

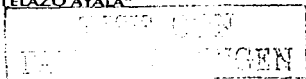
11217  
131



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 4  
"LUIS CASTELAZO AYALA"



ALIMENTACION ORAL TEMPRANA EN PACIENTES  
ONCOLOGICAS SOMETIDOS A ANASTOMOSIS  
INTESTINAL ANÁLISIS DE 35 CASOS

La Universidad Nacional Autónoma de México de la UNAM a difundir en formato electrónico o impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Juan Carlos Ramirez Ramirez

FECHA: 20-07-07

FIRMA: [Firma manuscrita]

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

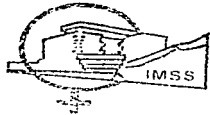
P R E S E N T A:

DR. JUAN CARLOS RAMIREZ RAMIREZ.

ASESOR DE TESIS:  
DR. MOISES ZEGERINO TOQUERO



MEXICO, D.F.



2003

DIVISION DE EDUCACION  
E INVESTIGACION MEDICA  
HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"  
IMSS



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

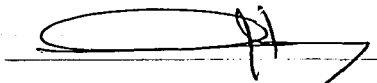
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

TESIS CON  
FALLA DE CUBRIMIENTO



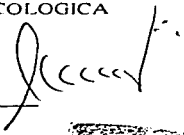
**Dr. Juan Carlos Acquierdo Puente**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO



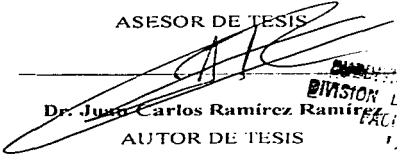
**Dr. Gilberto Tena Alavez**  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



**Dr. Guillermo González Lira**  
JEFE DE SERVICIO ONCOLOGIA GINECOLOGICA

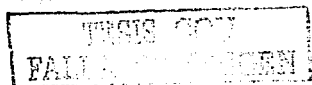


**Dr. Moisés Zeferino Toquero**  
ASESOR DE TESIS



**Dr. Juan Carlos Ramirez Ramirez**  
AUTOR DE TESIS

DIVISION DE INVESTIGACION  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE VALPARAISO  
SERVICIO DE GRADUADOS



**ALIMENTACIÓN ORAL TEMPRANA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS  
SOMETIDOS A ANASTOMOSIS INTESTINAL.: ANALISIS DE 35 CASOS**

**Investigador principal:**

**DR. JUAN CARLOS RAMÍREZ RAMÍREZ**  
Residente de Ginecología y Obstetricia  
Hospital Luis Castelazo Ayala.

**Investigadores Colaboradores:**

**DR. MOISES ZEPHERINO TOQUERO**  
Médico Adscrito al servicio de Onco Gine  
Hospital de ginecoobstetricia No. 4

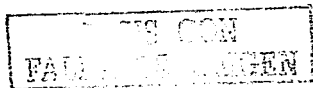
**DR. GUILLERMO GONZÁLEZ LIRA**  
Jefe de Departamento Clínico Onco Gine  
Hospital de ginecoobstetricia No. 4

**Lugar donde se realizará el estudio:**

**Hospital de Ginecología y Obstetricia no 4**  
Luis Castelazo Ayala  
Instituto Mexicano del Seguro Social

## INDICE

RESUMEN	2
ANTECEDENTES	2
COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA GASTROINTESTINAL	3
MANEJO TRADICIONAL DE ALIMENTACION	5
ALIMENTACION TEMPRANA	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
HIPOTESIS	8
OBJETIVO	8
MATERIAL Y METODO	8
RESULTADOS	10
ANEXO DE RESULTADOS	13
CONCLUSIONES	13
BIBLIOGRAFIA	14



# **ALIMENTACION ORAL TEMPRANA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS SOMETIDOS A ANASTOMOSIS INTESTINAL: ANÁLISIS DE 35 CASOS**

## **RESUMEN**

**OBJETIVO:** Analizar el efecto del inicio temprano de la vía oral en pacientes con anastomosis intestinal.

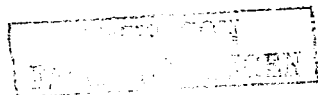
**DISEÑO:** Retrospectivo, descriptivo.

**LUGAR DE ESTUDIO:** Hospital de Ginecoobstetricia Luis Castelazo Ayala, servicio de Ginecología oncológica.

**MATERIAL Y METODOS:** Se analizaron 35 expedientes de pacientes operadas en el servicio de ginecología oncológica del Hospital Luis Castelazo Ayala del Instituto Mexicano del Seguro Social, quienes fueron sometidas a cirugía mayor y se les realizó anastomosis intestinal reanudando la vía oral dentro del postoperatorio inmediato, analizando variables como edad, diagnóstico, enfermedades concomitantes, sitio de anastomosis, tipo de cirugía, tiempo quirúrgico, días de hospitalización, sangrado, hemoglobina preoperatorio, inicio de peristalsis, complicaciones tempranas y complicaciones tardías.

**RESULTADOS:** De las 35 pacientes a quienes se inició la alimentación temprana y que iniciaron el estudio, fueron excluidos 11 por no reunir los criterios de inclusión. De los 24 expedientes completos se encontró un promedio de edad de 61.4 años con un rango entre 30 y 79 años, los diagnósticos más frecuentes fueron CA de ovario (33.3%), CACU y CA de endometrio (25%), el tipo de cirugía, la edad, las enfermedades concomitantes, el sitio de anastomosis y la hemoglobina preoperatorio no demostraron ser factores de peso para las complicaciones tardías. El tiempo quirúrgico promedio fue de 231 minutos con un rango de entre 120 a 540 minutos, los días de hospitalización promedio fueron 5.5, con un rango de entre 1 y 24 días. El sangrado promedio fue de 887ml con un rango de entre 100 y 4500ml. Las complicaciones tempranas más frecuentes fueron la náusea y vómito (54.1%), obstrucción intestinal e íleo metabólico (8.3%), dehiscencia de anastomosis, tromboflebitis y absceso de pared (4.1%). Se reanudo la peristalsis en 79.2% de los casos en el postoperatorio inmediato. Tres pacientes presentaron complicaciones tardías manifestadas como fístulas 2 rectovaginales, y 1 enterocutánea.

**CONCLUSION:** La alimentación temprana después de una cirugía mayor resulta en un retorno a la función intestinal más rápida y sin complicaciones intestinales significativas.



## ALIMENTACIÓN ORAL TEMPRANA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS SOMETIDOS A ANASTOMOSIS INTESTINAL: ANÁLISIS DE 35 CASOS

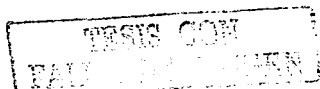
### ANTECEDENTES

#### PRINCIPIOS DE LA SECRECIÓN GASTROINTESTINAL

En el tubo digestivo existen varios tipos de glándulas que proporcionan secreciones diferentes. Sobre la superficie del epitelio de casi todo el tubo digestivo se encuentran miles de millones de glándulas mucosas de una sola célula, que se llaman células caliciformes, que expulsan moco de forma directa hacia la luz del intestino. Existen también depresiones profundas llamadas criptas de Lieberkuhn, que contienen células secretoras especializadas; también existen a nivel de estómago y duodeno células productoras de ácido y pepsinógeno, llamadas células parietales.

Estas células responden principalmente a estímulos nerviosos, químicos, mecánicos, táctiles.

SECRECIÓN DIARIA DE JUGOS INTESTINALES		
SALIVA	1000 ml	pH 6,0-7,0
GÁSTRICA	1500ml	pH 1,0-3,5
PÁNCREAS	1000ml	pH 8-8,3
BILIS	1000ml	pH 7,8
L. DELGADO	1800ml	pH 7,5-8
L.GRUESO	200ml	pH 7,5-8
GL. BRÜNNER	200ml	pH 8-8,9
TOTAL	6700ml	



## COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA GASTROINTESTINAL

### FUGA DE ANASTOMOSIS

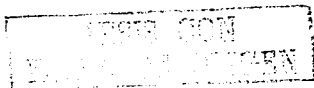
La integridad de la anastomosis intestinal, depende de diversos factores, principalmente la técnica quirúrgica utilizada. La integridad inicial de la anastomosis se deriva de la aproximación mecánica de los bordes ya sea por material de sutura o bien por grapas metálicas. Para formar un sello impermeable, la aposición de la capa mucosa es esencial. La capa serosa proporciona una fuerza tensil mayor para apoyar la sutura, el aumento en la tensión en la sutura o bien el aumento de la presión intraluminal pueden romper la anastomosis. Las suturas colocadas de manera inapropiada pueden desgarrar el tejido o bien provocar necrosis del mismo cuando están muy apretadas.

Las fugas a nivel de intestino delgado son muy raras debido a la rica irrigación, el bajo contenido bacteriano, y la rápida epitelización del intestino delgado, la dehiscencia de la anastomosis es seguida de la formación de un absceso o peritonitis. La fistula entero cutánea puede existir si el proceso se extiende de la anastomosis al sitio de la herida o bien a los puntos de drenaje.

Las anastomosis colorectales son más susceptibles a la dehiscencia y al goteo, lo cual es atribuible a la rica flora bacteriana, a la distensión del colon, a la lenta recuperación del flico y a la monocapa de fibras musculares redondas, que es la única que da soporte a las suturas, el goteo subclínico es demostrable en el 20% de los casos radiográficamente y clínicamente en el 5% de los casos.

El goteo en estas anastomosis se presenta de 7 a 14 días después de la operación, con datos clínicos de abdomen agudo o de absceso pélvico.

El riesgo de complicaciones colorectales puede reducirse mediante una óptima preparación intestinal, con agentes antisépticos del intestino tanto mecánicos como antibióticos (neomicina y estreptomina).





### ÍLEO Y OBSTRUCCIÓN DEL INTESTINO DELGADO

El íleo se define como una obstrucción funcional, no mecánica del intestino, la cual proviene de una inhibición neural a nivel del nervio esplácnico, lo cual lleva a eliminación de la peristalsis efectiva. El íleo se espera en cualquier paciente sometida a cirugía abdominal, que involucre estimulación dolorosa del peritoneo, manipulación del intestino. La duración del íleo varía de 24 a 48 hrs. en el estómago, en intestino delgado en 24 hrs. y en colon de 3 a 5 días. La presencia del íleo después de este tiempo implica un estado patológico como puede ser la presencia de un absceso, peritonitis, hemoperitoneo, sepsis, hematomas, trastornos vasculares mesentéricos, así como fármacos. La presencia de trastornos hidroelectrolíticos como la hipocalcemia, hipomagnesemia e hiponatremia pueden producir también enlentecimiento del tránsito intestinal. La presencia de leucocitosis, fiebre y dolor abdominal son datos de compromiso intestinal y son indicación de laparotomía de urgencia.

### FÍSTULAS

La mayoría de las fistulas gastrointestinales que se desarrollan en el postoperatorio, son resultado de complicaciones técnicas, errores en la realización de la anastomosis y por no advertir lesiones al intestino durante la cirugía, el dejar sin serosa un área de intestino, colocar incorrectamente drenajes que pueden llevar a erosión del intestino, y el atrapamiento de un asa en algún punto de sutura. La morbilidad y mortalidad por fistulas dependen del sitio en donde se encuentre la fistula, del número de comunicaciones externas que tenga la misma, el involucramiento de otros órganos y la longitud de la fistula. En general, mientras más proximal se encuentre una fistula en relación al tracto gastrointestinal, tendrá mayor gasto, mayores pérdidas electrolíticas, que conllevarán a un síndrome de mala absorción intestinal con la consecuente desnutrición del paciente; por otro lado, las fistulas del tracto intestinal inferior, son de bajo gasto y no implican trastornos hidroelectrolíticos.



Las fistulas con múltiples salidas a piel implican una morbilidad mayor ya que estas difícilmente cerrarán espontáneamente y se han asociado a defectos de pared. Las fistulas de más de 2 cm. de largo son más susceptibles a cerrar espontáneamente, lo cual se ha atribuido a la alta resistencia al flujo generada por un tracto largo, así como a la disminución de la epitelización que ocurre.

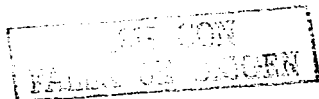
La presencia de un cuerpo extraño, carcinoma, epitelización del tracto o radiación de la zona afectada son factores locales que inhiben la curación, y cierre de la fistula.

### **MANEJO TRADICIONAL DE ALIMENTACION POSTOPERATORIA**

El manejo tradicional de alimentación postoperatoria después de una cirugía ginecológica mayor incluye la descompresión nasogástrica mediante una sonda, la cual es removida cuando se han establecido nuevamente la peristalsis, flatos y borborigmos, y la náusea, vómito, distensión abdominal han desaparecido, si ninguno de estos síntomas se ha presentado, entonces se inicia dieta con líquidos claros y de acuerdo a la tolerancia se cambia paulatinamente a sólidos. El objetivo de este manejo es prevenir el vómito y el íleo, ya que se creía que el vómito incrementaba la posibilidad de una neumonía por aspiración, y el íleo incrementa la incidencia de fugas anastomóticas y dehiscencia de la herida. Este manejo se utiliza desde 1988, se estableció que era utilizado en un 67% de los casos después de cirugía cito reductora de ovario, 34% después de la hinfadenectomía, 29% después de la histerectomía radical y 15% después de la histerectomía abdominal.

### **Cambios en el manejo tradicional**

A finales de los años 80 y principios de los 90 en que la cirugía laparoscopia era usada únicamente con fines diagnósticos se estableció que estos pacientes podían iniciar su dieta en el postoperatorio inmediato, sin embargo posteriormente se comenzaron a realizar cirugías mayores por esta vía, quedándose el protocolo de alimentación para este tipo de pacientes igual que para los pacientes a quienes se les realizaba laparoscopia con fines diagnósticos.



En 1995 se realizó un meta análisis que combinó 26 estudios aleatorizados prospectivos que incluyó 3964 pacientes, en donde se comparó la decompresión postoperatoria con sonda nasogástrica contra el no aplicarla después de una cirugía abdominal electiva, este estudio demostró que el no aplicar la sonda naso gástrica no tenía efecto en la emesis, y que el grupo al que se le colocó sonda nasogástrica presentó mayor incidencia de neumonía postoperatoria.

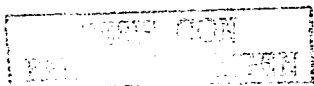
El segundo objetivo del manejo tradicional era prevenir el íleo y la dehiscencia de heridas y fugas anastomóticas, sin embargo en este mismo meta análisis se observó que los pacientes a quienes no se colocó sonda naso gástrica presentaron una mayor incidencia de íleus, sin que por este motivo hubiera mayor incidencia en complicaciones postoperatorias como la dehiscencia, fugas anastomóticas o íleo.

#### **ALIMENTACION TEMPRANA EN PACIENTES CON CIRUGIA ONCOLOGICA MAYOR**

La restauración temprana de la función intestinal después de un procedimiento quirúrgico es lo más deseable desde el punto de vista médico y sintomático.

Se concluye que la alimentación temprana después de una cirugía mayor ginecológica apresura la reanudación de la función intestinal, mejora la tolerancia a la dieta normal e implica menos días de estancia hospitalaria comparada con las pacientes a quien se les aplicó sonda naso gástrica.

Posteriormente se compararon tanto las complicaciones postoperatorias así como los días de estancia hospitalaria entre pacientes con alimentación temprana vs. pacientes que iniciaron dieta después de que se reestableció la función intestinal, las características demográficas de los dos grupos eran similares. Se estableció que el iniciar la dieta en el postoperatorio inmediato no tenía diferencia estadística entre la incidencia de emesis o íleo paralítico, y además disminuyó los días de estancia hospitalaria de 6 a 4 días.



También se ha establecido el beneficio de la alimentación temprana, como el mejorar el estado nutricional, lo cual además de promover una mejor cicatrización regenera las vellosidades intestinales más rápido, lo que disminuye la probabilidad del paso de bacterias a la circulación sistémica disminuyendo así la posibilidad de sepsis. Esto es particularmente importante en la paciente oncológica ya que se encuentran inmunodeprimidos, además los pacientes también reportan una sensación de bienestar mayor, lo cual tiene un impacto psicológico positivo y repercute en el proceso de recuperación.

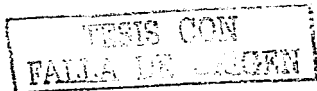
Se concluye de estos estudios que la alimentación temprana después de una cirugía ginecológica mayor incrementa el porcentaje de pacientes que padecen emesis, sin que esta tenga repercusión en la incidencia de complicaciones como dehiscencia, neumonía o fugas anastomóticas reduciendo también los días de estancia hospitalaria.

Tradicionalmente en la paciente sometida a cirugía gastrointestinal se espera a que se restituya el peristaltismo de manera normal para iniciar la vía oral, además de la colocación de sonda nasogástrica para drenar el contenido gástrico; lo cual como ha sido expuesto en párrafos anteriores puede tardar hasta 5 días, y en la paciente oncológica es mandatorio reiniciar la dieta lo más pronto posible con el fin de que se incorpore lo más pronto posible a terapia adyuvante ya sea químico o radioterapia.

En la actualidad existen protocolos de alimentación temprana asociada a una rápida reanudación de la función intestinal, mejor tolerancia a la dieta normal y a menos días de estancia hospitalaria.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿El inicio de la vía oral en forma temprana ayuda a que la paciente oncológica sometida a cirugía mayor tenga una recuperación más rápida?



## **HIPÓTESIS**

La alimentación temprana en la paciente oncológica sometida a cirugía mayor acelera la reanudación de la función intestinal, lo que lleva a una mejor tolerancia de la vía oral y a una recuperación más rápida .

La alimentación temprana en la paciente oncológica sometida a cirugía mayor no acelera la reanudación de la función intestinal por lo que no tiene una mejor tolerancia a la vía oral y su recuperación es mas lenta.

## **OBJETIVO**

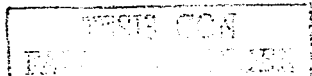
Analizar el efecto del inicio temprano de la vía oral en pacientes con anastomosis intestinal.

## **MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS**

Diseño del estudio: retrospectivo, descriptivo

Criterios de inclusión:

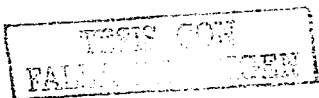
- 1) Pacientes derechohabientes del IMSS
- 2) Pacientes del servicio ginecología oncológica del hospital Luis Castelazo Ayala
- 3) Pacientes con expediente completo.
- 4) Pacientes a quien se les haya practicado anastomosis intestinal
- 5) Pacientes que iniciaron la vía oral en las primeras 12 horas posteriores al evento



quirúrgico.

**Criterios de exclusión:**

- 1) Pacientes que no hayan sido operados en el hospital Luis Castelazo Ayala
- 2) Pacientes sin expediente completo,
- 3) Pacientes que no iniciaron la vía oral dentro de las primeras 12 horas.



ESTA TESIS NO PERTENECE  
DE LA BIBLIOTECA

## RESULTADOS

De los 35 casos a analizar se excluyeron del estudio 11 por no reunir los criterios de inclusión, de los 24 expedientes que sí se encontraron completos, se evaluaron variables como la edad, diagnóstico, enfermedades concomitantes, sitio de anastomosis, tiempo quirúrgico, días de hospitalización, sangrado transoperatorio, tipo de drenajes, si requirieron hemotransfusión, la hemoglobina preoperatorio, las complicaciones tempranas y las complicaciones tardías, encontrando lo siguiente.

**TABLA 1. EDAD**

EDAD	30-40	41-50	51-60	61-70	71-80
CASOS	2	3	6	5	8

PROMEDIO 61,4 AÑOS(30-79)

**TABLA 2. DIAGNOSTICO**

DIAGNOSTICO	CASOS	PORCENTAJE n=24
CANCER CERVICOUTERINO	6	25%
CANCER DE OVARIO	8	33,3%
CANCER DE ENDOMETRIO	6	25%
CANCER DE VAGINA	1	4,1%
ACTYNOMICES	1	4,1%
APENDICITIS	1	4,1%
TEXTILOMA	1	4,1%

**TABLA 3. ENFERMEDADES CONCOMITANTES**

ENFERMEDADES CONCOMITANTES	CASOS	PORCENTAJE n=24
DIABETES MELLITUS 2	3	12,5%
DM2+HIPERTENSION	2	8,3%
HIPERTENSION ARTERIAL	2	8,3%
INSUFICIENCIA RENAL	1	4,1%
LUPUS ERMATOSO SISTEMICO	1	4,1%
ARTRITIS REUMATOIDE	1	4,1%
SIN ENFERMEDADES AGREGADAS	14	58,3%

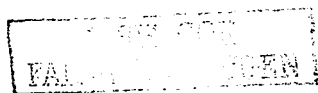


TABLA 4. SITIOS DE ANASTOMOSIS

SITIO DE ANASTOMOSIS	CASOS	PORCENTAJE n=24
COLON	10	41.6%
SIGMOIDES-ILEON	1	4.1%
ILEON	8	33.3%
DUODENO	1	4.1%
SIGMOIDES	2	8.3%
YEYUNO	2	8.3%

TABLA 5. CIRUGIA REALIZADA

CIRUGIA REALIZADA	CASOS	PORCENTAJE n=24
HEMICOLECTOMIA DIRECTA CONDUCTO	4	16.6%
ILEAL+APENDICECTOMIA	3	12.5%
IIA PIVET I RESECCION ILEON	8	33.3%
IIA PIVET II RESECCION ILEON	2	8.3%
IIA PIVET III RESECCION COLON	3	12.5%
LAPELTAPLICADORA LESION DUODENAL	1	4.1%
NEFRECTOMIA LESION SIGMOIDES	1	4.1%
CLOROFORMIA LESION RECTOSIGMOIDES	2	8.3%

TABLA 6. GENERAL

TIEMPO QUIRURGICO	231MIN	RANGO (120-540) MIN.
DIAS HOSPITALIZACION	5.5DIAS	RANGO (1-24) DIAS
SANGRAJO	887ml	RANGO (100-4500)ml
HEMOGLOBINA PRE-OPERATORIA	11.8	RANGO (7.9-14)

TABLA 7. COMPLICACIONES TEMPRANAS

COMPLICACIONES TEMPRANAS	CASOS	PORCENTAJE n=24
NAUSEA Y VOMITO	13	54.1%
OBSTRUCCION INTESTINAL	2	8.3%
DESEO METABOLICO	2	8.3%
DEFICIENCIA ANASTOMOSIS	1	4.1%
TROMBOFILIASIS	1	4.1%
ABSCESO PARED	1	4.1%
SIN COMPLICACIONES	4	16.6%

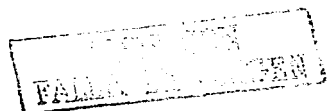




TABLA 8. INICIO DE PERISTALSIS

PERISTALSIS EN 24 HRS	CASOS	PORCENTAJE
SI	19	79.2%
NO	5	20.8%

TABLA 9. COMPLICACIONES TARDIAS

COMPLICACIONES TARDIAS	CASOS	PORCENTAJE n=24
FISTULA RECTOVAGINAL	2	8.3%
FISTULA ENTEROCUTANEA	1	4.1%

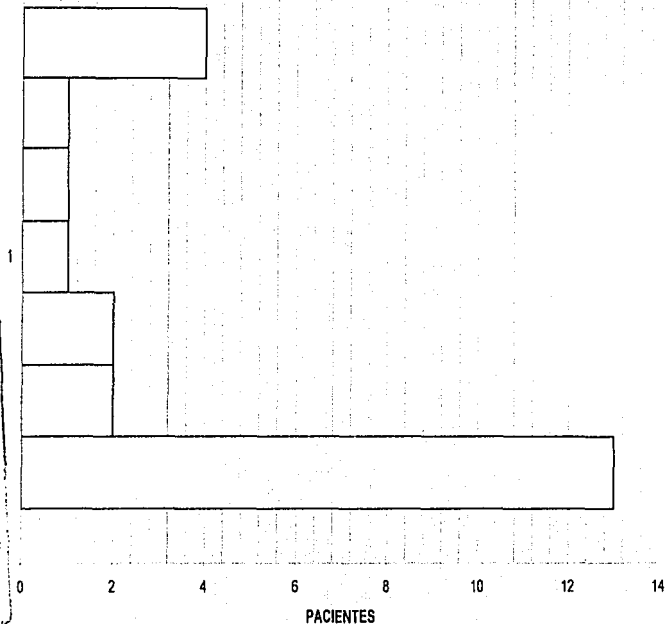
TABLA 10. ANTIBIOTICO POSTOPERATORIO

ANTIBIOTICO	CASOS	PORCENTAJE n=24
CEFOTAXIMA	10	41.6%
CEFOTAXIMA+METRONIDAZOL	4	16.6%
CEFTAZIDIMA	2	8.3%
METRONIDAZOL	1	4.1%
CIPROFLOXACINO	1	4.1%
PENICILINA	1	4.1%
SIN ANTIBIOTICO	5	20.8%

TESIS CON  
TALLA DE ALICEN



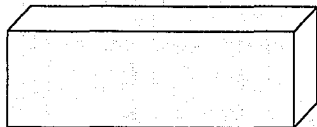
### COMPLICACIONES TEMPRANAS



- SIN COMPLICACIONES
- ABSCESO PARED
- TROMBOFLEBITIS
- DEHISCENCIA ANASTOMOSIS
- ILEO METABOLICO
- OBSTRUCCION INTESTINAL
- NAUSEA Y VOMITO

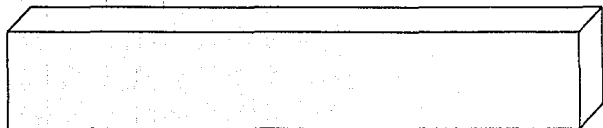
### COMPLICACIONES TARDIAS

FISTULA ENTEROCUTANEA



□ Serie1

FISTULA RECTOVAGINAL



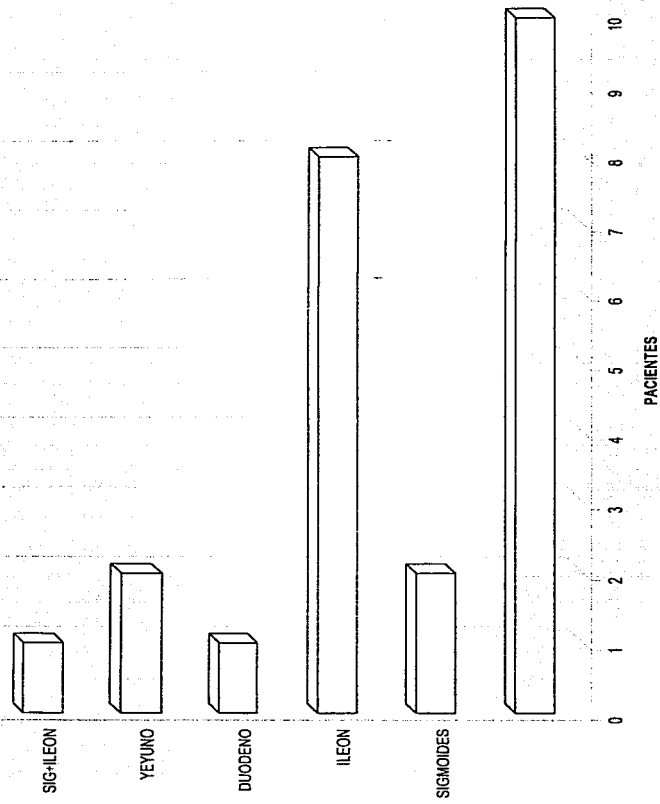
0 0.2 0.4 0.6 0.8 1 1.2 1.4 1.6 1.8 2

PACIENTES

RECIBIDO EN EL SERVICIO  
FARMACIA  
F. C. S. BARRIO  
1

12.c

SITIOS DE ANASTOMOSIS

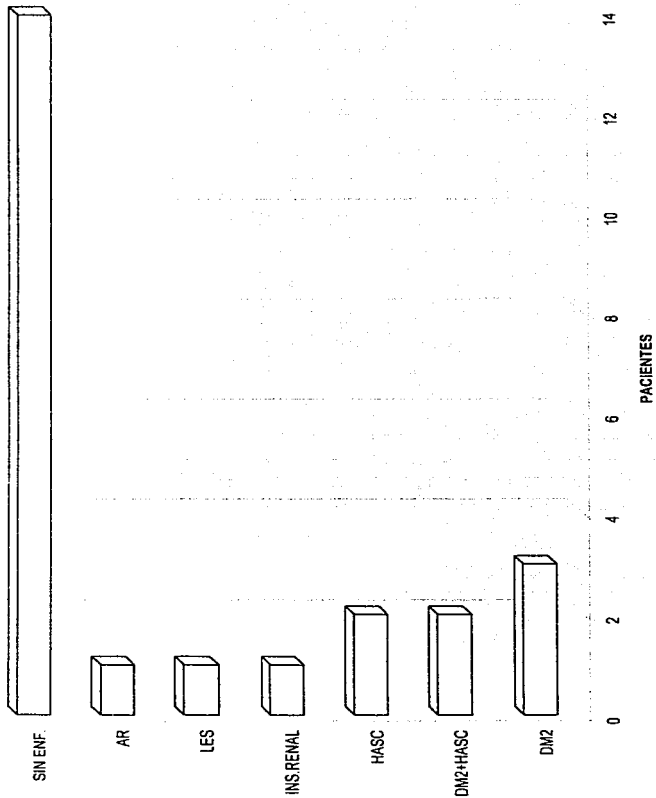


[Serie1]

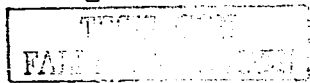
12 d

TESIS CON  
FALSO

ENFERMEDADES CONCOMITANTES



12.C



## CONCLUSIONES

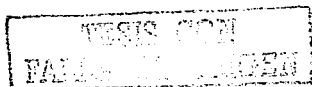
La colocación de sonda nasogástrica o perrose de manera rutinaria en el postoperatorio inmediato de una cirugía ginecooncológica mayor no es necesaria y el no colocarla no demostró presencia significativa de complicaciones.

La alimentación temprana después de una cirugía ginecooncológica mayor, provoca un incremento significativo en la emesis, sin que por esto se incremente el riesgo o incidencia de broncoaspiración, neumonía, dehiscencia o fugas intestinales.

La dieta líquida progresiva no tiene sustento fisiológico, al haber una producción aproximada de 5 litros entre las secreciones gastrointestinales y de vesícula biliar.

Después de una cirugía ginecooncológica mayor, la estimulación del intestino mediante alimentación temprana disminuye los días de estancia hospitalaria.

En conclusión y a pesar de que este estudio no fue aleatorizado y contiene un número pequeño de pacientes, de acuerdo a los resultados obtenidos es nuestra opinión que la alimentación temprana después de una cirugía mayor resulta en un retorno a la función intestinal más rápida y sin complicaciones intestinales significativas.



**BIBLIOGRAFIA**

Cheatam MC, Chapman WC, Key SP, et al. A meta analysis of selective versus routine nasogastric decompression after elective laparotomy. *Ann Surg.* 1996;62:167-170.

Cuttillo G, Manesch F, Franchi M. Early oral feeding after major gynecological oncology surgery hastened the return to a regular diet. *Obstet Gynecol.* 1999;93:41-45.

Fanning J. Early postoperative feeding after major gynecologic surgery: evidence based scientific medicine. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185:1-4.

Jeffery KM, Harkins B, Cresci GA, et al. The clear liquid diet is no longer a necessity in the routine postoperative management of surgical patients. *Am Surg.* 1996; 62:167-170.

Krauss K. Prospective trial of early feeding and bowel stimulation after radical hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182:996-8.

Pearl MC, Valea FA, Fischer M. A randomized controlled trial of early postoperative feeding in gynecologic oncology patients undergoing intra abdominal surgery. *Obstet Gynecol.* 1998; 92: 94-97.

Petrelli NJ. Early postoperative oral feeding after colectomy: an analysis of factors that may predict failure. *Ann Surg Oncol.* 2001;8: 796-800.

Schwartz S, Shires T, Spencer F. *Principles of Surgery.* Mc Graw Hill. 1994. 1449-1484.

Steed H, Capstick V, et al. A randomized controlled trial of early versus traditional postoperative intake after major abdominal gynecologic surgery. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186: 861-5.

