleva un déficit en el aporte calórico proteico⁽¹⁸⁾.

Dos de nuestras preguntas buscaban indagar, o hacer explícito, los temores que pueden tener los pacientes acerca del consumo de algunos alimentos específicos durante el POP, y que pueden relacionarse, desde su perspectiva, con la aparición de complicaciones del procedimiento quirúrgico y, de forma indirecta, reflejar el grado de aceptación y consumo de los mismos dentro del menú indicado por sus médicos tratantes. Nuestro instrumento contenía un listado de alimentos de aparición frecuente en el menú colombiano y que anecdóticamente se relacionan con síntomas gastrointestinales. Dentro de las respuestas obtenidas se encontró que las salsas (87,43 %), los lácteos (81,05 %), el chocolate (79,06 %) y las frutas, especialmente ácidas (69,63 %),

fueron los alimentos que más temor generaron entre los pacientes llevados a cirugía gastrointestinal (**Figura 3**).

Es importante hablar también de las prevenciones hacia cierto tipo de alimentos considerados causantes de síntomas gastrointestinales en el común de la población y que, por esta razón, crean aprehensión en su consumo en el POP, como los lácteos, las leguminosas y las coles. Otros alimentos se consideran, por las creencias populares de nuestro país, como causantes de compli-

caciones infecciosas en la herida quirúrgica, como la papa, yuca y huevo; por último, están los que se consideran “pesados” por su alto contenido en grasa, como el chocolate y las salsas. A pesar de haber hecho una pregunta abierta sobre los alimentos que no quisieran recibir durante los primeros días del posoperatorio, estos solo se identificaron al nombrarlos específicamente. Se encontró una clara aversión a recibir productos lácteos, las salsas y el chocolate, principalmente (**Figura 2**).

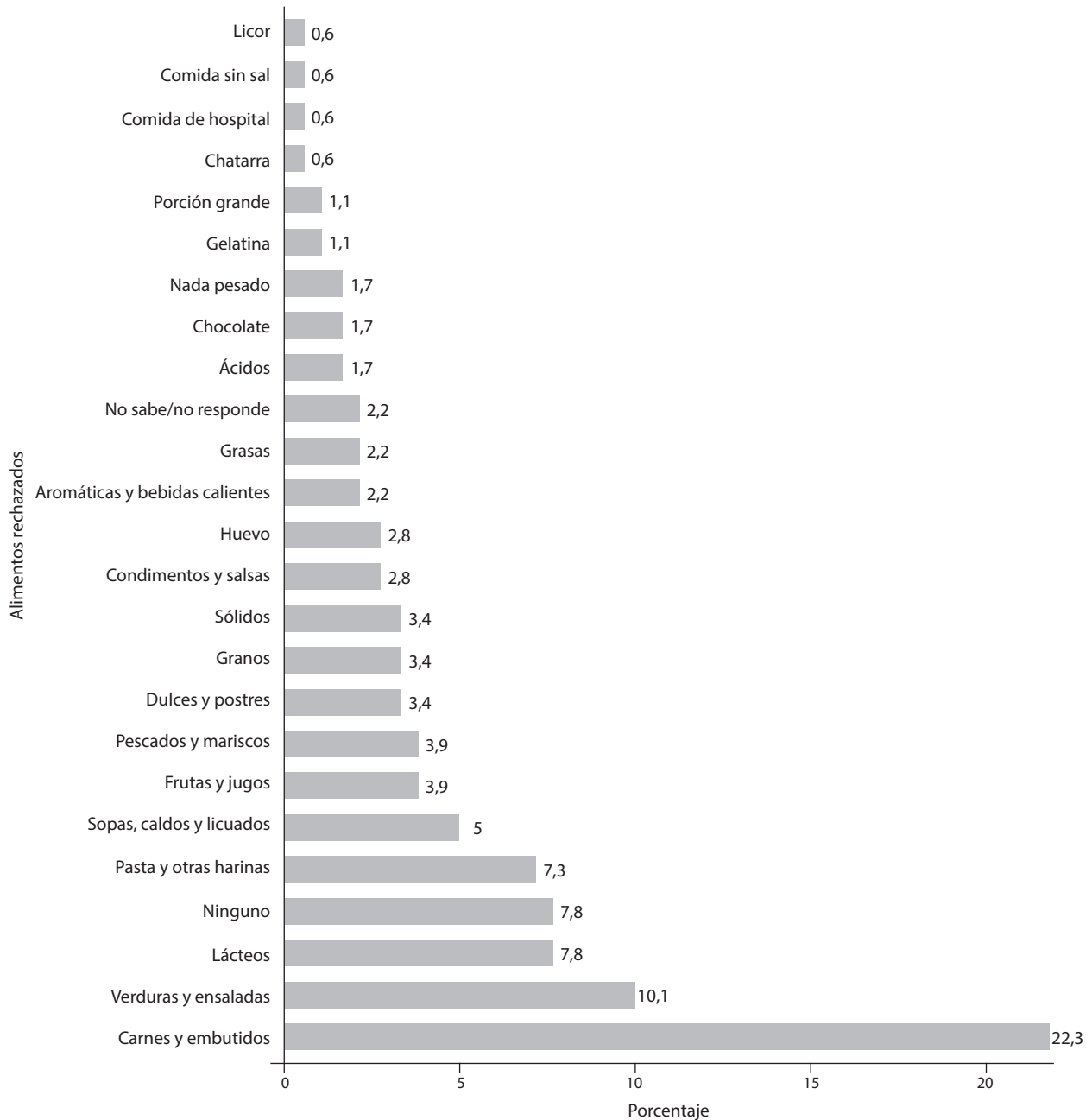


Figura 3. Alimentos rechazados al momento de iniciar su alimentación por vía oral en el POP.

Aunque no haya una razón evidente de efectos indeseables de ciertos alimentos en el POP, algunos pacientes prefieren no consumirlos. Esta decisión debe respetarse, ya que contamos con gran variedad de alimentos que ofrecer al paciente para evitar discusiones innecesarias. Al preguntar a los pacientes sobre los alimentos que no consumirían después de cirugía encontramos múltiples respuestas asociadas con los gustos, las intolerancias, las alergias y las falsas expectativas a ciertos alimentos (**Figura 3**).

Además de evaluar las respuestas sobre la calidad y el tipo de alimentos consumidos, también se identificó entre los pacientes una preferencia por las porciones pequeñas para iniciar la ingesta en el POP. La mayoría prefirió la dieta líquida (67,2 %), seguida de una dieta blanda en porciones pequeñas (19,3 %). La hiporexia suele acompañar los períodos posoperatorios; en este punto, para evitar una deuda calórica progresivamente mayor por la baja ingesta, contamos con el apoyo de estrategias nutricionales, como las preparaciones hipercalóricas o hiperproteicas, el enriquecimiento y la fortificación de alimentos, y los suplementos nutricionales para incrementar el aporte calórico y proteico⁽¹²⁾.

Luego de hacer el análisis desde la percepción del paciente con respecto a las indicaciones de vía oral en el POP, presentamos un recuento de la evidencia y las buenas prácticas clínicas.

Al revisar la literatura encontramos, en los últimos 15 años, una creciente evidencia de que la progresión temprana de la dieta es benéfica y no se asocia con un aumento en la incidencia de las complicaciones^(10,19-21). La vía oral temprana es segura y factible en pacientes manejados con protocolos de recuperación mejorada en cirugía (*enhanced recovery programs*)^(9,22) y fuera de ellos^(23,24). Estos y otros autores han mostrado que no hay ventajas en mantener a los pacientes de cirugía gastrointestinal sin aportes por vía oral en el POP por tiempos prolongados, y que ofrecer alimentos no solo es seguro, sino benéfico, incluso en la cirugía gastrointestinal alta^(16,25-28).

En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes (86,2 %) recibió dieta líquida en las primeras horas luego de la cirugía, y tuvieron progresión de la dieta en las primeras 48 horas en el 77,7 % de los casos. Hay que anotar que la mayoría se sometió a cirugías gastrointestinales de baja complejidad y en el contexto ambulatorio (colecistectomía laparoscópica). En el grupo de pacientes de cirugías mayores (gastrectomía, colectomía y pancreatoduodenectomía), la dieta inició más tardíamente, pero en el 84,1 % de los pacientes, la vía oral se inició en

las primeras 48 horas. El problema real se encontró en la progresión de la misma, ya que estuvieron un tiempo mayor del deseado recibiendo dietas subóptimas y con progresiones lentas con varios tipos de dietas terapéuticas, que no se consideran pertinentes en el POP. Al responder la encuesta, estos pacientes consideraron que podrían iniciar dieta en un período menor de 48 horas en el 68,2 % de los casos.

Algunos pacientes recibieron instrucciones antes de la cirugía en cuanto al protocolo de la progresión de la dieta en el POP, lo que permitió mayor adherencia a las indicaciones médicas. Comunicar en el POP los beneficios poco tangibles de iniciar una dieta temprana en una persona que tiene la percepción de un riesgo incrementado de complicaciones por el hecho de comer⁽²⁹⁾ hace considerar la implementación de estrategias que permitan que el paciente inicie la tolerancia a la vía oral y la sostenga exitosamente sin temor.

Por una parte, el inicio de la vía oral, teniendo en cuenta en forma individualizada el apetito de los pacientes, es un parámetro de éxito⁽³⁰⁾. Por otra parte, ofrecer información detallada antes del procedimiento puede disminuir el miedo y la ansiedad, mejorar la recuperación y facilitar el egreso más tempranamente⁽³¹⁾. Si se dedica un tiempo antes de la cirugía para dar indicaciones al paciente con respecto a la manera como se va a manejar el reinicio de la vía oral en el POP y se le explican en forma sencilla y concreta los beneficios de poder recibir sus alimentos tempranamente, el grado de aceptación y de adherencia a la progresión de la dieta será mayor.

Este estudio presenta algunas limitaciones: el cuestionario se elaboró teniendo en cuenta la experiencia de los evaluadores y las preguntas más frecuentes de los pacientes hacia la alimentación hospitalaria, sin utilizar una herramienta validada para tal fin, al no existir en la literatura. Una segunda limitación fue el alto porcentaje de cirugías abdominales de baja complejidad, ya que los pacientes no van a presentar el mismo grado de malestar que en las cirugías mayores, esto lleva a contestar de manera positiva el cuestionario. Por último, no incluimos variables como el nivel educativo de los pacientes y sus experiencias previas con procedimientos quirúrgicos en ellos mismos o en sus parientes cercanos, información que podría ser determinante en las respuestas, y que podría ser parte de futuras investigaciones.

CONCLUSIONES

Los pacientes llevados a cirugía abdominal mostraron su aceptación con respecto al inicio temprano de la

dieta y la progresión de esta. Esto se debe aprovechar por los grupos quirúrgicos para lograr una mejor y más rápida recuperación.

Es importante tener en cuenta los gustos y las creencias de los pacientes al momento de dar la consejería preoperatoria y enfatizar en la seguridad de recibir dieta como parte de las herramientas terapéuticas para una mejor recuperación, esto incluye comentarios sobre los alimentos considerados de pobre tolerancia o nocivos.

Agradecimientos

A María del Pilar Montilla, epidemióloga de la Fundación Universitaria Sanitas, por su valiosa ayuda en la revisión de este manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Fuentes de financiación

La totalidad de la investigación se realizó con recursos propios del equipo de investigación.

Referencias bibliográficas

- Cárdenas D, Bermúdez C, Pérez A, Díaz G, Cortés LY, Contreras CP, et al. Are traditional screening tools adequate for monitoring the nutrition risk of in-hospital patients? An analysis of the nutritionDay database. *J Parenter Enteral Nutr.* 2022;46(1):83-92. doi: 10.1002/jpen.2085.
- Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr.* 2017;36(3):623-50. doi: 10.1016/j.clnu.2017.02.013.
- Lobo DN, Gianotti L, Adiamah A, Barazzoni R, Deutz NEP, Dhatariya K, et al. Perioperative nutrition: Recommendations from the ESPEN expert group. *Clin Nutr.* 2020;39(11):3211-27. doi: 10.1016/j.clnu.2020.03.038.
- Herbert G, Perry R, Andersen HK, Atkinson C, Penfold C, Lewis SJ, et al. Early enteral nutrition within 24 hours of lower gastrointestinal surgery versus later commencement for length of hospital stay and postoperative complications. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;2019(7). doi: 10.1002/14651858.CD004080.pub4.
- Fujii T, Morita H, Sutoh T, Yajima R, Yamaguchi S, Tsutsumi S, et al. Benefit of oral feeding as early as one day after elective surgery for colorectal cancer: Oral feeding on first versus second postoperative day. *Int Surg.* 2014;99(3):211-5. doi: 10.9738/INTSURG-D-13-00146.1.
- Nemathonar B, Yazdani A, Falahinejadghajari R, Mirkheshti A. Early postoperative oral feeding shortens first time of bowel evacuation and prevents long term hospital stay in patients undergoing elective small intestine anastomosis. *Gastroenterol Hepatol from Bed to Bench.* 2019;12(1):25-30.
- Bisgaard T, Kehlet H. Early oral feeding after elective abdominal surgery-what are the issues? *Nutrition.* 2002;18(11-12):944-8. doi: 10.1016/s0899-9007(02)00990-5.
- Charoenkwan K, Matovinovic E. Early versus delayed oral fluids and food for reducing complications after major abdominal gynaecologic surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2014(12). doi: 10.1002/14651858.CD004508.pub4.
- Pragatheeswarane M, Muthukumarassamy R, Kadambari D, Kate V. Early oral feeding vs. traditional feeding in patients undergoing elective open bowel surgery-a randomized controlled trial. *J Gastrointest Surg.* 2014;18(5):1017-23. doi: 10.1007/s11605-014-2489-1.
- Klappenbach RF, Yazzi FJ, Alonso Quintas F, Horna ME, Alvarez Rodríguez J, Oría A. Early oral feeding versus traditional postoperative care after abdominal emergency surgery: A randomized controlled trial. *World J Surg.* 2013;37(10):2293-9. doi: 10.1007/s00268-013-2143-1.
- Ratray M, Roberts S, Marshall A, Desbrow B. A systematic review of feeding practices among postoperative patients: Is practice in-line with evidenced-based guidelines? *J Hum Nutr Diet.* 2018;31(2):151-67. doi: 10.1111/jhn.12486.
- Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations: 2018. *World J Surg.* 2019;43(3):659-95. doi: 10.1007/s00268-018-4844-y.
- Sun DL, Li WM, Li SM, Cen YY, Xu QW, Li YJ, et al. Comparison of multi-modal early oral nutrition for the tolerance of oral nutrition with conventional care after major abdominal surgery: A prospective, randomized, single-blind trial. *Nutr J.* 2017;16(1):11. doi: 10.1186/s12937-017-0228-7.
- Reddy B, Reddy N. Strategies to improve tolerance to perioperative enteral feeding. *J Med Allied Sci.* 2016;6(1):3. doi: 10.5455/jmas.210556.
- Hancock S, Cresci G, Martindale R. The clear liquid diet: when is it appropriate? *Curr Gastroenterol Rep.* 2002;4(4):324-31. doi: 10.1007/s11894-002-0083-2.
- Lassen K, Kjæve J, Fetveit T, Tranø G, Sigurdsson HK, Horn A, et al. Allowing normal food at will after major upper gastrointestinal surgery does not increase morbidity: A randomized multicenter trial. *Ann Surg.* 2008;247(5):721-9. doi: 10.1097/SLA.0b013e31815cca68.
- Osland E, Yunus RM, Khan S, Memon MA. Early versus traditional postoperative feeding in patients undergoing resectional gastrointestinal surgery: A meta-analysis. *J Parenter Enteral Nutr.* 2011;35(4):473-87. doi: 10.1177/0148607110385698.
- Terashima M. The earlier the better? *Gastric Cancer.* 2014;17(2):197-9. doi: 10.1007/s10120-013-0287-1.

19. Toulson Davisson Correia MI, Costa Fonseca P, Machado Cruz GA. Perioperative nutritional management of patients undergoing laparotomy. *Nutr Hosp.* 2009 Jul-Aug;24(4):479-84.
20. Fanaie SA, Ziaee SA. Safety of early oral feeding after gastrointestinal anastomosis: A randomized clinical trial. *Indian J Surg.* 2005;67(4):185-8.
21. Azhraf A, Pochin R. Nil by mouth' post gastrointestinal surgery--is there any evidence? *NZMJ.* 2006;119(2):1243.
22. Varadhan KK, Neal KR, Dejong CHC, Fearon KCH, Ljungqvist O, Lobo DN. The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing major elective open colorectal surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Nutr.* 2010;29(4):434-40. doi: 10.1016/j.clnu.2010.01.004.
23. Gianotti L, Nespoli L, Torselli L, Panelli M, Nespoli A. Safety, feasibility, and tolerance of early oral feeding after colorectal resection outside an enhanced recovery after surgery (ERAS) program. *Int J Colorectal Dis.* 2011;26(6):747-53. doi: 10.1007/s00384-011-1138-3.
24. Jiang Z, Chen QC, Zhang JH, Cao LX, Chen ZQ. Effect of early oral feeding on gastrointestinal motility in patients undergoing colorectal resection: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Dig Med Res.* 2019;2:17-17. doi: 10.21037/dmr.2019.07.01
25. Vaishnani B, Bhatt J, Singh R, Juneja I. A Prospective comparative study of early versus traditional oral feeding after GI surgeries. *Int J Res Med.* 2016;5(1);28-31.
26. Sierzega M, Choruz R, Pietruszka S, Kulig P, Kolodziejczyk P, Kulig J. Feasibility and outcomes of early oral feeding after total gastrectomy for cancer. *J Gastrointest Surg.* 2015;19(3):473-9. doi: 10.1007/s11605-014-2720-0.
27. Kumar M, Malhotra P, Mahajan P, Gupta A. To compare the safety, benefits, and incidence of postoperative complications among patients having early oral feeding versus traditional feeding in postoperative period following elective intestinal anastomosis. *Saudi Surg J.* 2015;3(2):33.
28. Willcutts KF, Chung MC, Erenberg CL, Finn KL, Schirmer BD, Byham-Gray LD. Early oral feeding as compared with traditional timing of oral feeding after upper gastrointestinal surgery. *Ann Surg.* 2016;264(1):54-63. doi: 10.1097/SLA.0000000000001644.
29. Conchin S, Muirhead R, Ferrie S, Carey S. Can't we just let them eat? Defining and addressing under-use of the oral route in a post-surgical ward. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2013;22(2):200-5. doi: 10.6133/apjcn.2013.22.2.12.
30. Kawamura YJ, Kuwahara Y, Mizokami K, Sasaki J, Tan KY, Tsujinaka S, et al. Patient's appetite is a good indicator for postoperative feeding: A proposal for individualized postoperative feeding after surgery for colon cancer. *Int J Colorectal Dis.* 2010;25(2):239-43. doi: 10.1007/s00384-009-0802-3.
31. Gustafsson UO, Tiefenthal M, Thorell A, Ljungqvist O, Nygrens J. Laparoscopic-assisted and open high anterior resection within an ERAS protocol. *World J Surg.* 2012 May;36(5):1154-61. doi: 10.1007/s00268-012-1519-y.