

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE
"GENERAL PEDRO AGUSTIN PEREZ"
GUANTANAMO

**INICIO PRECOZ DE LA VIA ORAL EN EL
POSTOPERATORIO DE LA CIRUGIA
PEDIATRICA**

Dr. Luis Cantillo Hernández¹, Dr. M.Sc. Carlos Alberto Díaz Pérez², Dra. Milagros Martínez Rodríguez³, Lic. Yamilé Limonta Fernández, Dr. Lizardo Guilarte González¹, Dr. Narciso Cremé Osorio¹, Dra. Isaura Matos Jarrosay¹.

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo en el Hospital Pediátrico Docente "General Pedro Agustín Pérez" de Guantánamo, para conocer resultados de inicio precoz de la vía oral en el postoperatorio, durante el período febrero-agosto de 2007. El universo está constituido por 938 pacientes intervenidos de forma electiva, cuyos padres o tutores estuvieron de acuerdo con el inicio precoz de la vía oral. Las variables analizadas fueron: edad, especialidad quirúrgica, hora de inicio de la vía oral, métodos y agentes anestésicos, complicaciones y nivel de satisfacción de los padres. El 47.8 % de los pacientes se encontraba en el grupo de 1-5 años. La cirugía pediátrica fue la especialidad en que más pacientes se operaron (28.3 %). El 83.2 % inició la vía oral entre las 2-3 horas. Las complicaciones que aparecieron fueron náuseas y vómitos. Coinciden estas complicaciones en pacientes operados de hernia inguinal o inguinoescrotal y el uso concomitante de ketalar. La mayoría de los padres se mostraron satisfechos con el inicio precoz de la vía oral y consideró que, de ser necesario, repetirían la experiencia.

Palabras clave: SERVICIO DE CIRUGIA EN HOSPITAL; NUTRICION DEL NIÑO; SERVICIO DE ALIMENTACION EN HOSPITAL.

¹ Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación.

² Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial.

³ Especialista de I Grado Estomatología General Integral.

INTRODUCCION

En el diario quehacer del quirófano de un hospital pediátrico, una vez que el niño se recupera de la anestesia y es dado de alta de la sala del postoperatorio, los padres siempre hacen una pregunta: "¿Cuándo puede comer el niño?" Es casi un esquema rígido entre los cirujanos comenzar la vía oral seis horas después de finalizada la intervención quirúrgica, a pesar de que, a menudo, los niños se irritan y lloran porque tienen hambre y a su vez los padres se muestran ansiosos e impotentes.

El inicio de la vía oral en el postoperatorio de la cirugía pediátrica, una vez recuperado de la anestesia, es un tema sobre el cual existe poca referencia en la literatura científica; se aborda más este tema en los pacientes operados de vía digestiva y los pacientes en estado crítico.¹⁻⁴

Según Rodríguez Legrá⁵, la intervención nutricional peroperatoria (INPO) se define, literalmente, como el conjunto de las acciones alimentarias, nutrimentales y metabólicas que deben emprenderse en un individuo antes, durante y después de cualquier acción quirúrgica. Este autor reconoce que muchos investigadores han cambiado la percepción clásica del tracto gastrointestinal (TGI) como un órgano de digestión y absorción para reconocerlo como uno de los sistemas endocrinos e inmunitarios más complejos; un ejemplo de ello es que en la actualidad la falla múltiple de órganos (FMO) se ha convertido en la principal causa de muerte en el paciente operado crítico.

Las observaciones anotadas de la insuficiencia de los esquemas actuales de apoyo nutricional del paciente operado, y las críticas a la práctica del "nils per oris" (en español: nada por vía oral) han conducido al concepto de la nutrición enteral precoz como la vía más efectiva de prevención de la FMO con las que cuenta el ser humano.

La duración del ayuno postoperatorio, según Poblete Arrau y Osses Cerda⁶ aún depende de prácticas individuales sin clara evidencia científica, ya que la recuperación depende del tipo de intervención realizada, de los fármacos administrados durante la anestesia y en el postoperatorio inmediato, y de las características individuales de cada paciente. Sin embargo, se sabe que el forzar una ingesta precoz, aunque sea de líquidos, puede aumentar la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios. En general, se recomienda comenzar con pequeños volúmenes de líquidos claros e ir aumentando la calidad y cantidad

progresivamente, según la tolerancia, excepto que la enfermedad del paciente requiera otra cosa.

Magni y Schwalbach⁷, al referirse a la anestesia pediátrica, señalan que todos los niños pueden beber y comer cuando el estado de la conciencia, la deglución y los reflejos de protección de las vías aéreas regresen a la normalidad. Después de la anestesia regional cualquier paciente puede comer casi inmediatamente.

No tenemos referencia en la literatura científica de nuestro país sobre el inicio precoz de la vía oral en el postoperatorio de la cirugía pediátrica, por lo que presentamos nuestra experiencia en este campo en el servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Pediátrico Docente "Pedro A. Pérez" de Guantánamo en el periodo de febrero - agosto de 2007.

METODO

Se realizó un estudio descriptivo para evaluar el inicio precoz de la vía oral en el postoperatorio de la cirugía pediátrica. El universo estuvo integrado por 949 pacientes de ambos sexos, menores de 17 años, intervenidos de forma electiva en la unidad quirúrgica del Hospital Pediátrico Docente "Pedro A. Pérez" de Guantánamo, en el periodo de febrero a agosto del 2007. Se incluyeron en el estudio 938 pacientes con un estado físico según clasificación ASA de 1 a 3; todos los operados de estrabismo fueron medicados con dimenhidrinato, una vez llegados al postoperatorio. Se excluyeron los pacientes a los que se les realizó laparotomía y lumbotomía.

Se confeccionó una encuesta, de acuerdo con los objetivos propuestos, que contenía las variables que se debían estudiar, según el interés de los autores y la bibliografía revisada. Para el procesamiento de los datos en la realización de estadística descriptiva se utilizó el paquete estadístico Epiinfo.6 y se utilizaron como medidas estadísticas las frecuencias, los porcentajes y la mediana. Los resultados se muestran en textos y tablas.

En la consulta anestésica se les solicitó a los padres o tutores su cooperación con el proceder mediante el consentimiento informado.

RESULTADOS Y DISCUSION

La Tabla 1 muestra que la cirugía pediátrica fue la especialidad en que más pacientes se operaron, con 266 (28,3%), seguida por Otorrinolaringología, con 209 (22,3%); predominó el grupo de edades de 1 - 5 años, con 448 pacientes (47,8%), en coincidencia con autores como Delgado Delgado, et al⁸, en cuyo estudio sobre la cirugía mayor ambulatoria las especialidades de Cirugía Pediátrica y Otorrinolaringología fueron las de mayor número de casos operados en un período de dos años, así como el grupo de edades de 1- 5 años, en el que se realizaron la mayoría de las intervenciones quirúrgicas.

Al evaluar el inicio precoz de la vía oral (Tabla 2), se observa que, en la mayoría de los pacientes, 770 (82,0%) intervenidos bajo anestesia general, se inició la vía oral entre las 2-3 horas, cuando el estado de la conciencia, la deglución y los reflejos de protección de las vías aéreas habían regresado a la normalidad, lo que está relacionado con una menor exposición de los pacientes infantiles a los agentes anestésicos, debido a que, generalmente, las intervenciones quirúrgicas son de menor duración que en los adultos.

En el caso de los pacientes operados con anestesia regional, 17 (1,8%) pacientes, comenzaron la ingestión de líquidos claros antes de la hora, 21 (2,2%) entre 1-2 horas, mientras que 11 (1,2%) comenzaron entre 2-3 horas y solamente 4 (0,4%) pacientes demoraron hasta 4 horas para comenzar la ingesta.

A pesar de que los pacientes intervenidos con anestesia regional conservan la conciencia y los reflejos, aún persiste el mito entre el personal quirúrgico de demorar el inicio de la vía oral, lo que llevó a esperar un tiempo de hasta dos horas para iniciarla en nuestros pacientes, en el caso específico de los 4 pacientes en que se demoró el inicio de la ingesta hasta 4 horas, esto estuvo relacionado con las intervenciones prolongadas, en las que hubo cambios hemodinámicos importantes durante el peroperatorio y necesidad de manejar grandes volúmenes de líquidos y, en algunos, necesidad de trasfunder glóbulos.

Poblete Arrau y Osses Cerda⁶, en su trabajo titulado "Náuseas y vómitos postoperatorios. Controversias, evidencias y nuevos fármacos" hacen alusión a que, respecto a la realimentación, es llamativa la ausencia de estudios. La duración del ayuno postoperatorio aún depende de prácticas individuales, sin clara evidencia científica, ya que la recuperación depende del tipo de intervención realizada, de los fármacos administrados durante la anestesia y el postoperatorio inmediato y de las características individuales de cada

paciente. Sin embargo, se sabe que el forzar una ingesta precoz, aunque sea de líquidos, puede aumentar la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios. Estos autores reconocen que algunos postulan el realimentar "cuando esté con hambre", considerando que el hambre requiere de conciencia (a diferencia de la sed que puede ser un fenómeno hiperosmolar) y motilidad intestinal, ya que, de lo contrario, tendría náuseas.

En general, se recomienda comenzar con pequeños volúmenes de líquidos claros e ir aumentando la calidad y cantidad progresivamente, según tolerancia, excepto que la enfermedad del paciente requiera otra cosa, pero esa es una indicación difícil de cumplir.

Magni y Schwalbach⁷ plantean que, desde el punto de vista de la anestesia, todos los pacientes, incluyendo los niños, pueden beber y comer cuando el estado de conciencia, la deglución y los reflejos de protección de las vías aéreas regresen a la normalidad.

Después de la anestesia regional cualquier paciente puede comer casi inmediatamente. Si recibió sedación o analgesia por vía parenteral durante la operación (diazepán, fentanyl, petidina) es necesario esperar, por lo menos, dos horas. La anestesia general no causa íleo paralítico, como todavía se cree; sin embargo, puede causar náuseas y vómitos, empeorados o estimulados por la ingestión de alimentos. Por eso, es mejor comenzar con agua y proseguir con fluidos y comidas ligeras, si no se presentan problemas gastrointestinales, antes de pasar a una comida completa. Por tanto, los niños pequeños pueden mamar o comenzar a beber cuando lloran o gritan, cuando se mueven o intentan sentarse y los niños mayores cuando quieren y piden.

Osorio Reyes⁹ recomienda no dejar inhabilitado al paciente para reiniciar su alimentación oral por más de 4 horas en el postoperatorio y no parece buena práctica "obligarlo" a ingerir líquidos para autorizar su salida. Se le debe ofrecer y suministrar líquidos claros en cantidades no superiores al 100 ml, si son de su agrado.

Las Tablas 3 y 4 muestran la incidencia de complicaciones relacionadas con el inicio precoz de la vía oral en el postoperatorio de la cirugía pediátrica relacionada con los métodos y agentes anestésicos utilizados, así como su relación con el tipo de proceder quirúrgico realizado. Las complicaciones que aparecieron con el inicio precoz de la vía oral fueron las náuseas y vómitos en 76 pacientes (8,1%); coinciden estas complicaciones en pacientes operados de

hernia inguinal o inguinoescrotal y el uso concomitante de ketalar en la anestesia general endovenosa. Es de señalar que todos los pacientes que presentaron náuseas y vómitos fueron mayores de 12 años, dato que no se recoge en nuestro trabajo, éstos tenían hernias con un mayor saco herniario y coincidentemente mayor manipulación del cordón espermático o peritoneal, lo que causa una profunda respuesta vagal.¹⁰

Se estima que las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) afectan del 20 al 30% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente. Sin embargo, su incidencia puede variar en un amplio rango (4-92%).^{6,11-13}

Diversos factores ponen al paciente en mayor riesgo de sufrir NVPO. Algunos están relacionados con el tipo de intervención (estrabismo, laparoscopias, oído medio, gastrointestinal, cirugía prolongada, orquidopexia).^{6,9,11-14} Según Figueredo¹¹, en niños la intervención más emética es la del estrabismo, con incidencias que han alcanzado en algunos estudios el 85%.

Otros factores serían las características del paciente, como la edad -mayor en niños-, obesos, historia de cinetosis, ansiedad, intoxicación etílica, trastornos metabólicos, hipertensión endocraneana, hipercapnia, hipotensión, uso de sonda nasogástrica, antecedente de vómito postoperatorio.^{6,12,13}

También, se relacionan con factores anestésicos y farmacológicos, tales como el uso de opiáceos (en especial los de más larga duración), algunos antiinflamatorios no esteroideos, corticosteroides^{6,11,12,14}; las anestесias en las que se emplea etomidato y ketamina se acompañan de más NVPO que las inducidas con thiopental.¹¹ Se ha demostrado que el empleo de propofol para el mantenimiento de la anestesia es menos emetógeno que los agentes inhalatorios.¹¹ Navarrete Zuazo¹⁵ refiere que la incidencia de náuseas y vómitos con el uso de la ketamina no sobrepasa el 10%, lo que coincide con nuestro trabajo. Entre los anestésicos clásicos (halotano, enflurano e isoflurano) no parece que existan diferencias en la incidencia de NVPO; los nuevos agentes sevoflurano y desflurano tienen un potencial emetógeno intrínseco semejante^{11,12} y el uso de óxido nítrico.^{11,12,14}

También, existen factores postoperatorios, tales como el dolor⁶, los mareos⁶ y la realimentación muy precoz.^{6,11}

La mayoría de los padres mostraron satisfacción con el inicio precoz de la vía oral en el postoperatorio: 862 padres (92,0%) consideraron que su niño o niña

no tuvieron complicaciones asociadas a la ingestión precoz de líquidos en el postoperatorio; 867 padres (92,4%) refirieron que su niño o niña se mostraron tranquilos, 898 padres (95,7%) creyeron que el inicio precoz de la vía oral es un método seguro. La satisfacción de los padres o calidad percibida es un método cada vez más utilizado para evaluar la calidad de la asistencia médica en la medicina contemporánea¹⁶⁻¹⁸, y se ha demostrado claramente que los pacientes satisfechos son más cooperativos con los tratamientos y que su pronóstico es mejor.¹⁹

El hecho de que 929 padres (99,0%) consideraran repetir la experiencia en caso necesario indica la confianza en el servicio y es un elemento muy importante para evaluar la percepción de los padres sobre el proceder; según Asorey²⁰, el 96% de los pacientes insatisfechos no realizan reclamaciones, pero no repiten la experiencia.

CONSIDERACIONES FINALES

La vía oral se inició en la mayoría de los pacientes entre las 2 y 3 horas del postoperatorio inmediato, lo que demuestra que es un método seguro, con un mínimo de complicaciones y que goza de aceptación entre los padres o tutores.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. González Ojeda. A. Análisis comparativo entre reinstalar la vía oral en el postoperatorio con dieta blanda o líquidos claros[serie en Internet]. Rev Gastroenterol Mex 1998[citado: 23 mar 2000]; 63(2):72-76. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=10816&id_seccion=50&id_ejemplar=1114&id_revista=10
2. Díaz de Liaño A. Nutrición enteral con yeyunostomía con catéter de aguja en la anastomosis esofágica. Complicaciones de la técnica [serie en internet]. Cirugía Española. 2005[citado: 4 abr 2006]; 77(5): 263-266. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13074317>.
3. Lewis SJ, Egger M, Sylvester PA. Nutrición enteral precoz en el postoperatorio de cirugía gastrointestinal [serie en internet]. Medicina Intensiva. 2002 [citado: 4 abr 2006]; 26(8): 419-420. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13038601>
4. Fernández Ortega FJ, Ordóñez González FJ, Blesa Malpica AL. Soporte nutricional del paciente crítico: ¿a quién, cómo y cuándo? [serie en internet]. Nutr Hosp. 2005[citado: 4 abr 2006]; 20 (Supl 2). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112005000500003&lng=pt&nrm=

5. Rodríguez Legrá SG. La intervención nutricional peroperatoria: ¿un problema aún sin resolver? Sociedad Cubana de Nutrición Clínica. Habana febrero 2003. Disponible en: <http://sociedades.sld.cu/nutricion/Editoriales/EditorialSantos.htm>
6. Poblete Arrau M, Osses Cerda H. Postoperatorio en Anestesia Pediátrica [serie en internet]. Rev Chil Anest. 2002 [citado: 12 feb 2007]; 31(1). Disponible en: http://www.socanestesia.cl/rev_anestesia/0202/postoperatorio.asp.
7. Magni V, Schwalbach T. Anestesia Pediátrica. Cuaderno de Actualización en Anestesia 3^{ed}. Mozambique: s.e; 1999 p.46.
8. Delgado Delgado AL. Cirugía mayor electiva ambulatoria [serie en internet. Rev Cubana Pediatr 2003 [citado: 4 jul 2007]; 75(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312003000400003&script=sci_arttext
9. Osorio Reyes JE. Normas y protocolos en anestesia para pacientes ambulatorios [serie en internet]. [citado: 4 jul 2007]. Disponible en: http://www.scare.org.co/rca/archivos/articulos/1996/vol_2/HTML/Normas%20y%20protocolos%20en%20anestesia.htm
10. Sapirstein A. Anestesia en la cirugía abdominal. En: Hurford William E, Bailin Michael T, Davison J K, Rosow C. Massachusetts General Hospital, procedimientos en Anestesia. 5^{ed}. Madrid: Marbán; 2000 p.337.
11. Figueredo E. Náuseas y vómitos postoperatorios. Controversias, evidencias y nuevos fármacos [serie en internet]. Almería. 2000[citado: 12 nov 2007]; 47(2). Disponible en: http://www.sedar.es/restringido/2000/febrero/nauseas_vomitos.htm.
12. Gamal Hamdan S. Midazolam: Un antiemético efectivo después de la cirugía cardiaca [en internet]. [citado: 22 oct 2007]. Disponible en: <http://www.medicrit.com/Trabajos%20recientes/PONVimp.htm>.
13. Langer RL. Náuseas y vómitos postoperatorios. The Global Textbook of Anesthesiology [en internet]. 1998. Disponible en: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/anesnet/gtoae/gtoanausea.htm>.
14. Bigatello LM. Unidad de cuidados postoperatorios. En: Hurford William E, Bailin Michael T, Davison J Kenneth, Rosow C. Massachusetts General Hospital. Procedimientos en Anestesia. 5^{ed}. Madrid: Marbán; 2000 p.616.
15. Navarrete Zuazo V. Anestesia intravenosa. En: Anestesiología Clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006 p.170.

16. Sosa M, González RM, Gil E. Programa de mejora continua de la calidad de la atención estomatológica y la satisfacción de la población y los prestadores. La Habana: MINSAP; 2002.
17. Zandbelt IC, Smets, Oort FJ, Godfried MH, Haes H. Satisfaction with the outpatient encounter: a comparison of patients' and physicians views. *Gen Int Med J* 2004; 19 (11): 1088-1095.
18. Monnin D, Perneger TV. Scale to measure patient satisfaction with physical therapy. *Phyther*. 2002; 82 (7): 682 - 691.
19. Gasquet J, Villeminot S, Estaquio C, Durieux P, Ravao O, Falissard B. Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion of quality of hospital consultation departments. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2:43.
20. Asorey G. La calidad del servicio y el profesional de la salud [serie en internet]. *Rev Gerencia Salud*. 2003 abril [citado 15 dic 2006]; 2(4): [aprox.2p]. Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com/200304.htm>

TABLA 1. EDAD Y ESPECIALIDAD QUIRURGICA.

ESPECIALIDAD QUIRURGICA	GRUPOS DE EDADES											
	0 – 28 días		29 días – 11 meses y 29 días		1 – 5 años		6 – 12 años		13 – 17 años		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Cirugía pediátrica	1	0.1	39	4.1	132	14.1	68	7.2	26	2.8	266	28.3
Urología	-	-	10	1.1	101	10.8	51	5.4	33	3.5	195	20.8
Otorrinolaringología	-	-	2	0.2	114	12.1	74	8.0	19	2.0	209	22.3
Ortopedia	1	0.1	29	3.1	49	5.2	35	3.7	14	1.5	128	13.6
Oftalmología	-	-	3	0.3	41	4.4	7	0.8	4	0.4	55	5.9
Maxilofacial	-	-	13	1.4	9	1.0	6	0.6	31	3.3	59	6.3
Estomatología	-	-	-	-	-	-	9	1.0	13	1.4	22	2.4
Neurocirugía	-	-	-	-	2	0.2	1	0.1	1	0.1	4	0.4
TOTAL	2	0.2	96	10.2	448	47.8	251	26.8	141	15.0	938	100

TABLA 2. INICIO DE LA VIA ORAL EN EL POSOPERATORIO EN RELACION CON EL METODO ANESTESICO EMPLEADO.

METODO ANESTESICO	HORA DE INICIO									
	< 1 hora		Primera dos horas				Hasta 4 horas		TOTAL	
	Nº	%	1 – 2 horas No.	%	2 – 3 horas No.	%	No.	%	No.	%
Regional	17	1.8	21	2.2	11	1.2	4	0.4	53	5.6
General orotraqueal	-	-	-	-	311	33.2	70	7.5	381	40.7
General con máscara	-	-	13	1.4	194	20.7	-	-	207	22.1
General endovenosa	-	-	32	3.4	265	28.2	-	-	297	31.6
TOTAL	17	1.8	66	7.0	781	83.2	74	8.0	938	100

TABLA 3. COMPLICACIONES DEL INICIO PRECOZ DE LA VIA ORAL EN RELACION CON EL METODO Y EL AGENTE ANESTESICO.

METODO ANESTESICO	COMPLICACIONES							
	Náuseas y vómitos		Broncoaspiración		Otras		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Regional (raquídea con lidocaína hiperbárica) (bloqueo plexo braquial con bupivacaína)	-	-	-	-	-	-	-	-
General Orotraqueal (como inductores thiopental, propofol, ketalar) (mantenimiento variable halotano, Fentanyl ,N ₂ O)	-	-	-	-	-	-	-	-
General con Máscara (como inductores thiopental, propofol, ketalar) (mantenimiento variable halotano, Fentanyl ,N ₂ O)	-	-	-	-	-	-	-	-
General Endovenosa Ketalar	76	8,1	-	-	-	-	76	8,1
TOTAL	76	8,1	-	-	-	-	76	8,1

TABLA 4. COMPLICACIONES DEL INICIO PRECOZ DE LA VÍA ORAL EN RELACION CON EL TIPO DE PROCEDER QUIRURGICO.

TIPO DE PROCEDER QUIRURGICO	COMPLICACIONES							
	Náusea y vómitos		Bronco-aspiración		Otras		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Cabeza y Cuello	-	-	-	-	-	-	-	-
Orofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-
Extremidades superiores e inferiores	-	-	-	-	-	-	-	-
Pene y escroto	-	-	-	-	-	-	-	-
Hernia umbilical	-	-	-	-	-	-	-	-
Hernia inguinal o inguino-escrotal	76	8.1	-	-	-	-	76	8.1
TOTAL	76	8.1	-	-	-	-	76	8.1

TABLA 5. NIVEL DE SATISFACION DE LOS PADRES CON EL INICIO PRECOZ DE LA VIA ORAL.

PREGUNTAS	NIVEL DE SATISFACCION											
	1		2		3		4		5		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1. ¿Sin complicaciones asociadas?	862	2.0	34	3.6	42	4.4	-	-	-	-	938	100
2. ¿Niño o niña tranquilos en postoperatorio?	867	92.4	71	7.6	-	-	-	-	-	-	938	100
3. ¿El inicio precoz de la vía oral es un método seguro?	898	95.7	28	3.0	12	1.3	-	-	-	-	938	100
4. En caso de nueva intervención quirúrgica, ¿volvería a utilizar este método si fuera indicado por el médico?	929	99.0	6	0.7	3	0.3	-	-	-	-	938	100

Escala de evaluación:

1. *Muy de acuerdo*
2. *De acuerdo*
3. *Neutral*
4. *En desacuerdo*
5. *Muy en desacuerdo*