



Revista Médica de Trujillo

Publicación oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo - Perú

Artículo Original

Dieta oral de pacientes pos cesareadas en el hospital Belén de Trujillo-Perú.

Oral diet of Cesarean section patients at Hospital Belen of Trujillo-Peru

María Elvira Quiñones-Cerna^{1,2,a}, Dennis Anthony Pino-Zavaleta^{1,2,a}, Paul Alexander Quispe-Salvador^{1,2,a}, Karen Gisela Natalie Polo-Mejía^{1,2,a}, John Alexander Portales-Armas^{1,2,a}, Víctor Alejandro Salomón Rodas-Salinas^{1,a}, Diego Regalado-Rodríguez^{1,a}, Dany Daniel Rafael-Huamán^{1,2,a}, Martha Chavely Quispe-Tirado^{1,a}, Julio David Ramos-Elias^{1,a}, Javier Pongo-Chotón^{1,a}, César Gustavo Quiliche-Villa^{1,a}, Marcio Reyna-Viera^{1,a}, Juan Manuel Valladolid-Alzamora^{3,b}

1. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú 2. Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo (SOCEMUNT), Trujillo, Perú. 3. Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Medicina, Departamento Académico de Ciencias Básicas Médicas, Trujillo, Perú. a. Estudiante de medicina de pregrado. b. Médico cirujano

Correspondencia.

Dennis Anthony Pino Zavaleta

Teléfono: +51 9438861052

dennispinozavaleta@gmail.com

Dirección: calle Francisco de Zela
#1190, El Parvenir, Trujillo, Perú

Recibido: 27/12/20

Aceptado: 22/03/21

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio tuvo como objetivo determinar las características de la dieta oral temprana, las frecuencias por edad de cesáreas y datos antropométricos de las pacientes pos cesareadas en el hospital Belén de Trujillo-Perú. **Material y métodos:** Estudio observacional de tipo descriptivo transversal realizado en 77 pacientes pos cesareadas donde se recolectó datos antropométricos y las características de la dieta oral y se registró los alimentos ingeridos, precisando el tipo y cantidad, por día, utilizando la tabla peruana de equivalente calórico. Se determinó frecuencias y porcentajes. **Resultados:** 66 pacientes (85,71%) recibieron una dieta temprana (dentro de 6 a 8 horas) y entre los tipos de dieta que se les administraba a las pacientes pos cesareadas la más frecuente es la dieta líquida: 42 (54,55%). **Conclusiones:** Se evidenció que la dieta de pacientes pos cesareadas, fue en mayor parte hiperproteica, ésta a su vez líquida y la ingesta temprana oral fue la más sobresaliente para una recuperación precoz post cesárea. **Palabras clave:** Dietoterapia, Mujeres Embarazadas, Cesárea. (DeCS)

SUMMARY

Objective: The study aimed to determine the characteristics post-cesarean patients at the Belén Hospital in Trujillo-Peru regarding early oral diet, frequencies of caesarean sections by age, and anthropometrics. **Materials and methods:** The study was observational cross-sectional descriptive, and included 77 cesarean section patients. Anthropometric data, and about oral diet characteristics and ingested food was recorded, specifying the type and quantity per day, and applying the Peruvian table of caloric equivalent. Frequencies and percentages were determined. **Results:** Sixty-six (85.71%) patients received an early diet (within 6 to 8 hours). Among the types of diet that were administered to cesarean section patients, the most frequent was the liquid diet: 42 (54.55%). **Conclusions:** It was evidenced that the diet of post-cesarean patients was mainly hyperproteic and liquid. Early oral intake was the most important for early recovery post-cesarean section. **Keywords:** Diet Therapy, Pregnant Women, Cesarean Section. (MeSH)

INTRODUCCIÓN

La cesárea es un tipo de cirugía que se utiliza para facilitar la extracción del feto por medio de la cavidad abdominal y con el transcurrir del tiempo se ha convertido en la intervención quirúrgica más realizada en el mundo, dado el mayor acceso a los servicios de salud, el desarrollo tecnológico y la aplicación de procedimientos o estudios que detectan tempranamente anomalías que pueden comprometer la vida de la madre y el feto. (1). En nuestro país, durante el 2018, el 34,5% de las gestantes a nivel nacional tuvieron partos por cesárea estimados por el Instituto Nacional de Estadística y en la Libertad, hasta agosto del 2014, fue el 37,9% de las gestantes quienes tuvieron esta condición de parto (2,3).

La alimentación oral temprana en pacientes pos cesareadas es una política establecida en algunos hospitales porque permite acelerar la recuperación intestinal (4). Es importante, ya que reduce el tiempo para el retorno de los ruidos intestinales y también reduce la estancia hospitalaria postoperatoria, lo cual es rentable y da mayor satisfacción del paciente (5). Algunos autores prefieren esperar a escuchar los ruidos intestinales, dado que las mujeres pueden presentar riesgo de desarrollar íleo paralítico a causa de la manipulación del intestino (5). Se ha reportado tiempos diferentes en la alimentación oral temprana post cesárea desde 2 horas hasta 8 horas, en la mayoría entre 6 a 8 horas (4,7). Mientras los estudios que se inclinan por la alimentación tardía sobrepasan las 12 horas (4).

Asimismo, la ingesta oral temprana de los alimentos no altera el tránsito intestinal en el tubo digestivo, sino que estimula la secreción de enzimas digestivas que ayudan a la recuperación temprana del funcionamiento intestinal, lo que causa una menor distensión del abdomen y una disminución del dolor postoperatorio (7). Además, la indicación de la alimentación oral temprana se sustenta en el hecho de que usualmente no se exponen ni se manipulan los órganos intestinales durante la cesárea, por lo que se espera que no se altere la función intestinal.

En algunos estudios se ha evidenciado que la ingesta oral temprana disminuye las complicaciones gastrointestinales post cesárea sin la aparición de efectos secundarios, por lo que la alimentación temprana puede iniciarse sin temor (8). Adupa y col. realizaron un ensayo clínico aleatorizado en donde evaluaron el inicio temprano de la alimentación oral

después del parto por cesárea resultando que las mujeres con alimentación temprana tuvieron un retorno más rápido de la función intestinal con intervalos de tiempo postoperatorios promedio más cortos para los ruidos intestinales, paso de flatulencias y evacuación intestinal; además, tuvieron una recuperación más rápida y expresaron su interés en el alta hospitalaria temprana (9).

El tipo de dieta hospitalaria es de acuerdo a la situación del paciente hospitalizado, ya que debe aportar las demandas calóricas necesarias para el bienestar del individuo. Calleja y cols. evaluaron el tipo de dieta hospitalaria clasificándola en “dieta energética y proteicamente completa”, “dieta energética y proteica potencialmente completa” y “dieta energética y proteicamente incompleta” de acuerdo al aporte de energía y proteínas en cada plato; encontraron que la dieta líquida es la que menor aporte genera y la dieta de fácil digestión es la más adecuada por el alto aporte calórico y proteico que genera a estos pacientes (10).

La prolongada estadía hospitalaria después de procedimientos quirúrgicos abdominales ginecobstetricias como es el caso de la cesárea, es debido a la tardanza en la indicación sobre su dieta oral, lo cual conlleva a las complicaciones de distensiones intestinales que obligan el uso de sondas nasogástricas. Por eso se debe tener en cuenta el tipo de dieta oral indicada y la cantidad de horas a la cual se tiene que realizar la indicación postoperatoria en esta clase de pacientes. Por consiguiente, se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características de la dieta oral que reciben las pacientes pos cesareadas en el hospital Belén de Trujillo-Perú? El presente estudio tuvo como objetivo determinar las características de la dieta oral temprana, las frecuencias por edad de cesáreas y datos antropométricos de las pacientes pos cesareadas en el hospital Belén de Trujillo-Perú.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo corresponde a un estudio observacional de tipo descriptivo transversal que fue realizado en 77 pacientes pos cesareadas del hospital Belén de Trujillo que ingresaron durante 24 días. La variable de tiempo de reinicio de la ingesta oral se categorizó en: temprana (6 a 8 horas) y tardía (mayor de 8 horas). Además, se consideró el tipo de dieta en distintas categorías: completa, líquida, blanda, blanda y líquida y otras dietas (hipoglucémica y azucarada). Se excluyó a todas las pacientes pos

cesareadas que tengan datos incompletos en sus historias clínicas, hayan sido trasladadas a otros servicios o presenten una condición externa que altere su proceso nutricional.

Se recolectó datos antropométricos (peso en kilogramos, talla en metros e IMC en kg/m²) y las características de la dieta oral (Ingesta oral dentro de las 24 horas después del parto por cesárea) a partir de la revisión de las historias clínicas para cada paciente postcesareada, posteriormente se aplicó la ficha de recolección de datos donde se registró los alimentos ingeridos, precisando el tipo y cantidad, por día, utilizando la tabla peruana de equivalente calórico (11,12,13). La base de datos fue creada con el programa Microsoft Excel 2016 y fue procesada utilizando el paquete estadístico SPSS 24.0 aplicando estadística descriptiva de frecuencia, media y desviación estándar.

Asimismo, se cumplió las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos de CIOMS/OMS y se respetó la confidencialidad de los sujetos de estudio de acuerdo con lo estipulado en el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú. Además, recibió el permiso del comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo.

RESULTADOS

Nuestra muestra incluyó un número de 77 pacientes. En primer lugar, se realizó un análisis acerca las

características básicas de los pacientes a estudiar (Tabla 1), en donde la mayor cantidad de pacientes que se sometieron a cesárea tuvieron edades entre 19 a 25 años (37,66%). Asimismo, se calculó el promedio de peso, talla e IMC de acuerdo a los grupos por edad; evidenciando que las pacientes que tenían más de 19 años presentaron una media de IMC elevada, de las cuales 3 grupos etarios tuvieron sobrepeso: 19 a 25 años (25,64 ± 3,25), 26 a 30 años (27,48 ± 2,11) y 31 a 36 años (28,34 ± 4,56). Sin embargo, las pacientes mayores de 36 años tuvieron una media de IMC indicador de obesidad grado I (30,74 ± 6,12).

En la Tabla 2 se calcularon las frecuencias con que se asignaron las pacientes tanto la dieta oral temprana (85,71%) y la dieta oral tardía (14,29%) dentro de las primeras 24 horas post cesárea. Además, se calculó la frecuencia con que recibieron los diferentes tipos de dieta oral en relación al tiempo de reinicio encontrando que la mayoría de las pacientes recibieron dieta líquida (54,55%), dentro de las cuales una gran parte recibió dieta oral temprana (49,35%), pero ninguna paciente recibió dieta blanda y líquida u otro tipo de dieta de forma tardía.

Por último, en la tabla 3 se describe la frecuencia de las raciones en las 24 horas post cesárea según el contenido calórico y proteico que recibieron las pacientes pos cesareadas que ingresaron en 24 días al hospital, la dieta más frecuente fue la de contenido hipocalórica/hiperproteica: 14 (58,3%) seguida de una dieta hipercalórica/ hiperproteica: 6 (25%).

Tabla 1. Edades y datos antropométricos de las pacientes que se sometieron a cesáreas.

Años	Número (N=77)	Porcentajes	Peso* (□ ± DE)	Talla† (□ ± DE)	IMC‡ (□ ± DE)
< 19	4	5,19 %	55,25 (10,31)	1,52 (0,09)	23,78 (3,67)
19 a 25	29	37,66 %	59,52 (9,05)	1,52 (0,10)	25,64 (3,25)
26 a 30	18	23,38 %	65,94 (8,56)	1,55 (0,07)	27,48 (2,11)
31 a 36	16	20,78 %	67,44 (13,57)	1,54 (0,07)	28,34 (4,56)
> 36	10	12,99 %	70,5 (15,88)	1,51 (0,03)	30,74 (6,12)

Peso medido en kilogramos (kg).

† Talla medida en metros (m).

‡ IMC medido en kg/m².

Tabla 2. Cálculo del número y porcentaje según el tipo de dieta oral y el tiempo de reinicio de la ingesta oral en pacientes pos cesareadas .

Tipo de dieta	Temprana (6-8 horas)	Tardía (mayor de 8 horas)	TOTAL
Dieta Completa (DC)	12 (15,58%)	4 (5,20%)	16 (20,78%)
Dieta Líquida (DL)	38 (49,35%)	4 (5,19%)	42 (54,55%)
Dieta Blanda (DB)	10 (12,99%)	3 (3,90%)	13 (16,89%)
Dieta Blanda y Dieta Líquida	2 (2,60%)	0 (0%)	2 (2,6%)
Otras dietas*	4 (5,19%)	0 (0%)	4 (5,19)
TOTAL	66 (85,71%)	11 (14,29%)	77 (100%)

*Otras dietas: Dieta hipoglucémica o dieta líquida azucarada.

Tabla 3. Cálculo del porcentaje según la cantidad de contenido calórico y proteico en la dieta dentro de las 24 horas administradas a las pacientes pos cesareadas .

Tipo de contenido	Número de raciones	Porcentaje
Hipercalórica/hiperproteica	6	25 %
Normocalórica/hiperproteica	3	12,5 %
Hipocalórica/hiperproteica	14	58,3 %
Hipocalórica/hipoproteica	1	4,2 %
TOTAL	24	100 %

DISCUSIÓN

La cesárea se convertido en la intervención quirúrgica más realizada en mujeres a nivel mundial y esto se da porque existen condiciones maternas que influyen en la vía de nacimiento, siendo la principal razón el grado de riesgo en el alumbramiento en sinergia con las normas obstétricas (14). Los partos por cesárea son frecuentes en nacimientos que tienen edades gestacionales menor a 35 semanas en comparación con aquellas comprendidas entre las 37 y 42 semanas de gestación (15). Además, las pacientes que son primigestas tienen mayor tendencia a tener

parto por cesárea que aquellas pacientes ya han tenido uno o más hijos previamente (16).

En el presente estudio se encontró mayor porcentaje (37,66%) de cesáreas en el grupo etario entre 19 y 25 años. Según Monterrosa y cols. (14) existe un aumento en la frecuencia del embarazo y maternidad en las adolescentes. Del mismo modo Hernández y cols. (16) realizaron un estudio donde la vía de nacimiento mayor fue vía vaginal (61%) de los casos en las embarazadas adolescentes y 39% los casos por vía cesárea. Mientras que Baranda y cols. (15) evidenciaron un incremento progresivo de cesáreas a partir de los 35 años, principalmente en

primíparas. Ruiz y cols. (17), observaron que una indicación frecuente para realizar cesárea en mujeres mayores de 40 años es el trabajo de parto en fase latente prolongado.

Respecto a su alimentación, hubo más pacientes a los que se le administró dieta temprana (85,71%) en contraste con los que se le administró dieta tardía (14,29%). Diversos estudios, como el de Kraus y cols. (18) donde refieren que el uso de la alimentación oral temprana en el postoperatorio inmediato de pacientes sometidas a cesáreas es muy aceptado por los cirujanos y apoyan los resultados encontrados en nuestra investigación.

Otros estudios (19-24) evidencian que la ingesta oral temprana post cesárea mejora el regreso de la función gastrointestinal y no propicia el desarrollo de complicaciones en el tracto gastrointestinal. El tipo de dieta utilizado en estos estudios es principalmente líquido en los grupos de dieta temprana o convencional (agua, té o jugos envasados). El inicio temprano de la dieta oral después del parto por cesárea dio lugar a una ambulancia temprana, una mayor satisfacción materna y una menor duración de la estancia hospitalaria, sin resultados perjudiciales, lo que hace que esta práctica sea rentable. Asimismo, existe un protocolo en cirugía colorrectal llamado "fast-track" en la que inician la realimentación de forma precoz logrando recuperación acelerada, menor impacto del íleo postoperatorio y corta estancia hospitalaria (25). Por lo tanto, la dieta líquida, es la de mayor frecuencia, utilidad y de preferencia en pacientes pos cesareadas y este hecho concuerda con la frecuencia hallada en el presente estudio.

Asimismo, se encontró que la gran mayoría de las dietas en pacientes pos cesareadas son hipocalóricas mientras que la minoría son hipercalóricas. La ingesta a alta en proteínas se asocia positivamente con la densidad mineral ósea y el riesgo reducido de incidencia de fracturas óseas. Los estudios de intervención a corto plazo demuestran que una dieta alta en proteínas no afecta negativamente a la homeostasis del calcio (26). La dieta hipercalórica no significa solamente una dieta alta en calorías, sino que es aquella que logra un aumento de peso, mejorando la calidad y cantidad del alimento que se come (27).

Se concluye en nuestro estudio que la mayor parte de las pacientes pos cesareadas fueron pacientes

jóvenes (19 a 25 años), asimismo la mayoría recibieron una dieta ora temprana líquida y raciones de tipo hipocalórica/hiperproteica para una recuperación precoz post cesárea. Finalmente se sugiere realizar un estudio comparativo con respecto a la dieta oral en pacientes cesareadas y no cesareadas, así como en diversos nosocomios para contrastar los resultados obtenidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz-Sánchez J, Espino y Sosa S, Vallejos-Parés A, Durán-Arenas L. Cesárea: Tendencias y resultados. *Perinatol Reprod Hum.* 2014;28(1):33-40.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2018. Lima: INEI; 2019.
3. Ministerio de Salud. Boletín Estadístico de Nacimientos marzo 2012 - agosto 2014. Lima: Oficina General de Estadística e Informática; 2014 p. 4.
4. Mangesi L, Hofmeyr G. Early compared with delayed oral fluids and food after caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2002;(3).
5. Díaz N. Revisión crítica: evidencias de los beneficios de la alimentación oral precoz en pacientes post operados de cesárea [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2017.
6. Jalilian N, Ghadami MR. Ensayo clínico aleatorizado comparando los resultados postoperatorios del inicio temprano versus la alimentación oral tardía después de la cesárea. *the Journal of obstetrics and Gynaecology Research.* 2014; 40(6):1649-1652.
7. Minig L, Izbizky G, Sebastiani M, Otaño L. Estudio aleatorizado y controlado de realimentación temprana post cesárea. *Rev Hosp Ital BAires.* 2004;24(2):47-52.
8. Samayoa E, Pineda A. Alimentación oral temprana en el post operatorio inmediato de pacientes con cirugía abdominal ginecobstétrica. *Rev Med Hond* 2004; 72:92-95
9. Adupa, D., Wandabwa, J., & Kiondo, P. A randomised controlled trial of early initiation of oral feeding after caesarean delivery in Mulago Hospital. *East African medical journal.* 2003; 80(7), 345-350.
10. Calleja Fernández A, Vidal Casariego A, Cano Rodríguez I, Ballesteros Pomar MD. Adecuación del código de dietas a las necesidades nutricionales del paciente hospitalizado. *Nutr Hosp.* 2016; 33:80-85
11. Reyes García M, Gómez-Sánchez Prieto I, Espinoza Barrientos C, Bravo Rebatta F, Ganoza Morón L. Tablas peruanas de composición de alimentos. 8th ed. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud; 2009.
12. Mahan LK. Krause M. *Dietoterapia.* Editorial. Interamericana S.A. México. 2013: 65-68.
13. Rodríguez Arias Orestes Dominador, Hodelín Hodelín Maria Caridad, González Ortiz Mariela, Flores Bolívar Fátima. Dietas en las instituciones hospitalarias. *MEDISAN.* 2012; 16(10): 1600-1610.
14. Monterosas A, Arias M. Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005 Hospital de

- Maternidad "Rafael Calvo", Cartagena (Colombia). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2007;58(2).
15. Baranda N, Patiño D, Ramirez M, Rosales J, Prado J, Contreras N et al. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. Evid Med Invest Salud. 2014; 7 (3): 110-113.
 16. Hernández-Jiménez C, Borbolla-Sala M, Ramírez-Aguilera M. Características clínicas del embarazo adolescente, factores relacionados con la operación cesárea y mortalidad del recién nacido en el Hospital de Alta Especialidad de la Mujer. 2015;21(2): 85-92.
 17. Ruiz J, Espino S, Vallejos A, Durán Luis. Cesárea: Tendencias y resultados. Perinatol. Reprod. Hum. 2014; 28(1): 33-40.
 18. Kraus F, Fanning J. Prospective trial of early feeding and bowel stimulation after radical hysterectomy Am J Obstet Gynec. 2000;182 (5):996-998.
 19. Malhotra N, Khanna S, Pasrija S, Jain M, Agarwala RB. Early oral hydration and its impact on bowel activity after elective caesarean section--our experience. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005;120(1):53-56.
 20. Sahin E, Terzioglu F. The Effect of Gum Chewing, Early Oral Hydration, and Early Mobilization on Intestinal Motility After Cesarean Birth. Worldviews Evidence-Based Nurs. 2015;12(6):380-388.
 21. Orji EO, Olabode TO, Kuti O, Ogunniyi SO. A randomised controlled trial of early initiation of oral feeding after cesarean section. J Matern Neonatal Med. 2009;22(1):65-71.
 22. Masood SN, Masood Y, Naim U, Masood MF. A randomized comparative trial of early initiation of oral maternal feeding versus conventional oral feeding after cesarean delivery. Int J Gynecol Obstet. 2014;126(2):115-119.
 23. Huang H, Wang H, He M. Early oral feeding compared with delayed oral feeding after cesarean section: a meta-analysis. J Matern Neonatal Med. 2016; 29(3): 423-429.
 24. Tan P, Alzergany M, Adlan A-S, Noor Azmi M, Omar S. Immediate compared with on-demand maternal full feeding after planned caesarean delivery: a randomised trial. BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2017;124(1):123-131.
 25. Espíndola S L. Cirugía de colon abierta con "Fast Track" o recuperación acelerada. Rev Chil Cirugía. 2009;61(2):158-167.
 26. Cao JJ. High Dietary Protein Intake and Protein-Related Acid Load on Bone Health. Curr Osteoporos Rep. 2017; 15:571-576.
 27. Rabat Restrepo JM, Pedrón Giner C, Pérez de la cruz A. Dietas hospitalarias. En: Gil A. Tratado de nutrición, tomo V. Madrid: Panamericana;2017. p. 153-174.

Citar como: