



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**INICIO PRECOZ DE LA VÍA ORAL EN CIRUGÍA RADICAL
POR CÁNCER GÁSTRICO HOSPITAL GENERAL MARÍA
AUXILIADORA 2013 – 2015**

**PRESENTADA POR
FILADELFIO AMADOR SALVADOR REYES**

**TESIS PARA OPTAR GRADO DE MAESTRO EN MEDICINA CON
MENCIÓN EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA ABDOMINAL**

LIMA – PERÚ

2016



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**INICIO PRECOZ DE LA VÍA ORAL EN CIRUGÍA RADICAL POR CÁNCER
GÁSTRICO, HOSPITAL GENERAL MARÍA AUXILIADORA 2013 – 2015**

TESIS

**PARA OPTAR GRADO DE MAESTRO EN MEDICINA CON MENCIÓN EN
CIRUGÍA ONCOLÓGICA ABDOMINAL**

**PRESENTADA POR
FILADELFIO AMADOR SALVADOR REYES**

LIMA – PERÚ

2016

ASESOR

Zoel Aníbal Huatuco Collantes, Maestro en políticas y planificación en salud.
Centro de Investigación de Salud Pública. Instituto de Investigación. Facultad de
medicina Humana. Universidad de San Martín de Porres.



JURADO

PESIDENTE: Juan Carlos Velasco Guerrero. Doctor en Salud Pública.

MIEMBRO: Pedro Javier Navarrete Mejía. Doctor en Salud Pública.

MIEMBRO: Manuel Jesús Loayza Blanco. Maestro en Salud Pública

A mi esposa,
Por convertirse en mi gran apoyo incansable.

A mi familia,
Por su apoyo constante en todos los momentos de mi vida papá, mamá y
hermanas.



ÍNDICE

	Pag.
Asesor y jurado	ii
Dedicatoria	
iii	
Resumen	iv
Abstract	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	
1.1 Antecedentes de la investigación	3
1.2 Bases teóricas	7
1.3 Definición de términos	
15	
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	
2.1 Tipo y diseño de investigación	17
2.2 Población y muestra	17
2.3 Recolección de datos. Instrumento	17
2.4 Procesamiento y análisis de los datos	18
2.5 Aspectos éticos	18
CAPÍTULO III. RESULTADOS	19
CAPITULO IV. DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

RESUMEN

Antecedentes: El reposo intestinal tradicional y la nutrición por vía intravenosa durante varios días se siguen utilizando ampliamente en el postoperatorio de la cirugía por cáncer gástrico. El presente estudio evalúa la morbilidad y estancia hospitalaria del inicio precoz de la vía oral luego de la cirugía radical oncológica gástrica.

Pacientes y métodos: Se analizaron los datos de 75 pacientes de nuestra institución, quienes fueron operados de cirugía radical por cáncer gástrico entre los años 2013 al 2015, se obtuvieron dos grupos de acuerdo al inicio de la vía oral precoz (A) y convencional (B). Los objetivos fueron describir las características de la población, comparar el porcentaje de complicaciones en el postoperatorio y la estancia hospitalaria.

Resultados: 37 pacientes iniciaron la vía oral precoz y 38 tuvieron inicio convencional, la morbilidad quirúrgica para el grupo A fue 5.4% (2/37) mientras que en el grupo convencional fue mayor 15.78% (6/38) sin tener significancia estadística, la mortalidad fue muy similar 2.7% (1/37) para el grupo A y 2.63% (1/38) para el grupo B. La tolerancia oral fue adecuada en el 89.2% (33/37) de los pacientes del grupo A y 86.8% (33/38) del grupo B. La estancia hospitalaria postoperatoria fue de 6.4 días para el grupo A, significativamente menor que en el grupo B que fue de 8.3 días.

Conclusión: nuestro estudio mostró que iniciar precozmente la vía oral luego de una gastrectomía radical oncológica no incrementa el riesgo de complicaciones postoperatorias, por el contrario se asocia a una reducción significativa de la estancia hospitalaria.

Palabras clave: cáncer gástrico, vía oral precoz, morbilidad, estancia postoperatoria.

ABSTRACT

Background: Traditional bowel rest and parenteral nutrition for several days are still widely used after gastric resectional surgery. This clinical study was conducted to evaluate the morbidity and hospital stay of early oral feeding after gastric resectional surgery for cancer.

Methods and patients: Data from 75 patients in our institution who underwent resectional surgery for gastric cancer between 2013 to 2015 were analyzed, two groups according to the onset of early oral (A) and traditional feeding (B) were obtained. The endpoints were to describe population characteristics comparing the percentage of postoperative complications and length of hospital stay.

Results: 37 patients were started early oral feeding and 38 had traditional feeding, surgical morbidity for group A was 5.4% (2/37), while in the conventional group was higher 15.78% (6/38) without statistical significance, mortality was similar 2.7% (1/37) for group A and 2.63% (1/38) for group B. The oral tolerance was adequate in 89.2% (33/37) of patients in group A and 86.8% (33/38) in group B. The postoperative hospital stay was 6.4 days for group A, significantly lower than in group B was 8.3 days.

Conclusion: Our study indicated that early oral feeding after gastric resectional surgery for cancer does not increase the risk of postoperative complications. Albeit, is associated with a significant reduction in length of hospital stay.

Key words: Gastric cancer, early oral feeding, morbidity, length of hospital stay.

INTRODUCCIÓN

Según el último reporte de Globocan para el año 2012 hubo 14,1 millones de casos nuevos diagnosticados de cáncer, 8,2 millones de muertes por ésta enfermedad y 32,6 millones conviviendo con el cáncer. De ellos el 57% de los casos nuevos, el 65% de las muertes por esta enfermedad y el 48% de los prevalentes ocurrieron en los países menos desarrollados.¹

En cuanto a la región de las Américas para el 2012 hubo 2,8 millones de nuevos casos y 1,3 millones de muertes debidos al cáncer, Y se proyecta que para el 2030 subirá a 2,1 millones, siendo las de cuello uterino unas 3 veces más alto en América Latina y el Caribe que en Norteamérica. La mayoría de las muertes ocurren por cáncer de pulmón, próstata y colorrectal en varones y del pulmón, mama y colorrectal en mujeres.²

El cáncer en el Perú es un problema de salud pública, como muestra los datos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, para el 2012 se estimó una incidencia anual del cáncer de 150 por 100 mil aproximadamente, esto significa que tenemos 45 mil nuevos casos por año. Actualmente, el 75% de los casos diagnosticados se encuentran en etapa avanzada, como consecuencia a una menor probabilidad de curación, menor calidad de vida, mayor costo de tratamiento y elevada mortalidad.³

El cáncer gástrico en el Perú tiene una incidencia de 22,06 por 100 mil habitantes, siendo el segundo cáncer más frecuente después del cáncer de cérvix, ocupa el segundo lugar en varones y tercero en mujeres. Constituye la primera causa de muerte por esta enfermedad alcanzado cifras muy altas como 18 por 100 mil.^{1,4}

El cáncer gástrico es un problema de prioridad nacional, y el tratamiento de elección es la cirugía radical. Una de las complicaciones más graves de una gastrectomía es la dehiscencia de anastomosis, con la intención de reducirla; por

muchas décadas se deja al paciente en ayuno prolongado (iniciando tolerancia oral en el quinto día postoperatorio y dieta blanda recién en el octavo día.), se indica nutrición parenteral o se usa sonda nasoyeyunal para iniciar nutrición precozmente.^{5,6} Un metaanálisis demostró que el iniciar precozmente la vía oral en pacientes sometidos a cirugía gastrointestinal no está asociado a mayores complicaciones en cuanto a dehiscencia de anastomosis, resolución de la función intestinal, mortalidad o estancia hospitalaria.⁷

A pesar de la evidencia científica que apoya el inicio de la nutrición enteral precóz luego de cirugía gastrointestinal, el reposo intestinal tradicional y la nutrición por vía intravenosa durante varios días del postoperatorio se sigue utilizando ampliamente después de la cirugía por cáncer gástrico. Nosotros hemos observado en nuestro servicio que algunos pacientes iniciaron la vía oral en el segundo o tercer día con una evolución satisfactoria, por lo que creemos que el ayuno prolongado es innecesario y aumenta la estancia hospitalaria innecesariamente.

Hay estudios previos y meta-análisis que demuestran los beneficios y la seguridad del inicio precoz de la vía oral, pero en cirugía general y colorrectal, donde pacientes candidatos a resección colorrectal ingresaron a un programa de alimentación desde el primer día postoperatorio y han sido comparados con aquellos que recibieron el inicio de la vía oral convencional, encontrándose una mejor recuperación de la función intestinal, menor tasa de complicaciones y menor estancia hospitalaria aunque no hubo diferencias en la tolerancia a la reanudación de la alimentación. Concluyendo que el inicio precoz de la vía oral luego de cirugía colorrectal es factible y segura.^{8,9,10}

Hay muy pocos estudios respecto al tema en cirugía gastrointestinal alta y menos aún en cáncer gástrico, que es motivo de nuestra investigación, además reduciría la estancia hospitalaria prolongada.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de la investigación

A pesar de que se ha ido demostrando la evidencia de las ventajas de la alimentación precoz post cirugía, muchos cirujanos siguen siendo reacios a este método después de la gastrectomía, siendo una de las razones el temor a un aumento de las complicaciones postoperatorias, principalmente a la retención gástrica y la dehiscencia de anastomosis.¹¹

Ya están demostrados ampliamente los beneficios del inicio precoz de la vía oral en cirugía de colon, sin embargo en cirugía gastrointestinal superior es evitada debido a las preocupaciones con respecto a la dehiscencia de anastomosis. Un estudio experimental publicado el 2007 ha evaluado la presión de rotura de la anastomosis en modelo de ratas que fueron sometidas a cirugía gastrointestinal superior y posteriormente recibieron nutrición enteral precoz y nutrición parenteral, donde quedó demostrado que los primeros tenían mayor cicatrización de la herida y mayor contenido de hidroxiprolina.¹²

Un estudio realizado el 2009 cuyo objetivo fue averiguar el manejo postoperatorio en cuanto al inicio de la vía oral, mediante un cuestionario en los principales centros quirúrgicos digestivos de Escocia, los Países Bajos, Dinamarca, Suecia y Noruega, evidenció que una política de “nada por boca” es relativamente común después de resecciones gástricas incluso durante 3-4 días, y el inicio precoz de la vía oral se permite generalmente en el primer día postoperatorio sólo en 20% de los centros que respondieron.¹³ Otro estudio similar realizado el mismo año contactó a 4 mil pacientes con cáncer gástrico en 66 centros de 18 países reveló que los fluidos orales siguientes a la gastrectomía total se iniciaron en el cuarto día (rango de 1 a 6) y los sólidos en el sexto día (intervalo de 4 a 8) post gastrectomía.¹⁴

Actualmente se viene propugnando mucho el concepto de cirugía rápida en todas las áreas quirúrgicas, así en un estudio publicado el 2008 que recopila la búsqueda en Medline y The Cochrane Library desde 1966 al 2007 donde el concepto de la "metodología de vía rápida" ha proporcionado una importante mejora en la recuperación que lleva a menor la estancia hospitalaria y una aparente reducción en la morbilidad, concluyendo que la atención basada en la evidencia multimodal dentro de la metodología de la vía rápida mejora significativamente la recuperación postoperatoria y reduce la morbilidad, y por lo tanto debería ser más ampliamente adoptado. Sumado a esta mejora, integrar posteriormente a la cirugía mínimamente invasiva como estándar en cirugía gástrica traerá mejores resultados.¹⁵

Otro estudio piloto publicado el 2009 con el objetivo de determinar si la alimentación precoz luego de una cirugía curativa por cáncer gástrico puede ser bien tolerada y ver si tiene un efecto en la recuperación. Reportó 35 pacientes quienes fueron sometidos a gastrectomía distal radical con intención curativa, comenzaron una dieta líquida en el segundo día postoperatorio, seguido por una dieta blanda a partir del tercer hasta que fueron dados de alta; el estudio incluyó a 31 pacientes quienes recibieron dieta convencional como grupo de control. Encontraron que no hubo diferencias significativas en los factores clínicos y quirúrgicos entre los dos grupos; aunque no hubo diferencias en la tasa de morbilidad, el grupo de inicio temprano fue hospitalizado por un menor número de días (8,03 versus 9,97, $p < 0,001$) y tuvo un inicio más rápido de flatos (1,96 versus 2,97, $p < 0,001$) que el grupo control. Los hallazgos de laboratorio mostraron que el grupo de alimentación temprana tendían a tener un recuento de linfocitos que se recuperó más rápido que el grupo de control, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa.¹⁶

Un meta análisis publicado el año 2014, que es la actualización de la revisión original Cochrane 2007 comparó los efectos del inicio precoz de la vía oral en pacientes sometidas a cirugía ginecológica y evaluaron el ileo postoperatorio, la

tasa de náuseas o vómitos, la distensión abdominal, la necesidad de colocar sonda nasogástrica en el postoperatorio, tiempo de la aparición de ruidos intestinales, inicio de flatos, inicio de dieta sólida, la estancia hospitalaria y las complicaciones infecciosas. Concluyeron que la alimentación precoz después de cirugía ginecológica abdominal para condiciones ya sea benignas o malignas pareció ser seguro y sin aumento de morbilidad, esto se evidenció en una recuperación más rápida de la función intestinal, menores tasas de complicaciones infecciosas, estancia hospitalaria más corta, y una mayor satisfacción de los pacientes.¹⁷

En los últimos tiempos se está planteando un nuevo concepto de atención al paciente operado basado en una construcción de las intervenciones basadas en la evidencia se refiere como "enhanced recovery after surgery" (ERAS), donde Los principales pilares del programas ERAS incluyen el óptimo manejo del dolor postoperatorio, principios de la alimentación enteral y la movilización precoz después de la cirugía. Varios estudios, en su mayoría sobre la base de experiencias con pacientes sometidos a resección de colon y recto, sugieren que la aplicación ERAS es factible y segura. Sin embargo, hay muy pocos estudios bien diseñados que han evaluado la utilidad de los programas ERAS después de la cirugía abdominal superior mayor. El estudio publicado el 2013 se centró en analizar los datos más relevantes sobre la aplicación del programa ERAS en cirugía pancreática, hepática, de esófago y cirugía gástrica, encontró un total de 23 artículos. Encontraron que la alta frecuencia y la naturaleza potencialmente peligrosa de algunas complicaciones postoperatorias asociadas con las cirugías complejas de abdomen superior y la falta de ensayos controlados aleatorios bien diseñados fueron factores limitantes para la aplicación de ERAS. Sin embargo este estudio concluye que la aplicación del programa ERAS en cirugía pancreática, hepática, de esófago y de cirugía gástrica contribuye a una reducción de las complicaciones, la duración de la estancia hospitalaria y los costos sin un aumento en la tasa de mortalidad o la readmisión.¹⁸

Un estudio reciente evaluó el impacto de nutrición precoz en pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico. Fue un trabajo prospectivo de casos y controles distribuidos en forma aleatoria con 150 casos en cada grupo. Encontraron diferencias significativas en la duración de fiebre postoperatoria, eliminación de flatos y estancia hospitalaria a favor del grupo de inicio precoz de la vía oral, asimismo los costos de tratamiento totales fueron significativamente menores en el grupo experimental, no encontraron diferencia significativa en cuanto a la incidencia de complicaciones postoperatorias, mientras que el dosaje de albúmina, prealbúmina y CD4/CD8 fueron significativamente mayores en el grupo experimental que en el grupo control; llegando a concluir que el inicio precoz de la vía oral en estos pacientes puede mejorar el estado nutricional y la función inmune así promover la pronta recuperación de la función intestinal.¹⁹

Un estudio retrospectivo publicado el 2014 reclutó 74 pacientes con cáncer gástrico consecutivos a quienes se les dio una dieta oral en el primer día postoperatorio luego de una gastrectomía radical, los resultados quirúrgicos, incluyeron estancia hospitalaria, la morbilidad y la mortalidad, que se compararon con un grupo que recibieron dieta convencional (96 casos previos al estudio) en el que se inició una dieta oral en el tercer o cuarto día del postoperatorio. No encontraron diferencias significativas en las características clínico-patológicas, en la morbilidad postoperatoria o complicaciones relacionadas como dehiscencia de anastomosis e íleo postoperatorio. Sí hubo diferencias en lo que respecta a la estancia hospitalaria. Concluyendo que la nutrición oral postoperatoria es segura y factible en el primer día postoperatorio. Sin embargo, los pacientes de edad avanzada necesitan una vigilancia estricta en la aplicación de la nutrición oral precoz después de la gastrectomía.²⁰

En otro estudio publicado en 2015, se evaluó la viabilidad y los resultados de la alimentación precoz en pacientes sometidos a gastrectomía total, donde se analizó retrospectivamente las historias clínicas de 353 pacientes entre 2006 y 2012. Se inició alimentación oral precoz en el 52%, esto no aumentó el riesgo de

dehiscencia de la anastomosis, no aumentó el número de reoperaciones, ni la tasa de mortalidad; si se asoció a menor número de complicaciones quirúrgicas. El estudio sugiere que la alimentación oral precoz es factible y segura después de la gastrectomía total por cáncer gástrico. Sin embargo, los beneficios de este tipo de intervenciones nutricionales tempranas requieren más estudios.²¹

1.2 Bases teóricas

Cáncer gástrico

Cáncer gástrico es una neoplasia maligna de origen epitelial en la que sobre la base de factores genéticos influyen fundamentalmente factores ambientales que alteran el epitelio.²²

El cáncer gástrico viene ocupar la segunda causa de muerte relacionada con el cáncer en ambos sexos a nivel mundial, constituyendo el 9,7% de todas las muertes relacionadas con el cáncer y es el cuarto cáncer más frecuente en el mundo. La tasa de mortalidad más alta se estimó en el Asia Oriental donde alcanza la cifra de 28,1 por 100 mil hombres y 13 por 100 mil en mujeres. Es el cuarto cáncer más frecuente en todo el mundo detrás de pulmón, mama y colorrectal, asimismo se encontró significativamente más casos de cáncer gástrico en las regiones menos desarrolladas comparado con las regiones más desarrolladas.²³

En el Perú, el cáncer de estómago ocupa el segundo lugar en incidencia entre los principales tipos de neoplasias malignas. Aunque desconocemos la etiología precisa, entre los factores de riesgo reconocidos del cáncer del estómago se incluyen los siguientes:²⁴⁻²⁶

Infección gástrica por *Helicobacter pylori*.

Edad avanzada.

Género masculino.

Alimentación pobre en frutas y verduras.

Alimentación alta en sal o comidas ahumadas o en conserva.

Gastritis atrófica crónica.

Metaplasia intestinal.

Anemia perniciosa.

Pólipos adenomatosos gástricos.

Antecedentes familiares de cáncer de estómago.

Tabaquismo, alcohol.

Enfermedad de Menetrier (gastritis hipertrófica gigante).

Poliposis adenomatosa familiar.

Clasificación celular del cáncer del estómago:

Según Lauren P. Hay dos tipos principales de adenocarcinoma gástrico:²⁷

- Intestinal y
- Difuso

Los adenocarcinomas intestinales son bien diferenciados y las células tienden a organizarse en estructuras tubulares o glandulares. Los términos tubular, papilar y mucinoso se asignan a los diversos tipos de adenocarcinomas intestinales. Los cánceres adenoescamosos se presentan con poca frecuencia.

Los adenocarcinomas difusos son indiferenciados o pobremente diferenciados y carecen de formación glandular. Clínicamente, los adenocarcinomas difusos pueden dar lugar a la infiltración de la pared gástrica (es decir, linitis plástica).

Algunos tumores pueden tener características mezcladas de tipos intestinales y difusos.

Cáncer Incipiente: Clasificación japonesa. ²⁸

- I Elevado
- Ila Levemente Elevado
- Ilb Plano
- Ilc Deprimido
- III Excavado o Ulcerado

En tipos mixtos se colocará primero el que tiene mayor diámetro

Cáncer Avanzado: Clasificación de Bormann. ²⁹

- Tipo I Lesión polipoidea, base ancha y bien demarcada de la mucosa.
- Tipo II Similar a la anterior con ulceración central.
- Tipo III Ulcerado sin límites definidos, infiltrando la mucosa de alrededor.
- Tipo IV Difusamente infiltrante o Linitis plástica.
- Tipo V No clasificable en los anteriores.

Estadificación definiciones TNM

El American Joint Committee on Cancer (AJCC – Séptima edición 2010), ha designado los estadíos mediante la clasificación TNM para definir el cáncer del estómago. ³⁰

TX	No se puede evaluar el tumor primario.
T0	No hay prueba de tumor primario.
Tis	Carcinoma in situ: tumor intraepitelial sin invasión de la lámina propia.
T1	El tumor invade la lámina propia, mucosa muscular o submucosa.
T1a	El tumor invade la lámina propia o la mucosa muscular.
T1b	El tumor invade la submucosa.
T2	El tumor invade la muscularis propia.
T3	El tumor penetra el tejido conjuntivo de la subserosa sin invasión del peritoneo visceral o las estructuras adyacentes.
T4	El tumor invade la serosa (peritoneo visceral) o las estructuras adyacentes.
T4a	El tumor invade la serosa (peritoneo visceral).
T4b	El tumor invade las estructuras adyacentes.

NX	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales.
N0	No hay metástasis a los ganglios linfáticos regionales.
N1	Metástasis en 1–2 ganglios linfáticos regionales.
N2	Metástasis en 3–6 ganglios linfáticos regionales.
N3	Metástasis en ≥ 7 ganglios linfáticos regionales.
N3a	Metástasis en 7–15 ganglios linfáticos regionales.
N3b	Metástasis en ≥ 16 ganglios linfáticos regionales.

M0	No hay metástasis a distancia.
M1	Metástasis a distancia.

0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
	T1	N1	M0
IIA	T3	N0	M0
	T2	N1	M0
	T1	N2	M0
IIB	T4a	N0	M0
	T3	N1	M0
	T2	N2	M0
	T1	N3	M0
IIIA	T4a	N1	M0
	T3	N2	M0
	T2	N3	M0
IIIB	T4b	N0	M0
	T4b	N1	M0
	T4a	N2	M0
	T3	N3	M0
IIIC	T4b	N2	M0
	T4b	N3	M0
	T4a	N3	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

Tratamiento del cáncer gástrico.

El tratamiento del cáncer gástrico principalmente se basa en la cirugía, las terapias sistémicas y la radioterapia, lamentablemente sólo el 45% de los pacientes tienen opción quirúrgica al momento del diagnóstico. También no debemos dejar de mencionar el tratamiento paliativo que es una parte importante del tratamiento oncológico, e incluye la colocación de endoprótesis, las cirugías y las medidas de soporte. El manejo del cáncer gástrico requiere, obviamente, un enfoque multidisciplinar.³¹ El cáncer gástrico puede ser curado con éxito mediante la cirugía radical oncológica y en la actualidad la técnica reglada y el tipo de reconstrucción para el cáncer gástrico ha sido estandarizada gradualmente. La cirugía mínimamente invasiva, que se usa ampliamente para el tratamiento estándar del cáncer gástrico precoz, y se está investigando su idoneidad para el cáncer gástrico avanzado. El uso de técnicas de vanguardia para la cirugía mínimamente invasiva permite a los cirujanos ofrecer diferentes opciones de tratamiento para disminuir el sufrimiento de un paciente pero manteniendo la seguridad oncológica.^{32,33}

En cuanto a la tasa de resecabilidad en un estudio nacional reportado por el Instituto Nacional de enfermedades neoplásicas (INEN) con 50 años de seguimiento entre 1950 y 1999 reportó que en sólo el 32.42 % de todos los pacientes admitidos por cáncer gástrico se logró realizar cirugía radical con intención curativa.³⁴ Otro hospital del ministerio de salud (Hospital Santa Rosa) que cuenta con un departamento de oncología, en 3 años de seguimiento reportó un 42.3% de cirugías oncológicas con intención curativa.³⁵ En cambio el doctor Portanova reporta 65% de resecabilidad por cáncer gástrico durante el año 2004 en una unidad especializada del Hospital Rebagliati, esta tasa es alta debido a que no se trata de los datos del hospital sino de su unidad donde llegan pacientes seleccionados.³⁶

La pérdida de peso y la desnutrición son comunes en pacientes oncológicos, aunque la pérdida de peso se debe predominantemente a la pérdida de masa grasa, el riesgo de morbilidad se da por la disminución de la masa muscular. El paciente con cáncer gástrico presenta absorción de nutrientes deficiente, que puede causar la pérdida de peso severa, particularmente en pacientes con cáncer en etapa avanzada después de la cirugía.³⁷ Estos pacientes están en un alto riesgo de estado de desnutrición y puede aumentar el riesgo de complicaciones debido a la mala absorción de nutrientes esenciales (por ejemplo, la vitamina B₁₂). Los resultados clínicos adversos se observan con frecuencia en los pacientes desnutridos, como el aumento de la duración de la estancia hospitalaria y la alta incidencia de complicaciones, morbilidad y / o mortalidad. La desnutrición es evidente en hasta un tercio de los pacientes hospitalizados y da lugar a resultados pobres de hospitalización y supervivencia, así como el aumento de los costos de la atención.^{38,39}

La confirmación del diagnóstico se sustenta en la endoscopia con toma de biopsia, la eco endoscopia, es un procedimiento operador dependiente⁴⁰ con una sensibilidad para la clasificación clínica T entre el 65-92%, para la clasificación N entre el 50-95%, y cambia en el manejo terapéutico en un 25% de las ocasiones.⁴¹ La tomografía axial computarizada es empleada para buscar la extensión de la enfermedad a distancia, tiene una sensibilidad para la clasificación T del 43-82%. No se recomienda usar PET porque no ha demostrado una adecuada sensibilidad en el estadiaje, aunque, en algunas ocasiones, asociado a la TAC, puede ser útil.⁴² La laparoscopia diagnóstica es un procedimiento de estadificación preoperatoria en pacientes potencialmente resecables no complicados, en especial en aquellos que recibieron tratamiento neo-adyuvante, o presentan elevación inexplicable de los marcadores tumorales y diagnóstico de linitis plástica. Varios estudios demostraron su utilidad en enfermedad diseminada evitando laparotomías innecesarias en 30%.⁴³

Postoperatorio

En lo que se refiere a la morbilidad postoperatoria en un estudio que reportó el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) donde analiza 50 años de seguimiento encuentra que la morbilidad y mortalidad hospitalaria han ido disminuyendo por cada década de seguimiento. La morbilidad postoperatoria de la gastrectomía total y gastrectomía distal disminuyó de 23.7% y 14.3% en la década del 50 a 19.8% y 7.4% en la década del 90 respectivamente, la mortalidad postgastrectomía total y gastrectomía distal disminuyó de 28.9% y 19.4% en los años 50 a 4.4% y 2.2 % en los 90.³⁴

Otro estudio Chileno describe una tendencia similar respecto a la mortalidad postgastrectomía total y gastrectomía subtotal que era del 50% y 19%, que disminuyeron a 2.1% y 1.4% para el año 2011 respectivamente; la morbilidad y mortalidad global reportada es de 11.9% y 2.9%.⁴⁴

Un estudio local que realizó 31 gastrectomías en 3 años consecutivos reportó una morbilidad de 26.7% y una mortalidad de 6.7%.³⁵

Un estudio nacional compara los resultados obtenidos postgastrectomía oncológica entre el hospital y un servicio especializado dedicado al manejo de pacientes oncológicos encontrando diferencias significativas en cuanto a la mortalidad, morbilidad y radicalidad de la cirugía, mostrando 21.7% y 3.1% de morbilidad y mortalidad respectivamente en el servicio especializado comparado con 31.5% y 10.9% en el hospital; resalta la importancia del volumen/hospital y volumen/ cirujano para la obtención de mejores resultados.³⁶

En otra publicación reciente del 2014 que incluyó datos del Colegio Americano de Cirujanos donde reclutaron 2580 pacientes sometidos a cirugía radical por cáncer hallaron una morbilidad total del 23.6% y la mortalidad del 4.1%; mencionan que las gastrectomías en la actualidad son complejas y conllevan a una morbilidad y mortalidad significativa y agregar procedimientos adicionales como esplenectomía y pancreatectomía aumentan los riesgos.⁴⁵

Cuando evaluamos la estancia hospitalaria en los diferentes estudios observamos mejores resultados con el transcurrir del tiempo por ejemplo en el INEN disminuyó de 23,9 días en los años 60 a 12,8 días para el 2000 para las gastrectomías totales y de 16,5 a 8,9 días para las gastrectomías subtotales. El Hospital Santa Rosa ha reportado 8 días de estancia postoperatoria, otro reporte local de Essalud describe la estancia hospitalaria en 14 días para gastrectomía total y 11 días para gastrectomía subtotal, finalmente otros estudios extranjeros como el italiano y chino describieron en 13 y 19 días respectivamente.^{34-36,46,47}

1.3 Definición de términos.

- **Cáncer gástrico:** es una neoplasia maligna de origen epitelial en la que sobre la base de factores genéticos influyen fundamentalmente factores ambientales que alteran el epitelio.²²
- **Mortalidad operatoria:** muerte durante el ingreso en el hospital dentro de los 30 días después de un procedimiento quirúrgico.⁴⁸
- **Morbilidad postoperatoria:** son las complicaciones quirúrgicas y/o generales que postergan el alta del paciente operado.⁴⁸
- **Linfadenectomía D0:** no se han disecado ganglios de ninguna estación.
- **Linfadenectomía D1:** disección de la primera estación ganglionar mas el grupo 7.
- **Linfadenectomía D2 :**disección de la primera y segunda estación ganglionar.⁴⁹
- **Resección quirúrgica R0:** en la que no queda enfermedad residual micro ni macroscópica.
- **Resección quirúrgica R1:** en la que queda enfermedad residual microscópica.
- **Resección quirúrgica R2:** en la que queda enfermedad residual macroscópica.

- **Gastrectomía total radical oncológica:** a la resección de todo el estómago más disección ganglionar D2.
- **Gastrectomía subtotal radical oncológica:** resección parcial del estómago más linfadenectomía D2.⁴⁹
- **Inicio precoz de la vía oral:** inicio de la vía oral dentro de las primeras 24 horas posterior a la cirugía.
- **Inicio convencional de la vía oral:** inicio de la vía oral después de las 72 horas posteriores a la cirugía.
- **Dehiscencia de anastomosis:** es la pérdida de continuidad parcial o total en las áreas de sutura como duodeno, anastomosis esófago-yeyunal, gastroentérica o yeyuno-yeyunal; que será evidenciada por examen clínico o imágenes (radiografía, ecografía y tomografía).
- **Absceso abdominal:** se define como la acumulación de líquido diagnosticado con ecografía/tomografía y cultivos positivos obtenidos por el drenaje percutáneo o la reintervención.
- **Estancia hospitalaria:** es el tiempo de hospitalización que se contará desde la operación hasta el alta.
- **Complicaciones quirúrgicas:** son las complicaciones propias de la cirugía gástrica como; dehiscencia de anastomosis, colección intraabdominal, ileo postoperatorio, fuga biliar.
- **Complicaciones generales:** son las complicaciones o comorbilidades no debidas a la cirugía propia como; respiratorias, cardiacas, renales y hepáticas.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 Tipo de investigación

Estudio cuantitativo, observacional, analítico, retrospectivo de corte transversal.

2.2 Diseño de investigación

Estudio analítico transversal.

2.3 Población y muestra

En la investigación se trabajó con la población muestral, todos los pacientes admitidos al Departamento de Oncología del Hospital María Auxiliadora con diagnóstico de cáncer gástrico sometidos a cirugía radical, en el periodo 2013 al 2015 que cumplieron los criterios de inclusión.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Paciente con diagnóstico histológico de adenocarcinoma gástrico, con indicación de cirugía radical oncológica, sin tratamiento neoadyuvante además con consentimiento informado por escrito.

Criterios de exclusión:

- Paciente sometido a cirugía de emergencia (obstrucción, sangrado)
- Comorbilidad grave. (Deterioro renal, hepático, cardiovascular o endocrino)
- Desnutrición grave (índice de masa corporal (IMC) < 15 kg/m², o albúmina sérica <2,5mg/dl).

2.4 Método. Técnica e instrumento de recolección

Instrumentos

El instrumento para la recolección de información consiste de una ficha de recolección de datos diseñada para el presente trabajo de investigación (ver Anexo 2).

Técnicas y procedimientos de recolección de datos

Una vez aprobado el proyecto de tesis, se procedió a realizar el trabajo de campo, ejecutándose de la siguiente manera:

- Identificación de los pacientes que acudieron a nuestro Hospital con diagnóstico de cáncer gástrico que cumplan los criterios de inclusión.
- Revisión de la historia clínica.
- Llenado de la ficha de recolección de datos.
- Vaciado de la información en un programa estadístico.

2.5 Procesamiento y plan de análisis

El análisis estadístico se realizó mediante SPSS, se usó estadística descriptiva y para las diferencias en las proporciones entre los grupos se evaluaron mediante la prueba de χ^2 y prueba T para contrastar la hipótesis de investigación. Los valores P de menos de 0.05 se consideraron estadísticamente significativos.

2.5 Aspectos éticos

En la investigación se empleó técnicas y métodos de investigación documental y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. Se respetó el derecho de reserva y confidencialidad, protegiendo la privacidad de la persona, no identificándola.

CAPÍTULO III

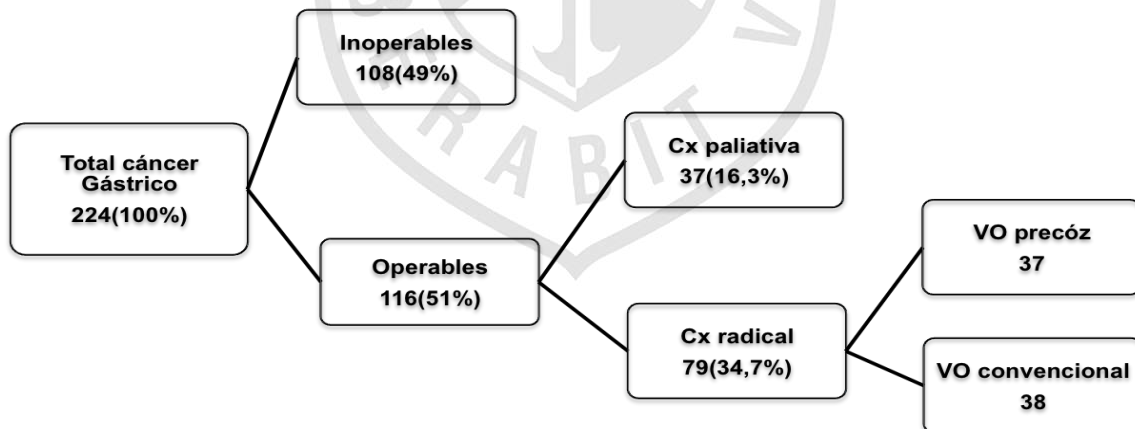
RESULTADOS

Características de los pacientes

Entre los años 2013 y 2015, 224 pacientes fueron admitidos a nuestra institución con diagnóstico de cáncer gástrico de los cuales 108 (49%) fueron considerados inoperables y se indicó tratamiento no quirúrgico, de los 116 (51%) que ingresaron a cirugía 37 (16.3%) recibieron cirugía paliativa por criterios de irresecabilidad, quedando sólo 79 (34.7%) pacientes sometidos a cirugía radical con intención curativa y 4 fueron excluidos.

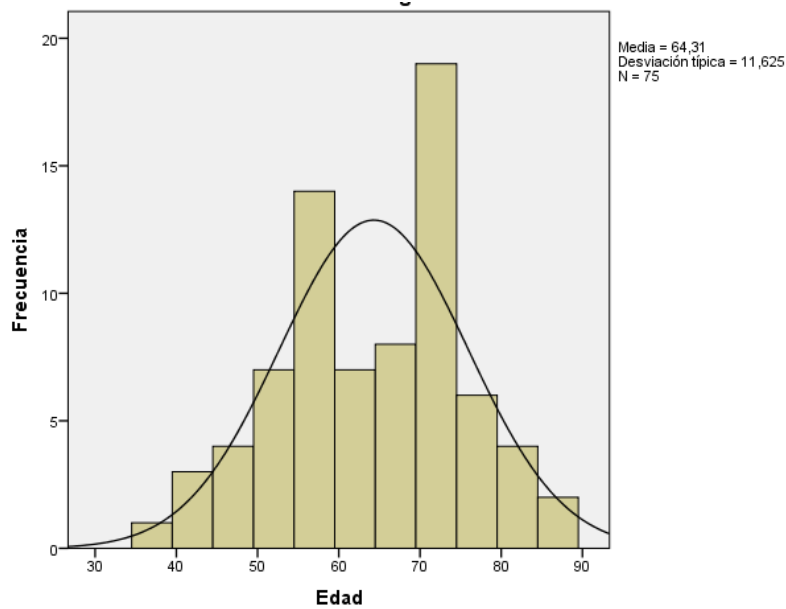
De los 75 pacientes que ingresaron al estudio 37 iniciaron vía oral el primer día postoperatorio (Grupo A) y 38 pacientes iniciaron vía oral en forma convencional (Grupo B).

Gráfico No 1. Distribución de la población según tratamiento recibido
Hospital María Auxiliadora 2013-2015



De los 79 pacientes que se sometieron a cirugía radical 4 fueron excluidos según los criterios, 2 operados de emergencia uno con diagnóstico histológico de linfoma y uno por desnutrición severa.

Gráfico No 2. Distribución de la población según edad
Hospital María Auxiliadora 2013-2015



La edad promedio de la población estudiada fue de 64,31 años (DE 11,625)

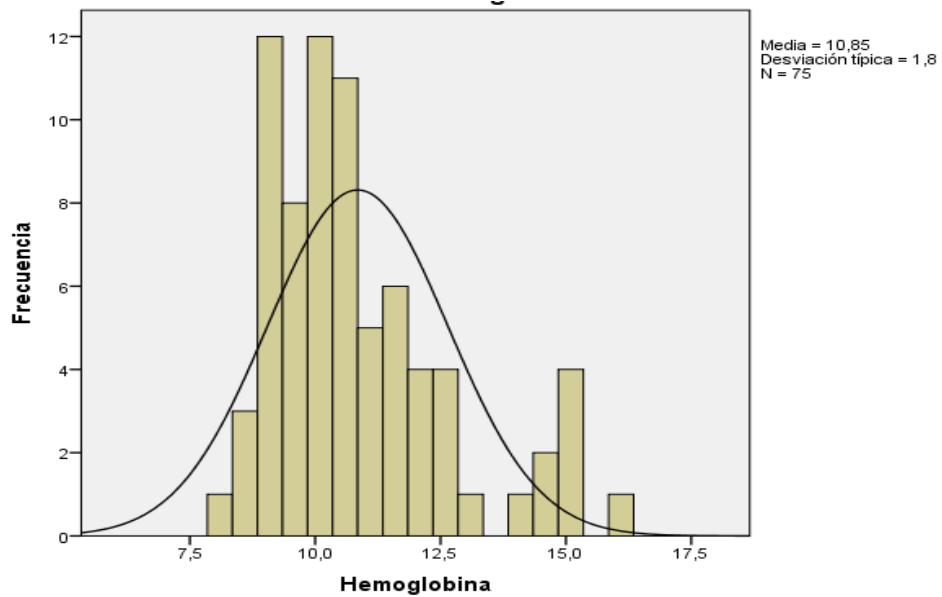
Tabla No 1. Distribución de la población según sexo
Hospital María Auxiliadora 2013-2015

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	36	48,0	48,0
Válidos Masculino	39	52,0	100,0
Total	75	100,0	

El 52%(39/75) de la población estudiada eran de sexo masculino.

Gráfico No 3. Niveles de hemoglobina en la población estudiada

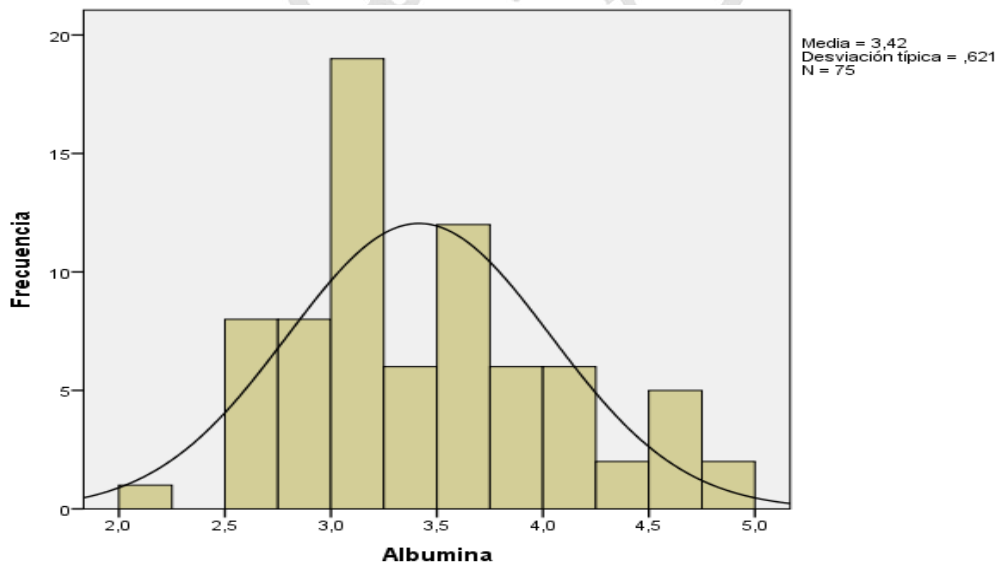
Hospital María Auxiliadora 2013-2015



La hemoglobina promedio con que se ingresó a cirugía fue de 10,85 g/dl (DE 1.8).

Gráfico No 4. Niveles de albúmina en la población estudiada

Hospital María Auxiliadora 2013-2015



La albúmina promedio preoperatoria fue de 3,42 g/dl (DE 0.621).

Tabla No 2. Distribución de la población según inicio de la vía oral
Hospital María Auxiliadora 2013-2015

Características población	Inicio precoz	Inicio convencional	P valor
Edad	64.03	64.58	0.839
Sexo (% masculino)	48.60%	55.30%	
Hemoglobina	10.98 g/dL	10.72 g/dL	0.544
Albúmina	3.39 g/dL	3.34 g/dL	0.751

La edad promedio de los pacientes, el % de varones en cada población, el nivel promedio de Hemoglobina antes de la cirugía, y el nivel de albúmina promedio en ambos grupos de estudio fueron homogéneos.

Tabla No 3. Distribución de la población según localización tumor
Hospital María Auxiliadora 2013-2015

Localización del tumor	Inicio precoz	Inicio convencional	Total
Distal (antro)	30 (81%)	21 (55.3%)	51 (68%)
Proximal (fondo, cuerpo)	7 (19%)	17 (44.7%)	24 (32%)
Total	37 (100%)	38 (100%)	75 (100%)

En el 68% (51/75) de los casos se presentó la localización antral que requirieron gastrectomía subtotal distal.

Características quirúrgicas

Tabla No 4. Distribución de la población según cirugía realizada

Hospital María Auxiliadora 2013-2015

Tipo de cirugía	Inicio precoz	Inicio convencional	Total
Gastrectomía total	6 (16.2%)	16 (42.1%)	22(29.3%)
Gastrectomía subtotal	31 (83.8%)	22 (58.1%)	53(70.7%)
Total	37 (100%)	38 (100%)	75 (100%)

El 70.7% (53/75) de la población estudiada tenía localización distal siendo sometidos a gastrectomía subtotal distal radical. Y el 29.3% (22/75) restante eran de localización proximal siendo sometidos a gastrectomía total.

Tabla No 5. Distribución de la población según resección combinada

Hospital María Auxiliadora 2013-2015

Cirugía combinada	Inicio precoz	Inicio convencional	Total
Resección multivisceral	6 (16%)	6 (15,7%)	12 (16%)
Ninguno	31 (84%)	32 (84,3%)	63 (84%)
Total	37 (100%)	38 (100%)	75 (100%)

En el 16% (12/75) de las cirugías fue necesario la resección multivisceral.

Tabla No 6. Distribución de la población según cirugía linfadenectomía

Hospital María Auxiliadora 2013-2015

Tipo de linfadenectomía	Inicio precoz	Inicio convencional	Total
D2	30 (81%)	27 (71%)	57 (76%)
D1	7 (19%)	11(29%)	18 (24%)
Total	37 (100%)	38 (100%)	75 (100%)

En el 76% de los casos se realizó linfadenectomía D2 siguiendo las reglas japonesas.

Características patológicas

Tabla No 7. Distribución de la población según Estadío de Cáncer Gástrico

Hospital María Auxiliadora 2013-2015

Estadío patológico	Inicio precoz	Inicio convencional	Total
I	1 (2.7%)	1 (2.6%)	2 (2.7%)
II	10 (27%)	13 (34.2%)	23(30.6%)
III	26 (70.3%)	24 (63.2%)	50(66.7%)
Total	37 (100%)	38 (100%)	75 (100%)

El 70% (26/37) del grupo A y el 63% (24/38) del grupo B fueron cánceres muy avanzados estadío III. Sólo el 2.7% fueron cáncer precoz estadío I.

Tabla No 8. Distribución de la población según resección

Hospital María Auxiliadora 2013-2015

Tipo de tumor residual	Inicio precoz	Inicio convencional	Total
R0	36 (97%)	33 (87%)	69 (92%)
R1	1 (3%)	5 (13%)	6 (8%)
Total	37 (100%)	38 (100%)	75 (100%)

El 97% (36/37) del grupo A y el 87% (33/38) del grupo B se realizó resección radical R0.

Características postoperatorias

Tabla No 9. Morbilidad según inicio de la vía oral

Hospital María Auxiliadora 2013-2015

	Inicio precoz	Inicio convencional	total
N	37	38	75
Morbilidad	3	11	14
Morbilidad %	8,1%	28.90%	18.60%

La morbilidad postoperatoria fue de 18.6% (14/75) siendo mucho mayor en el grupo B 28.9% (11/38) comparado con el grupo A 8.1% (3/37).

Tabla No 10. Mortalidad según inicio de la vía oral

Hospital María Auxiliadora 2013-2015

	Inicio precoz	Inicio convencional	total
N	37	38	75
Mortalidad	1	1	2
Mortalidad %	2.70%	2.63%	2.60%

La mortalidad postoperatoria fue del 2.6% (2/75), similar en ambos grupos.

Tabla No 11. Complicaciones postoperatorias según inicio de la vía oral

Hospital María Auxiliadora 2013-2015

Morbilidad	Inicio precoz	Inicio convencional	total
Complicaciones quirúrgicas	2 (5.4%)	6 (15.78%)	8 (10.6%)
Complicaciones médicas	1 (2.7%)	5 (13.2%)	6 (8%)
Total	3 (8.1%)	11 (28.9%)	14(18.6%)

La morbilidad quirúrgica fue del 10.6% (8/75), 5 de los 8 casos tuvieron que reintervenirse, de los cuales 4 fueron del grupo B y uno del grupo A. La morbilidad no quirúrgica fue el 8% (6/75).

La morbilidad quirúrgica para el grupo A fue 5.4% (2/37) mientras que en el grupo convencional fue mayor 15.78% (6/38).

Tabla No 12. Complicaciones postoperatorias quirúrgicas según inicio de la vía oral
Hospital María Auxiliadora 2013-2015

Complicaciones quirúrgicas	Inicio precoz	Inicio convencional	total
Dehiscencia de anastomosis	1 (50%)	2 (33.3%)	3 (37.5%)
Fístula pancreática	1 (50%)	1 (16.7%)	2 (25%)
Éstasis gástrica	0	1 (16.7%)	1 (12.5%)
Colección intraabdominal otros	0	2 (33.3%)	2 (25%)
Total	2 (100%)	6 (100%)	8 (100%)

La dehiscencia de anastomosis fue la complicación quirúrgica más frecuente que representó el 37.5% (3/8), sólo hubo un caso en el grupo A y 2 casos en el grupo B.

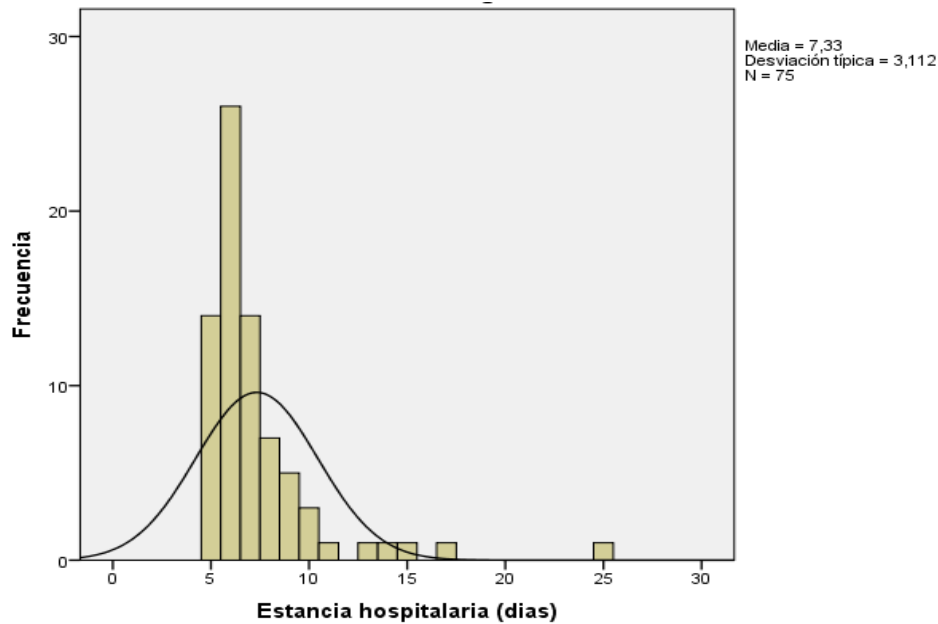
Tabla No 13. Tolerancia oral según inicio de la vía oral
Hospital María Auxiliadora 2013-2015

Tolerancia oral	Inicio precoz	Inicio convencional	total
Adecuada	33 (89.2%)	33 (86.8%)	66 (88%)
Suspendida por intolerancia	3 (8.2%)	1 (2.6%)	4 (5.3%)
Suspendida por complicaciones	1 (2.7%)	4 (10.6%)	5 (6.7%)
Total	37 (100%)	38 (100%)	75 (100%)

El 89.2% (33/37) de los pacientes del grupo A y 86.8% (33/38) del grupo B tuvo tolerancia oral adecuada.

En el 8.2% (3/37) del grupo A se tuvo que suspender la vía oral por intolerancia comparado con 2.6% (1/38) del grupo B. se tuvo que suspender por intolerancia.

Gráfico No 4. Estancia hospitalaria post operatoria
Hospital María Auxiliadora 2013-2015



La estancia post operatoria promedio fue de 7,33 días (DE 3.112)

Tabla No 14. Estancia postoperatoria según inicio de la vía oral

Hospital María Auxiliadora 2013-2015

	Inicio precoz	Inicio convencional	Prueba T
N	37	38	
Estancia postoperatoria	6.3514	8.2895	0.006

La estancia hospitalaria postoperatoria fue de 6.3514 días para el grupo A, significativamente menor que en el grupo B que fue de 8.2895 días.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Empezaremos la discusión mencionando que el cáncer de estómago en el Perú es el segundo cáncer mas frecuente después del cáncer de cérvix, y Constituye la primera causa de muerte por esta enfermedad alcanzado cifras muy altas como 18 por 100 mil.^{1,4}

El inicio precoz de la vía oral luego de gastrectomía radical no aumentó la morbilidad postoperatoria, tampoco aumentó la tasa de dehiscencia de anastomosis en pacientes sometidos a gastrectomía radical oncológica, la tolerabilidad fue muy adecuada y la estancia hospitalaria fue significativamente menor en el grupo que inició la vía oral.

Cuando evaluamos el porcentaje de resecabilidad o los casos quirúrgicamente curales para nuestro estudio resultó 34.7% (79/224), muy similar a lo reportado por el Instituto Nacional de enfermedades neoplásicas (INEN) con 50 años de seguimiento que mostró 32.42%.³⁴ y al hospital del Ministerio de Salud (Hospital Santa Rosa) que cuenta con un Departamento de Oncología, que en 3 años de seguimiento reportó un 42.3% de cirugías oncológicas con intención curativa.³⁵ En cambio el doctor Portanova reporta 65% de resecabilidad por cáncer gástrico durante el año 2004 en una unidad especializada del Hospital Rebagliati, probablemente debido a que llegan pacientes seleccionados de todo el hospital.³⁶

La tasa muy baja de resecabilidad para el cáncer gástrico en nuestro medio se debe a que los pacientes acuden a los centros oncológicos en estadios muy avanzados de la enfermedad, debido a la falta de prevención y educación a nuestra población, pero también debido a la ausencia de centros especializados con capacidad de resolver los problemas oncológicos que hacen falta en la capital y con mayor razón en las provincias.

Actualmente, el 75% de los casos diagnosticados se encuentran en etapa avanzada, esto se asocia a una menor probabilidad de curación, menor calidad de vida, mayor costo de tratamiento y elevada mortalidad.³ Nosotros hemos encontrado que el 66.7% (50/75) eran estadio III, 70.3% (26/37) del grupo A y 63.2% (24/38) del grupo B, datos muy similares a diferentes estudios locales y están asociados a mayor morbilidad postoperatoria. Por el contrario el cáncer gástrico precóz en nuestra serie apenas fue del 2.66% (2/75), cifra muy inferior a todos los estudios nacionales que describen Portanova⁵⁰ en 13%, Pilco³⁵ 13.4%, Ruiz³⁴ 13%, cabe mencionar que la proporción de tumores tempranos en las series extranjeras es mucho mayor, 50% en los estudios Japoneses, 36% en el Reino Unido y 26% en el de Holanda. Esto se debe al diagnóstico tardío de la enfermedad y ausencia de campañas de despistaje.

El inicio precoz de la vía oral en otro tipo de cirugía como el de colon y recto ha sido ampliamente aceptado por su seguridad y factibilidad mostrando mejor y pronta recuperación de la función intestinal asociada a menores tasas de complicaciones postoperatorias además de menor estancia postoperatoria.^{8,9,10}

Hasta la actualidad muchos cirujanos siguen siendo reacios a iniciar la vía oral precóz más aún en nuestro medio donde hay muy pocos hospitales con capacidad resolutive quirúrgica de esta patología, siendo una de las razones el temor a un aumento de las complicaciones postoperatorias, principalmente a la retención gástrica tolerabilidad inadecuada y la dehiscencia de anastomosis.¹¹ cuando se consultó a los cirujanos sobre cuando iniciaban la vía oral, sólo el 20% indicaba iniciar dentro de las 24 horas.¹³ el promedio de inicio de líquidos orales fue al cuarto día del postoperatorio y de sólidos al sexto día.¹⁴

Los metaanálisis que hemos evaluado describen que el iniciar precozmente la vía oral en pacientes sometidos a cirugía gastrointestinal no está asociado a mayores complicaciones en cuanto a dehiscencia de anastomosis, resolución de la función intestinal, mortalidad o estancia hospitalaria.⁷

La morbimortalidad postgastrectomía ha disminuido considerablemente de acuerdo a la experiencia de los cirujanos y está asociado al volumen hospital como se mostró en estudio local que analizó 50 años de seguimiento, encontrando que la morbilidad y mortalidad hospitalaria ha ido disminuyendo por cada década de seguimiento. La morbilidad postoperatoria de la gastrectomía total y gastrectomía distal disminuyó de 23.7% y 14.3% en la década del 50 a 19.8% y 7.4% en la década del 90 respectivamente.³⁴ la mortalidad postgastrectomía total y gastrectomía distal disminuyó de 28.9% y 19.4% en los años 50 a 4.4% y 2.2 % en los 90.³⁴ Otro estudio Chileno describe una tendencia similar respecto a la mortalidad postgastrectomía total y gastrectomía subtotal que era del 50% y 19%, que disminuyó a 2.1% y 1.4% para el año 2011 respectivamente.⁴⁴

Un estudio local encontró que la morbilidad disminuyó de 31.5% a 21.7% cuando se operó en un servicio especializado comparado con la morbilidad general del hospital y la mortalidad ha disminuido de 10.9% a 3.1% demostrando la importancia del volumen/hospital y volumen/ cirujano para la obtención de mejores resultados.³⁶

La morbilidad postoperatoria total para nuestro estudio fue de 18.6% siendo mucho mayor en el grupo que inició la vía oral convencional (28.9%) comparado con el grupo que inició la vía oral precóz de 8.1%, aunque estadísticamente no significativa. Y la mortalidad fue del 2.6%, similar en ambos grupos.

Estos resultados han sido comparados con otros estudios nacionales y extranjeros, mostrando resultados muy alentadores debido al volumen hospital y volumen cirujano que mencionan los estudios previos, pues en nuestra institución contamos con tres cirujanos oncólogos con subespecialización en Abdomen.

Tabla No 13. Cuadro comparativo de morbilidad y mortalidad.

Autor	País	Mortalidad	Morbilidad
IGCG ⁴⁷	Italia	0.60%	16%
Sano ⁵¹	Japón	0.80%	20.90%
Degiuli ⁴⁷	Italia	3.10%	20.90%
INEN ³⁴	Perú	2.90%	11.90%
HNERM ³⁶	Perú	3.20%	21.60%
H Santa Rosa ³⁵	Perú	6.70%	26.70%
Jeong Oh ²⁰	Japón	0.00%	12.50%
HMA	Perú	2.60%	18.60%

Nuestra morbilidad quirúrgica total fue del 10.6% (8/75) y de ellos la más frecuente fue la dehiscencia de anastomosis, datos similares a publicaciones locales y extranjeras.^{34,36,44} Cuando evaluamos según inicio de la vía oral encontramos una morbilidad quirúrgica de 5.4% (2/37) para el grupo que inició la vía oral precoz mientras que en el grupo convencional fue mayor 15.78% (6/38) sin ser significativa. Cabe la mención que 5 de los 8 casos con complicación quirúrgica tuvieron que reintervenirse, de los cuales 4 fueron del grupo B y uno del grupo A, los 2 casos con final fatal se trataron de dehiscencia de anastomosis esófago yeyunal ambos reintervenidos por colección intraabdominal.

Otros estudios similares que evaluaron morbilidad quirúrgica según inicio de la vía oral encontraron 15% para inicio precoz frente 24% para inicio convencional,²¹ u otro estudio japonés que describe 12.2% y 12.5% respectivamente,²⁰ al igual que estas series algunas metaanálisis han demostrado acortar la estancia hospitalaria sin afectar la morbilidad ni la mortalidad post cirugía. La morbilidad no quirúrgica fue del 2.7%

(1/37) para el primer grupo comparado con 13.2% (5/38) para el grupo de inicio convencional siendo la más frecuente los problemas respiratorios.

La dehiscencia de anastomosis es la complicación quirúrgica más frecuente directamente relacionada con la cirugía, de ellas la fístula esófago yeyunal está asociado a alta mortalidad. El manejo es complejo, prolongado y usualmente requiere nutrición parenteral total o relaparotomía.

Como mostramos en la tabla 13 nuestros resultados se encuentran dentro de lo que reportan las mejores series mundiales, sabiendo que los reportes del Japón se han mantenido a la vanguardia con resultados muy por encima del resto que en algún momento se consideró casi inalcanzables, estudios recientes de grupos especializados como el Italiano ya están replicando dichos resultados y el nuestro muestra datos alentadores para plantearnos como objetivo alcanzar lo mismo.

En cirugía oncológica como el de estómago el factor cirujano, el volumen/hospital y el volumen/cirujano juega un rol decisivo no solamente en los resultados inmediatos como la morbilidad postoperatoria sino también en la sobrevida a largo plazo pues es muy importante la resección completa del tumor primario y la linfadenectomía adecuada ya que es el mecanismo por el cual se logra mejor control local de la enfermedad. Pues nuestros resultados alentadores se deben a la subespecialización de nuestros cirujanos y a la concentración de la patología oncológica y un departamento de nuestra institución.

En cuanto a la tolerabilidad oral nosotros encontramos que en el 89.2% (33/37) del grupo de vía oral precóz y el 86.8% (33/38) del grupo de inicio convencional tuvieron tolerancia adecuada, los estudios observacionales previos han encontrado que la tolerancia fue adecuada cuando iniciaron en el segundo día post gastrectomía distal, y el estudio de Lassen inició la vía oral en el primer día post gastrectomía total con tolerancia adecuada, finalmente una revisión sistemática publicada el 2014 en sus datos agrupados mostró que no había diferencias significativas entre los grupos respecto a la tolerabilidad de la alimentación por vía oral post gastrectomía.⁵²

La estancia post operatoria promedio para nuestro estudio fue de 7,3 días (DE 3.112), siendo 6.4 días para el grupo que inició la vía oral precoz, significativamente menor que en el grupo de inicio convencional que fue de 8.3 días. Nuestros resultados fueron muy similares a los publicados por el artículo japonés que describió 7.4 días para el grupo de inicio precoz y 8.9 días también era estadísticamente significativa.²⁰ Pero fueron mucho menores a los descritos por estudios locales como el INEN que reportó 11 días, 9 para gastrectomía subtotal y 13 para gastrectomía total, el Hospital Santa Rosa ha reportado 8 días de estancia postoperatoria, otro reporte local de Essalud describe la estancia hospitalaria en 14 días para gastrectomía total y 11 días para gastrectomía subtotal, finalmente otros estudios extranjeros como el italiano y chino describieron en 13 y 19 días respectivamente.^{34-36,46,47}

La menor estancia hospitalaria postoperatoria en nuestra institución (tabla 14) nos ha permitido que la tasa de uso de cama/hospitalaria sea mayor, e ingresen mayor número de pacientes.

Tabla No 14. Cuadro comparativo de estancia postoperatoria en días.

Autor	G. Distal	G. total	Ambas
Wu /China ⁴⁶			19
Nippon Med. Sch ⁵³			18
IGCG/ Italia ⁴⁷			13
INEN/ Perú ³⁴	9	13	11
HNERM/ Perú ³⁶	11	14	13
HSantaRosa/Perú ³⁵	8	8	8
HMA/Perú			7.33

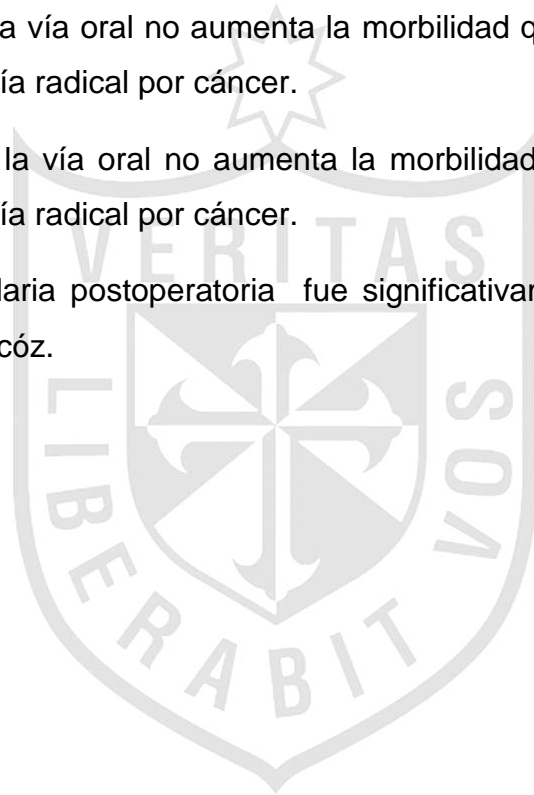
Nuestro estudio mostró que iniciar precozmente la vía oral luego de una gastrectomía radical oncológica no aumenta las complicaciones postoperatorias quirúrgicas ni médicas, independientemente de la extensión quirúrgica o la linfadenectomía. Tampoco hubo diferencias significativas en la tolerancia de la alimentación vía oral después de gastrectomía entre ambos grupos, por el contrario el grupo que inició la vía oral precozmente se asoció con una reducción significativa de la estancia postoperatoria.



CONCLUSIONES

A pesar de que evidentemente se requieren más estudios nuestros hallazgos concluyen:

- 1.- El inicio precoz de la vía oral post gastrectomía por cáncer gástrico se puede aplicar sin aumentar la morbimortalidad, con buena tolerabilidad desde el primer día del postoperatorio.
- 2.- EL inicio precoz de la vía oral no aumenta la morbilidad quirúrgica en los pacientes sometido a gastrectomía radical por cáncer.
- 3.- EL inicio precoz de la vía oral no aumenta la morbilidad médica en los pacientes sometido a gastrectomía radical por cáncer.
- 4.- La estancia hospitalaria postoperatoria fue significativamente menor en el grupo que inició la vía oral precóz.



RECOMENDACIONES

Nuestro estudio fue retrospectivo recolectando los datos de las historias clínicas en fichas, que han sido realizados por el investigador.

Sugerimos realizar ensayos controlados con muestreo probabilístico cegando a los investigadores, donde se controle mejor las variables y se evalúe además el estado nutricional.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, R Dikshit, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 .
2. OPS/OMS Cáncer en las Américas. Perfiles de país, 2013, consultado el 15 de noviembre del 2013, disponible en <http://bit>.
3. Salazar MR, Regalado-Rafael R, Navarro JM, Montanez DM, Abugattas JE, et al. The role of the National Institute of .
4. Ramos Muños W, Venegas Ojeda D. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú 2013. Lima: Dirección General de Epidemiol.
5. Warren J, Bhalla V, Cresci G. Postoperative diet advancement: surgical dogma vs evidence-based medicine. *Nutr Clin Pract Off Publ Am Soc Parenter Enter Nutr.* abril de 2011;26(2):115–25.
6. Lassen K, Revhaug A. Early oral nutrition after major upper gastrointestinal surgery: why not? *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* septiembre de 2006;9(5):613–7.
7. Osland E, Yunus RM, Khan S, Memon MA. Early versus traditional postoperative feeding in patients undergoing resectional gastrointestinal surgery: a meta-analysis. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* julio de 2011;35(4):473–87.
8. Gianotti L, Nespoli L, Torselli L, Panelli M, Nespoli A. Safety, feasibility, and tolerance of early oral feeding after colorectal resection outside an enhanced recovery after surgery (ERAS) program. *Int J Colorectal Dis.* junio de 2011;26(6):747–53.
9. Feo CV, Romanini B, Sortini D, Ragazzi R, Zamboni P, Pansini GC, et al. Early oral feeding after colorectal resection: a randomized controlled study. *ANZ J Surg.* mayo de 2004;74(5):298–301.
10. Zhuang C-L, Ye X-Z, Zhang C-J, Dong Q-T, Chen B-C, Yu Z. Early versus traditional postoperative oral feeding in patients undergoing elective colorectal surgery: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Dig Surg.* 2013;30(3):225–32.
11. Bisgaard T, Kehlet H. Early oral feeding after elective abdominal surgery--what are the issues? *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif.* diciembre de 2002;18(11-12):944–8.
12. Tadano S, Terashima H, Fukuzawa J, Matsuo R, Ikeda O, Ohkohchi N. Early postoperative oral intake accelerates upper gastrointestinal anastomotic healing in the rat model. *J Surg Res.* agosto de 2011;169(2):202–8.
13. Lassen K, Dejong CHC, Ljungqvist O, Fearon K, Andersen J, Hannemann P, et al. Nutritional support and oral intake after gastric resection in five northern European countries. *Dig Surg.* 2005;22(5):346–52; discussion 352.

14. Szczepanik AM, Asenko A, Zacher J, Kolodziejczyk P. Different standards of postoperative care in gastric cancer. In: 8th.
15. Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg.* agosto de 2008;248(2):189–98.
16. Hur H, Si Y, Kang WK, Kim W, Jeon HM. Effects of early oral feeding on surgical outcomes and recovery after curative surgery for gastric cancer: pilot study results. *World J Surg.* julio de 2009;33(7):1454–8.
17. Charoenkwan K, Matovinovic E. Early versus delayed oral fluids and food for reducing complications after major abdominal gynaecologic surgery. En: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2014 [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004508.pub4/abstract>
18. Dorcaratto D, Grande L, Pera M. Enhanced recovery in gastrointestinal surgery: upper gastrointestinal surgery. *Dig Surg.* 2013;30(1):70–8.
19. Li B, Liu HY, Guo SH, Sun P, Gong FM, Jia BQ. Impact of early postoperative enteral nutrition on clinical outcomes in patients with gastric cancer. *Genet Mol Res GMR.* 2015;14(2):7136–41.
20. Jeong O, Ryu SY, Jung MR, Choi WW, Park YK. The safety and feasibility of early postoperative oral nutrition on the first postoperative day after gastrectomy for gastric carcinoma. *Gastric Cancer Off J Int Gastric Cancer Assoc Jpn Gastric Cancer Assoc.* abril de 2014;17(2):324–31.
21. Sierzega M, Choruz R, Pietruszka S, Kulig P, Kolodziejczyk P, Kulig J. Feasibility and outcomes of early oral feeding after total gastrectomy for cancer. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract.* marzo de 2015;19(3):473–9.
22. Fenoglio-Preiser CM, Carneiro F, Correa P et al. World Health Organization Clasification of Tumours, Pathology and Genec.
23. Ang TL, Fock KM. Clinical epidemiology of gastric cancer. *Singapore Med J.* diciembre de 2014;55(12):621–8.
24. Kurtz RC, Sherlock P. The diagnosis of gastric cancer. *Semin Oncol.* marzo de 1985;12(1):11–8.
25. Scheiman JM, Cutler AF. Helicobacter pylori and gastric cancer. *Am J Med.* febrero de 1999;106(2):222–6.
26. Fenoglio-Preiser CM, Noffsinger AE, Belli J, Stemmermann GN. Pathologic and phenotypic features of gastric cancer. *Semin Oncol.* junio de 1996;23(3):292–306.

27. Lauren P. THE TWO HISTOLOGICAL MAIN TYPES OF GASTRIC CARCINOMA: DIFFUSE AND SO-CALLED INTESTINAL-TYPE CARCINOMA. AN ATTEMPT AT A HISTO-CLINICAL CLASSIFICATION. *Acta Pathol Microbiol Scand*. 1965;64:31–49.
28. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition. *Gastric Cancer Off J Int Gastric Cancer Assoc Jpn Gastric Cancer Assoc*. junio de 2011;14(2):101–12.
29. Borrmann R (1926). Geshwulste des Magens und Duodenums. In: *Hanbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologi*.
30. Edge SB, Compton CC. The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. *Ann Surg Oncol*. junio de 2010;17(6):1471–4.
31. Allum WH, Blazeby JM, Griffin SM, Cunningham D, Jankowski JA, Wong R, et al. Guidelines for the management of oesophageal and gastric cancer. *Gut*. noviembre de 2011;60(11):1449–72.
32. Son T, Kwon IG, Hyung WJ. Minimally Invasive Surgery for Gastric Cancer Treatment: Current Status and Future Perspectives. *Gut Liver*. mayo de 2014;8(3):229–36.
33. Hanna GB, Amygdalos I, Ni M, Boshier PR, Mikhail S, Lloyd J, et al. Improving the standard of lymph node retrieval after gastric cancer surgery. *Histopathology*. septiembre de 2013;63(3):316–24.
34. Ruiz E, Payet C, Montalbetti JA, Celis J, Payet ET, Berrospi F, et al. Morbilidad post operatoria y mortalidad intrahospitalaria de la gastrectomía por adenocarcinoma gástrico. *Rev Gastroenterol Perú Órgano Of Soc Gastroenterol Perú [Internet]*.
35. Pilco P, Viale S, Ortiz N, Deza C, Juárez N, Portugal K, et al. Cáncer gástrico en un hospital general: Hospital Santa Rosa. *Rev Gastroenterol Perú*. enero de 2009;29(1):66–74.
36. Portanova M, Vargas F, Lombardi E, Carbajal R, Palacios N, Rodríguez C, et al. Tratamiento Quirúrgico del Cáncer Gástrico en un Servicio Especializado: experiencia del Hospital Rebagliati. *Rev Gastroenterol Perú*. julio de 2005;25(3):239–47.
37. Seo KW, Yoon KY. [Nutritional assessment and perioperative nutritional support in gastric cancer patients]. *Korean J Gastroenterol Taehan Sohwagi Hakhoe Chi*. abril de 2013;61(4):186–90.
38. Pressoir M, Desné S, Berchery D, Rossignol G, Poiree B, Meslier M, et al. Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition in French Comprehensive Cancer Centres. *Br J Cancer*. 16 de marzo de 2010;102(6):966–71.

39. Lim SL, Ong KCB, Chan YH, Loke WC, Ferguson M, Daniels L. Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. *Clin Nutr Edinb Scotl.* junio de 2012;31(3):345–50.
40. Matsumoto Y, Yanai H, Tokiyama H, Nishiaki M, Higaki S, Okita K. Endoscopic ultrasonography for diagnosis of submucosal invasion in early gastric cancer. *J Gastroenterol.* mayo de 2000;35(5):326–31.
41. Repiso A, Gómez-Rodríguez R, López-Pardo R, Lombera MM, Romero M, Aranzana A, et al. Usefulness of endoscopic ultrasonography in preoperative gastric cancer staging: diagnostic yield and therapeutic impact. *Rev Esp Enfermedades Dig Organo Of Soc Esp Patol Dig.* julio de 2010;102(7):413–20.
42. Kwee RM, Kwee TC. Imaging in assessing lymph node status in gastric cancer. *Gastric Cancer Off J Int Gastric Cancer Assoc Jpn Gastric Cancer Assoc.* 2009;12(1):6–22.
43. Pavlidis TE, Pavlidis ET, Sakantamis AK. The role of laparoscopic surgery in gastric cancer. *J Minimal Access Surg.* 2012;8(2):35–8.
44. Csendes J A, Braghetto M I, J D, Carlos J, Castillo K J, Rojas C J, et al. Morbilidad y mortalidad operatoria de la gastrectomía subtotal y total por cáncer gástrico 2004 a 2010: Parte I de un estudio prospectivo. *Rev Chil Cir.* diciembre de 2011;63(6):585–90.
45. Papenfuss WA, Kukar M, Oxenberg J, Attwood K, Nurkin S, Malhotra U, et al. Morbidity and mortality associated with gastrectomy for gastric cancer. *Ann Surg Oncol.* septiembre de 2014;21(9):3008–14.
46. Wu CW, Hsiung CA, Lo SS, Hsieh MC, Shia LT, Whang-Peng J. Randomized clinical trial of morbidity after D1 and D3 surgery for gastric cancer. *Br J Surg.* marzo de 2004;91(3):283–7.
47. Degiuli M, Sasako M, Calgaro M, Garino M, Rebecchi F, Mineccia M, et al. Morbidity and mortality after D1 and D2 gastrectomy for cancer: interim analysis of the Italian Gastric Cancer Study Group (IGCSG) randomised surgical trial. *Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol.* abril de 2004;30(3):303–8.
48. Stanislaw Klek JK. The Impact of Immunostimulating Nutrition on Infectious Complications After Upper Gastrointestinal Surgery. *Ann Surg.* 2008;248(2):212–20.
49. Viúdez-Berral A, Miranda-Murua C, Arias-de-la-Vega F, Hernández-García I, Artajona-Rosino A, Díaz-de-Liaño Á, et al. Situación actual en el tratamiento del cáncer gástrico. *Rev Esp Enfermedades Dig.* marzo de 2012;104(3):134–41.
50. Portanova M, Mena V, Yábar A. Cáncer Gástrico Temprano operado en el Hospital Rebagliati: Estudio de 76 casos en el quinquenio 2004-2008. *Rev Gastroenterol Perú.* abril de 2010;30(2):133–6.

51. Sano T, Sasako M, Yamamoto S, Nashimoto A, Kurita A, Hiratsuka M, et al. Gastric cancer surgery: morbidity and mortality results from a prospective randomized controlled trial comparing D2 and extended para-aortic lymphadenectomy--Japan Clinical Oncology Group study 9501. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 15 de julio de 2004;22(14):2767–73.

52. Liu X, Wang D, Zheng L, Mou T, Liu H, Li G. Is early oral feeding after gastric cancer surgery feasible? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2014;9(11):e112062.

53. Kiyama T, Tajiri T, Yoshiyuki T, Mitsuhashi K, Ise Y, Mizutani T, et al. [Clinical significance of a standardized clinical pathway in gastrectomy patients]. *J Nippon Med Sch Nippon Ika Daigaku Zasshi*. junio de 2003;70(3):263–9.



ANEXO 1. MATRÍZ DE CONSISTENCIA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPOTESIS	VARIABLES	TIPO DE DISEÑO	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	TEMA ESTADISTICO
<p>¿Es factible y seguro el inicio precoz de la vía oral en pacientes sometidos a gastrectomía radical por cáncer gástrico en el Hospital María Auxiliadora, 2013 - 2015?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Comparar la morbilidad y estancia hospitalaria del inicio precoz de la vía oral en pacientes sometidos a gastrectomía radical por cáncer gástrico en el Hospital María Auxiliadora, 2013 – 2015.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Comparar la tasa de complicaciones quirúrgicas asociadas a inicio precoz de la vía oral e inicio tardío, en pacientes sometidos a cirugía radical por cáncer gástrico.</p> <p>Comparar la tasa de complicaciones generales asociadas a inicio precoz de la vía oral e inicio tardío, en pacientes sometidos a cirugía radical por cáncer gástrico.</p> <p>Comparar la estancia hospitalaria postoperatoria asociada al inicio precoz de la vía oral e inicio tardío en pacientes sometidos a cirugía radical por cáncer gástrico.</p>	<p>No hay diferencia en la tasa de complicaciones al iniciar precozmente la vía oral en comparación con el inicio convencional en pacientes sometidos a cirugía radical por cáncer gástrico.</p> <p>No hay diferencia en la estancia hospitalaria postoperatoria al iniciar precozmente la vía oral comparada con inicio convencional en pacientes sometidos a cirugía radical por cáncer gástrico.</p>	<p>Dependiente</p> <p>Independiente</p>	<p>Tipo :</p> <p>Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal.</p> <p>Diseño :</p> <p>Estudio descriptivo transversal.</p>	<p>El instrumento para la recolección de información consiste de una ficha de recolección de datos diseñada para el presente trabajo de investigación</p> <p>Esta ficha de recolección de datos fue validada por médicos asistentes del Departamento de oncología del Hospital María Auxiliadora.</p>	<p>Para el estudio cuantitativo Se utilizará el software SPSS v22 y Excel 2013 en una PC Mac. Para el análisis se hará uso de estadística descriptiva y las pruebas χ^2 y T para contratar la hipótesis de investigación.</p>

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre: _____ HCL _____

F nac: ___/___/___ Edad _____ Sexo: M .F. DNI: _____ TF : _____

Referencias: _____

	PRE OPERATORIO		AL ALTA
EXAMEN FISICO	IMC :	IMC :	IMC :
ANALITICA	Hemoglobina : Prot totales : Albumina :	Hemoglobina : Prot totales : Albumina :	Hemoglobina : Prot totales : Albumina :

HALLAZGOS OPERATORIOS Y TRATAMIENTO QUIRURGICO						
Fecha: ___/___/___			Cirujano :			
CIRUGIA REALIZADA :						
1) GASTRECTOMÍA TOTAL GASTRECTOMÍA PARCIAL	2) GASTRECTOMÍA SUBTOTAL 7) RESECCIÓN ENDOSCÓPICA		3) GASTRECTOMÍA PROXIMAL 8) OTRO	4) BY PAS	5) LAPAROTOMÍA 6)	
RECONSTRUCCION :						
1) BILROTH 1	2) BILROTH 2	3) Y DE ROUX	4) INTERPOSICIÓN DE ASA	5) BRAUN	6) OTRO:()	
EXTENSION DE LA LINFADENECTOMIA :						
	0) D 0	1) D 1	2) D 2	3) D 3		
TUMOR RESIDUAL:						
	0) R0	1) R1	2) R2			
VIDEOLAPAROSCOPIA :						
	0) NO	1) DIAGNOSTICA	2) CIRUGIA ASISTIDA	3) TOTALMENTE LAPAROSCOPICA		
TOP (min):		VSIO (cc)		Transfusión : 1)si 2)no	# UGRT :	# UPT:
POS OPERATORIO						
INICIO DE LA VÍA ORAL:			TOLERANCIA ORAL			
1) INICIO PRECOZ	()	1) ADECUADA	()			
2) INICIO CONVENCIONAL	()	2) SUSPENDIDA POR INTOLERANCIA	()			
3) OTRO : NPT, NET	()	3) SUSPENDIDA POR COMPLICACIONES	()			
COMPLICACIONES :						
1) DEHISCENCIA ANASTOMOSIS	2) HEMOPERITONEO	3) HEMORRAGIA DIGESTIVA	4) ESTASIS GASTRICA			
5) FUGA BILIAR	6) ABSCESO INTRAABDOMINAL	7) ISO	8) NEUMOPATIA	9) ITU	10) OTRO :	
REOPERACION :			ESTANCIA HOSPITALARIA UCI :			
1) SI	2) NO		ESTANCIA HOSPITALARIA POSTOP :			