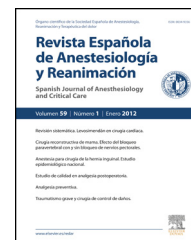




Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



REVISIÓN

Guías de ayuno preoperatorio: actualización

A.C. López Muñoz^{a,*}, N. Busto Aguirreurreta^b y J. Tomás Braulio^a

^a Sección Pediátrica, Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

^b Sección de Anestesia Infantil, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

Recibido el 4 de marzo de 2014; aceptado el 3 de septiembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Ayuno preoperatorio;
Guías;
Anestesia;
Niños;
Lactantes;
Adultos;
Obesidad

KEYWORDS

Preoperative fasting;
Guidelines;
Anesthesia;
Children;
Infants;
Adults;
Obesity

Resumen Desde 1990 las sociedades de Anestesiología han realizado distintas guías de ayuno preoperatorio ya no solo para disminuir la incidencia de aspiración pulmonar y morbilidad anestésica, sino para aumentar el bienestar del paciente previo a la anestesia. Algunas de estas sociedades han ido actualizando sus guías, de manera que desde 2010 ya disponemos de 2 dedicadas al ayuno preoperatorio basadas en la evidencia.

Con este trabajo se ha pretendido revisar las actualizaciones de las guías, así como las pautas actuales para pacientes más controvertidos, como lactantes, obesos y programados para cierto tipo de cirugía oftálmica.

© 2014 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Preoperative fasting guidelines: An update

Abstract Anesthesiology societies have issued various guidelines on preoperative fasting since 1990, not only to decrease the incidence of lung aspiration and anesthetic morbidity, but also to increase patient comfort prior to anesthesia. Some of these societies have been updating their guidelines, as such that, since 2010, we now have 2 evidence-based preoperative fasting guidelines available.

In this article, an attempt is made to review these updated guidelines, as well as the current instructions for more controversial patients such as infants, the obese, and a particular type of ophthalmic surgery.

© 2014 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La aspiración pulmonar en relación con la anestesia (neumonitis, síndrome de Mendelson) ha sido descrita tanto

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aclopezm@comv.es (A.C. López Muñoz).

en cirugía de urgencia como en programada. Con el objetivo de disminuir esta complicación se desarrollaron pautas de ayuno preoperatorio rígidas¹, que reducirían la regurgitación y la aspiración que producirían daño pulmonar, neumonía e incluso muerte, aunque la incidencia de dichos acontecimientos es rara².

Sin embargo, no se ha encontrado una base científica en pacientes programados para aplicar estas pautas, de modo que estas han cambiado¹, ya que se había extrapolado el riesgo de aspiración pulmonar de los casos de urgencia con «estómago lleno» a los casos de pacientes sanos y cirugía electiva³.

Las sociedades de Anestesiología han ido modificando dichas pautas de ayuno preoperatorio para disminuir el riesgo de aspiración pulmonar en relación con la anestesia¹, y actualmente se aceptan las guías de ayuno basadas en la evidencia³. Estas guías actuales de ayuno preoperatorio para sólidos y líquidos fueron introducidas para minimizar el malestar del paciente (hambre, sed, etc.), disminuyendo el riesgo de aspiración perioperatoria, pero todavía muchos pacientes de cirugía programada siguen sufriendo un preoperatorio molesto por un tiempo de ayuno excesivo⁴.

Tras la revisión de dichas pautas publicada en la REDAR en 2002⁵, con este trabajo se ha pretendido revisar las actualizaciones de las guías, desde enero de 2002 hasta diciembre de 2013. Para ello se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Medline, Pubmed, Cochrane, Ovid y Wiley. También se realizó una búsqueda manual en distintas sociedades nacionales de Anestesiología.

Vaciamiento gástrico

Líquidos

En condiciones normales el vaciamiento gástrico de líquidos está influido por el gradiente de presión entre estómago y duodeno, el volumen, la densidad calórica, el pH y la osmolaridad del líquido gástrico.

El vaciamiento gástrico de agua y otros líquidos no calóricos sigue una curva exponencial rápida con un tiempo medio de 10 min. El tiempo de vaciamiento medio para los líquidos no grasos es de 15-20 min. Inicialmente los fluidos con glucosa se vacían algo más lentamente, pero tras 90 min esta diferencia es despreciable.

Sólidos

Por el contrario, el vaciamiento gástrico de sólidos es más complejo. Se inicia alrededor de 1 h tras la comida. En 2 h aproximadamente el 50% del alimento sólido ingerido ha pasado al duodeno. El vaciamiento gástrico de sólidos depende de la cantidad de comida ingerida y el tipo de nutriente. Tiene una fase que depende de la cantidad de digestión física o trituración necesaria para romper las partículas sólidas a ≤ 1 mm de diámetro, de manera que puedan vaciarse por el píloro, y hay una fase exponencial de vaciamiento dependiente del tipo de nutriente (las grasas se vacían más lentamente que las proteínas o los hidratos de carbono).

Leche materna y fórmulas

El vaciamiento gástrico de leche materna en neonatos a término y lactantes no es completo tras 2 h y se requieren al menos 3 h. Los prematuros tienen un vaciamiento gástrico algo más enlentecido, y la leche de vaca se vacía más lentamente que la leche materna.

El vaciamiento gástrico de las fórmulas varía con el contenido de estas, existiendo una gran variación dependiendo de las regiones y países.

Retraso en el vaciamiento gástrico

Diversas causas pueden producir retraso en el vaciamiento gástrico:

- Dolor y opiáceos.
- Enfermedades sistémicas, destacando la diabetes mellitus; en esta se afecta el vaciamiento gástrico mucho más para sólidos que para líquidos.
- Estasis gastrointestinal local (tumor u obstrucción).
- Los fumadores tienen retrasados los tiempos de vaciamiento gástrico para sólidos, pero no con el uso de parches de nicotina. Los fumadores habituales tienen un pequeño aumento estadísticamente significativo del volumen del fluido gástrico comparado con los no fumadores, incluso al abstenerse. En qué proporción fumar afecta el vaciamiento del fluido gástrico y el volumen es controvertido, pero parece haber buenas razones para evitar fumar inmediatamente antes de la anestesia, pues aunque no está demostrado que fumar aumenta el riesgo de aspiración pulmonar, sí aumenta el de complicaciones pulmonares postoperatorias.
- Abuso de cannabis y altas dosis de alcohol también inhiben el vaciamiento gástrico.
- La dispepsia funcional está asociada a un retraso en el vaciamiento gástrico.
- Durante el embarazo las mujeres parecen tener un vaciamiento gástrico normal, excepto en el primer trimestre, en el que se ha sugerido una causa hormonal para el enlentecimiento. Durante el parto el vaciamiento gástrico se enlentece y permanece lento al menos 2 h después¹.

Aspiración pulmonar

Se define la aspiración pulmonar perioperatoria como la aspiración del contenido gástrico tras la inducción de la anestesia, durante un procedimiento o en el periodo inmediato tras la cirugía⁶.

La restricción de la ingesta de comida y líquidos previa a la anestesia durante un tiempo ha sido vista como vital para la seguridad del paciente, como método para disminuir el riesgo de regurgitación del contenido gástrico. Al inducir la anestesia hay una depresión de los reflejos de deglución y tos. El grado de depresión de los reflejos depende del nivel de anestesia, pero llegaría a la ausencia de reflejos laríngeos y faríngeos, que habitualmente protegen la vía aérea, y la disminución de su función lleva a un riesgo de aspiración pulmonar si hay regurgitación o vómito del contenido gástrico. Si los pulmones aspiran contenido gástrico los pacientes tienen riesgo de neumonía, e incluso de muerte³.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2768540>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2768540>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)