

11209  
136



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
E INVESTIGACION  
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL  
DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO  
NACIONAL "LA RAZA"

ANALISIS COMPARATIVO ENTRE LA DIETA BLANDA  
Y LOS LIQUIDOS CLAROS EN EL INICIO DE LA VIA  
ORAL EN EL PACIENTE OPERADO DE  
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA.

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**ESPECIALISTA EN  
CIRUGIA GENERAL**

**P R E S E N T A :**

**DR. LELIS TERRONES HERNANDEZ**

**A S E S O R E S :**

**DR. ROBERTO PEREZ AGUILAR  
DR. PEDRO OLGUIN AGUILAR**



MEXICO, D.F.

293623

2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México

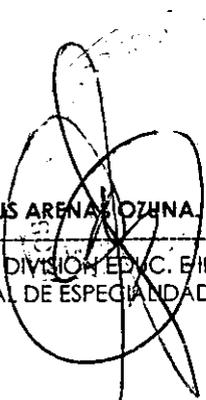


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**DR. JESUS ARENAS OZUNA.**

JEFE DE DIVISION EDUC. E INVESTIG. MEDICA.  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMNR.



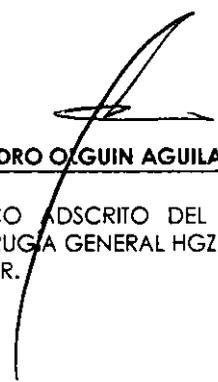
**DR. JOSE FENIG RODRIGUEZ.**

JEFE DEL SERVICIO DE CIR. GRAL,  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CMNR.



**DR. ROBERTO PEREZ AGUILAR**

MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE  
CIRUGÍA GENERAL. HGZ.NO, 27  
ASESOR



**DR. PEDRO OGUIN AGUILAR.**

MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO  
DE CIRUGIA GENERAL HGZ. No.27.  
ASESOR.



**DR. LELIS TERRONES HERNANDEZ.**

RESIDENTE DEL 4TO. AÑO. CIR. GRAL.  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMNR.

No. PROTOCOLO.

**20006940048.**

**AGRADECIMIENTOS.**

**A MIS PADRES.**

*Por su apoyo incondicional, y  
Espíritu de sacrificio.*

## INDICE.

	No. De pág.
RESUMEN.-	1.
PALABRAS CLAVE .-	2.
ABSTRAC.-	3.
INTRODUCCION.	4.
MATERIAL Y METODOS.	10.
RESULTADOS.	12.
DISCUSION.-	13.
CONCLUSIONES.-	15.
BIBLIOGRAFIA.-	16.
ANEXOS.-	17.

**ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LA DIETA BLANDA Y LOS LIQUIDOS CLAROS EN EL INICIO DE LA VIA ORAL EN EL PACIENTE OPERADO DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA Servicio de Cirugía General del HGZ 27 delegación 2 noreste DF.**

**Terrones Lelis, Pérez AR, Olguín JP**

**Introducción:** Tradicionalmente el inicio de la vía oral posterior a un procedimiento quirúrgico a nivel abdominal se realiza con una dieta de líquidos claros, sin embargo la mayor densidad calorica de ellos no favorece la adecuada movilidad gastrointestinal ni tampoco su rápida absorción intestinal debido a su alta osmolaridad. La dieta blanda además de mejorar estos dos aspectos, satisface las necesidades energéticas para los diferentes procesos metabólicos y de reparación tisular además de acortar el tiempo de estancia hospitalaria, dos aspectos de suma importancia sobre todo en procedimientos de mínima invasión como lo es la Colecistectomía Laparoscópica donde el fleo reflejo es prácticamente nulo y la reinstalación de la vía oral se realiza en un lapso de 6 horas posterior a la cirugía.

**Objetivo:** Identificar si el inicio de la vía oral con dieta blanda es mejor tolerado que los líquidos claros en el paciente operado de Colecistectomía Laparoscópica.

**Diseño:** Ensayo clínico Aleatorizado.

**Ubicación:** Hospital de segundo nivel de la Ciudad de México.

**Material y Métodos:** Mediante un muestreo aleatorio de 46 pacientes hombres y mujeres los cuales a través de asignación aleatoria fueron divididos en dos grupos, Grupo A se le indicó Dieta Blanda, Grupo B se le indicó Dieta de líquidos claros. La tolerancia de la dieta se midió sobre la base de la presencia ó ausencia de vómitos, incremento del perímetro abdominal, aumento ó disminución de los movimientos peristálticos.

**Resultados:** Se realizó análisis de Chi cuadrada de Pearson, U de Mann Withney, y Riesgo Relativo. Se encontró diferencia clínica aunque no significancia estadística significativa (Chi cuadrada de 3.166 con P de .07; RR 1.451 con IC de .941- 2.238)

**Conclusión:** Aunque si existió diferencia clínica esta no probó ser estadísticamente significativa principalmente debida a un tamaño de muestra insuficiente, por lo que es necesario realizar un nuevo estudio replanteando el tamaño muestral.

## **1.-PALABRAS CLAVE**

- a.-Tolerancia a la vía oral.
- b.-dieta blanda.
- c.-dieta líquidos claros.
- d.-colecistectomía Laparoscópica y dieta

- a.-Oral tolerance.
- b.-soft diet.
- c.-liquid diet
- d.-diet and laparoscopic colecistectomy

## ABSTRAC.

**COMPARATIVE ANALYSIS BETWEEN THE BEGINING OF SOFT DIET AND CLEAR LIQUIDS TO BE TAKEN ORALLY BY A PACIENT OPERATED OF LAPAROSCOPIC COLE COLECISTECTOMY.**  
*Servicio de Cirugía General del HGZ 27 delegación 2 noreste DF.*  
*Terrones Leis, Pérez AR, Olgún JP*

**Introducción:** Traditionally the start of the diet to be taken orally subsequent to a quirurgical procedure at abdominal level is realized with a clear liquid diet, but its higher caloric density doesn't suit the right gastro intestinal movility, neither its quick intestinal absorption, because of its high osmolarity. The soft diet is not good just for these two aspects, but also to satisfy the energetic needs for different metabolic processes and tissue repair. It also shortens the time of hospitalization, two aspects of great importance most of all in minimally invasive procedures, like the laparoscopic colecistectomy, in which the patient's recovery is practically null and the reinstatement of the diet to be taken orally is done in a six-hour period after the surgery.

**Objective:** identify if the beginning of the soft diet to be taken orally is more tolerated than the clear liquids diet in the patient operated of colecistectomy laparoscopic.

**Design:** Randomized clinical assay.

**Location:** Mexico city second level Hospital.

**Métodos and Material:** Through a random process of 46 patients men and women who were divided in two groups, through a random assignment, Group A had to take a soft diet and Group B clear liquids diet. The tolerance of the diet was evaluated according to the absence or presence of vomits, increase of abdomen perimeter, increase of peristaltic movements.

**Results:** It was done an analysis of Square Chi of Pearson, U of Mann Withney, and Relative risk. It was found clinical difference but not significant statistic. (Square Chi of 3.116 with P of .07; RR 1.451 with IC of .941 -2.238).

**Conclusión:** Although there was a clinical difference, it doesn't prove to be statistically significant, specially because the size of the sample was not enough. Because of this it will be necessary a new study reconsidering the sample size.

## 1.-INTRODUCCION.

El movimiento propulsor más importante del tubo digestivo es el peristaltismo que aparece alrededor del asa intestinal como un anillo de contracción que a continuación se impulsa hacia adelante.

La actividad peristáltica del intestino delgado aumenta mucho después de las comidas. Esto depende en parte, de la penetración de quimo en el duodeno, pero también en el denominado reflejo Gastroentérico, iniciado por la distensión del estómago y conducido principalmente por la fibra mientérica desde el estómago a lo largo de la pared del intestino delgado.

Añadidas a las anteriores, existen señales o estímulos hormonales que comprenden la Gastrina, Colecistocinina, Insulina y Serotonina, todas ellas influyen para el incremento de la motilidad intestinal, y son secretadas durante varias fases del proceso de alimentación, aunque también por otra parte la Secretina y el Glucagón, inhiben la motilidad intestinal.

La función de las ondas peristálticas en el intestino delgado, no consiste solo en la progresión del Quimo hacia la válvula ileocecal, sino también en la dispersión del Quimo por la mucosa intestinal. Cuando al Quimo penetra en el intestino procedente del estómago, provoca distensión en sus tramos más altos, las ondas peristálticas producidas empiezan inmediatamente a difundir el Quimo dispersándolo a lo largo del intestino; al llegar a la válvula ileocecal, el quimo a veces queda bloqueado durante varias horas,

hasta que la persona toma otro alimento; entonces un nuevo reflejo Gastroentérico (también llamado gastroileal) intensifica el peristaltismo y fuerza el paso del resto del Quimo a través de la válvula ileocecal hacia el interior del ciego. (1)

Sin importar el mecanismo el indicador final de la función intestinal es el tránsito aboral del Quimo el cual no ocurre durante el íleo. La presencia de ruidos intestinales, con eliminación subsecuente de flatos, heces o ambos indica la reanudación del tránsito normal. El íleo del intestino delgado es muy breve, de menos de 24 horas. El peristaltismo gástrico se establece de 24 a 48 horas. Y el del colon de 48 a 72 horas.

La razón teórica para mantener un paciente en ayuno posterior a una cirugía de abdomen es precisamente por la producción del íleo reflejo que ocurre debido a la manipulación de las asas intestinales, estimulando de esta manera el Sistema Reflejo Nervioso Intestinal, el cual está encargado de regular la secreción gastrointestinal, el peristaltismo, las contracciones de mezcla y los efectos inhibidores locales, provocando finalmente, distensión abdominal y probablemente estado nauseoso que inclusive puede llegar al vómito del contenido alimentario. Sin embargo en la cirugía Laparoscópica la manipulación de asas intestinales es prácticamente nula y por lo tanto el peristaltismo se afectará de manera leve. (1,2)

La mayoría de los enfermos que se somete a operaciones electivas afronta un periodo de catabolismo e inanición sin grandes dificultades. La conservación de un régimen nutricional adecuado puede ser muy importante en el tratamiento de pacientes quirúrgicos y puede ser útil por lo tanto para acortar la fase de recuperación del período

postoperatorio y reducir al mínimo el número de complicaciones que se presentan en esta fase y que están influenciadas por el aspecto nutricional

Las tres fuentes principales de combustible en el hombre son: los Carbohidratos, las Proteínas y las Grasas. Los depósitos de Carbohidratos, en forma de Glucógeno hepático, y musculares son hasta cierto punto pequeños y proporcionarían las necesidades calóricas básicas por menos durante un día. Sin embargo esta cantidad relativamente pequeña, es esencial en casos urgentes para producir fosfatos de alta energía durante el metabolismo anaerobio. Aunque la glucosa produce 4 kcal. Su depósito como glucógeno requiere de adición de 1-2 gr de agua y electrolitos intracelulares, por consiguiente solamente produce 1-2 kcal. De peso húmedo.

Las proteínas constituyen una fuente de combustible bastante mayor pero como insiste Cahill, cada molécula de proteína tiene un propósito específico, como una enzima o un componente estructural o una proteína contractil en el músculo. Por consiguiente cualquier pérdida de proteínas en una persona normal sana se recupera con la ingesta diaria de las mismas y cualquier proteína adicional se metaboliza y el exceso de calorías se guarda como grasa. Igual que el glucógeno las proteínas representan una fuente de energía ineficiente en relación con su peso húmedo ya que existe en ambiente acuoso.

Las grasas se almacenan en un estado anhidro. En consecuencia en peso es una fuente relativamente rica de energía que proporciona alrededor de 9 kcal./g. La mayor parte de la grasa del cuerpo sirve como fuente de energía de fácil disposición; las pocas áreas

en que las grasas tiene una función específica (p. ej). Cojines mecánicos de grasa), son las últimas que se utilizan con la inanición.

Un objetivo fundamental del apoyo nutricional en el PO. Inmediato es satisfacer las necesidades de energía para procesos metabólicos, conservar la temperatura central y la reparación tisular. La falta de suministro de fuentes adecuadas de energía no proteínica originara la disolución de los depósitos de tejido Magro. (2,3)

El consenso general sobre el inicio de la vía oral después de un procedimiento quirúrgico esta basado en el restablecimiento de los movimientos peristálticos y habitualmente se inicia con líquidos claros en cualquier intervención quirúrgica en el ámbito abdominal, se fundamenta en el hecho de que los líquidos claros con baja densidad energética ofrecen menor resistencia en el vaciamiento gástrico y una mayor absorción en el ámbito intestinal. Por otro lado los alimentos blandos con alta densidad energética, aparentemente ofrecen mayor resistencia en el vaciamiento por su consistencia y mayor dificultad para su absorción en el intestino delgado. Sin embargo en la actualidad se tiene otro concepto diferente. Es decir que los líquidos claros tienen mayor densidad calórica y que esto no favorece la adecuada movilidad gastrointestinal y por ende reduce la velocidad del vaciamiento gástrico y son deficientes por su puesto en nutrientes esenciales. Se sabe hoy en día que la Osmolaridad de la dieta determina la cantidad de líquido que debe difundir en el estómago y en el intestino delgado antes de que inicie el proceso de absorción. La alta osmolaridad de los líquidos claros no permite la absorción intestinal, hasta que estos son isoosmolares.

Se definen como LÍQUIDOS CLAROS: aquellos alimentos en presencia líquida o semisólida (gelatina), sin lácteos con aporte aproximado de 800-900 kcal y fundamentalmente son a base de carbohidratos y sin proteínas.

DIETA LIQUIDA.-Alimentos en esta presentación con un aporte de 1600Kcal. Y 30gr. de proteínas aproximadamente.

DIETA BLANDA: Son aquellos alimentos en presentación sólida con líquidos complementarios, incluidos los lácteos y con un aporte de 1800-2000 kcal aproximadamente y son a base de proteínas y escasa cantidad de carbohidratos.

Debido a la realización de manera rutinaria y cada vez más frecuente de procedimientos de cirugía de mínima invasión como lo es la colecistectomía por vía laparoscópica y siendo la reinstalación de la vía oral en forma protocolizada es decir empezando con líquidos claros, luego con dieta líquida y finalmente si esto se tolera se da dieta blanda, nunca hemos tomado en cuenta la preferencia y el gusto del paciente por sus alimentos, y tampoco está tomando en cuenta la poca manipulación de las asas intestinales para el reinicio de la vía oral de manera precoz ( 6 horas) y ya que el paciente PO. Requiere de estimular su apetito, este se vera favorecido al ofrecerte una dieta blanda al gusto y además que contenga los requerimientos proteicos calóricos que el paciente necesita y de esta manera reducir el tiempo de estancia hospitalaria que es el objetivo primordial de la cirugía de mínima invasión y ambulatoria, además algunos autores mencionan que la alimentación temprana es segura y es bien tolerada por la mayoría de los pacientes. (4,5)

Estudios recientes en pacientes con quemaduras mayores y en sujetos sometidos a cirugía colónica indican que alimentación enteral inmediata puede ser altamente beneficiosa y no se han registrado efectos adversos y no hay duda que un régimen agresivo de soporte nutricional mejora la sobrevida en estos pacientes. (6)

El soporte nutricional en el postoperatorio temprano tiene altos beneficios disminuyendo la morbilidad de sepsis y manteniendo inmunocompetente al paciente y mejorando la cicatrización de las heridas. Los substratos deliberados por la vía enteral es mejor utilizado por el intestino, previniendo la atrofia gastrointestinal y además preservar la flora normal intestinal. (7)

La alimentación enteral temprana disminuye la oxidación de las grasas el catabolismo de las proteínas de todo el cuerpo asimismo mejora el balance nitrogenado neto y puede disminuir la morbilidad y mortalidad en pacientes postoperados. (8)

Cabe mencionar también que en las últimas décadas la atención ha sido dirigida a un mejor entendimiento del sistema inmunológico e inflamatorio con la finalidad de mejorar las defensas del huésped. Sin embargo la disfunción inmunológica en pacientes postquirúrgicos es multifactorial, estudios recientes sugieren que el sistema inmune puede ser modulado por medio de un soporte nutricional temprano(9).

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

## **2.-MATERIAL Y METODOS.**

Este es un estudio prospectivo, de asignación al azar que se realizo de Agosto del 2000 a Enero del 2001 , en el servicio de Cirugía General del Hospital General de Zona 27. Dr. Alfredo Badallo García del IMSS. Se incluyeron en el estudio a 46 pacientes con un rango de edad de 20 a 88 años con un promedio de 49.67 años moda de 25 años. De los cuales 23 correspondieron al sexo Femenino y 13 al sexo masculino, previo consentimiento informado en forma verbal para reinstalar la vía oral con dieta blanda( Grupo. A), o con líquidos claros (Grupo B), posterior a la desaparición del íleo postoperatorio, después de la cirugía Colecistectomía por Laparoscopia. Siendo evaluada la tolerancia a la vía oral por tres parametros : presencia o no de vómitos , distensión o no del perímetro abdominal y números de ruidos peristálticos, medido a las 6, 12 y 24hrs. posterior a la cirugía.

La dieta se suspendió cuando los pacientes presentaron vómitos y/o distensión abdominal con o sin dolor dejándolo en ayuno nuevamente y se consideró como intolerancia a la vía oral. Cuando los pacientes presentaron datos clínicos aislados , no se suspendió la vía oral , continuando la tolerancia de manera habitual (tres alimentos al día).

El uso de agentes procinéticos fue semejante en todos los pacientes . No se incluyeron a pacientes en los casos en que la cirugía se tuvo que convertir y a pacientes que cursaron con íleo prolongado.

La tolerancia, las mediciones y curso clínico se evaluó por el grupo investigador como por los médicos tratantes y el servicio de enfermería.

El protocolo fue aprobado por el comité de investigación Biomédica del Departamento de Enseñanza e Investigación .

El análisis estadístico se realizó con (chi cuadrada  $X^2$ ), para variables nominales y T de Student para variables continuas para muestras independientes , la captura de datos en Debase IV y el análisis estadístico con el programa SPSS. 10.

### 3.-RESULTADOS.

Entre Agosto del 2000 y Enero del 2001 fueron estudiados 46 pacientes . Grupo A.(dieta blanda ), 24 pacientes y Grupo B (dieta de líquidos claros), 22 pacientes . Del Grupo A. 19 pacientes (79.1%), toleraron dieta , del Grupo B. Fueron 12pacientes que correspondía al (54.5%). En contraste 5 pacientes (20.8%) del grupo A , y 10 pacientes (45.4%) del grupo B. No toleraron la dieta.

Encontrándose mejor tolerancia ala dieta blanda con significancia clínica , pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa, con una P de 0.07. Con un riesgo relativo de 1.5 con IC 95%-2.238.

No hubo significancia , clínica ni estadística en la distensión y en los ruidos Peristalticos con una P mayor de 0.05.

Los pacientes que solamente desarrollaron náuseas o distensión abdominal no se suspendió la vía oral y se continuó con la misma dieta en las siguientes tomas con adecuada tolerancia.

#### 4.-DISCUSION .

La alimentación oral temprana con reinicio de la vo. Con dieta blanda es segura y benéfica en los pacientes po. de Colectomía laparoscópica , es sostenida por diversos autores , porque en la cirugía de mínima invasión se reduce en forma importante el ileo post-operatorio, favoreciendo estos para una alimentación temprana.

Independientemente el tipo de dieta, el concepto general de ofrecer alimentos por vía oral, depende de la resolución del ileo postoperatorio . sin embargo estudios recientes en pacientes quemados o sujetos a cirugía colónica han demostrado que la instalación temprana de la vía enteral no tiene efectos adversos. Estos resultados apoyan el concepto de no esperar a la resolución completa del ileo para iniciar la alimentación.

Otra situación frecuente es el hecho de no tomar en cuenta la preferencia y el gusto del paciente por sus alimentos . El paciente post-operado requiere de estimular su apetito para ofrecerle con una dieta blanda los requerimientos proteico-calóricos que necesita. Se reconoce que en cualquier momento hasta el 50% de los pacientes hospitalizados presentan cierto grado de desnutrición.

Bickel y colaboradores en un estudio prospectivo y de asignación al azar con 171 pacientes los cuales fueron divididos en dos grupos (líquidos claros contra dieta blanda) no encontraron diferencias con significado estadístico . En fecha reciente Jeffery y Col. informaron los resultados de otro estudio prospectivo y de asignación al azar en el que

incluyeron 241 pacientes divididos entre dieta de líquidos claros contra dieta blanda. Y también no encontraron diferencias significativas en la tolerancia a la vía oral .

Recientemente el Dr. Alejandro Gonzalez y Col. Realizaron un estudio prospectivo de asignación al azar yabierto , en la cual estudiaron a dos grupos de pacientes uno con dieta a base de líquidos claros y otro con dieta blanda siendo el estudio con un total de 132 integrantes , donde los resultados muestran nulas diferencias significativas en la tolerancia de la vía oral , el tiempo de estancia hospitalaria se acorta y el costo se reduce.

Sin embargo una ventaja potencial de iniciar la alimentación enteral en el postoperatorio inmediato es acortar los días de estancia hospitalaria. Al igual que el impacto psicológico positivo de la alimentación después de la cirugía puede tener un rol importante en la recuperación del proceso.

En nuestro estudio tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas , sin embargo, clínicamente hay cierta ventaja para la dieta blanda que probablemente por el tamaño de la muestra no se ve reflejado estadísticamente.

## 5.-CONCLUSIONES

La alimentación oral temprana con reinicio de la tolerancia con dieta blanda después de la cirugía laparoscópica es segura y bien tolerada por la mayoría de los pacientes y puede ser recomendada en el manejo post-operatorio de rutina en estos pacientes.

La dieta blanda ofrece beneficios en el aporte proteico-calórico que es mayor al de los líquidos claros.

La estancia hospitalaria se acorta porque el egreso del paciente es más rápido ya que se omite la instalación paso a paso de líquidos claros a dieta líquida y finalmente dieta blanda. Además se reduce el costo hospitalario. En centros institucionales el ahorro económico es prioritario.

Aunque si existió diferencia clínica esta no probó ser estadísticamente significativa principalmente debida a un tamaño de muestra insuficiente , por lo que es necesario realizar un nuevo estudio replanteando el tamaño muestral.

## 6.-BIBLIOGRAFIA.

1. - Guyton. Tratado de Fisiología Médica. 8º ed. Edit. Interamericana. 1992.
2. - Seymour I. Schwartz. MD. Principios de Cirugía. 6º ed. Edit. Interamericana. 1994.
3. - Alejandro Gonzáles, Jorge Rodea, Jenny García. Et al. Análisis Comparativo entre reinstalar la vía oral en el postoperatorio con dieta blanda o líquidos claros. Gastroenterol. Méx. 1998; 63: 72-76.
4. -IMSS. Subdirección General Médica. Instructivo de la Clasificación y Manejo de las Dietas a Nivel Hospitalario.(1-16).
5. - Petachia Reissman; MD, Tiong, Ann Teoh MD, FRCS Edit. Et al. Anals Of Surgery, Is Early Oral Feeding, Safe After Elective Colorectal Surgery. 1995; 222: 73-76.
6. - Wscott Mcdonald, MD, Claiborn W, S, HARP Jr. M, B, A, And Edwin Deith, MD, Immediate enteral Feeding in Burn Patients is Safe and Effective. Ann Surg. 1991: 177-1182.
7. - Frederick A, Moore, MD, David V, Feliciano, MD, Richard J, Andrassy,MD, A hoope Mccardle, et al, Early Enteral Feeding Compared With Parenteral Reduces Posoperative septic Complication Ann. Surg. 1992; 216: 172-182.
8. -Steven N. Hochwald, MD, Lawrence E. Harrison,MD, Martin J. Heslin ,MD, Michael E. Burl,,MD, PhD, Murray F. Brennan,MD, Early Postoperative Enteral Feeding Improves Whole Body Protein Kinetics en Upper Gastrointestinal Cancer Patients Am J Surg. 1997; 174:325-330.
9. - Metin Senkal MD. , Achim Mumne MD, Ulrich Eickhoff MD. Et al Early Posoperative enteral Inmunonutritión, clinical aoutcome and cost-comparision analysis in surgical patients.

7.- ANEXOS.  
HOJA DE CAPTACION DE DATOS.

1. -Caso No: \_\_\_\_\_

Gpo: de estudio. A() B()

2. -Identificación.

Nombre:

Edad:

Sexo:

# Filiación:

Telf:

3. -Parametros.

Vomito. Sí () No ()

Número de veces: \_\_\_\_\_.

Distensión Abdominal.

Perímetro abdominal. En cm. \_\_\_\_\_ 6hrs.

\_\_\_\_\_ 12hrs.

\_\_\_\_\_ 24hrs.

# De movimientos peristálticos en 1 minuto.

\_\_\_\_\_ 6hrs

\_\_\_\_\_ 12hrs

\_\_\_\_\_ 24hrs.

Tolerancia de la Dieta. Sí () No ().