



Alteraciones digestivas postquirúrgicas en el adulto ginecológico

Las alteraciones digestivas postquirúrgicas son una preocupación común en pacientes ginecológicas, y pueden incluir náuseas, vómitos, constipación e íleo paralítico. Estas complicaciones pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente y prolongar el tiempo de recuperación. El manejo adecuado de estas complicaciones es crucial para una recuperación rápida y efectiva.

Las cirugías más frecuentes que pueden propiciar estas alteraciones principalmente ya que están relacionadas a la zona digestiva son: laparoscopías, laparotomías, TOT y TVT.

Las alteraciones más comunes son:

- Náuseas y vómitos
- Constipación/estreñimiento
- Íleo paralítico

A continuación, profundizaremos en cada una de estas:

1. Náuseas y Vómitos

Las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) son de las complicaciones más frecuentes que ocurren postoperatoriamente. Se ha estimado que afectan en torno al 30% de los pacientes quirúrgicos. Su incidencia llega a elevarse hasta el 80% en el caso de aquellos pacientes con factores de riesgo que no reciben una adecuada profilaxis

antiemética.⁽³⁾ Tienen a ser principalmente por el uso de anestésicos y opioides.

Las náuseas, la sensación desagradable de necesidad de vomitar, representan la conciencia de estímulos aferentes (incluido mayor tono parasimpático) al centro del vómito del bulbo raquídeo. El vómito es la expulsión forzada de contenido gástrico causada por contracción involuntaria de la musculatura abdominal, cuando se relajan el fundus gástrico y el esfínter esofágico inferior.⁽¹⁾

Se cree que la causa es multifactorial y puede estar relacionada con factores como la anestesia, el dolor y la falta de movilidad. El vómito constante puede provocar alteraciones electrolíticas tales como alcalosis metabólica con hipopotasemia. Si está inconsciente puede sufrir neumonía por aspiración. Y a nivel crónico desnutrición, alteraciones metabólicas y baja de peso.

Dentro de los **factores de riesgo** pueden ser: Relacionados con el paciente, relacionados a la cirugía y factores relacionados a la anestesia (Tabla 1)⁽³⁾

También se pueden considerar como riesgo la restricción de fluidos perioperatoria y la administración de cristaloides frente a coloides.

Autor: Mat. Angie Demierre M.

Alteraciones digestivas postquirúrgicas en el adulto ginecológico

Clínica de EMQ

Año 2023



Factores de Riesgo para la aparición de náuseas y Vómitos	
Relacionados con el paciente	Sexo femenino Estatus de no fumador Historia previa de NVPO Historia previa de cinetosis Edad <50 años
Relacionados con la anestesia	Duración prolongada de la anestesia Elevados requerimientos de opiodes Empleo de anestésicos volátiles Empleo de óxido nitroso (N ₂ O) Empleo de dosis elevadas de Neostigmina (>3 mg)
Relacionados con la cirugía	Tipo de cirugía laparoscópica, ginecológica, de mamas, del estrabismo, laparotomía, cirugía plástica, oftalmológica. Duración prolongada de la cirugía

Tabla 1: Factores de Riesgo para la aparición de náuseas y vómitos

Otros posibles factores de riesgo de menor entidad son: bajo riesgo ASA, historia de migraña y ansiedad preoperatoria. ⁽²⁾

La estratificación del riesgo de NVPO nos permite clasificar a los pacientes en:

- riesgo bajo: 0-1 factores de riesgo presentes
- riesgo intermedio: 2-3 factores de riesgo
- riesgo alto: 4-5 factores de riesgo, dependiendo de la escala utilizada

Profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios

Las **estrategias generales que se pueden utilizar para reducir el riesgo basal de NVPO** son:

- Evitar la anestesia general, prefiriendo la anestesia regional (evidencia tipo 1A).
- Utilizar propofol intravenoso (iv) para la inducción y mantención de la anestesia general (1A).
- Evitar el uso de óxido nitroso (1A).
- Evitar el uso de anestésicos inhalatorios (2A).

- Minimizar el uso intraoperatorio (2A) y postoperatorio de opiodes (1A).
- Hidratación iv abundante (1A)

Fármacos utilizados para la profilaxis y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios (Tabla 2)⁽⁴⁾

En cuanto al tratamiento farmacológico, se ha comprobado que los tres antieméticos usados con más frecuencia: ondansetrón (4mg), dexametasona (4mg) y droperidol (1,25mg), muestran una eficacia antiemética similar y cada uno, de forma independiente, reduce el riesgo de NVPO en un 25% aproximadamente ⁽²⁾.

Manejo de Matrona/ón en Náuseas y vómitos postoperatorios.

El manejo de las NVPO comienza desde la prevención y se puede lograr con el uso de antieméticos antes y después de la cirugía, así como con la movilización temprana después de la cirugía.

Autor: Mat. Angie Demierre M.

Alteraciones digestivas postquirúrgicas en el adulto ginecológico
Clínica de EMQ
Año 2023



Familia	Dosis y vía de administración	Efectos adversos
Antagonistas 5-HT3 (Ej: ondansetrón, granisetron, palonosetrón)	Ondansetrón 4 mg iv y 8 mg vo	Prolongan el intervalo QT del electrocardiograma (dosis > 16 mg, salvo palonosetrón)
	Granisetron 1-3 mg iv	Cefalea
		Elevación de enzimas hepáticas
Corticoides (Ej: dexametasona, metilprednisolona)	Dexametasona 4-8 mg iv	Estreñimiento
	Metilprednisolona 40 mg iv	Infección postoperatoria (discutible)
Butirofenonas (Ej: droperidol, haloperidol)	Droperidol 0,625-1,25 mg iv	Aumento de la glucemia intra- y postoperatoria en pacientes con alteraciones de la glucemia previas a la cirugía (dosis ≥ 8 mg)
	Haloperidol 0,5-2 mg intramuscular o iv	Prolongación del intervalo QT del electrocardiograma Síntomas extrapiramidales
Benzodiazepinas (Ej: midazolam)	Midazolam 2-5 mg iv	Cefalea
		Mareos
Inductores anestésicos (Ej: propofol)	Propofol en modalidad anestesia total intravenosa durante cirugía	Sedación
	Propofol de rescate en URP 10-20 mg iv en bolos	Depresión respiratoria
		Hipotensión arterial
		Hipopnea/Apnea
		Sedación

Tabla 3: Fármacos utilizados para la profilaxis y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios

Otra de sus funciones es la evaluación y seguimiento de los signos vitales del paciente, el monitoreo del estado de hidratación, la administración de medicamentos antieméticos y procinéticos, la educación del paciente y la colaboración con otros profesionales del equipo.

2. Constipación o Estreñimiento

El estreñimiento es el tránsito dificultoso o infrecuente de materia fecal, el aumento de la dureza de esta o una sensación de evacuación incompleta.⁽⁵⁾ Dentro de los factores comunes que contribuyen al estreñimiento en la población general están la alimentación, alteración de los hábitos intestinales,

ingestión insuficiente de líquidos y la falta de ejercicio.

El estreñimiento es común, a menudo secundario a drogas, cirugía intestinal, inmovilización posoperatoria y uso de opioides, sedantes, tranquilizantes y somníferos, anestesia general o bloqueo pudiendo.⁽⁶⁾

El tratamiento del estreñimiento debe incluir la reducción de opioides y otros medicamentos que provocan estreñimiento, el inicio de la deambulación lo antes posible después de la operación y la administración de laxantes estimulantes si el paciente no se ha sometido a una cirugía gastrointestinal.

Un estudio en pacientes de edad avanzada comparó la eficacia, el costo y

Autor: Mat. Angie Demierre M.

Alteraciones digestivas postquirúrgicas en el adulto ginecológico

Clínica de EMQ

Año 2023



la simplicidad de los laxantes naturales (pasas, grosellas, ciruelas pasas, higos, dátiles y concentrado de ciruelas) con un régimen que usaba ablandadores de heces, lactulosa y otros laxantes. Los resultados mostraron que los laxantes naturales costaban menos, tenían deposiciones más naturales y regulares y eran más fáciles de tomar. ⁽⁷⁾

Manejo de Matrona/ón en Náuseas y vómitos postoperatorios.

Evaluación:

- Establecer el ritmo y los hábitos intestinales normales del paciente (hora del día para evacuaciones normales, consistencia, color y cantidad).
- Levantada asistida y precoz. Ejercicios adecuados al estado de la usuaria/o
- Hidratación endovenosa u oral según régimen
- Determinar el uso normal o acostumbrado de laxantes, estimulantes o enemas según indicación.
- Fomentar ingestión de fibra postoperatoria
- Proporcionar un inodoro o silla retrete al lado de la cama y aparatos apropiados de asistencia; evitar el uso del orinal de cama cuando fuera posible.
- Evaluar la dosis de opioides e informar del estado del paciente a médico para que evalúe el uso de laxantes u otros, y administrarlos.

3. Ileoparalítico⁽⁸⁾

El íleo, Íleo paralítico; íleo adinámico o paresia, es la falla temporal de las

contracciones peristálticas musculares normales de los intestinos. A diferencia de la obstrucción intestinal (que es su diagnóstico diferencial), el íleo imposibilita el traspaso de alimentos, líquidos, secreciones digestivas y gases a través de los intestinos, por lo tanto el riesgo de rotura es muy bajo siempre y cuando no se administre nada por boca. El íleo ocurre con frecuencia en las 24 a 72 horas posteriores a una cirugía abdominal, especialmente cuando los intestinos han sido manipulados.

Su **causa** más frecuente es una cirugía abdominal, pero también puede ser por uso de anestésicos, opioides y bloqueados de los canales de calcio, inflamación intraperitoneal o retroperitoneal tal como apendicitis; trastornos metabólicos; hematomas retroperitoneales o intraabdominales; enfermedades renales o torácicas.

Los **signos y síntomas** más frecuentes son: edema, vómitos, estreñimiento, retortijones, en ocasiones pueden tener deposiciones líquidas escasas y pérdida de apetito. La auscultación revela silencio abdominal o mínimo peristaltismo. El abdomen no es doloroso a la palpación, a menos que la causa de base sea inflamatoria.

El **diagnóstico** se realiza mediante la clínica y radiografía.

Manejo de Matrona/ón en Ileoparalítico

- Régimen cero
- Instalar sonda nasogátrica
- Aspiración nasogátrica continua
- Hidratación mediante VVP
- Si él/la paciente esta con sedantes, dar dosis mínimas.

Autor: Mat. Angie Demierre M.

Alteraciones digestivas postquirúrgicas en el adulto ginecológico

Clínica de EMQ

Año 2023



- Evitar opiáceos y anticolinérgicos

Hay que poner atención en los niveles séricos de potasio ($> 4,00$ mEq/L [> 4 mmol/L]). Ya que es probable que el íleo que persiste > 1 semana tenga una causa obstructiva mecánica, y deba considerarse una posible laparotomía.

Si se realiza el tratamiento correctamente el intestino recupera su motilidad de 24 a 72 horas.

Bibliografía

(1) MSD Manuals, (2022) “Náuseas y vómitos” Por Jonathan Gotfried , MD, Lewis Katz School of Medicine at Temple University. Disponible en:

<https://www.msdmanuals.com/es-cl/professional/trastornos-gastrointestinales/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-gastrointestinales/n%C3%A1useas-y-v%C3%B3mitos>

(2) Acosta-Villegas F, García-López JA, Aguayo-Albasini JL. Manejo de las náuseas y vómitos postoperatorios. Cirugía Española [Internet]. 2010 Dec;88(6):369–73 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-manejo-nauseas-vomitos-postoperatorios-S0009739X10003027>

(3) Díaz Campanero P, et al, (2020), “Actualización en náuseas y vómitos postoperatorios”, disponible en: <https://anestesiario.org/2021/actualizacion-en-nauseas-y-vomitos-postoperatorios/>

(4) Nazar J., Claudio, Bastidas E., Javier, Coloma D., Roberto, Zamora H., Maximiliano, & Fuentes H., Ricardo.

(2017). Prevención y tratamiento de pacientes con náuseas y vómitos postoperatorios. Revista chilena de cirugía, 69(5), 421-428. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2017.02.009>

(5) Mohabir, Paul, et al, (2020), “Atención posoperatoria”, Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-cl/professional/temas-especiales/atenci%C3%B3n-del-paciente-quir%C3%BArgico/atenci%C3%B3n-posoperatoria>

(6) Gotfried , Jonathan, (2022) “Estreñimiento”, MSD Manual, disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-cl/professional/trastornos-gastrointestinales/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-gastrointestinales/estre%C3%B1imiento#:~:text=El%20estre%C3%B1imiento%20es%20el%20tr%C3%A1nsito,%20difícil%20en%20la%20defecaci%C3%B3n.>

(7) Cancer.gov, (2022), “Complicaciones gastrointestinales (PDQ®)”, disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/estrenimiento/complicaciones-gi-pro-pdq#_8

(8) Ansari, Parswa ,(2021), “Íleo”, MSD Manuals, Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%BArgica/%C3%ADleo>

Autor: Mat. Angie Demierre M.