

TEMA 32.- POSTOPERATORIO NORMAL

J. Alcalde

Reacción bastante parecida a la que tiene cualquier mamífero y cualquier ser humano ante una agresión. Sigue ciertas etapas:

- **Etapla adrenérgica – corticoide (4 primeros días):** cuando alguien sufre una agresión en primer lugar sus hormonas adrenérgicas y corticoides para facilitar la huida del individuo.
 - Taquicardia
 - Oliguria por retención de agua y Na, eliminación de K.
 - Disminuye el peristaltismo intestinal.
 - Balance nitrogenado negativo y pérdida de peso.
 - Pérdida de apetito.
 - Desinterés general.
- **Etapla corticoide (entre el 4º y el 8º día)**
 - Aumento de la diuresis.
 - Recuperación del peristaltismo intestinal.
 - Recuperación del interés general.
- **Etapla anabólica (entre 8º y 14º día):** comienza la recuperación.
 - Recuperación del apetito.
 - Balance nitrogenado positivo.
- **Periodo de restablecimiento (semanas)**
 - Recuperación de masa muscular.
 - Normalización de todos los parámetros.

Vigilancia durante el postoperatorio

- **Postoperatorio inmediato en REA o UVI.**
 - Es un periodo crítico (extubación, traslado, etc.).
 - Posible hemorragia, hipotensión, depresión respiratoria, emesis, etc.
 - Vigilancia continua de parámetros cénicos y analíticos.
- **Postoperatorio en la planta de cirugía:**
 - Comienza cuando el paciente se encuentra estabilizado.
 - Vigilancia periódica de parámetros clínicos.

Parámetros clínicos que requieren vigilancia

- Frecuencia cardiaca
- TA
- Frecuencia respiratoria
- Temperatura
- Diuresis
- Vómitos
- Balance hidroelectrolítico
 - Pérdida por drenajes y sondas
 - Pérdidas insensibles
 - Aporte (2,5l-3l con algo de K)
- Presión venosa central (no siempre)

Medidas terapéuticas según necesidad

- **Sueroterapia** si el paciente no tolera alimentación oral: suero salino y glucosado con CLK.
- **Analgésicos.**
- **Antisecretores** (omeprazol): por estrés, analgésicos gastroerosivos...
- **Antieméticos** sólo si tiene vómitos.
- **Antibióticos:** en cirugías programadas cada vez se usa más la profilaxis antibiótica antes y durante la operación, pero no se alarga más tras la operación.
- **Heparina** de bajo peso molecular: si se van a quedar inmóviles.
- **Diuréticos:** si orinan poco. Nos podemos orientar con la Presión Venosa Central (PVC).
- **Insulina:** diabetes o prediabetes.
- **Antihipertensivos:** hipertensos.

Lo que se suele dar siempre es omeprazol y heparina y a veces estos tampoco se dan. Es mucho mejor antitrombótico el pasear que la heparina.

Indicaciones del postoperatorio

1. Movilización precoz del paciente.
2. Cuidados de la herida.
3. Cuidado de estomas.
4. Vigilancia de orificios de drenaje: cutáneos, torácicos, abdominales.
5. Inicio de alimentación oral: los 4 o 5 días posteriores a cualquier manipulación del intestino se produce un íleo paralítico postoperatorio.
6. Alimentación enteral o parenteral.

Apoyo nutricional durante el postoperatorio

- Cirugía programada habitualmente digestiva o maxilofacial que impida comer.
- Cirugía de urgencia.
- Grandes quemados: consumo calórico enorme, aunque no se les opere se les da apoyo nutricional.

¿Qué pacientes del ámbito quirúrgico requieren apoyo nutricional?

- En cirugía programada:
 - Si no van a poder comer antes de 7 días (menos de 7 días puede pasarlos sin problema con sueros).
 - Si tienen una desnutrición previa >10%.
- En cirugía de urgencia:
 - Esofágica (perforación)
 - Estómago y duodeno: perforación, hemorragia, etc.
 - Intestino delgado y grueso: obstrucción, perforación, hemorragia, etc.
 - Politraumatizados con lesiones multiviscerales.

Soporte nutricional

El soporte nutricional debe comenzar cuanto antes.

Anteriormente se evitaba la nutrición enteral hasta que el paciente comenzaba con tránsito intestinal tras cirugía abdominal.

Actualmente se inicia la nutrición enteral precozmente tras la cirugía abdominal (36h), ya que la parenteral requiere la colocación de un catéter en la vena cava, con sus infecciones asociadas, además la calidad de los nutrientes es peor, y la enteral tiene la ventaja de hacer funcionar al intestino (mantiene el equilibrio de la flora intestinal) y da muy pocos problemas.

Algunas investigaciones en curso podrían demostrar que la inmunología del paciente evoluciona de forma más favorable tras la cirugía con nutrición enteral que parenteral.

Se puede usar para nutrición enteral:

- Sonda enteral nasofaríngea.
- Gastrostomía quirúrgica o percutánea.
- Catéter yeyunal colocado en quirófano.

Ventajas de la nutrición enteral

- Menor número de complicaciones que la NP.
- Menor número de infecciones.
- Mejor control del SIRS.
- Protege la mucosa intestinal y evita la traslocación bacteriana.

Indicaciones de la nutrición parenteral

- Cuando existe contraindicación para la enteral.
- Como paso intermedio hasta instaurar la enteral.
- Cuando la enteral no puede aportar todos los requerimientos calóricos, se pueden complementar.
- Aportar 20% de las necesidades nutricionales por nutrición enteral es suficiente para mantener el intestino en forma.