

# Alimentación Temprana en Pacientes Poscolecistectomía Laparoscópica Electiva en los Hospitales "Vicente Corral Moscoso" y "José Carrasco Arteaga", 2013

Hernán Patricio Martínez Calderón<sup>1</sup>, Juan Carlos Salamea Molina<sup>2</sup>, Ángel Hipólito Tenezaca Tacuri<sup>3</sup>  
Hospital "Vicente Corral Moscoso". Ministerio de Salud Pública, Cuenca-Ecuador.  
Hospital "José Carrasco Arteaga". Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca-Ecuador.

## RESUMEN

1. Hospital "José Carrasco Arteaga", Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca-Ecuador.

2. Hospital "Vicente Corral Moscoso", Ministerio de Salud Pública, Cuenca, Ecuador.

3. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca-Ecuador.

### CORRESPONDENCIA:

Hernán Patricio Martínez Calderón  
e-mail: mdpmartinez@hotmail.com

Hospital "José Carrasco Arteaga", José Carrasco Arteaga entre Popayán y Pacto Andino. Cuenca, Ecuador. Código Postal 010203.

Teléfono: [593] 7 407 5214

Fecha de Recepción: 27-04-2014

Fecha de Aceptación: 19-07-2014

### MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Rev Med HJCA 2014; 6(2): 112-115.  
doi: 10.14410/2014.6.2.004

### ARTÍCULO ORIGINAL ACCESO ABIERTO

© 2014 Martínez et al.; licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution License" (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>), el cual permite el uso no restringido, distribución y reproducción por cualquier medio, dando el crédito al propietario del trabajo original. El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición personal del autor.

\* Cada término de los Descriptores De Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo han sido verificados por el editor en la biblioteca virtual en salud [BVS] de la edición actualizada a marzo del 2014, el cual incluye los términos MESH de MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>).

**INTRODUCCIÓN:** El objetivo del presente trabajo fue determinar los beneficios de la alimentación temprana en los pacientes sometidos a cirugía electiva de colecistectomía laparoscópica en los Hospitales públicos Nivel III de la provincia del Azuay-Ecuador.

**MÉTODOS:** El presente es un estudio experimental. Se incluyeron pacientes de 18 a 60 años con indicaciones de colecistectomía laparoscópica, que acudieron al servicio de cirugía de los Hospitales "Vicente Corral Moscoso" y "José Carrasco Arteaga" de la ciudad de Cuenca-Ecuador, que fueron intervenidos de manera electiva. En forma aleatorizada se clasificó el grupo 1 con alimentación temprana a las 6 horas y media post-operatorio, y Grupo 2 se administró la alimentación tardía a las 24 horas posoperatorias. Se compararon las frecuencias de presentación de náusea, vómito y dolor en estos pacientes.

**RESULTADOS:** 220 pacientes ingresaron al estudio 110 en cada grupo. En el grupo de alimentación temprana de  $42.2 \pm 11.4$  años el grupo control de  $42.2 \pm 11.4$  ( $P = NS$ ). Grupo 1 (alimentación temprana): náusea a las 6 ½ horas fue 7.3% versus 24.5% en el grupo control ( $P < 0.001$ ). El riesgo de presentar náusea con la alimentación temprana a las 6 ½ horas fue de RR 0.3 (IC 95% 0.1-0.6) ( $P < 0.005$ ). Con respecto al vómito en el grupo de alimentación temprana a las 6 ½ horas fue del 1.8% y en el grupo de alimentación tardía fue de 12.7%. RR fue de 0.14 (IC 95% 0.03-0.6). Con respecto a las 6 ½ el grupo de alimentación temprana el dolor fue intenso en un 68.2% versus 61.8% en el grupo de alimentación tardía, sin diferencias significativas). A las 24 horas en el grupo de alimentación temprana la incidencia de dolor fue de 0%, mientras que en el grupo experimental de 76.4% ( $P < 0.001$ ).

**CONCLUSIONES:** Los grupos fueron comparables entre sí en edad, sexo y tiempo quirúrgico. El grupo que recibió tempranamente la dieta tuvo menor náusea y vómito a las 6 horas y media post-operatoria y menor dolor a las 24 horas del post-operatorio.

**DESCRIPTORES DeCS:** ALIMENTACIÓN, COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA, SÍNDROME POS-COLECISTECTOMÍA.

## ABSTRACT

EARLY FEEDING IN PATIENTS ELECTIVE LAPAROSCOPIC POST-CHOLECYSTECTOMY IN "VICENTE CORRAL MOSCOSO" HOSPITAL AND "JOSÉ CARRASCO ARTEAGA" HOSPITAL, 2013.

**BACKGROUND:** The aim of this study was to determine the benefits of early feeding in patients undergoing elective laparoscopic cholecystectomy surgery in public hospitals Level III in the province of Azuay, Ecuador.

**METHODS:** This is an experimental study. We included patients 18 to 60 years with indications of laparoscopic cholecystectomy, presenting to surgery "Vicente Corral Moscoso" Hospital "José Carrasco Arteaga" Hospital in the city of Cuenca, Ecuador, which were operated on electively. In group 1 randomly classified with early feeding at 6½ hours post-operatively, and Group 2 delayed feeding at 24 hours post-operative was administered. They compared the frequencies of nausea, vomiting and pain in these patients.

**RESULTS:** Two hundred twenty (220) patients entered the study with 110 in each group. In the early feeding group  $42.2 \pm 11.4$  years and Control group  $42.2 \pm 11.4$  years ( $P = NS$ ). Group 1 (early feeding): nausea at 6 ½ hours was 7.3% versus 24.5% in the control group ( $P < 0.001$ ). The risk of nausea with early feeding at 6½ hours RR was 0.3 (95% CI 0.1-0.6) ( $P < 0.005$ ). With regard to vomiting in the early feeding group at 6½ hours was 1.8% and in the late feeding group was 12.7%. RR was 0.14 (95% CI 0.03-0.6). With respect to 6 ½ hours the early feeding group was in intense pain in 68.2% versus 61.8% in the delayed feeding group, with no significant differences. After 24 hours in the early feeding group the incidence of pain was 0%, while the experimental group was at 76.4% ( $P < 0.001$ ).

**CONCLUSIONS:** Both groups were comparable to each other in age, sex and surgical time. The group that received early diet had less nausea and vomiting at 6 ½ hours and less post-operative pain at 24 hours post-operatively.

**KEYWORDS:** FOOD, LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY, POST-CHOLECYSTECTOMY SYNDROME.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos la nutrición ha adquirido una importancia creciente y cada vez son más los profesionales que desde un punto de vista multidisciplinario se esfuerzan para que sus pacientes obtengan un adecuado estado nutricional. Este planteamiento resulta especialmente relevante en el paciente quirúrgico, ya que un óptimo estado nutricional está directamente relacionado con la reducción de infecciones, disminución de las complicaciones quirúrgicas, mejora de la cicatrización y lo que a su vez supone una reducción de la estancia hospitalaria de los pacientes [1]. La colecistectomía laparoscópica (CL), tras un período inicial de aprendizaje y de la validación de su eficacia, se encuentra en fase de expansión y son numerosos los procedimientos que hoy día pueden realizarse incluso en régimen ambulatorio [2-9]. Actualmente es el tratamiento estándar para la coledolitiasis [2, 10-14]. En los Hospitales "Vicente Corral Moscoso" y "José Carrasco Arteaga" la CL es una de las intervenciones más realizadas. En el año 2011, según libros de estadística, se realizaron 292 CL en el Hospital "Vicente Corral Moscoso" y 635 en el Hospital "José Carrasco Arteaga". El postoperatorio normal de la CL sigue un curso de 24 horas en las cuales, salvo la aparición de náusea y/o vómito, no se presentan anomalías de importancia [3]. Tradicionalmente luego de una laparotomía se inicia la realimentación con dieta líquida

con el reinicio de la actividad intestinal. Seguidamente, en ausencia de náusea y vómito, progresa la dieta con alimentos semisólidos hasta dieta normal. Según la revisión de realimentación oral temprana postquirúrgica de ginecología, Madrid, 2010. Este concepto parece sustentarse "dogma" quirúrgico más que en teorías comprobadas científicamente, ha sido puesto en duda en los últimos años ya que se ha observado que los pacientes pueden recibir dieta líquida y sólida antes del reinicio de la actividad intestinal en forma segura, con reducción del tiempo de hospitalización y asociados a un mayor nivel de satisfacción global [4-9]. Por lo tanto debido a todo lo expuesto anteriormente este proyecto es de vital importancia para analizar el beneficio del inicio temprano de la alimentación en pacientes post colecistectomía laparoscópica electiva, comparado con los que reciben alimentación tardía a las 24 en los Hospitales "Vicente Corral Moscoso" y "José Carrasco Arteaga" en el año 2013. El objetivo de la presente investigación fue determinar si el inicio temprano de la alimentación en pacientes post colecistectomía laparoscópica electiva, comparado con los que reciben alimentación tardía produce disminución de síntomas como náusea, dolor y signos como el vómito.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue experimental aleatorizado abierto debido a la dificultad de ocultar el hecho de ingerir alimentos relacionados con el tiempo post-operatorio. Participaron los pacientes de 18 a 60 años con criterios Asa I y II que ingresaron en el servicio de cirugía de los Hospitales "Vicente Corral Moscoso" y "José Carrasco Arteaga" de la ciudad de Cuenca-Ecuador para CL electiva durante el período 1 de febrero del 2013 al 31 octubre de 2013. El grupo 1: pacientes en quienes se inició la alimentación en forma temprana, a las seis horas y media del post quirúrgico. El grupo 2 constituyeron los pacientes a quienes se inició la alimentación tardía, de forma tradicional a las veinte y cuatro horas del post quirúrgico. La muestra fue calculada con el programa EpiInfo 7, considerando la variable náusea que es la de mayor prevalencia. Los criterios utilizados fueron: Nivel de confianza: 95%, Poder: 80%, Ratio: 1, porcentaje del grupo no expuesto: 30%, porcentaje del grupo expuesto: 10%. La muestra calculada fue de 200 pacientes, a lo que se adjuntó 10% por pérdidas. La aleatorización simple se realizó con el programa Epidat 3.1. Se excluyeron pacientes que no quisieron participar en el estudio y los pacientes con las siguientes características clínicas: diagnóstico de colecistitis aguda, de inmunodeficiencia congénita o adquirida, en quienes se requirió colocación de dren durante el acto quirúrgico y en quienes hubo sospecha de lesión de vía biliar.

Aspectos Éticos: se informó a los pacientes el motivo de la investigación y se les aclaró de su autonomía de participación. Se les dejó saber que su pertenencia o no en el estudio, no implicaría menoscabo para sus atenciones de salud, con lo que se garantizó la no maleficencia. Los que aceptaron ingresar al estudio firmaron un consentimiento informado donde se les indicó el objetivo del estudio así como la confidencialidad de los datos.

### PROCEDIMIENTOS ESTANDARIZADOS

Intraoperatorio: Se realizó colecistectomía por vía laparoscópica mediante la utilización de cuatro puertos, además se realizó infiltración

de bupivacaína 0.5% diluida al 0.125% con infiltración a nivel de heridas de los trócares en forma de abanico 2.5 cc en cada puerto a todos los pacientes.

### POSTOPERATORIO MEDIATO

Grupo 1: En la sala de recuperación se administró ketorolaco vía venosa a dosis de 1 mg/kg/día en dosis cada 8 horas además de Ondansetrón dosis de 8 mg vía venosa. En las primeras 6 horas del postoperatorio, se inició con alimentación líquida estricta, líquidos claros 250 cc y se valoró si existe presencia de náusea, vómito y dolor, este último valorado por la escala de EVA. Las valoraciones se realizaron a las 6 horas post-operatorias, a las 6 horas y media, y a las 24 horas.

Grupo 2: En la sala de recuperación se administró ketorolaco vía venosa a dosis de 1 mg/kg/día en dosis cada 8 horas; además, de Ondansetrón dosis de 8 mg vía venosa. En las primeras 6 horas del postoperatorio, se valoró si existe presencia de náusea, vómito y dolor, este último valorado por la escala de EVA. Las valoraciones se realizaron a las 6 horas post-operatorias, a las 6 horas y media, y a las 24 horas.

### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El paquete estadístico utilizado fue SPSS 15.0. Los datos se presentan con frecuencia y porcentaje para los datos categóricos y promedio y desviación estándar para los datos en escala. Las comparaciones entre grupos se realizaron utilizando T de student para los datos en escala y Chi cuadrado para los datos categóricos. La significación fue estadísticamente diferente cuando el valor de P fue menor de 0.05. También se reporta riesgo relativo para las variables del estudio con su intervalo de confianza al 95%.

## RESULTADOS

Ingresaron al estudio 220 pacientes, 110 en cada grupo. No se encontraron diferencias significativas entre la media de edad de ambos grupos que fue de 42 años (Tabla 1); la distribución con respecto a sexo femenino y al tiempo quirúrgico no fue estadísticamente diferente entre los grupos. La incidencia de náusea en el grupo de Alimentación Temprana a las 6 horas antes de ingerir alimentos fue del 50% mientras que en el grupo control de alimentación tardía fue del 34.5% (P=0.02). En el grupo de alimentación temprana luego de 30 minutos de administración de alimentos la frecuencia fue del 7.3% de náusea versus un 24.5% en el grupo control (P<0.001), con un delta Basal-30 minutos -16% en el grupo de alimentación temprana y de -10% en grupo de alimentación tardía (P<0.05). El riesgo de presentar

náusea con la alimentación temprana a las 6 ½ horas fue de RR 0.3 (IC 95% 0.1-0.6) (P<0.005), la Reducción del Riesgo Relativo (RRR) fue del 70% y el RAR fue de 0.17; el número necesario a tratar fue 6. La presentación de náusea a las 24 horas no fue diferente estadísticamente en ambos grupos con el 0.9%; obteniéndose un RR no significativo.

Con respecto al vómito en el grupo de alimentación temprana fue de 0% previo a la ingesta alimentaria (6 horas), mientras que en grupo de alimentación tardía fue de 15.5%, a las 6 ½ horas el vómito en el grupo de alimentación temprana fue del 1.8% y en el grupo de alimentación tardía fue de 12.7%. El delta Basal-30 minutos fue de +1.8% en el grupo de alimentación temprana y en el grupo de ali-

mentación tardía de -2.8%. RR fue de 0.14 (IC 95% 0.03-0.6); la RRR fue del 86% y el RAR fue de 11; con un NNT de 10. A las 24 horas post operatorias, en ninguno de los grupos se presentaron pacientes con vómito.

Con respecto al dolor a las 6 horas, en condiciones basales, la incidencia de dolor moderado o intenso fue menor en el grupo asignado a alimentación temprana. A las 6 ½ el grupo de alimentación temprana 68.2% versus 61.8% en el grupo de alimentación tardía, sin diferencias significativas). A las 24 horas en el grupo de alimentación temprana la incidencia de dolor fue de 0%, mientras que en el grupo experimental de 76.4% (P<0.001) (Tabla 2).

**TABLA 1. Distribución de 220 pacientes post colecistectomía laparoscópica electiva según características demográficas y grupo experimental. Cuenca, 2013**

VARIABLE		CON ALIMENTACIÓN TEMPRANA N=110	CON ALIMENTACIÓN TARDÍA N=110	VALOR P
Edad	Edad promedio	42.17 ±11.36	42.21 ±11.37	NS
	18-30 años	19 (50%)	19 (50%)	NS
	31-45 años	46 (56.8%)	35 (43.2%)	
	46-60 años	45 (44.6%)	56 (55.4%)	
Sexo femenino		74 (47.7%)	81 (52.3%)	NS
Tiempo Quirúrgico	< a 60 minutos	51 (42.1%)	70 (57.9%)	NS
	> a 60 minutos	59 (59.6%)	40 (40.4%)	

**TABLA 2. Distribución de 220 pacientes post CL electiva según presentación de náusea, vómito y dolor en ambos grupos de estudio. Cuenca, 2013**

	CON ALIMENTACIÓN TEMPRANA N=110	CON ALIMENTACIÓN TARDÍA N=110	VALOR P	RIESGO RELATIVO (INTERVALO DE CONFIANZA 95%)
Náusea post-operatoria inmediato	55 (50%)	38 (34.5%)	0.02	0.30 (0.1 - 0.6)
Náusea a las 6 ½ horas	8 (7.3%)	27 (24.5%)	0.001	
Náusea a las 24h	1 (0.9%)	1 (0.9%)	1	1 (0.06 - 15.7)
Vómito post-operatorio inmediato	0	17 (15.5%)	0.001	0.14 (0.03-0.6)
Vómito a las 6 ½ horas	2 (1.8%)	14 (12.7%)	0.002	
Vómito a las 24 horas	0	0	1	na
Dolor post-operatorio inmediato	97 (88.2%)	110 (100%)	0.9	1.1 (0.9-1.3)
Dolor a las 6 ½ horas	75 (68.2%)	68 (61.8%)	0.32	
Dolor a las 24 horas	0	84 (76.4%)	0.001	0.01 (0.001 - 0.1)

Na= No aplica

## DISCUSIÓN

El íleo post operatorio es una perturbación no mecánica de la motilidad normal gastrointestinal, considerada una parte esperada de la convalecencia post cirugía abdominal e intestinal [15]. El inicio de la alimentación se ha retrasado en el paciente quirúrgico, motivados muchas veces por parámetros establecidos hace algunos años más que por estadísticas y estudios que demuestren la utilidad; por otro lado, aunque son pocos, existen estudios que evidencian que un inicio temprano de la alimentación tras el proceso quirúrgico puede manifestarse en beneficios para el paciente. Se realizó un estudio experimental en 220 pacientes asignados aleatoriamente a 2 grupos, el primero recibió alimentación temprana a las 6 horas y el segundo tras 24 horas post CL. La media del grupo experimental fue de 42.17 años y del grupo control 44.21 años. La náusea es uno de los principales problemas asociados con el periodo post quirúrgico; y este es un tema a tratar, como lo menciona Climent, en el año 2011 en Costa Rica en su guía de atención nutricional del paciente quirúrgico con patologías del tracto intestinal [1] que el objetivo de la intervención nutricional en el postoperatorio inmediato, es prevenir o aliviar las náuseas o vómitos provocados por el efecto de la anestesia, mediante un adecuado reinicio de la vía oral y progresión de la dieta. Climent, en año 2011 en Costa Rica en su guía de atención nutricional del paciente quirúrgico con patologías del tracto intestinal [1] menciona un meta-análisis [16] realizado de pruebas controladas (11 estudios con 837 pacientes) que recibieron una alimentación temprana por vía oral versus nada por vía oral después de la cirugía, concluyó que no es beneficioso mantener a pacientes con la indicación "nada por vía oral" en el primer día del postoperatorio, después de la resección electiva. El tipo de la cirugía se clasificó como de páncreas, hepato biliari, gastrointestinal superior (proximal al yeyuno) o gastrointestinal inferior (distal al duodeno). La alimentación temprana redujo tanto el riesgo de cualquier tipo de infección (RR 0.72, 95% IC) y la estancia media (P = 0.01) [17, 18]. Estudios realizados de 1979 a 2006 [17] demuestran polémica en relación con la función de la nutrición enteral precoz postoperatoria en cirugía gastrointestinal. Se identificaron 13 ensayos controlados aleatorios (ECA), con 1173 pacientes que se sometieron a cirugía gastrointestinal, específicamente colorrectal encontrando que las complicaciones clínicas individuales no alcanzaron significancia estadística, pero la dirección del efecto indica que la alimentación precoz, durante las primeras 24 horas posteriores a la cirugía, puede reducir el riesgo de complicaciones postoperatorias (IC del 95%) [1]. Este autor resalta los beneficios de empezar la alimentación vía oral lo antes posible en pacientes post quirúrgicos; en este estudio se evidenció que en el grupo experimental a las 6 horas (datos basales) presentó más presencia de náuseas (50%) sin embargo tras 6 horas y media las náuseas disminuyen signi-

ficativamente en el grupo experimental (7.3%) hasta llegar a un 0.9% en la valoración tras 24 horas post colecistectomía; el NNT para obtener un beneficio a las 6 horas y media en lo referente a disminuir las náuseas fue de 6 pacientes (IC 95% 4-13) y la reducción relativa del riesgo (RRR) de náusea fue del 70% con la alimentación temprana. Samayoa y López [18] en un estudio de 10 años con 142 pacientes con cirugía abdominal ginecobstétrica en el año 2004, en Honduras, encontraron que la experiencia personal de 20 años en la práctica de la alimentación oral temprana en el postoperatorio inmediato en pacientes con cirugía abdominal ginecobstétrica, histerectomía, y se confirma la ausencia de complicaciones postoperatorias y alta temprana y concluyen mencionando que el uso de la alimentación oral temprana en el postoperatorio inmediato de pacientes sometidas a cirugías abdominales ginecobstétricas está siendo muy aceptada por muchos, incluyéndose en la cirugía oncológica. Otro meta-análisis llevado a cabo por Charoenkwan y colaboradores [19] también en pacientes sometidas a cirugía abdominal mayor ginecológica, histerectomía, encontraron que el inicio temprano de los líquidos orales y los alimentos se asoció con: aumento de las náuseas (un estudio, 195 pacientes; riesgo relativo 1.79; intervalo de confianza del 95%: 1.19 a 2.71), menor tiempo hasta la aparición de ruidos intestinales (un estudio, 195 pacientes; diferencia de medias ponderada -0.5 días; intervalo de confianza del 95%: -0.84 a -0.16), menor tiempo hasta la primera dieta sólida (dos estudios, 301 pacientes; diferencia de medias ponderada -1.47 días, intervalo de confianza del 95%: -2.26 a -0.68) y una tendencia hacia una estancia hospitalaria más corta (dos estudios, 301 pacientes; diferencia de medias ponderada -0.73 días, intervalo de confianza del 95%: -1.52 a 0.07). También fue evidente una estancia hospitalaria más corta con la alimentación temprana en el estudio que informó la mediana de la duración de la estancia hospitalaria (<2 días; 4 días en el grupo de alimentación temprana y 6 días en el grupo de alimentación tradicional).

Estos resultados se corroboran con algunos de los encontrados en nuestro estudio, como el aumento de la náusea al iniciar tempranamente la alimentación situación evidenciada en nuestra población experimental; además se menciona una estancia hospitalaria más corta sumándole un beneficio adicional a esta terapia.

En lo referente a la presentación de vómito los resultados en el grupo experimental son aún mejores que los conseguidos en relación a la náusea; pues únicamente a las 6 horas y media se presentó un 1.8% de población que vomitó; a las 24 horas no se presentaron pacientes con vómito en el grupo experimental; siendo el NNT de 10 pacientes para obtener reducción de un 86% de riesgo de vómito a las 6 horas y media en comparación con el grupo control.

Otro estudio realizado por Janeiro y colaboradores [20] en pacientes sometidos a CL ambulatoria en 2004 en 1025 personas con colecistectomías realizadas entre 1993 y 2003, de las cuales 405 eran ambulatorias (71.7%) con una edad promedio de 40.5 años se encontró que una vez recuperados de la anestesia, se inició la vía oral con líquidos claros (té, jugo de fruta, agua) y si había tolerancia adecuada (control del dolor, náusea mínima o nula, sin evidencia de complicación clínica) se programó el alta.

En un hospital de Nanjing, China [21] se compararon 100 casos de pacientes con colecistectomía ambulatoria con otros 100 que se realizaron el procedimiento en hospitalización. Luego de la cirugía ambulatoria el tiempo para reiniciar dieta líquida y blanda fue de 11.3 horas y 20.1 horas, respectivamente; mientras que en el grupo de hospitalizados fue de 10.7 horas para la dieta líquida y 22 horas para la blanda. Las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas.

En lo referente al dolor, también se evidenció, aunque leve, mejores resultados en el grupo con alimentación temprana, hasta las 6 horas y media es decir en las primeras horas; sin embargo a las 24 horas las diferencias son significativas entre los 2 grupos donde en el grupo experimental no presenta pacientes con dolor mientras que en el grupo control el 76.4% de este grupo posee aun dolor.

En nuestra población también demostró que los pacientes que recibieron alimentación temprana presentaron menor tiempo de estancia hospitalaria; esto lo menciona Andersen [21] que la duración de la estancia hospitalaria se redujo en ocho de los 12 estudios. La reducción general correspondió a un día, un resultado clínico y económicamente importante.

La función de la nutrición enteral precoz postoperatoria después de la cirugía gastrointestinal es polémica. El tratamiento tradicional consiste en “nada por boca”, en el cual los pacientes reciben líquidos seguidos de sólidos, en caso de tolerarlos. Aunque varios ensayos han relacionado la baja incidencia de complicaciones sépticas con una curación más rápida de la herida con la alimentación enteral precoz, otros ensayos mostraron resultados opuestos. La ventaja inmediata de la ingesta calórica podría evaluar sistemáticamente una recuperación más rápida con menos complicaciones

En este estudio se ha demostrado que la alimentación temprana es beneficiosa para disminuir la presentación de náusea, vómito y dolor, por lo que la introducción de alimentación de manera temprana beneficia a los pacientes tras CL.

## CONCLUSIÓN


Los grupos fueron comparables entre sí en edad, sexo y tiempo quirúrgico. El grupo que recibió tempranamente la dieta tuvo menor

náusea y vómito a las 6 horas y media post-operatoria y menor dolor a las 24 horas del post-operatorio.

## CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

Hernán Martínez (HM), Juan Salamea (JS), Ángel Tenezaca (AT). Diseño del estudio: HM, JS. Levantamiento bibliográfico: HM. Recolección de datos: HM. Análisis Estadístico: AT. Análisis crítico del artículo: JS, AT. Escritura del artículo: HM. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

## INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

Hernán Martínez, Médico Cirujano, Tratante del Hospital “José Carrasco Arteaga”.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4357-3066>

Juan Carlos Salamea Molina, Médico cirujano, tratante del Hospital “Vicente Corral Moscoso”.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9084-3030>

Ángel Tenezaca, Profesor del postgrado de Cirugía de la Universidad de Cuenca-Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4391-6089>

## ABREVIATURAS

CL: colecistectomía Laparoscópica. RR: riesgo Relativo. RRR: Reducción del riesgo Relativo. NAT: número Necesario a tratar.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al personal de quirófano de los hospitales en donde se realizó el estudio por su colaboración en la recolección de los datos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Climent R, Sánchez A, Del Río L, Méndez Y, Ramírez A. Guía de Atención Nutricional del Paciente Quirúrgico con Algunas Patologías del Tracto Intestinal. Caja Costarricense de Seguro Social Gerencia Médica Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud Área de Atención Integral. 2011. 1ra ed. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/guianutricional.pdf> [Visitado el 28 nov 2013].
2. Bermúdez I, López S, Sanmillán A, González C, Baamonde I, Rodríguez A, et al. Colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio. *CirEsp* 2004;76(3):159-63.
3. Martínez C. La colecistectomía laparoscópica mediante cirugía sin ingreso. *Reduca (RecursosEducativos)*. *SerieMedicina* 2009; 1(1): 390-407.
4. Golembiewski J, Chernin E, Chopra T. Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting. *Am J HealthSystPharm*. 2005 Jun 15; 62(12):1247-60.
5. Serralta A, Bueno J, Sanhauda A, García R, Arnal C, Martínez P, et al. Evolución del dolor postoperatorio en la colecistectomía laparoscópica bajo anestesia-analgésia multimodal en régimen ambulatorio. *Rev. Esp. Anestesiol. Reanim*. 2002; 49: 461-7.
6. Watcha M, White P. Postoperative nausea and vomiting in Cletiology, treatment, and prevention. *Anesthesiology* 1992;77:162-84.
7. Fuji H, Tanaka T, Kawasaki T. Randomized clinical trial of granisetron, droperidol and metoclopramine for treatment of nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy. *British Journal of Surgery* 2000;87:285-288.
8. Moore J, Rodríguez S, Roa A, Girón M, Sanabria A, Rodríguez P, et al. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria: modelo de programa costo-eficiente de cirugía laparoscópica. *Revista Colombiana de Cirugía* 2004; 19(1):43-53.
9. Fajardo R, Velazuela J, Olaya S, Quintero G, Carrasquilla G, Pinzón E, et al. Costo-efectividad de la colecistectomía laparoscópica y de la abierta en una muestra de población colombiana. *Biomedica*, 2011; 31(4): 514-24.
10. Lewis S, Egger M. Alimentación temprana después de la cirugía gastrointestinal. *BMJ*; 2001 323: 1-5.
11. Mangesi L, Hofmeyr G. Administración oral temprana de líquidos y alimentos versus tardía después de la cesárea (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3, Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.). [último acceso 28 nov 2013].
12. Bel IM, Gambús PC. Risk assessment, prophylaxis and treatment for postoperative nausea and vomiting. *Rev EspAnestesiolReanim* 2006; 53: 301-11.
13. Hausel J, Nygren J, Thorell A, Lagerkranser M, Ljungqvist O. Randomized clinical trial of the effects of oral preoperative carbohydrates on postoperative nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg*. 2005;92(4):415-2114.
14. Yado-García R, Armendáriz-Salinas J, Valero-Gómez J, Terán-Guevara J, Betancourt-Márquez M. Prevención de náusea y vómito postoperatorios en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica con ondansetrón. *Revista Mexicana de anestesiología* 2013; 36 (4): 280-7.
15. Lassen K, Hannemann P, Ljungqvist O, Fearon K, Dejong CHC, von Meyenfeldt MF, et al. Patterns in current perioperative practice: survey of colorectal surgeons in five northern European countries. *BMJ* 2005; 330: 1420-1421.
16. Simpson JP, Savarise MT, Moore J. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: what predicts the need for admission? *Am Surg*. 1999; 65:325-8.
17. Andersen H, Lewis S, Thomas S. Nutrición enteral precoz (24 horas) versus inicio tardío de la alimentación para las complicaciones postoperatorias de la cirugía colorrectal. [Consultada en Mayo 7 2010] en: <http://www.update-software.com/> BCP/BCPGetDocument.asp? DocumentID=CD004080 [último acceso 28 nov 2013].
18. Samayoa E, López A. Alimentación oral temprana en el post operatorio inmediato de pacientes con cirugía abdominal ginecológica. *RevMedHond* 2004; 72:92-95.
19. Charoenkwan K, Phillipson G, Vutyavanich T. Líquidos y alimentos por vía oral tempranos versus tardíos (tradicionales) para la disminución de las complicaciones después de la cirugía ginecológica abdominal mayor (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3, Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.). [último acceso 28 nov 2013].
20. Janeiro J, Prado E, Theure G, Theurel G, De la Rosa R, Lozano A. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria, una buena alternativa. *Revista Cirujano General* 2004; 26(4): 306-310.
21. Wu J, Ding K, Wang D. Laparoscopia ambulatoria versus colecistectomía hospitalaria. Un análisis en un solo centro clínico 2010. Disponible en: <http://www.hbpdint.com/upload/PDF/20102411336162610.pdf> [último acceso 28 nov 2013].

### CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores no reportan ningún conflicto de intereses.

### COMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Martínez H, Salamea J, Tenezaca A. Alimentación temprana en pacientes poscolecistectomía laparoscópica electiva en los Hospitales “Vicente Corral Moscoso” y “José Carrasco Arteaga”. 2013. *Rev Med HJCA* 2014; 6(2): 112-115. doi: 10.14410/2014.6.2.004