

2.- Título: “ENSAYO CLÍNICO: ANÁLISIS DEL NIVEL DE BIENESTAR E INCIDENCIA DE VÓMITOS EN RELACIÓN A LA INGESTA PRECOZ O TARDÍA POSTQUIRÚRGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA”

Autores: Ana Belén Serrano Casado, Rosalía Giménez Martínez.

Hospital: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

Ciudad: ALBACETE

Comunidad: CASTILLA LA MANCHA

Introducción: Hasta hace unos años, se recomendaba el retraso de la ingesta postquirúrgica para disminuir la incidencia de vómitos. Pero estudios más recientes han demostrado que una ingesta precoz no aumenta la incidencia y mejora el bienestar del niño, estando este cuidado representado con un nivel de evidencia A y B y como recomendación de buena praxis en las guías de práctica clínica más actuales. Sin embargo, en España, estas investigaciones solamente han sido comprobadas en adultos pero no en niños. A pesar de la importancia de este tema y de la mejora en el bienestar que supondría para el paciente, existen pocos estudios y literatura científica al respecto. Por ello este trabajo resulta innovador y puede mejorar los cuidados diarios de Enfermería, logrando así la máxima calidad asistencial en Pediatría.

Palabras: Ingesta precoz, ingesta tardía, tolerancia oral, ayuno postquirúrgico, paciente pediátrico, Cirugía Mayor Ambulatoria, vómitos, bienestar postoperatorio.

Justificación: El presente estudio surge como consecuencia de la observación directa por los profesionales de Enfermería en su práctica diaria asistencial al percibir una demanda por parte, tanto de los niños como de la familia, de la necesidad de introducir precozmente la tolerancia oral posoperatoria debido a la sensación de sed y malestar general provocado por el ayuno. Actualmente, en el servicio de Cirugía Pediátrica del hospital donde se realiza el estudio existe un protocolo específico de cuidados quirúrgicos postoperatorios, en el que se dan indistintamente líquidos o dieta semi-blanda de manera tardía (4h). Por lo tanto, es una necesidad sentida por todos los profesionales enfermeros establecer una forma común de trabajo demostrando qué intervención es la más apropiada basándonos en la mejor evidencia científica logrando finalmente el grado máximo de la calidad: la excelencia

Objetivos: El objetivo principal es demostrar que la ingesta posoperatoria puede efectuarse a las 2 horas sin un incremento de las complicaciones y con una mejora del bienestar del niño intervenido de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

Material: Se ha diseñado una hoja de recogida de datos donde se incluyen todas las variables del estudio y sus respectivas escalas de valoración. El tamaño de la muestra ha sido calculado con el programa Epi Info 7, con un nivel de significación del 95% ($p=0,05$) y una potencia del 80%. El tipo de aleatorización es por asignación aleatoria simple. Para el análisis de los datos se ha empleado el programa de soporte informático SPSS 15.

Metodo: El estudio es un ensayo clínico aleatorizado, en el cual se comparan dos intervenciones asignadas al azar, a dos grupos de pacientes de edades comprendidas entre los 3 y 12 años que van a ser intervenidos de CMA, y que cumplen una serie de

criterios de inclusión y exclusión. En el grupo control (ingesta tardía) los niños comienzan la ingesta de agua a las 4 horas de haber salido del quirófano. Corresponde a la ingesta tradicional cuyo método está actualmente protocolizado en el hospital. En el grupo experimental (ingesta precoz) los niños comienzan la ingesta de agua a las 2 horas de haber salido del quirófano. Es el grupo que recibe la intervención cuyo efecto se desea analizar.

Resultados: En el estudio preliminar se analizaron un total de 58 pacientes. En el grupo de ingesta tardía 6 pacientes presentaron vómitos (20%), y en el grupo de ingesta precoz 4 pacientes (14,28%), sin existir diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,56$). Se ha observado relación entre el tiempo de ingesta con la sensación de sed y nivel de bienestar al alta con una $p= 0,001$ y $0,028$ respectivamente. El inicio de la tolerancia precoz no se relaciona con otras variables del estudio como el sexo, la edad, el IMC, el tiempo de ayuno preoperatorio, la duración de la intervención y el tiempo de estancia hospitalaria, con valores de p no significativos.

Conclusiones: La tolerancia precoz disminuye la sensación de sed y mejora el nivel de bienestar al alta en el posoperatorio del niño sometido a cirugía mayor ambulatoria. En la medición del nivel de bienestar a las 2:30h y a las 4h no se encontraron diferencias significativas, pero sí valores de p próximos a $0,05$, necesitando un mayor tamaño muestral para demostrar significación. No existen diferencias significativas entre la incidencia de vómitos en los dos grupos, por lo que una tolerancia temprana tras la salida de quirófano no aumenta dicha incidencia, considerándose como un método seguro.

Bibliografía: 1. Awad IT, Moore M, Rushe C, Elburki A, O'Brien K, Warde D. Unplanned hospital admission in children undergoing day-case surgery. *EJA* 2004; 21: 379-383. 2. Carr AS, Courtman S, Holtby H, Morton N, Jacobson S, Brennan L, et al. Guidelines on the prevention o postoperative vomiting in children. The Association of Pediatric Anesthetists of Great Britain & Ireland. 2009. 3. Gan TJ, Mb, Frca, Ffarcsi. Risk Factors for Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesth Analg* 2006; 102: 1884-98. 4. Gómez-Arnau JI, Aguilar JL, Bovaira P, Bustos F, De Andrés J, De la Pinta JC, et al. Recomendaciones de prevención y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios y/o asociados a las infusiones de opioides. *Rev Soc Esp Dolor* 2011; 1: 24-42. 5. Hosseini SN, Mousavinasab SN, Hahmanpour H, Sotodeh S. Comparing early oral feeding with traditional oral feeding in upper gastrointestinal surgery. *Turk j gastroenterol* 2010; 21 (2): 119-124. 6. Martínez Claret D, Sánchez Coll B. Tolerancia a la ingesta precoz de líquidos en pacientes postoperados de cirugía menor no digestiva. *Enfermería clínica*; vol. 11, núm. 4. p. 141-145; 2001. 7. Mercan A, El-Kerdarwy H, Bhavsar B, Bakhamees HS. The effect of timing and temperature of oral fluids ingested after minor surgery in preschool children on vomiting: a prospective, randomized, clinical study. *Pediatric Anesthesia* 2011; 21 (10): 1066–70. 8. Radke OC, Biedler A, Kolodzie K, Cakmakkaya OS, Silomon M, Apfel C. The effect of postoperative fasting on vomiting in children and their assessment of pain. *Pediatric Anesthesia* 2009 19: 494–499. 9. Ruiz López N, Martínez Rafael B, Poves Álvarez R, Buisán Garrido F. Guía Clínica. Profilaxis y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios. Sociedad Castellano-leonesa de anestesiología, reanimación y

terapéutica del dolor. 2004. 10. Rüsç D, Eberhart LHJ, Wallenborn J, Kranke P. Nausea and Vomiting After Surgery Under General Anesthesia. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107(42): 733–41. 11. Smith I, Kranke P, Murat I, Smith A, O’Sullivan G, Søreide E, et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol* 2011; 28:556–569.