

Proceso que vive el paciente quirúrgico abdominal al recibir soporte nutricional artificial

Process experienced by the abdominal surgical patient receiving artificial nutritional support

Processo vivenciado pelo paciente cirúrgico abdominal que recebe suporte nutricional artificial

Nieves Fuentes-González

Resumen


Introducción: La persona en postoperatorio de cirugía abdominal puede llegar a presentar complicaciones a causa de la patología quirúrgica de base o por la cirugía, impidiendo iniciar o tolerar la vía oral. Una medida que se toma para prevenir o tratar la desnutrición hospitalaria es el manejo con soporte nutricional artificial, evento que transforma la forma de percibir y vivir el proceso de alimentación. **Objetivo:** comprender el proceso que vive la persona adulta al recibir soporte nutricional artificial en el postoperatorio de cirugía abdominal. **Materiales y métodos:** se empleó la metodología cualitativa, teoría fundamentada, según postulados de Corbin y Strauss. Se realizaron entrevistas a profundidad a 21 personas adultas en postoperatorio de cirugía abdominal y manejo con soporte nutricional artificial. **Resultados:** del análisis de los datos se establecieron 4 etapas del proceso: presentando dificultad para alimentarse, estando desnutrido o en riesgo nutricional, recibiendo el soporte nutricional artificial y anhelando recuperar la normalidad de la vida. **Conclusiones:** el proceso tiene un punto de inicio, determinado por las manifestaciones de la enfermedad, luego el paciente pasa a recibir soporte de nutrición artificial, situación que les genera miedo y ansiedad, continúa con la aceptación y el reconocimiento de los beneficios de la nutrición artificial y finaliza con el inicio de la vía oral.

Palabras clave: Alimentación artificial; Procedimiento quirúrgico; Nutrición parenteral total; Sonda nasogástrica.

Abstract

Introduction: the person in the postoperative period of abdominal surgery may present complications due to the underlying surgical pathology or due to the surgery, preventing them from starting or tolerating the oral route. A measure that is taken to prevent or treat hospital malnutrition is management with artificial nutritional support, an event that transforms the way of perceiving and experiencing the feeding process. **Objective:** to understand the process experienced by adults receiving artificial nutritional support in the postoperative period of abdominal surgery. **Materials and methods:** qualitative methodology was used, fundamental theory, according to Corbin and Strauss postulates. In-depth interviews were conducted with 21 postoperative adults after abdominal surgery and management with artificial nutritional support. **Results:** From the analysis of the data, 4 stages of the process were established: presenting difficulty feeding, malnourished or at nutritional risk, receiving artificial nutritional

Autor de correspondencia*

* Magister en Enfermería, Enfermera, Profesora Investigativa tiempo completo Universidad de Boyacá. Tunja, Colombia. Correo: nfuentes@uniboyaca.edu.co,  [0000-0003-0314-0466](https://orcid.org/0000-0003-0314-0466)

Recibido: 25 marzo 2023

Aprobado: 25 julio 2023

Para citar este artículo

Fuentes-Gonzalez N. Proceso que vive el paciente quirúrgico abdominal al recibir soporte nutricional artificial. *Rev. cienc. ciudad.* 2023; 20(3):29-38. <https://doi.org/10.22463/17949831.3663>

© Universidad Francisco de Paula Santander. Este es un artículo bajo la licencia CC-BY-NC-ND



support and longing to return to normal life. **Conclusions:** the process has a starting point, determined by the manifestations of the disease, then the patient begins to receive artificial nutrition support, a situation that generates fear and anxiety, continues with the acceptance and recognition of the benefits of nutrition. artificial and ends with the beginning of the oral route.

Keywords: Bottle feeding; Surgical Procedures; Operative; Parenteral Nutrition Total; Intubation Gastrointestinal.

Resumo

Introdução: A pessoa em pós-operatório de cirurgia abdominal pode apresentar complicações decorrentes da patologia cirúrgica de base ou decorrentes da cirurgia, impedindo-a de iniciar ou tolerar a via oral. Uma medida adotada para prevenir ou tratar a desnutrição hospitalar é o manejo com suporte nutricional artificial, evento que transforma a forma de perceber e vivenciar o processo de alimentação. **Objetivo:** compreender o processo vivenciado por adultos que recebem suporte nutricional artificial no pós-operatório de cirurgia abdominal. **Materiais e métodos:** foi utilizada a metodologia qualitativa, grounded theory, segundo os postulados de Corbin e Strauss. Foram realizadas entrevistas em profundidade com 21 adultos no pós-operatório de cirurgia abdominal e manejo com suporte nutricional artificial. **Resultados:** A partir da análise dos dados foram estabelecidas 4 etapas do processo: apresentar dificuldade para se alimentar, estar desnutrido ou em risco nutricional, receber suporte nutricional artificial e desejar retornar à vida normal. **Conclusões:** o processo tem um ponto de partida, determinado pelas manifestações da doença, então o paciente começa a receber suporte nutricional artificial, situação que gera medo e ansiedade, continua com a aceitação e reconhecimento dos benefícios da nutrição artificial e termina com o início da via oral.

Palavras-chave: alimentação artificial, Procedimentos Cirúrgicos Operatórios, nutrição parenteral total; Intubação Gastrointestinal.

Introducción

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), define la alimentación humana como un proceso voluntario consistente y educable (1).

La elección de los alimentos, la preparación y las porciones ingeridas, determinan el estado nutricional de las personas (1). Sin embargo, en ocasiones estos criterios se deben modificar, como es el caso de los pacientes en postoperatorio de cirugía abdominal, en quienes se inicia con una dieta líquida hasta llegar a ser basal. No obstante, algunos pacientes presentan complicaciones postoperatorias como disfunción gastrointestinal severa, isquemia intestinal, hemorragia digestiva, fistulas enterocutáneas de alto débito (2) e intolerancia a la vía oral, en estos casos se debe considerar el soporte nutricional artificial (nutrición enteral o parenteral) como

única alternativa de suplir las demandas metabólicas corporales y prevenir la desnutrición hospitalaria (3).

La desnutrición hospitalaria (DH) afecta entre el 30 – 50% de los pacientes internados por causa quirúrgica o médica. En América Latina la frecuencia de la DH está alrededor del 50% a 70% (3), siendo los más afectados los pacientes quirúrgicos sometidos a resección de tumores gastrointestinales (66%), cirugía de colon (63.6%), cirugía abdominal (61.5%), y cirugía gastrointestinal o de hernia (55%) (4). Además, es bien conocido que la desnutrición perioperatoria es un factor predictor de complicaciones postoperatorias como infecciones, aumento de la mortalidad y estancia hospitalaria e incremento de la tasa de readmisión en los próximos 30 días de la intervención quirúrgica (5).

De esta manera, las intervenciones de nutrición preoperatoria y postoperatorias en pacientes desnutridos con

cirugía gastrointestinal reduce la morbilidad en un 20% (6). Asimismo, el apoyo nutricional postoperatorio inhibe el catabolismo desencadenado por la liberación de hormonas del estrés y mediadores inflamatorios (6), que causan degradación de glucógeno, grasa y proteína, movilizados para suplir las demandas de las fases de curación; el control de este proceso mediante soporte nutricional postoperatorio previene la desnutrición hospitalaria (5,6). Sin embargo, a pesar de los beneficios que se obtiene con la terapia nutricional, la evidencia científica revela que menos del 20% de los pacientes de cirugía gastrointestinal y oncológica reciben apoyo nutricional en el entorno hospitalario (6).

Ante este panorama, la Sociedad Europea de Nutrición Parenteral y Enteral recomienda que todo paciente desnutrido debe recibir soporte nutricional complementario antes del procedimiento quirúrgico (6). Entre las opciones que existen para dar el apoyo nutricional, se prefiere que sea a través de la vía oral, pero cuando la nutrición oral no cumple con al menos el 50% de los requerimientos calórico-proteicos en el paciente, se debe implementar una terapia nutricional artificial, ya sea nutrición enteral por sonda o parenteral (6). En este sentido, la comunidad científica ha indagado ampliamente acerca de los beneficios clínicos de la terapia nutricional artificial en el paciente quirúrgico, como son: recuperación intestinal rápida, modulan la respuesta inmunitaria del paciente y reduce estancia hospitalaria (7). Sin embargo, al alimentarse las personas no solo están satisfaciendo necesidades fisiológicas, sino también necesidades emocionales y sociales (8). Los alimentos traen implícito significados, creencias y actitudes culturales (9), conocimiento y representaciones asignadas por cada persona.

Por lo tanto, se puede deducir el impacto que genera la supresión de la vía oral y el inicio de la nutrición por vía artificial en el paciente. Igualmente, para las personas una comida es más que la suma de energía proporcionada por macronutrientes y micronutrientes, es toda una experiencia sensorial y social que implica comer alimentos (8,10).

En este sentido, los cuidados nutricionales proporcionados por el profesional de enfermería deben ser abordados desde una perspectiva integral, dejando de lado el reduccionismo de lo meramente biológico y abordarlo desde una visión humanista. Por lo anterior, se

formula indagar la experiencia de la persona durante el proceso de recibir soporte nutricional artificial, a través del método cualitativo, teoría fundamentada, lo cual permitirá ampliar la evidencia científica y aportar a conocimiento del cuidado de la persona.

Objetivos

Comprender el proceso que vive la persona adulta al recibir soporte nutricional artificial en el postoperatorio de cirugía abdominal.

Materiales y Métodos

El presente trabajo tuvo un enfoque cualitativo, teoría fundamentada (TF) siguiendo los postulados de Corbin y Strauss. Para los autores, la TF consiste en una serie de directrices sistemáticas pero flexibles para la recolección y análisis de datos cualitativos con el fin de construir teorías basadas en los propios datos (11,12).

El estudio se realizó en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Tunja y contó con la participación de 21 personas adultas con soporte nutricional artificial en postoperatorio de cirugía abdominal. Se excluyeron personas con diagnóstico de cáncer y con trastornos cognitivos, de lenguaje, de atención, la memoria y juicio.

La recolección de la información se hizo a través de entrevista a profundidad, las cuales se realizaron en la habitación de la persona, lugar que permitió aislar el ruido, evitando así, interferencias con el desarrollo y la grabación de la entrevista; además, de brindar privacidad para una expresión fluida. La pregunta que guió la entrevista fue: ¿cómo ha sido su experiencia durante el tiempo que ha recibido alimentado a través de sonda y /o catéter venoso?, el rango de tiempo empleado en las entrevistas oscilo entre 30 a 120 minutos. Al finalizar cada entrevista la investigadora escribió en el diario de campo sus impresiones, pensamientos y preguntas, lo cual fue valioso en el momento de realizar el análisis de los datos, debido a que los memorandos aportan densidad e integración conceptual a la investigación (13).

Posteriormente, los testimonios de los participantes fueron transcritos de manera textual al programa Word, lo cual permitió leer línea por línea y realizar el proceso de codificación propuesto por Corbin y Strauss: codifi-

cación abierta, axial y selectiva. La abierta: busca identificar categorías conceptuales en los datos; la axial, cuyo objetivo es encontrar relaciones entre categorías; y la selectiva, da cuenta de relaciones y encuentra categorías centrales (12). Igualmente, a cada participante se le asignó un código alfanumérico, ejemplo; "estaba como con decaimiento, sin fuerza en las piernas, los brazos" E1, 508; de modo que, E1, corresponde al número del entrevistado o participante y 508 a la línea del texto.

Para la realización del trabajo de investigación se adaptaron pautas y principios contemplados en códigos éticos y normativas legales internacionales y nacionales, como es el consentimiento informado, esto significa que la persona respaldó su participación libre sin ningún elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción u otra forma de constreñimiento o coerción (14). Además, se contó con la revisión y aprobación del comité de ética del hospital, donde se consideró como un estudio sin riesgo, según lo establecido resolución No 8430 de 1993, artículo 11, ya que no realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos participante (15).

Finalmente, para asegurar la calidad científica se aplicaron los criterios establecidos por Lincoln y Guba (16,17). Para obtener la credibilidad de los resultados se compartió la descripción del fenómeno construido con cinco participantes, quienes concedieron aprobación. Otro criterio aplicado fue la transferibilidad, para este se realizó una descripción detallada de las características de los participantes y el lugar del estudio. Por último, para la confirmabilidad se empleó como evidencia las grabaciones de los testimonios de los participantes, de esta manera, se da la posibilidad que otros investigadores confirmen si los hallazgos del estudio se adecuan o surgieron de los datos (17).

Resultados

En los datos sociodemográficos de los 21 participantes, se destaca: el promedio de edad fue de 57 ± 15 años; predominó el sexo masculino con 13 personas; en cuanto a la escolaridad, 7 personas tienen estudio de primaria completa, el nivel socioeconómico-vivienda, que predominó fue el nivel uno, con 10 participantes.

Con respecto al tipo de soporte nutricional artificial, 17 personas tenían soporte nutricional parenteral; sobresalió, la intervención quirúrgica apendicectomía más peritonitis en 6 participantes.

El promedio de días que llevaban las personas con soporte nutricional artificial en el momento de realizar la entrevista fue de 6.3 ± 4.7 días.

El análisis de datos teóricos permitió identificar el proceso que vive el paciente quirúrgico al recibir soporte nutricional artificial, el cual está constituido por cuatro etapas:

- Etapas:**
- Etapas 1:** Presentando dificultad para alimentarse.
- Etapas 2:** Estando desnutrido o en riesgo nutricional.
- Etapas 3:** Recibiendo el soporte nutricional artificial.
- Etapas 4:** Anhelando recuperar la normalidad de la vida.

Estas etapas dan cuenta de la forma en que la persona en proceso postoperatorio de cirugía abdominal vive los cambios físicos, fisiológicos, emocionales y espirituales al recibir el soporte nutricional artificial y cómo la interacción con los profesionales de la salud, compañeros de hospitalización y familiares, les proporcionan elementos tangibles e intangibles para aceptar y asumir las demandas diarias de la enfermedad y así, continuar el proceso hacia la recuperación de la normalidad de la vida (ver imagen 1).



Imagen 1. Proceso que vive el paciente.
Fuente: Elaboración propia

Etapa I. Presentando dificultad para alimentarse

Al interpretar los relatos se encontró que, todos los participantes tienen claridad del proceso de evolución de la patología abdominal quirúrgica, la cual empieza con alteraciones gastrointestinales como: náuseas, vómito, pesadez, distensión y dolor abdominal.

"Duré casi tres días que no comía y solo vomitaba y, cuando comía se me inflaba el estómago y vomitaba..." E13, 234-236.

Estas manifestaciones son controladas con el consumo de analgésicos y el ayuno. Sin embargo, al cabo de horas, el paciente percibe exacerbación de los síntomas con posterior desenlace quirúrgico. Esta etapa es vivida por la persona con angustia, miedo y temor a morir, emociones que son disipadas mediante recursos espirituales.

"(Sollozos) Me da tristeza porque...he cruzado momentos difíciles en la vida...y con la confianza y fe en Dios estoy todavía por acá" E12, 173-174.

En el periodo postoperatorio mediato, el paciente presenta limitación en la capacidad para moverse y en la

realización de las actividades de la vida diaria (baño, higiene y vestuario), situaciones que son percibidas como desfavorables para la recuperación de la salud

"los médicos dicen a todo momento tienen que caminar y, cuando no hay una persona quien le colabore a uno y que uno no tiene ni fuerza para poderse poner de pie por sus propios medios, cómo hace ..." E08, 105-108.

Asimismo, los participantes dentro del discurso atribuyen el deterioro de la salud a unos factores condicionantes como son: ayuno prolongado (mayor a 5 días), intolerancia a la vía oral en preoperatorio y postoperatorio y complicaciones derivadas de la patología quirúrgica.

Etapa II: Estando desnutrido o en riesgo nutricional

Esta etapa tiene dos miradas, la del profesional de salud y la del paciente. La del profesional, está determinada por la valoración nutricional a través de la historia clínica, estado de salud actual y biomarcadores nutricionales, elementos que le permiten clasificar en normnutridos, desnutridos o en riesgo nutricional. Estos últimos son candidatos para iniciar soporte nutricional artificial,

"Lo que dice el médico es que es importante por la salud y por lo que estaba desnutrida, pues tenían que pasarme con eso (señala la nutrición artificial)" E10, 67-69.

Por su parte, el paciente mide su estado nutricional a través de la ingesta de alimentos, la ganancia o pérdida de peso y la energía para realizar actividades de manera independiente.

"estaba bajando hartito de peso, yo pesaba 58, quedé pesando 44 y eso me decían que era del vómito, y de que no me paraba nada en el estómago..." E11, 103-106.

Para el paciente la nula ingesta de alimentos los lleva a perder fuerza y energía y esto hace que, permanezcan postrados en cama o silla, siendo estos dos lugares reservados para los enfermos y sentir que son parte de ellos, les genera sentimientos de tristeza y minusvalía. En este sentido, la persona al ser dependiente se siente inútil e incluso llega a sentir pena por sí misma.

"Que estaba débil, me paraba y me iba de cabeza" E3, 2; "Estaba como con decaimiento, sin fuerza en las piernas, los brazos" E1, 508.

Sin embargo, en medio de las dificultades logran dar sentido al apoyo recibido por parte de la familia y del personal de enfermería, quienes son los encargados de lidiarlo y atender las necesidades básicas.

"A mí, no me han dejado solo, la familia, ni mis hijos, ni mis nietos, ni mis hermanos, ni mi esposa" E2, 263.

Finalmente, en esta etapa del proceso es evidente la necesidad de iniciar el soporte nutricional artificial como parte del tratamiento médico, evento que conduce a la persona y familia a la reflexión acerca de la propia existencia, la vida y la salud.

"Mi Dios dijo vaya viva, mire a ver qué va a hacer y cuando le toque su turno lo llamo" E3, 71-72.

Etapa III: Recibiendo el soporte nutricional artificial

Desde el momento en que los pacientes reciben la noticia del inicio de la nutrición artificial, comienzan un proceso de introspección y reflexión acerca de la forma

de alimentarse, la cual hasta el momento era un proceso natural realizado por cuenta propia y utilizando la estructura anatómica destinado para tal fin (la boca) ahora, se convierte en un acto involuntario y artificial mediado por dispositivos médicos (catéter venoso central o sonda avanzada).

"No entiendo, porque si uno tiene esto (señala la nutrición artificial), por qué uno no puedo comer así normal (señala la boca) y qué diferencia hay en esta (señala la nutrición artificial) y la comida?" E1, 69-71.

El paso del catéter venoso central y la sonda avanzada transpilórica, desencadena en la persona estrés ante lo desconocido y molestias físicas; con el paso de la sonda nasogástrica avanzada manifiestan dolor nasal y de garganta y molestias respiratorias y con el catéter venoso central expresan extrañeza ante un objeto que está cerca del corazón. Hay que precisar que la mayoría de los participantes se sienten feos con los dispositivos que entran y salen del cuerpo, pero lo más dicente es que, para los participantes los dispositivos invasivos les confieren un mayor grado de severidad del estado de salud.

"Me llevaron allá y pensé que era igual que con una aguja que le ponen así, (señala catéter venoso periférico), pero no, me dijeron que tenían que meterme una cosita, una manguerita así (señala catéter venoso central), y pues sí, me asusté, porque me tuvieron que colocar anestesia para dormirme un poquito ..." E09, 289-294.

Por otra parte, el paciente al recibir el soporte nutricional artificial identifica ciertas diferencias entre comer a través de la boca y pasar a ser alimentado de manera artificial. Entre las diferencias que destacan están: pérdida de la percepción del sabor, no se puede apreciar la consistencia del alimento, la alimentación es determinada por terceros, los horarios del consumo del alimento desaparecen, ya no hay la presentación en un plato, ahora está colgada, es continua, y tiene en todo momento el mismo aspecto.

"Al sabor, a la sazón, al gusto de ver la comida caliente que diga uno que se come con que alegría, con que gusto" E2, 56-57.

También refieren que, la función del intestino cambia con la nutrición parenteral pues, pasan días sin hacer

deposición y con la nutrición enteral pueden presentar diarrea o estreñimiento, pero a pesar de todos estos cambios y molestias expresadas, le confieren a la nutrición artificial ciertos beneficios percibidos como son: recuperan la fuerza para moverse, hablar, hacer ejercicio físico y respiratorio, y el ánimo cambia, pasa de estar triste a estar animado, alegre y con la esperanza que todo va a mejorar.

"Fuerza para caminar, hablar, hacer ejercicio"
E18,502.

La familia en esta etapa se convierte en fuente de apoyo y ayuda para realizar las actividades de cuidado.

Etapa IV: Anhelando recuperar la normalidad de la vida

El paciente durante la trayectoria del postoperatorio de cirugía abdominal y el manejo médico con soporte nutricional artificial, logra describir el progreso que ha tenido en la recuperación de la salud. Los elementos que destaca son: independencia en la realización de actividades, cicatrización de las heridas, retiro de algunos dispositivos invasivos e inicio de la vía oral. Estos eventos los llenan de alegría y los motiva a seguir hacia la normalidad de la vida que es estar en el hogar y comer según su gusto.

"Que pueda salir de aquí (el hospital) que yo pueda estar bien y que yo pueda salir y comer lo que me guste..." E2, 155-156.

"... Dios me de licencia de poderme comer un plato de comida por mis propios medios, con mis manitas, con mi boquita y todo". E21, 170-171.

Sin embargo, no todos los participantes continúan con una evolución favorable; algunos presentan complicaciones o exacerbación de comorbilidades de base, lo cual hace que regresen al comienzo del proceso, pero con una gran ventaja, la experiencia vivida le da herramientas para asumir de nuevo el estado de salud de una forma más tranquila y positiva.

"Es aceptar las cosas, tiene que aceptar la realidad, porque tiene que aguantarse uno, someterse a lo que sea" E3, 47-48.

Discusión

En esta investigación se describió cómo es el proceso del paciente al recibir soporte nutricional artificial en el postoperatorio de cirugía abdominal, donde la enfermedad se presenta de manera inesperada y la persona tiene que aceptar el manejo médico, quirúrgico y la realización de intervenciones que para él son anormales y antinaturales, como lo es la nutrición artificial, porque hasta el momento la única forma conocida de tomar los alimentos era a través de la boca y romper con este paradigma implica perder unas conexiones emocionales, sociales y culturales atribuidas a la acción de alimentarse.

En los participantes la vivencia del proceso se inició con manifestaciones de la patología quirúrgica como son: dolor y distensión abdominal, náuseas y vómito, resultados que son congruentes con los hallazgos de Ortiz-Nieto et al., (18) y Ugarte (19), quienes refieren que el dolor abdominal es una emergencia y es multifactorial, siendo necesario un diagnóstico correcto y tratamiento adecuado, sobre todo si el manejo es quirúrgico, de lo contrario se pueden presentar complicaciones graves e incluso, la muerte del paciente. Por lo tanto, la principal herramienta que tienen los profesionales es la historia clínica y examen físico, en especial indagar en la anamnesis los síntomas gastrointestinales como son: náuseas, vómitos, diarrea y distensión abdominal (19-21).

La etapa 2 del proceso se caracteriza por la evidencia clínica del riesgo nutricional o la desnutrición e igualmente, el paciente vive este estado con pérdida de la fuerza, energía y dependencia, situación que les genera ansiedad, estrés y tristeza. Borja-González y colaboradores, estudiaron el caso de un paciente con cirugía abdominal y abdomen abierto, encontrando que, los pacientes con postoperatorio complicado experimentan estrés, disfunción en su propia autoestima y rol familiar, lo cual requiere manejo integral, incluyendo apoyo nutricional (22, 23).

Por su parte, Solomon y colaboradores, realizaron un estudio relacionando el valor en términos económicos y calidad en la atención médica, hallando que, es importante incluir un programa multidisciplinario centrado en el paciente para apoyar los servicios de medicina perioperatorios, ya que los pacientes quirúrgicos con

múltiples condiciones crónicas y desnutridos presentan mayor número de procesos infecciosos (24), dependencia del ventilador, tasa de readmisión y costos hospitalarios significativamente más altos. Una de las estrategias es implementar una clínica de nutrición preoperatoria, encargada de valorar y tratar los pacientes en riesgo o desnutridos (25, 26). La evidencia científica revela que existen instrumentos como son el MNA-SF (Mini Nutritional Assessment) y el NRS2000 (Nutritional Risk Screening) (27) que permiten detectar la desnutrición preoperatoria e iniciar soporte nutricional enteral o parenteral en los pacientes que lo requieran (27).

En la etapa 3 los participantes son conscientes del proceso que llevan y reconocen los beneficios físicos y emocionales del soporte nutricional, entre los que mencionan ganancia de peso, fuerza, energía, independencia, sentimientos de alegría y positivismo ante la evolución de la enfermedad. En correspondencia está la revisión bibliográfica de Mompean et al., (28), cuyos autores concluyen que, una terapia nutricional individualizada proporciona beneficios en el postoperatorio, siendo fuente de energía necesarias para una curación y recuperación adecuadas, además, minimizan la ansiedad, el estrés y facilitan la recuperación funcional y la movilización.

Cao et al., (29) realizaron una metanálisis para proporcionar información cuantitativa comparando la inmunonutrición y la nutrición estándar en el desenlace de la morbilidad y la mortalidad postoperatorias en pacientes con esofagectomía, concluyeron que de los 16 ensayos clínicos revisados donde participaron 1387 pacientes, se obtuvo mejores beneficios con la inmunonutrición como reducción de las complicaciones infecciosas y estadía hospitalaria.

La evolución favorable de los pacientes en el postoperatorio de cirugía abdominal depende en gran medida de la condición de salud y las comorbilidades previas a la intervención quirúrgica, es por eso por lo que para algunos participantes el proceso tuvo altibajos. Los in-

vestigadores McIsaac y colaboradores (30), identificaron como factor de riesgo perioperatorio la fragilidad de las personas, entendida como un síndrome multidimensional caracterizado por la disminución de la reserva y resistencia a los factores estresantes. Por tanto, los pacientes quirúrgicos con fragilidad tienen mayor riesgo de resultados adversos y mayores uso de recursos sanitarios.

Conclusiones

- El soporte nutricional artificial en el postoperatorio de cirugía abdominal ha tenido un enfoque clínico dirigido a prevenir complicaciones, mejorar la calidad de vida y disminuir costos y estancia hospitalaria. Sin embargo, desde la perspectiva del paciente implica deconstruir los imaginarios acerca de alimentación y movilizar recursos internos y externos para adaptarse a la nueva experiencia de salud y enfermedad.
- Los profesionales de enfermería, dentro del equipo multidisciplinario de salud juegan un papel importante durante el proceso de la administración del soporte nutricional, porque a través de los planes de atención de enfermería proporcionan cuidado físico, emocional, espiritual y mantienen la interacción social. Por tanto, se debe continuar formulando estrategias de cuidado desde la individualidad e integralidad de la persona.
- Los participantes viven la experiencia de recibir soporte nutricional artificial como un proceso constante de múltiples cambios en las conexiones emocionales, sociales, físicas y espirituales, debido a que el alimento simboliza el amor, el cuidado, la fuente de energía física y la salud.

Conflicto de intereses

La autora reporta no existencia de conflictos de interés en el desarrollo del presente manuscrito.

Referencias bibliográficas

1. Hernández Hernández D, Prudencio Martínez ML, Téllez Girón Amador NI, Ruvalcaba Ledezma JC, Beltrán Rodríguez MG, López Pontigo L, et al. Hábitos alimenticios y su impacto en el rendimiento académico de estudiantes de la Licenciatura en Farmacia. JONNPR. 2020;5(3):295- 306. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3256>

2. Moreira E, López P, Silva L, Olano E. Terapia nutricional y pre-habilitación multimodal en el paciente quirúrgico no crítico. Una revisión. Cir. Urug. Uruguay. [Internet]. 2018 [citado 1 de agosto 2022]; 2(2):35-55. <https://doi.org/10.31837/cir.urug/2.2.5>
3. Quintero-Infante A, Pérez-Assef A, Díaz-Mayo J. Influencia de la albúmina sérica en la evolución de la cirugía abdominal en una unidad de cuidados intensivos de un hospital provincial de la Habana. Rev Cubana Aliment Nutr. Habana. [Internet]. 2018 [citado 20 de septiembre de 2022]; 28(2):356-369. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubalnut/can-2018/can182i.pdf>
4. Correia MI, Perman MI, Linetzky-Waitzberg D. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. Clinical Nutrition. 2017; 36(4):958-967. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.06.025>
5. Navas-Camacho A, Pérez-Díaz I, Díaz-Muñoz GA. Intervención nutricional prequirúrgica en pacientes de cirugía colorrectal manejados con el protocolo ERA. Rev. Nutr. Clin. Metab. 2020;3(1):34-43. <https://doi.org/10.35454/rncm.v3n1.083>
6. Wischmeyer PE, Carli F, Evans DC, Guilbert S, Kozar R, Pryor A, et al. American Society for Enhanced Recovery and Perioperative Quality Initiative Joint Consensus Statement on Nutrition Screening and Therapy Within a Surgical Enhanced Recovery Pathway. Anesth Analg. 2018;126(6):1883-1895. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002743>
7. 7Wobith M, Weimann A. Oral Nutritional Supplements and Enteral Nutrition in Patients with Gastrointestinal Surgery. Nutrientes, 2021; 13(8):2655. <https://doi.org/10.3390/nu13082655>
8. Ramos L, Loureiro V, Piriz Alvarez G. Aspectos psicológicos del abordaje nutricional de los pacientes en cuidados paliativos. Rev. Nutr. Clin. Metab. 2021;4(2):19-23. Disponible en: <https://revistanutricionclinica-metabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/260/411>
9. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. 2019. Roma. Disponible en: <https://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf>
10. Marcolini EG, Putnam AT, Aydin A. History and Perspectives on Nutrition and Hydration at the End of Life. Yale J Biol Med. 2018; 91(2):173-176.
11. González-Teruel A. Estrategias metodológicas para la investigación del usuario de medios sociales. Análisis de contenido, teoría fundamentada y análisis del discurso. El profesional de la información [internet]. 2015 [consultado 25 octubre de 2022]; 24(3):321-28. Disponible en: <https://revista.profesionaldelainformacion.com/index.php/EPI/article/view/epi.2015.may.12/19982>
12. De la Espriella R, Gómez-Restrepo C. Teoría fundamentada. rev.colomb.psiquiatr. [Internet]. 2020. [citado 20 de agosto de 2022]; 49(2):127-133. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.08.002>
13. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. Versión en español. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. 2012.
14. Suárez-Obando F. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones. La propuesta de Ezekiel J. Emanuel. pers.bioét. 2015; 19(2):182-197. <https://doi.org/10.5294/PEBI.2015.19.2.2>
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Internet] Bogotá: Ministerio de Salud; 1993 [citado 1 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
16. Plaza-Guzmán JJ, Uriguen-Aguirre PA, Bejarano-Cop HF. Validez y Confiabilidad en la Investigación Cualitativa. Revista Arjé. 2018; 11(21): 352-57. <http://arje.bc.uc.edu.ve/arj21/art24.pdf>
17. Soneira AJ. La «Teoría fundamentada en los datos» (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En: Vasilachis

- de Gialdino I, Ameigeiras AR, Chernobilsky LB, Giménez Béliveau V, Mallimaci F, Mendizábal N., et al. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa editorial; 2006. P. 153-172.
18. Ortiz-Nieto MW, Gaibor-Tapia AL, Delgado-Salazar GI, Gaitan-Jimenez JL. Criterio clínico y complicaciones quirúrgicas en abdomen agudo en paciente pediátrico. Dom. Cien [internet]. 2021 [consultado 10 septiembre de 2022]; 17(4): 934-51. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i4>
 19. Ugarte MJ. Enfrentamiento del paciente con dolor abdominal. Rev. Med. Clin. Condes [internet]. 2021 [consultado 10 septiembre de 2022]; 32(4):457-65. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.06.005>
 20. Lora-Aguirre A, Vega-Peña NV, Barrios-Parra AJ, Ruiz-Pineda JP. Hernia umbilical: un problema no resuelto. Iatreia [internet]. 2019 [consultado 15 septiembre de 2022]; 32(4): 288-97. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.28>
 21. Puchacela-Godoy MG, Criollo-Tepan JD, Román-Sarango JM, Siavichay-Ochoa TF, Lema-Knezevich RA, Guartizaca-Durán VA, et al., Abdomen agudo potencialmente quirúrgico no obstétrico durante el embarazo. Revistaavft [internet]. 2018 [consultado 25 septiembre de 2022]; 2018;37(3):197-204. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55963208005>
 22. Borja-González JB, De las Salas R, Orta-Visbal K. Cierre por segunda intención de abdomen abierto en un paciente masculino de 27 años de edad: reporte de caso. Salud Uninorte [internet]. 2018 [consultado 10 agosto de 2022]; 34 (1): 212-219. <https://doi.org/10.14482/sun.34.1.9569>
 23. Alonso-Cadenas JA, De la Torre Espí M. Diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal agudo (abdomen agudo) en Urgencias. SEUP [internet]. 2020 [consultado 10 agosto de 2022]; 1:197-213. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_abdomen_agudo.pdf
 24. Núñez Mazariegos RA. Prevalencia de complicaciones locales en el sitio quirúrgico de pacientes con hernioplastia inguinal. Rev Cient Cien Med [Internet]. 2022 [citado 7 de noviembre de 2022];24(1). <https://doi.org/10.51581/rccm.v24i1.338>
 25. Aronson S, Westover J, Guinn N, Setji T, Wischmeyer P, Guler P; et al. A Perioperative Medicine Model for Population Health: An Integrated Approach for an Evolving Clinical Science. Anestesia y analgesia [internet]. 2018 [consultado 10 agosto de 2022]; 126(2):682-90. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002606>
 26. Williams DG, Molinger J, Wischmeyer PE. The Malnourished Surgery Patient: A Silent Epidemic in Perioperative Outcomes?. Curr Opin Anaesthesiol [internet]. 2019 [consultado 26 agosto de 2022]; 32(3): 405–411. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000722>
 27. Olotu C, Weimann A, Bahrs C, Schwenk W, Scherer M, Kiefmann R. The Perioperative Care of Older Patients. Dtsch Arztebl Int [internet]. 2019 [consultado 27 agosto de 2022]; 116:63–9. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0063>
 28. Mompean O, Gómez Rosado JC1, Valdés Hernández J, Cornejo Jurado I. Abordaje nutricional en cirugía digestiva. Un modo de mejorar resultados postoperatorios. Cirugía Andaluza [internet] 2021 [consultado 27 agosto de 2022];32 (1): 28-35. Disponible en: <https://www.asacirujanos.com/revista/2021/32/1/04>
 29. Cao Y, Han D, Zhou X, Han Y, Zhang Y, Hecheng L. Effects of preoperative nutrition on postoperative outcomes in esophageal cancer: a systematic review and meta-analysis. Diseases of the Esophagus [internet]. 2022 [consultado 7 octubre de 2022];35:1–13 <https://doi.org/10.1093/dote/doab028>
 30. McIsaac DI, MacDonald DB, Aucoin SD. Frailty for Perioperative Clinicians: A Narrative Review. Anesthesia & Analgesia [internet]. 2019 [consultado 17 octubre de 2022];130(6): 1450-60. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004665>