

Ayuno antes de la cirugía: qué puede comer y beber, y por qué



Ayuno antes de la anestesia: no se debe ingerir ni comer ni beber durante el tiempo que se indique.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

El día de la cirugía, dos factores son cruciales para su seguridad: el tipo de anestesia que recibirá y el cumplimiento estricto de las instrucciones de ayuno que se le dieron.

¿Por qué le pedimos que ayune?

La anestesia general relaja los músculos que normalmente impiden que el contenido del estómago regrese por la garganta. Si el estómago está lleno, ese material puede derramarse en los pulmones mientras usted está inconsciente, lo cual es grave. El ayuno vacía el estómago para evitar que esto ocurra. Las reglas estándar son las siguientes:

- **No debe ingerir nada, ni comer ni beber, a partir de la hora de ayuno indicada en el correo con los detalles de su cirugía.** Ni alimentos, ni leche, ni agua, ni té o café, ni caramelos ni goma de mascar. La hora se calcula a partir de la hora de ingreso: normalmente siete horas antes, o a la medianoche si el ingreso es temprano en la mañana.
- **Si toma algún medicamento inyectable para la diabetes o para la pérdida de peso** (Ozempic, Wegovy, Mounjaro, Trulicity, Byetta), continúe tomándolo, pero el ayuno debe durar **24 horas** antes de la hora de la cirugía. Estos medicamentos ralentizan el vaciado del estómago, por lo que el tiempo habitual de ayuno no es suficiente.
- **Si su procedimiento se realiza únicamente con anestesia local**, en el correo se indicará que no es necesario ayunar.

Si por la mañana debe tomar sus medicamentos habituales para la presión arterial o para la epilepsia, hágalo con un pequeño sorbo de agua, a menos que su anestesiólogo le haya indicado lo contrario. No debe tomar los medicamentos para la diabetes la mañana de la cirugía; la aspirina y el clopidogrel se siguen tomando, mientras que los anticoagulantes como la warfarina deben suspenderse 48 horas antes. En las páginas [Anticoagulantes](#) y [Preparación para la cirugía](#) encontrará más detalles.

Tipos de anestesia que utilizamos

La mayoría de las cirugías de extremidad superior se realizan mediante uno de estos tres métodos, a veces combinados:

- **Anestesia general:** usted queda completamente dormido. El anestesista le induce el sueño mediante una pequeña vía intravenosa en el dorso de la mano y lo vigila durante todo el procedimiento.
- **Bloqueo regional:** se inyecta anestésico local alrededor de los nervios del cuello o la axila, lo que adormece todo el brazo durante varias horas. También se le puede administrar sedante para que duerma durante la cirugía, pero no se le conecta a un respirador.
- **Anestesia local:** en operaciones menores (como la liberación de un dedo en gatillo) a menudo basta con adormecer la zona mientras el paciente permanece completamente despierto; en algunos casos se aplica sedación leve.

El anestesista conversará con usted ese mismo día sobre las opciones disponibles. La elección dependerá de la intervención, su estado de salud general y sus preferencias.

Qué esperar el día de la cirugía

Deberá llegar 1–2 horas antes de la hora programada para la intervención. Una enfermera verificará que haya ayunado, le colocará una vía intravenosa y le hará firmar el formulario de consentimiento final. El anestesiólogo lo examinará personalmente antes de que ingrese al quirófano.

Después de la cirugía, despertará en la sala de recuperación. Si se le aplicó anestesia regional, sentirá el brazo pesado y entumecido; esto es normal y dura aproximadamente 8–24 horas. **Proteja el brazo entumecido:** manténgalo en el cabestrillo, no se apoye en él y manténgalo abrigado. La sensibilidad volverá poco a poco, a menudo acompañada de sensación de hormigueo.

Durante las primeras horas son frecuentes las náuseas, la somnolencia y el dolor de garganta (debido al tubo respiratorio). Beba lentamente, ingiera alimentos ligeros y descanse.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. Vale la pena leer sobre la anestesia, pues existen datos numéricos fiables respecto a los dos aspectos sobre los que los

pacientes más desean obtener seguridad: el riesgo de daño nervioso derivado del bloqueo anestésico y si es más seguro permanecer “despierto” que estar bajo anestesia. En ambos casos, los resultados no coinciden con lo que la intuición sugeriría.

EL RIESGO DE PROBLEMAS NERVIOSOS DURADEROS TRAS UN BLOQUEO NERVIOSO

Prácticamente a todos los pacientes sometidos a cirugía de extremidad superior se les ofrece un bloqueo nervioso, y casi todos preguntan si la aguja podría dañar el nervio. Es una pregunta razonable, y la respuesta honesta requiere una distinción: la alteración temporal de la sensibilidad no es algo raro, mientras que el daño permanente sí lo es.

Una revisión sistemática que incluyó a **12,532** pacientes analizó los síntomas neurológicos postoperatorios tras la anestesia regional para cirugía de extremidad superior. Su conclusión principal es de índole metodológica, pero importante para usted: el riesgo global varía enormemente según la forma en que se mida [1]. Los ensayos aleatorizados evaluados de forma prospectiva, en los que se consulta activamente a cada paciente, reportan tasas mucho más altas que los estudios retrospectivos, donde solo se contabilizan aquellos pacientes que se quejan lo suficiente [1].

Interpretación práctica: si un estudio indica una cifra muy baja, pregunte si realmente se realizó una búsqueda exhaustiva de posibles efectos adversos. Los síntomas que desaparecen con el tiempo son bastante comunes; por eso deberían describirse como algo esperado y no como una complicación. En cambio, los síntomas persistentes sí son verdaderamente poco frecuentes.

LA ANESTESIA CONSCIENTE NO ES AUTOMÁTICAMENTE MÁS SEGURA

Existe una creencia muy extendida, tanto entre pacientes como entre otros grupos, de que evitar la anestesia general debe ser más seguro, especialmente en personas mayores y en lo referente a la confusión posterior al procedimiento.

La prueba más directa de esto proviene de las cirugías por fractura de cadera, donde esta cuestión se ha estudiado a gran escala debido a que los pacientes suelen ser ancianos y frágiles. Al analizar los datos de **3,736** pacientes, se observó que la anestesia regional **no** redujo significativamente el delirio postoperatorio ni la mortalidad en comparación con la anestesia general [2].

Se trata de un resultado verdaderamente sorprendente que requiere una interpretación cuidadosa. No significa que la elección de la anestesia sea irrelevante; más bien, dicha elección debe basarse en las características específicas del corazón, los pulmones, las vías respiratorias del paciente y en el tipo de cirugía a realizarse, en lugar de en la creencia generalizada de que una modalidad es más segura que la otra. La anestesia general moderna en pacientes en buen estado físico es muy segura, y la anestesia regional tampoco garantiza una protección absoluta.

CUÁNDO LOS BLOQUEOS ANESTÉSICOS REALMENTE TIENEN SU LUGAR

El argumento más sólido a favor de la anestesia regional no es la seguridad, sino el control del dolor. Una revisión sistemática de **1,872** pacientes sometidos a reparación quirúrgica de fracturas del húmero proximal concluyó que la anestesia regional constituye una buena opción para la analgesia postoperatoria [3]; las

primeras horas tras una cirugía de hombro son las más dolorosas, y el bloqueo anestésico cubre exactamente ese período.

Existen, además, varias formas de aplicar este tipo de anestesia. En el caso de la artroscopia de hombro, una revisión realizada en **1,382** pacientes determinó que el bloqueo del nervio supraescapular **no** resultaba más eficaz que el bloqueo interescalénico para el control del dolor, aunque presentaba un perfil de efectos secundarios más favorable [4]. Los bloqueos interescalénicos provocan de forma fiable una debilidad temporal del brazo e incluso pueden afectar al nervio diafragmático; esto resulta relevante si la capacidad respiratoria del paciente ya es limitada. En tales casos, optar por otro tipo de bloqueo no supone un compromiso, sino la mejor elección quirúrgica específica para esa situación.

¿POR QUÉ SE ESTABLECE EL AYUNO DE ESTA MANERA?

El ayuno existe por una sola razón: una vía respiratoria bajo anestesia no puede protegerse a sí misma, por lo que el contenido gástrico que asciende puede llegar a los pulmones. Este evento es poco frecuente pero grave; la norma del ayuno constituye una medida preventiva de bajo costo contra ello.

El error más común es considerar la indicación “nada por vía oral” como una especie de competencia. Un ayuno prolongado no incrementa la seguridad; además, llegar deshidratado hace que el paciente se sienta peor, dificulta la colocación de catéteres y no aporta beneficio alguno al estómago. Los líquidos claros sí abandonan el estómago más rápido que los alimentos; por eso algunos hospitales permiten su ingesta poco antes de la cirugía. Pedimos siete horas sin ingerir ni alimentos ni bebidas: una sola regla, aplicada una sola vez, por una razón práctica: a veces los horarios quirúrgicos se adelantan, y un paciente que haya cumplido con el ayuno completo puede ser atendido antes en lugar de esperar. No comience el ayuno antes de la hora indicada: cada hora extra de ayuno solo genera más sed. Si el día de la cirugía esta se retrasa, consulte con el personal médico en lugar de permanecer sediento bajo la creencia errónea de que más ayuno es mejor.

REFERENCIAS

- [1] Albaum JM, Abdallah FW, Ahmed MM, Siddiqui U, Brull R. ¿Cuál es el riesgo de síntomas neurológicos postoperatorios tras la anestesia regional en cirugías de extremidad superior? Una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos aleatorizados. Clin Orthop Relat Res. 2022;480(12):2374-89. <https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000002367>
- [2] Zhou S, Zhang S, Si H, Shen B. Anestesia regional versus general en pacientes mayores sometidos a cirugía por fractura de cadera: una revisión sistemática y metaanálisis. J Orthop Surg Res. 2023;18(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-023-03903-5>
- [3] Iliaens J, Metsemakers W, Coppens S, Hoekstra H, Sermon A, Van de Velde M, et al. Anestesia regional para la reparación quirúrgica de fracturas de humero proximal: una revisión sistemática. Arch Orthop Trauma Surg. 2019;139(12):1731-41. <https://doi.org/10.1007/s00402-019-03253-0>
- [4] Kay J, Memon M, Hu T, Simunovic N, Duong A, Paul J, et al. Bloqueo del nervio supraescapular para el control del dolor postoperatorio tras procedimientos artroscópicos de hombro: una revisión sistemática y metaanálisis. Orthop J Sports Med. 2018;6(12). <https://doi.org/10.1177/2325967118815859>