

Cuidados Médicos Perioperatorios

Editor-es en Jefe:

Dr. Takeshi Takahashi Monroy

Investigador Titular B, Cirujano Titular,
Departamento de Cirugía,
Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", México
Investigador Nacional Nivel I, Sistema Nacional
de Investigadores, México
Profesor de Cirugía, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Guillermo Domínguez Cherit

Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva,
Departamento de Medicina Crítica,
Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", México
Profesor del Curso de Posgrado de Medicina Crítica,
Universidad Nacional Autónoma de México

McGraw-Hill Interamericana

HEALTHCARE GROUP

MEXICO . AUCKLAND . BOGOTA- CARACAS . LISBOA . LONDRES . MADRID
MILAN . MONTREAL . NUEVA DELHI . NUEVA YORK . SAN FRANCISCO
SAN JUAN . SINGAPUR . SIDNEY . TORONTO

NOTA

La medicina es una ciencia en constante desarrollo. Conforme surjan nuevos conocimientos, se requerirán cambios de la terapéutica. El (los) autor(es) y los editores se han esforzado para que los cuadros de dosificación medicamentosa sean precisos y acordes con lo establecido en la fecha de publicación. Sin embargo, ante los posibles errores humanos y cambios en la medicina, ni los editores ni cualquier otra persona que haya participado en la preparación de la obra garantizan que la información contenida en ella sea precisa o completa, tampoco son responsables de errores u omisiones, ni de los resultados que con dicha información se obtengan. Convendría recurrir a otras fuentes de datos, por ejemplo, y de manera particular, habrá que consultar la hoja informativa que se adjunta con cada medicamento, para tener certeza de que la información de esta obra es precisa y no se han introducido cambios en la dosis recomendada o en las contraindicaciones para su administración. Esto es de particular importancia con respecto a fármacos nuevos o de uso no frecuente. También deberá consultarse a los laboratorios para recabar información sobre los valores normales.

CUIDADOS MEDICOS PERIOPERATORIOS

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra, por cualquier medio, sin autorización escrita del editor.

DERECHOS RESERVADOS © 2000, respecto a la primera edición por McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.
A subsidiary of The McGraw-Hill Companies, Inc.
Cedro núm. 5 12, Col. Atlampa,
Delegación Cuauhtémoc, 06450, México, D. F.
Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana,
Registro núm. 736

ISBN 970-1-0-2528-8

1234567890
Impreso en México

09876543210
Printed in Mexico

Esta obra se terminó de imprimir en Enero del 2000 en Gráficas Anzor, S.A. de C.V.
Av. Jalisco 15 Local 3
Col. Sta. Ma. Aztahuacan
C.P. 09500 México, D.F.

Se tiraron 2,500 ejemplares

Dr. Carlos **Alberto Agui**
Departamento de Endoc
Zubirán", México, D
Cap. 19, *El paciente d*

Dra. Josefina **Alberú G**
Departamento de Trasj
Zubirán", México, D
Cap. 30, *El receptor d*

Dr. Francisco **Alcocer G**
Médico Residente, Depa
"Salvador Zubirán",
Cap. 2, *Respuesta met*

Dr. Joaquin S. **Aldrete**
Socio Honorario, ASOCIA
Cirugía, Profesor de
mingham, Alabama,
Prefacio

Dra. Isabel **Alvarado Ca**
Departamento de Anato
Nacional "Siglo XXI
D.F.
Cap. 49, *Enteritis pas*

Dr. Jorge Emilio **Arch F**
Jefe de Residentes de
Zubirán", Mexico, E
Cap. 10, *Alimentación*

Contenido

Prólogo	xxi
<i>Dr. Joaquín S. Aldrete</i>	

Prefacio	xxiii
<i>Dr. Takeshi Takahashi Monroy</i>	
<i>Dr. Guillermo Domínguez Cherit</i>	

PARTE I CUIDADOS GENERALES

1. Reanimación cardiopulmonar	3
<i>Dr. Manlio F. Márquez Murillo</i>	
<i>Dr. José Manuel Portela Ortiz</i>	
2. Respuesta metabólica al traumatismo	15
<i>Dr. Rubén Cortés González</i>	
<i>Dr. Francisco Alcocer Gouyonnet</i>	
3. Principios de anestesia en la atención del paciente quirúrgico	23
<i>Dr. Orlando Tamariz Cruz</i>	
4. Valoración preoperatoria	31
<i>Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz</i>	
5. Valoración y atención inicial del paciente traumatizado	37
<i>Dr. Lorenzo de la Garza Villaseñor</i>	
6. Control de líquidos y electrolitos en el paciente quirúrgico que no presenta complicaciones	47
<i>Dr. Carlos Torres Vega</i>	
<i>Dr. Humberto Hurtado Andrade</i>	
<i>Dr. Daniel R. Hernández Salcedo</i>	

7. Equilibrio acidobásico	56	
<i>Dr. Sergio Rojas Ortega</i>		ENI
8. Evaluación del estado de nutrición y cálculo de los requerimientos nutricionales	74	19. El paciente diabético
<i>Lic. Nut. Claudia María Hoyos Tello</i>		<i>Dr. Carlos Alberto Aguiar</i>
9. Nutrición enteral perioperatoria	83	<i>Dra. Rosa María Saha</i>
<i>Dr. Humberto Arenas Márquez</i>		<i>Dr. Alfredo A. Reza A.</i>
10. Alimentación parenteral perioperatoria	91	<i>Dra. Guadalupe Talaván</i>
<i>Lic. Nut. Claudia María Hoyos Tello</i>		20. El paciente con distorsión
<i>Dr. Jorge Emilio Arch Ferrer</i>		<i>Dr. Juan Alberto Eraña</i>
11. Generalidades de la preparación preoperatoria	100	21. El paciente con bipe
<i>Dr. Meteoriano Sáenz Félix</i>		<i>Dr. Miguel F. Herrera A</i>
<i>Dr. Tomás Koch Stratmann</i>		<i>Dr. Ricardo Correa Rotte</i>
12. Profilaxis con antibióticos en cirugía	106	<i>Dr. Juan A. Rull</i>
<i>Dr. Hector Orozco Zepeda</i>		22. Evaluación preoperatoria
13. Preparación preoperatoria del colon	113	<i>Dr. Francisco J. Gómez</i>
<i>Dr. Miguel Martín González García</i>		23. Hipertensión arterial
<i>Dr. José Manuel Correa Rovelo</i>		<i>Dr. Jorge Oseguera Mogro</i>
<i>Dr. Takeshi Takahashi Monroy</i>		24. Cardiopatía isquémica
14. Transfusión de productos sanguíneos	119	<i>Dra. Eloina Cordero Zúñiga</i>
<i>Dr. Sergio Arturo Sánchez Guerrero</i>		25. Insuficiencia cardíaca
15. Monitorización perioperatoria	126	<i>Dra. Eloina Cordero Zúñiga</i>
<i>Dr. Eduardo Prado Orozco</i>		26. El paciente con alteración
16. Control del dolor posoperatorio	135	<i>Dr. Jorge Eduardo Cortés</i>
<i>Dra. Leticia Roa Aguirre</i>		27. El paciente con hepatopatía
<i>Dr. Ramón De Lille Fuentes</i>		<i>Dra. Delia Borunda</i>
<i>Dr. Uriah Guevara López</i>		<i>Dr. Guillermo Domínguez</i>
17. Principios de terapia respiratoria y ventilación mecánica	143	28. El paciente con insuficiencia
<i>Dr. Manuel Méndez Beltrán</i>		<i>Dr. Ricardo Correa Rotte</i>
18. Diets de transición en el periodo posoperatorio	150	<i>Dr. Gerardo Gamba</i>
<i>Lic. Nut. Claudia María Hoyos Tello</i>		29. El paciente reumático
<i>Lic. Nut. Angeles Espinosa</i>		<i>Dra. Blanca Hernández</i>
		<i>Dr. Efraín Díaz Jouanen</i>

S

PARTE 2
ENFERMEDADES COEXISTENTE

..... 159	19. El paciente diabético
	<i>Dr. Carlos Alberto Aguilar Salinas</i>
	<i>Dra. Rosa María Sahagún</i>
	<i>Dr. Alfredo A. Reza A.</i>
	<i>Dra. Guadalupe Talavera I.</i>
..... 176	20. El paciente con distiroidismo
	<i>Dr. Juan Alberto Eraña García</i>
..... 183	21. El paciente con hiperparatiroidismo primario
	<i>Dr. Miguel F. Herrera Hernández</i>
	<i>Dr. Ricardo Correa Rotter</i>
	<i>Dr. Juan A. Rull</i>
..... 190	22. Evaluación preoperatoria de la función suprarrenal
	<i>Dr. Francisco J. Gómez Pérez</i>
..... 198	23. Hipertensión arterial sistémica perioperatoria
	<i>Dr. Jorge Oseguera Moguel</i>
..... 205	24. Cardiopatía isquémica
	<i>Dra. Eloina Cordero Zúñiga</i>
.....* 210	25. Insuficiencia cardiaca y arritmias
	<i>Dra. Eloina Cordero Zúñiga</i>
..... 217	26. El paciente con alteraciones de la coagulación
	<i>Dr. Jorge Eduardo Cortés Franco</i>
..... 231	27. El paciente con hepatopatía crónica
	<i>Dra. Delia Borunda</i>
	<i>Dr. Guillermo Domínguez Cherit</i>
..... 238	28. El paciente con insuficiencia renal crónica
	<i>Dr. Ricardo Correa Rotter</i>
	<i>Dr. Gerardo Gamba</i>
..... 244	29. El paciente reumático
	<i>Dra. Blanca Hernández Cruz</i>
	<i>Dr. Efraín Díaz Jouanen</i>

30. El receptor de trasplante renal	255	41. Complicaciones p	
<i>Dr. Hector S. Diliz Perez</i>		<i>Dr. Guillermo Domin</i>	
<i>Dra. Josefina Alberú Gómez</i>		<i>Dr. Raúl González H</i>	
<i>Dr. Marcos Gutierrez de la Barrera</i>			
31. La paciente embarazada	274	42. Insuficiencia rena	
<i>Dr. Alberto Valero Origel</i>		<i>Dr. Gerardo Gamba</i>	
		<i>Dr. Ricardo Correa F</i>	
32. El paciente inmunodeprimido	284	43. Fiebre posquirúrg	
<i>Dr. José Donis Hernández</i>		<i>Dr. Heriberto Medin</i>	
<i>Dr. José Sifuentes Osornio</i>		<i>Dr. José María Rema</i>	
<i>Dra. Angélica Vinasis Kever</i>		<i>Dr. Takeshi Takahasi</i>	
33. El paciente geriátrico	294	44. Complicaciones n	
<i>Dr. Luis M. Gutierrez Robledo</i>		<i>Dr. Juan Nader Kaz</i>	
34. El paciente pediátrico	305	45. Aspectos psiquiát	
<i>Dra. Teresa Murguía de Sierra</i>		<i>Dr. Andrés Guevara</i>	
<i>Dr. Ricardo Reyes Retana Valdés</i>		<i>Dra. Mirella Márqu</i>	
35. El paciente con obesidad extrema	313	46. Complicaciones g	
<i>Dr. Arturo Maldonado Hernández</i>		<i>Dr. José María Rem</i>	
		<i>Dr. Takeshi Takaha:</i>	
36. El paciente con un tumor suprarrenal funcional	319	<i>Dr. José de Jesús Vil</i>	
<i>Dr. Miguel F. Herrera Hernández</i>			
<i>Dra. Ceres Araceli Ochoa Sosa</i>		47. Complicaciones l	
		<i>Dr. Salvador Medin</i>	

PARTE 3

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES MEDICAS
POSOPERATORIAS

37. Complicaciones hidroelectrolíticas	327	48. Tromboembolia j	
<i>Dr. Humberto Hurtado Andrad:</i>		<i>Dr. Raúl González</i>	
<i>Dr. Daniel R. Hernández Salcedo</i>		<i>Dr. Guillermo Dom</i>	
<i>Dr. Carlos Torres Vega</i>			
38. Trastornos perioperatorios en las concentraciones de calcio, fósforo, magnesio y microminerales	335	49. Enteritis posradi	
<i>Dr. Alejandro González Ojeda</i>		<i>Dr. Pedro Luna Pé</i>	
		<i>Dra. Isabel Ahvava</i>	
39. Estado de choque	342	<i>Dr. Arturo Reyna</i>	
<i>Dr. Juan Alberto Eraña Garcia</i>		<i>Dra. Maria Elena</i>	
40. Falla orgánica múltiple	349		
<i>Dr. Bernardo Gutiérrez Sougarret</i>			

Índice alfabético

41. Complicaciones pulmonares posoperatorias	357
<i>Dr. Guillermo Domínguez Cherit</i>	
<i>Dr. Raúl González Hernández</i>	
42. Insuficiencia renal aguda en el paciente quirúrgico	364
<i>Dr. Gerardo Gamba</i>	
<i>Dr. Ricardo Correa Rotter</i>	
43. Fiebre posquirúrgica	371
<i>Dr. Heriberto Medina Franco</i>	
<i>Dr. José María Remes Troche</i>	
<i>Dr. Takeshi Takahashi Monroy</i>	
44. Complicaciones neurológicas en cirugía	381
<i>Dr. Juan Nader Kawachi</i>	
45. Aspectos psiquiátricos en la atención del paciente quirúrgico	388
<i>Dr. Andrés Guevara Briz</i>	
<i>Dra. Mirella Márquez Marín</i>	
46. Complicaciones gastrointestinales posoperatorias	397
<i>Dr. José María Remes Troche</i>	
<i>Dr. Takeshi Takahashi Monroy</i>	
<i>Dr. José de Jesús Villalobos Pérez</i>	
47. Complicaciones médicas consecutivas a cirugía laparoscópica	412
<i>Dr. Salvador Medina González</i>	
48. Tromboembolia pulmonar*	417
<i>Dr. Raúl González Hernández</i>	
<i>Dr. Guillermo Domínguez Cherit</i>	
49. Enteritis posradiación	426
<i>Dr. Pedro Luna Pérez</i>	
<i>Dra. Isabel Alvarado Cabrero</i>	
<i>Dr. Arturo Reyna</i>	
<i>Dra. María Elena Rojas Torres</i>	
Índice alfabético	433

Dietas de transición en el periodo posoperatorio

18

Lic. Nut. Claudia Maria Hoyos Tello,
Lic. Nut. Angeles Espinosa

Contenido del capítulo:

INTRODUCCION

FORMULAS DE TRANSICION

Dieta de liquidos claros

Dieta liquida

Dieta semiliquida

Dieta blanda

Dieta suave

RAPIDEZ DE AVANCE HACIA

LA NORMALIZACION

Ejemplo de dieta de avance rápido

INTRODUCCION

En el periodo perioperatorio los pacientes sufren modificaciones en su alimentación por periodos variables que dependen del padecimiento subyacente, del procedimiento quirúrgico y la región anatómica, así como del tipo de

incidentes mejor conocidos, y explica de manera importante la necesidad de establecer dietas de transición en el periodo posoperatorio. Después de una operación intraabdominal, la duración del íleo adinámico es diferente en los segmentos del tubo digestivo. En el estómago dura entre 24 y 48 h, en el intestino delgado entre 6 y 24 h, y en el colon, entre tres y cinco días. Los periodos mencionados pueden encontrarse en el margen superior o inferior, dependiendo de la manipulación intraabdominal, la región anatómica del procedimiento y el tipo de abordaje o acceso quirúrgico.

La resolución del íleo adinámico se pone de manifiesto por la presencia de canalización de gases y la auscultación de peristaltismo. La iniciación prematura de una dieta posoperatoria en un

paciente con íleo adinámico puede ocasionar molestias y complicaciones por el íleo paralítico, así como diarreas y dolor abdominal ocasionados por el tránsito prematuro de los alimentos. La dieta de transición debe ser establecida de acuerdo a las características del paciente y el tipo de procedimiento quirúrgico. El tipo de dieta de transición debe ser establecida de acuerdo a las características del paciente y el tipo de procedimiento quirúrgico.

paciente con íleo adinámico puede ocasionar molestias y complicaciones por el íleo paralítico, así como diarreas y dolor abdominal ocasionados por el tránsito prematuro de los alimentos. La dieta de transición debe ser establecida de acuerdo a las características del paciente y el tipo de procedimiento quirúrgico. El tipo de dieta de transición debe ser establecida de acuerdo a las características del paciente y el tipo de procedimiento quirúrgico.

También el tipo de anestesia empleado puede motivar la necesidad de instaurar dietas de transición, principalmente por la relación de muchos de los medicamentos utilizados con la presencia de náusea y vómito. Por consiguiente, en un paciente operado en una region anatómica tal que no se espere que ocurra íleo adinámico (p. ej., tiroidectomía) puede, aun así, requerirse que el primer alimento consista en líquidos claros, si bien con un avance más pronto hacia la normalización que en pacientes sometidos a procedimientos intraabdominales.

FORMULAS DE TRANSICION

Las dietas de transición que normalmente se incluyen en los regímenes posoperatorios son:

- dieta de líquidos claros
- dieta líquida
- dieta semilíquida
- dieta blanda
- dieta suave
- dieta normal

A continuación se analizan los tipos más utilizados de dietas de transición.

Dieta de líquidos claros	
Indicaciones	Se indica en el primer día postoperatorio en los pacientes que han sido sometidos a cirugía abdominal y que no han sido sometidos a cirugía de la cavidad abdominal superior.
Objetivos	Se pretende proporcionar un sustrato energético y electrolítico que sea fácilmente digerible y que no sea irritante para el tracto gastrointestinal.
Indicaciones	Se indica en el primer día postoperatorio en los pacientes que han sido sometidos a cirugía abdominal y que no han sido sometidos a cirugía de la cavidad abdominal superior.
Objetivos	Se pretende proporcionar un sustrato energético y electrolítico que sea fácilmente digerible y que no sea irritante para el tracto gastrointestinal.
Indicaciones	Se indica en el primer día postoperatorio en los pacientes que han sido sometidos a cirugía abdominal y que no han sido sometidos a cirugía de la cavidad abdominal superior.
Objetivos	Se pretende proporcionar un sustrato energético y electrolítico que sea fácilmente digerible y que no sea irritante para el tracto gastrointestinal.
Indicaciones	Se indica en el primer día postoperatorio en los pacientes que han sido sometidos a cirugía abdominal y que no han sido sometidos a cirugía de la cavidad abdominal superior.
Objetivos	Se pretende proporcionar un sustrato energético y electrolítico que sea fácilmente digerible y que no sea irritante para el tracto gastrointestinal.
Indicaciones	Se indica en el primer día postoperatorio en los pacientes que han sido sometidos a cirugía abdominal y que no han sido sometidos a cirugía de la cavidad abdominal superior.
Objetivos	Se pretende proporcionar un sustrato energético y electrolítico que sea fácilmente digerible y que no sea irritante para el tracto gastrointestinal.
Indicaciones	Se indica en el primer día postoperatorio en los pacientes que han sido sometidos a cirugía abdominal y que no han sido sometidos a cirugía de la cavidad abdominal superior.
Objetivos	Se pretende proporcionar un sustrato energético y electrolítico que sea fácilmente digerible y que no sea irritante para el tracto gastrointestinal.
Indicaciones	Se indica en el primer día postoperatorio en los pacientes que han sido sometidos a cirugía abdominal y que no han sido sometidos a cirugía de la cavidad abdominal superior.
Objetivos	Se pretende proporcionar un sustrato energético y electrolítico que sea fácilmente digerible y que no sea irritante para el tracto gastrointestinal.
Indicaciones	Se indica en el primer día postoperatorio en los pacientes que han sido sometidos a cirugía abdominal y que no han sido sometidos a cirugía de la cavidad abdominal superior.
Objetivos	Se pretende proporcionar un sustrato energético y electrolítico que sea fácilmente digerible y que no sea irritante para el tracto gastrointestinal.
Indicaciones	Se indica en el primer día postoperatorio en los pacientes que han sido sometidos a cirugía abdominal y que no han sido sometidos a cirugía de la cavidad abdominal superior.
Objetivos	Se pretende proporcionar un sustrato energético y electrolítico que sea fácilmente digerible y que no sea irritante para el tracto gastrointestinal.
Indicaciones	Se indica en el primer día postoperatorio en los pacientes que han sido sometidos a cirugía abdominal y que no han sido sometidos a cirugía de la cavidad abdominal superior.

Cuadro 18-1. Alimentos que integran las dietas de líquidos claros y líquida

Grupo de alimento	Líquidos claros	Dieta líquida
Sopas	Consomé desgrasado	Consomé, cremas de sopa molidas y coladas
Bebidas	Café, té, café o té descafeinados, refrescos, jugos de frutas de sabores artificiales	Café, té, café o té descafeinados, refrescos, jugos de frutas de sabores artificiales
Fruta	Jugos de frutas (excepto jugos con pulpa, néctares, jugo de ciruela o tomate)	Jugos de frutas*
Postres	Gelatina, nieves	Gelatina, nieves, helados, natillas, pudines†
Dulces	Azúcar, caramelos macizos, miel	Azúcar, miel, caramelos macizos, saborizantes
Otros	Sal	Sal, pimienta, condimentos a tolerancia
Complementos	Orales sin fibra	Cualquier complemento oral
Carne	No	No
Leche	No	Leche, malteadas,‡ "cocoa", yogurt sin "semillas", nueces o fruta, yogurt líquido
Cereales	No	Cereales cocidos refinados
Verduras	No	Jugos de verduras, cremas de sopa de verduras licuadas
Grasa	No	Mantequilla, margarina, crema

*Los refrescos y algunos jugos de frutas pueden no ser tolerados por algunos pacientes quirúrgicos.

†Sin "semillas", nueces ni trozos de fruta.

‡Algunos pacientes pueden presentar una intolerancia posoperatoria temporal a la lactosa. La dieta deberá modificarse utilizando leche sin lactosa.

Dieta líquida

Consiste en alimentos que son líquidos o semilíquidos a temperatura ambiente (véase cuadro 18-1).

Dado que se trata de una dieta de fácil absorción y que deja mínimo residuo, a menudo se utiliza como paso intermedio entre los líquidos claros y la dieta blanda o normal. Aunque en ocasiones se confunde a la dieta líquida con la de líquidos claros, la fórmula líquida tiene la ventaja de aportar cantidades suficien-

Cuadro 18-2. Composición de las dietas de transición

Tipo de dieta	Energía (kcal)	Proteínas (g)	Lípidos (g)	Hidratos de carbono (g)	Sodio (meq)	Potasio (meq)
Líquidos claros	600	40	3	130	38	16
Líquida	1 100	60	30	170	66	57
Semilíquida	1 700		55	250	100	95
Suave	1 700	70	60	220	130	90
Blanda/normal	1 800	65	75	225	150	90

Cuadro 18-3. Osmolalidad de diferentes líquidos claros*

Alimento	Osmolalidad promedio (mosm/kg)
Jugo	726
Consomé	389
Gelatina:	
Regular	735
Baja en azúcar	57
Refrescos:	
Regulares	640
Bajos en azúcar	48

*Se debe recordar que la osmolalidad sérica es de 390 mosm/litro.

tes de proteínas, calcio y ácido ascórbico. Sin embargo, es incompleta en todos los demás nutrientes, por lo que tampoco debe utilizarse como única fuente de alimentos por periodos mayores de tres días.

Esta formula es particularmente útil en pacientes que son incapaces de masticar, tragar o digerir el alimento sólido. En el cuadro 18-1 se comparan los componentes de las dietas de líquidos claros y líquida, y en el cuadro 18-2 se comparan las composiciones de las diferentes formulas de transición.

Dieta semilíquida

Incluye alimentos colados, en puré y líquidos (cuadro 18-4). Puede llegar a ser completa si el paciente ingiere suficiente cantidad de alimento (véase cuadro 18-2). El objetivo de la dieta es aportar alimentos que no requieran masticación y que sean fáciles de deglutir, principalmente para pacientes que se hayan sometido a cirugía bucal o del esófago. Por lo general, las temperaturas extremas de los alimentos no son bien toleradas, por lo que se deben evitar. No siempre es necesario utilizar este régimen como transición hacia una dieta blanda.

Dieta blanda

A diferencia de la dieta normal, la dieta blanda se caracteriza por incluir alimentos sin irritantes, o muy ligeramente sazonados, y bajos en fibra (cuadro 18-5). Es una dieta completa cuando el paciente ingiere suficiente cantidad de alimento (véase cuadro 18-2). Por lo general se utiliza como régimen de transición entre una dieta líquida y la alimentación normal, y es el tipo de dieta que generalmente se recomienda para el paciente con úlcera péptica.

Dieta suave

Una dieta blanda puede también solicitarse con consistencia suave, lo que incluye modificaciones en la textura del alimento para facilitar su masticación. De esa manera, la dieta blanda suave incluye, por ejemplo, carne molida, frutas y verduras cocidas (véase cuadro 18-4). Puede también ser una dieta completa si el paciente ingiere una cantidad suficiente de alimentos (véase cuadro 18-2). El obje-

Cuadro 18-4. Alimentos que entran en la composición de las dietas semiliquidas y suaves

Grupo de alimentos	Dieta semiliquida	Dieta suave
Sopas	Consomé, sopas cremas molidas y coladas	Consomé y cremas de sopa
Bebidas	Todas	Todas
Carnes	Pollo o carne colada o en pure	Pollo o carnes molidas o finamente picadas y con jugo, en guisado; pescado suave, huevo
Quesos	Se usan en salsas, sopas o guisados; queso cottage (requeson) batido	Queso cottage (requeson), quesos suaves
Leche	Leche, malteadas, licuados, "cocoa", yogurt sin "semillas", nueces o trozos de fruta	Leche, malteadas, licuados, "cocoa", yogurt sin "semillas", nueces o trozos de fruta
Cereales	Cereal refinado cocido, pure de papa	Cereales refinados cocidos o cereales listos para comerse, papas, arroz, pastas, pan blanco, galletas a tolerancia
Verduras	Licuadas o en pure; jugo de verduras	Suaves, cocidas, sin cascara o piel gruesa (excepto chicharos y elote); jugo
Frutas	Licuadas o en pure; jugos de frutas	Cocidas o enlatadas, sin semillas ni piel, plátano, jugos, jugos de cítricos colados
Postres	Gelatina, nieve, helado sin "semillas", nueces o trozos de frutas, natillas, pudines, paletas heladas	Gelatina, nieve, helado sin cereal, nueces o trozos de frutas, natillas, pudines, paletas heladas
Grasa	Mantequilla, margarina, sustitutos de crema, crema, aceite	Mantequilla, margarina, sustitutos de crema, crema, aceite, aderezos de ensaladas
Varios	Sazonadores, condimentos	Sazonadores, condimentos

tivo es aportar alimentos húmedos que sean fácilmente masticables y waves al deglutirlos. Se utiliza en pacientes debilitados que son incapaces de masticar, o aquellos con disfagia o estenosis del tracto gastrointestinal, y como regimen de transición hacia la dieta normal.

RAPIDEZ DE AVANCE HACIA LA NORMALIZACION

Aunque las soluciones intravenosas de glucosa y electrólitos pueden ser suficientes para mantener a la mayoría de los pacientes por periodos posquirúrgicos breves sin producir depleción grave de las reservas proteicas corporales o de otros nutrimentos almacenados, la ingestión oral de alimento debe iniciarse tan pronto como sea posible. Es muy importante tomar en cuenta que un paciente no debe permanecer más de siete días sin aporte nutricio. La vía oral deberá iniciarse tan pronto como sea posible, y si ésta no se tolera, se deberá iniciar apoyo nutricio parenteral o enteral.

No existe un patron establecido que determine la rapidez con que se debe normalizar la alimentación después de cada procedimiento quirúrgico. La rapi-

Cuadro 18-5. Alimentos que entran en la **composición** de la **dieta blanda**

Grupo de alimento	Dieta blanda
Sopas	Consomé, cremas de sopa, sopas ligeramente sazonadas
Bebidas	Todas
Carnes	Carne magra picada, pollo, pavo, resaca, cerdo, cordero, conejo, vaca, pollo, pavo, resaca, cerdo, cordero, conejo, vaca
Leche	Leche descremada, leche de vaca, leche de cabra, leche de oveja, leche de vaca, leche de cabra, leche de oveja
Ovejas de leche	Leche descremada, leche de vaca, leche de cabra, leche de oveja, leche de vaca, leche de cabra, leche de oveja
Pollos	Pollo, pollo desmenuado, pollo picado, pollo desmenuado, pollo picado, pollo desmenuado, pollo picado
Embutidos	Embutidos desmenuados, embutidos picados, embutidos desmenuados, embutidos picados
Grasas	Grasas desmenuadas, grasas picadas, grasas desmenuadas, grasas picadas
Arroz	Arroz desmenuado, arroz picado, arroz desmenuado, arroz picado
Pasta	Pasta desmenuada, pasta picada, pasta desmenuada, pasta picada
Granos	Granos desmenuados, granos picados, granos desmenuados, granos picados
Verduras	Verduras desmenuadas, verduras picadas, verduras desmenuadas, verduras picadas
Frutas	Frutas desmenuadas, frutas picadas, frutas desmenuadas, frutas picadas
Cereales	Cereales desmenuados, cereales picados, cereales desmenuados, cereales picados
Yogurt	Yogurt desmenuado, yogurt picado, yogurt desmenuado, yogurt picado
Quesos	Quesos desmenuados, quesos picados, quesos desmenuados, quesos picados

El grado de **avance** hacia la **normalización** depende del tipo y características de la cirugía, de la respuesta individual del paciente y de las preferencias del cirujano. Este, en coordinación con el nutriólogo o dietista, debe evaluar la **aceptación** y **tolerancia** a la **dieta** de cada paciente, y de acuerdo con ello ajustar el ritmo de **avance** hacia la normalización. Este ritmo puede ser **lento**, **normal** o **rápido**, de acuerdo con el esquema que se muestra en el cuadro 18-6.

Ejemplo de **dieta** de **avance rápido**

Desayuno: líquidos claros. **Comida:** dieta líquida o blanda. **Cena:** dieta normal. Es recomendable empezar en la **primera** comida con líquidos claros e ir **avanzando** hasta llegar a la **dieta** normal tan pronto **como** lo tolere el paciente. Se debe estar **alerta** para interrumpir la **alimentación** o **reducir** la rapidez de **avance** si se **producen**:

- Náusea o **vómito**
- Distensión abdominal
- Dolor **cólico**
- Cualquier **signo** de intolerancia.

Cuadro 18-6. **Avance** hacia la **normalización** de la **dieta** posoperatoria

Tipo de avance	Número de comida en que se recibe dieta normal
Rápido	Tercera comida
Normal	Sexta comida
Lento	Novena comida

Cuadro 18-7. Avance hacia la normalización de la dieta según el tipo de operación

Operación	Tipo de avance hacia la normalización
Cirugía de tiroides y paratiroides	Avance rápido. Se inicia con líquidos claros la tarde de la operación.
Resección o pexia de divertículo de Zenker	Avance moderado a lento desde líquidos claros. Se obtiene esofagograma con material hidrosoluble el primer día posoperatorio.
Resección gástrica	Avance lento a moderado. Se inician líquidos claros desde que existe peristaltismo y canalización de gases
Resección de intestino delgado	Avance lento. Se inician de líquidos claros desde que existe peristaltismo y canalización de gases

Al presentar una dieta de transición por cirugía con riesgo limitado de darse las modificaciones que pueda necesitar el paciente en relación con los trastornos subyacentes, como serían las restricciones usuales en potasio o la de sodio.

En el cuadro 18-7 se indican los ritmos de avance hacia la normalización que aplican los autores y otros para diferentes tipos de cirugía.

LECTURAS RECOMENDADAS

Blackburn GL, Bell SJ, Mullen **105** Nutritional Medicine: A Case Management Approach. WB Saunders, Philadelphia, 1989.

Gordon PH, Nivartvongs S: Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum, and Anus, 1st ed. Quality **106** St. Louis, **1991**

107 LK, **108** M: Krause's Food, Nutrition and Diet Therapy, 8th ed. WB Saunders, Philadelphia, 1992.

Nelson JK, Moyness KE, Jensen MD, Gastineau **109** Mayo Clinic Diet Manual, 7th ed. Mosby, St. Louis, 1994.

Schwartz SI, Shires **110** Spencer FC, Husser WC: Principles of Surgery, 6th ed. McGraw-Hill, New York, **111**