

Percepciones del paciente en realimentación tras cirugía colorrectal. Un estudio cualitativo

Andrés Iglesias B.¹, Catalina San Martín C.², Matías Corbeaux V.³,
Paula Medina B.⁴, Camila Olivares R.², Gonzalo Urrejola S.¹

¹Unidad de Coloproctología,
Departamento Cirugía
Digestiva, Facultad de
Medicina, Pontificia
Universidad Católica de Chile,
Santiago, Chile.

²Escuela de Medicina,
Pontificia Universidad Católica
de Chile, Santiago, Chile.

³Sociólogo Universidad Diego
Portales, Diplomado en
métodos para la investigación
social.

⁴Departamento de Nutrición,
Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Católica
de Chile, Santiago, Chile.

Recibido el 2022-03-31 y
aceptado para publicación el
2022-04-21

Correspondencia: a
Dr. Gonzalo Urrejola Schmed.
gonzaurrejola@gmail.com

Patients' perceptions on postoperative refeeding in colorectal surgery. A qualitative study

Introduction: Knowledge obtained from the experiences of patients favors quality care. The aim of this study is to know the perception of patients regarding refeeding after colorectal surgery, and particular factors that condition postoperative intake from their perspective. **Material and Method:** Based on the guideline of Standards for reporting qualitative Research, a qualitative study was constructed from an interview with 8 open-ended questions to 20 patients selected by a maximum sampling variation method. Thematic analysis was carried out. **Results:** Four main dimensions were identified that determine feeding in the postoperative period: 1. patient's goals after feeding (search for discharge, hydration, search for health, end fasting, ambulation); 2. properties and characteristics of food (seasoning, presentation, temperature, portions, consistency, favorites); 3 patient factors (physical, psychological); and 4. health team-patient relationship (trust, complacency, information, gratitude). **Conclusion:** The process of food intake in this context is conditioned by the four dimensions mentioned. It would be important to consider them when creating and executing feeding guidelines adapted to patients.

Key words: colorectal surgery; patient preference; food preferences; feeding behavior; qualitative research.

Resumen

Introducción: El conocimiento obtenido a partir de las experiencias de los pacientes favorece una atención de calidad. El objetivo de este estudio cualitativo es conocer la percepción de los pacientes sobre su realimentación tras una cirugía colorrectal, y los factores condicionantes en relación con dicho proceso. **Material y Método:** En base a la directriz de *Standards for Reporting Qualitative Research*, se realiza un estudio cualitativo a partir de una entrevista de 8 preguntas de término abierto realizada a 20 pacientes seleccionados por un método de variación máxima de muestreo. Se realizó análisis temático.

Resultados: Se identificaron cuatro dimensiones principales (con subtemas respectivos) que condicionan la alimentación en el postoperatorio: 1. propósitos del paciente tras la alimentación (búsqueda de alta, hidratación, búsqueda de salud, finalizar ayuno, deambulación); 2. propiedades y características de los alimentos (sazón, presentación, temperatura, porciones, consistencia, favoritos); 3. factores del paciente (físicos, psicológicos); y 4. relación equipo de salud-paciente (confianza, complacencia, información, agradecimiento). **Conclusión:** El proceso de ingesta de alimentos en este contexto está condicionado por las cuatro dimensiones mencionadas. Sería importante considerarlas al momento de crear y ejecutar pautas y guías de alimentación adaptadas a los pacientes.

Palabras clave: cirugía colorrectal; preferencias del paciente; preferencias de comida; comportamiento alimentario; estudio cualitativo.

Introducción

El equipo de salud basa sus decisiones principalmente en parámetros clínicos. Sin embargo, incluir la opinión de los pacientes respecto a sus experiencias y hacerlos partícipes, configura una medicina centrada en ellos, componente esencial en la atención de alta calidad^{1,2}. En esta línea, los estudios cualitativos, que están centrados en las creencias y preferencias de los evaluados, nos permiten obtener información acerca de sus vivencias, cosa que no es factible de hacer con los estudios deductivos convencionales (ej. PROMs (*Patients Related Outcome Measures*) y estudios cuantitativos clásicos)³.

La cirugía colorrectal, una de las cirugías abdominales más frecuentes, en Chile está priorizada en el cáncer colorrectal a través del programa de Garantías Explícitas en Salud (GES). Los protocolos de recuperación optimizada y reinicio precoz de la alimentación han mostrado beneficios en parámetros clínicos como tiempo de estadía hospitalaria sin aumentar la tasa de complicaciones⁴. Se ha registrado la opinión de los pacientes y cirujanos^{5,6} en estos programas, pero son escasos los estudios que evalúan cualitativamente la percepción de los pacientes respecto a la alimentación posoperatoria^{7,8} y a nuestro conocimiento ninguno originado en nuestro país.

Nuestro objetivo es conocer la percepción de los pacientes sobre su realimentación tras cirugía colorrectal. Como objetivo específico planteamos conocer los factores particulares que condicionan la ingesta postoperatoria.

Material y Método

Estudio prospectivo cualitativo inductivo desarrollado en el servicio de cirugía colorrectal de un centro docente de atención terciaria de salud y diseñado en base a la directriz de informe de *Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)* (Tabla s1 del Material Suplementario)⁹.

Nuestro hospital cuenta con un sistema que provee alimentos de manera externa, entregando 4 comidas al día (desayuno, almuerzo, merienda y cena). El tipo de régimen está estandarizado en base a protocolos de recuperación acelerada¹⁰, iniciando a todos los pacientes régimen hídrico amplio el día de la cirugía y desde el día 1 postoperatorio régimen liviano, lo que pudiera cambiar si la condición clínica de éste no lo permite.

Se incluyen pacientes mayores de 18 años, intervenidos de cirugía colorrectal electiva laparoscópica y que hayan recibido comida las últimas

24 horas. Se excluyen cirugías de urgencia, abordaje quirúrgico abierto, alteración del estado cognitivo cualitativo o cuantitativo, contraindicación médica que impida inicio de alimentación oral y condición terminal. Los pacientes fueron entrevistados previo a su alta hospitalaria.

Al ser un estudio cualitativo, el tamaño muestral se estableció como el necesario para alcanzar la saturación de datos, es decir cuando las ideas expuestas se vuelven repetitivas sin emerger nueva información. Esto se estimó en aproximadamente 16 pacientes, basado en estudios de similares características^{7,8,11}. La selección se realizó en base al método de variación máxima de muestreo^{5,11,12}, asegurando obtener un rango de perspectivas diversas, incluyendo sexo, edad y tipo de segmento colorrectal resecaado. Según esto se asignaron cuotas de reclutamiento expresadas en la Tabla s2 del Material Suplementario.

La entrevista fue confeccionada en un formato semiestructurado en base a los hallazgos publicados en estudios similares^{7,8}, y pensada para entender las expectativas y necesidades de los pacientes respecto a su alimentación en el postoperatorio de cirugía colorrectal. Se conforma de 8 preguntas de término abierto para una mayor profundidad en las respuestas (Tabla 1). Se realizó en la habitación del paciente, previa firma de consentimiento informado, entre septiembre y noviembre del año 2021 por el *fellow* de investigación colorrectal que es independiente del equipo clínico. La duración fue entre 10 a 30 minutos, grabándose y posteriormente transcribiéndose de manera literal por un segundo investigador. La recolección de información se detuvo al alcanzar la saturación de datos^{11,13}.

Tabla 1. Guía de entrevista semi estructurada

Preguntas de término abierto
¿Cómo fue su experiencia al comer los primeros días de su post operatorio?
Cuando se le permitió ingerir alimentos luego de la cirugía, ¿Usted se sentía preparado para ello?
¿Qué lo motivó a ingerir los primeros alimentos?
¿Qué síntomas le fueron molestos y limitaron la ingesta de alimentos en los primeros días postoperatorio?
¿Qué piensa usted sobre el tipo y la cantidad de comida en el postoperatorio?
¿Algún temor respecto a la alimentación en el postoperatorio?
¿Qué preocupaciones tiene usted sobre la alimentación en el postoperatorio?
¿Qué recomendaciones haría usted respecto a la alimentación en los primeros días en el posoperatorio?

ARTÍCULO ORIGINAL

El estudio fue aprobado por el comité de ética institucional (ID Protocolo: 210614001) y adherido a los principios éticos de la Declaración de Helsinki¹⁴.

Análisis de datos

Los detalles demográficos y clínicos de los pacientes como edad, sexo y segmento colorrectal resecado fueron recolectados a partir de la ficha clínica de manera encriptada con caracteres no identificables, manteniendo así el anonimato. Estos se expresan en medias, rangos y porcentajes, y se analizan en Microsoft® Excel® (versión 2112).

Para el análisis temático se utilizó un método

inductivo, con aproximación semántica y búsqueda epistemológica realista¹⁵ basado en el proceso de codificación en 6 pasos descrito por Braun y Clark¹⁵. Fue realizado por dos de los autores de esta investigación: un cirujano general (I.A.) y una estudiante de medicina (SM.C.). En el primer paso hubo una familiarización con la data anotando las ideas principales. En el paso 2 cada analista de forma independiente creó códigos a partir de las primeras 5 entrevistas y posteriormente fueron comparados hasta alcanzar un consenso en un libro de códigos (Tabla s3 del Material Suplementario). Este proceso se repitió cada 5 entrevistas hasta completarlas. En el paso 3 se agruparon los códigos bajo diferentes temas y en el paso 4 estos temas fueron redefinidos y ajustados a la data obtenida. En el paso 5 se realizó agrupación en mapas temáticos. Finalmente, en el paso 6 se reportó la información en base a las directrices SRQR⁹. Ante diferencias en el análisis, se llegó a acuerdo, de no lograrlo fue resuelto por un tercer autor (M.C.; Sociólogo experimentado en estudios cualitativos).

Tabla 2. Características de los pacientes entrevistados

VARIABLES	n° (Total 20)	(%)
Edad, media (rango en años)	62 (36-89)	
≤ 45	4	20
45-65	7	25
≥ 65	9	45
Sexo		
Femenino	12	60
Masculino	8	40
IMC, media (rango)	26,4 (18,2-34,4)	
Diabetes Mellitus	5	25
Hipertensión Arterial	11	55
Enfermedad Renal Crónica	1	5
Diagnóstico de ingreso		
Cáncer colorrectal	17	85
Carcinoide apendicular	1	5
Enfermedad diverticular	1	5
Enfermedad de Crohn	1	5
ASA*		
I	1	5
II	18	90
III	1	5
Segmento resecado		
Colon derecho	5	25
Colon izquierdo	7	35
Recto	8	40
Uso de ostomía	5	25
Colostomía	1	5
Ileostomía	4	20
Día de inicio de régimen, media (rango)		
Hídrico amplio	0 (0)	
Liviano	1,15 (1-3)	

* Clasificación ASA: American Society of Anesthesiologists.

Resultados

La saturación de la muestra se alcanzó tras 20 pacientes cumpliendo las cuotas de reclutamiento previamente definidas. Las características de los pacientes se resumen en la Tabla 2.

Tras el análisis temático surgieron 4 dimensiones principales que condicionan la alimentación en el postoperatorio: (3.1) propósitos del paciente tras la alimentación, (3.2) propiedades y características de los alimentos, (3.3) factores físicos y psicológicos del paciente, y (3.4) relación equipo de salud-paciente (Figura 1).

3.1 Propósitos tras la alimentación

Para algunos pacientes el proceso de alimentación es un medio que los ayuda a cumplir un objetivo mayor, de modo tal que son motivados entre otros por el deseo de obtener un alta temprana o lograr una mejoría en su estado de salud: “*Un deseo de vivir, salir adelante (...) si no comía, era no estar bien*” (paciente 10). También buscan finalizar el ayuno mantenido desde la programación quirúrgica, hidratarse y la movilización precoz; elementos asociados por ellos a una adecuada alimentación.

3.2 Propiedades y Características de los alimentos

Se manifestó la importancia del sabor de la comida, así como una presentación atractiva. Algunos pacientes sugirieron la necesidad de condimentar:

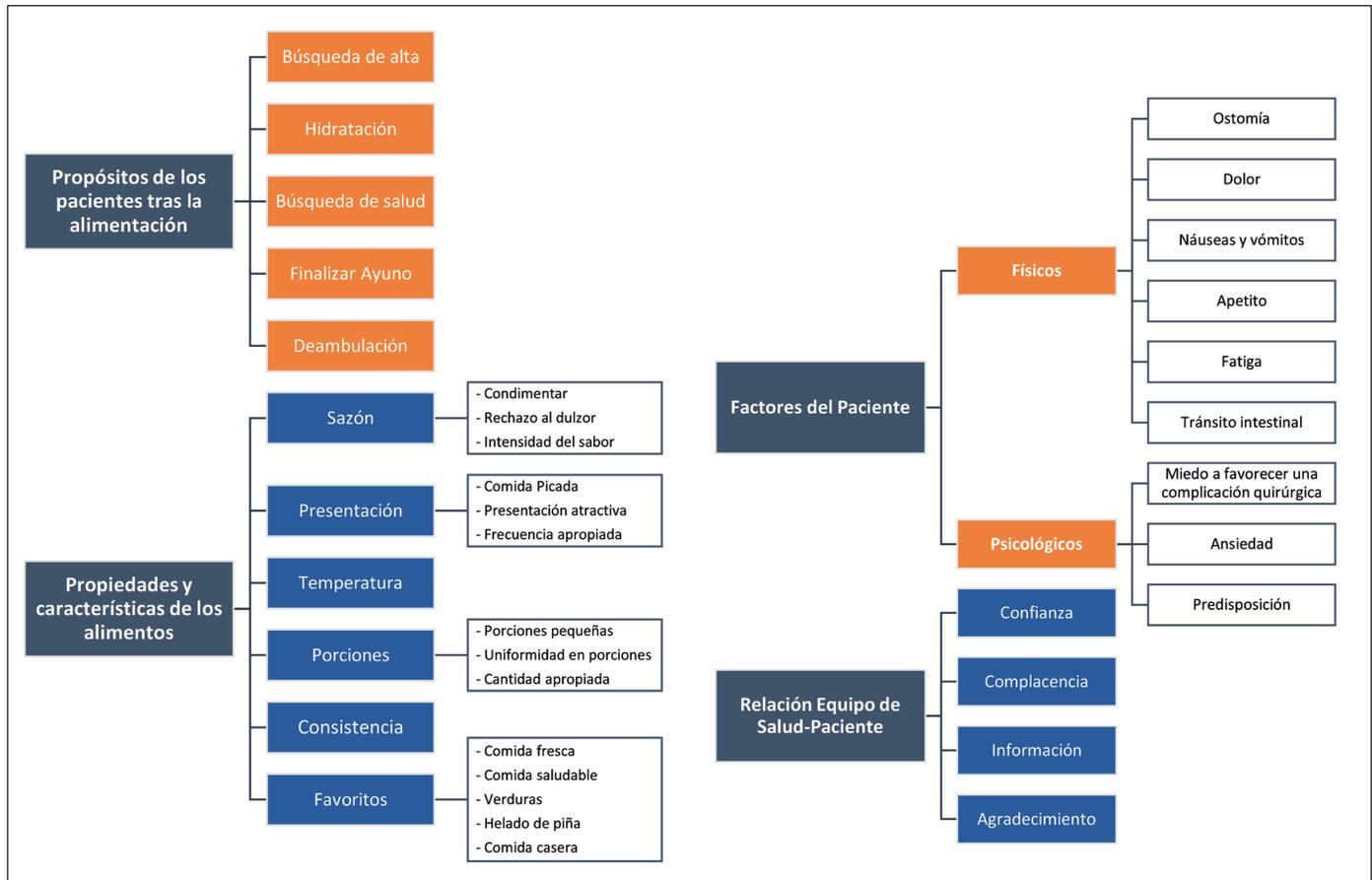


Figura 1. Temas y subtemas relacionados a las perspectivas de los pacientes en su realimentación post operatoria.

“Sería [bueno] que las sopas no fueran tan aguaditas, porque no dan ganas de comer. Eso se arregla echando un poquito de sal” (paciente 11). “La carne (...) me hubiese gustado que estuviera un poco más condimentada” (paciente 17). Es de recordar que estas preferencias se enmarcan en el postoperatorio, y algunos entrevistados refirieron aversión por sabores intensos y rechazo al dulzor: “La jalea estaba un poquito dulce, por eso no me la pude comer los primeros días” (paciente 20).

La mayoría concuerda en la necesidad de servir los alimentos a su temperatura apropiada, expresando quejas por las comidas que se enfrían: “Desde mi punto de vista, que fueran un poco más templadas. Un poco más calientes, porque en general llegan frías (...)” (paciente 17).

Existían variadas preferencias en relación con la consistencia de las comidas. Algunos optan por iniciar con comidas sólidas, mientras que otros las prefieren más líquidas; no obstante, coinciden en su apetencia por comidas más jugosas: “El pollo

a lo mejor estaba muy seco y con la carne pasó lo mismo, como que al jugo le faltaba impregnarse más. Hubiese tolerado (...) una comida más jugosa” (paciente 6).

Se expresó de manera reiterada el deseo de recibir una menor cantidad de alimento, pues grandes porciones desincentivarían el apetito y crearían opiniones negativas sobre generación de desperdicios. “Ver un plato lleno de fideos, de verlo me impactó. A la vista, daba la sensación de un plato exuberante para lo que yo toleraba (paciente 5)”.

Finalmente se manifiesta la preferencia por algunos alimentos, destacando el deseo de comida saludable, de similares características a las producidas en el hogar y comida “fresca”, ejemplificada en frutas y verduras por sobre las frituras: “Sentía la necesidad de algo un poquito más húmedo. Algo fresquito, como jalea o fruta cocida” (paciente 9). Es interesante que dos pacientes señalaron un anhelo por helado de piña, describiéndolo como un alimento apetitoso y fresco: “Me dio antojo comer

ARTÍCULO ORIGINAL

helado de piña. Incluso le mande foto a mi marido. Me lo comí con unas ansias doctor, lo degusté” (paciente 6).

3.3 Factores del paciente

Se consideraron factores del paciente aquellas dimensiones originadas a partir de sus sensaciones físicas, síntomas, pensamientos y sentimientos. De este modo son agrupadas en físicas y psicológicas.

Físicas

Síntomas como el dolor, náuseas y vómitos son relatados por los pacientes como condicionantes relevantes de ingesta: “después de la cirugía sentí mucho dolor, sentía que no tenía tolerancia mi estómago para comer... si sentía un poco de dolor o náuseas me frenaba y ya no comía más.” (paciente 5). Así como aquellos relacionados con el tránsito intestinal como la constipación y dificultad para eli-

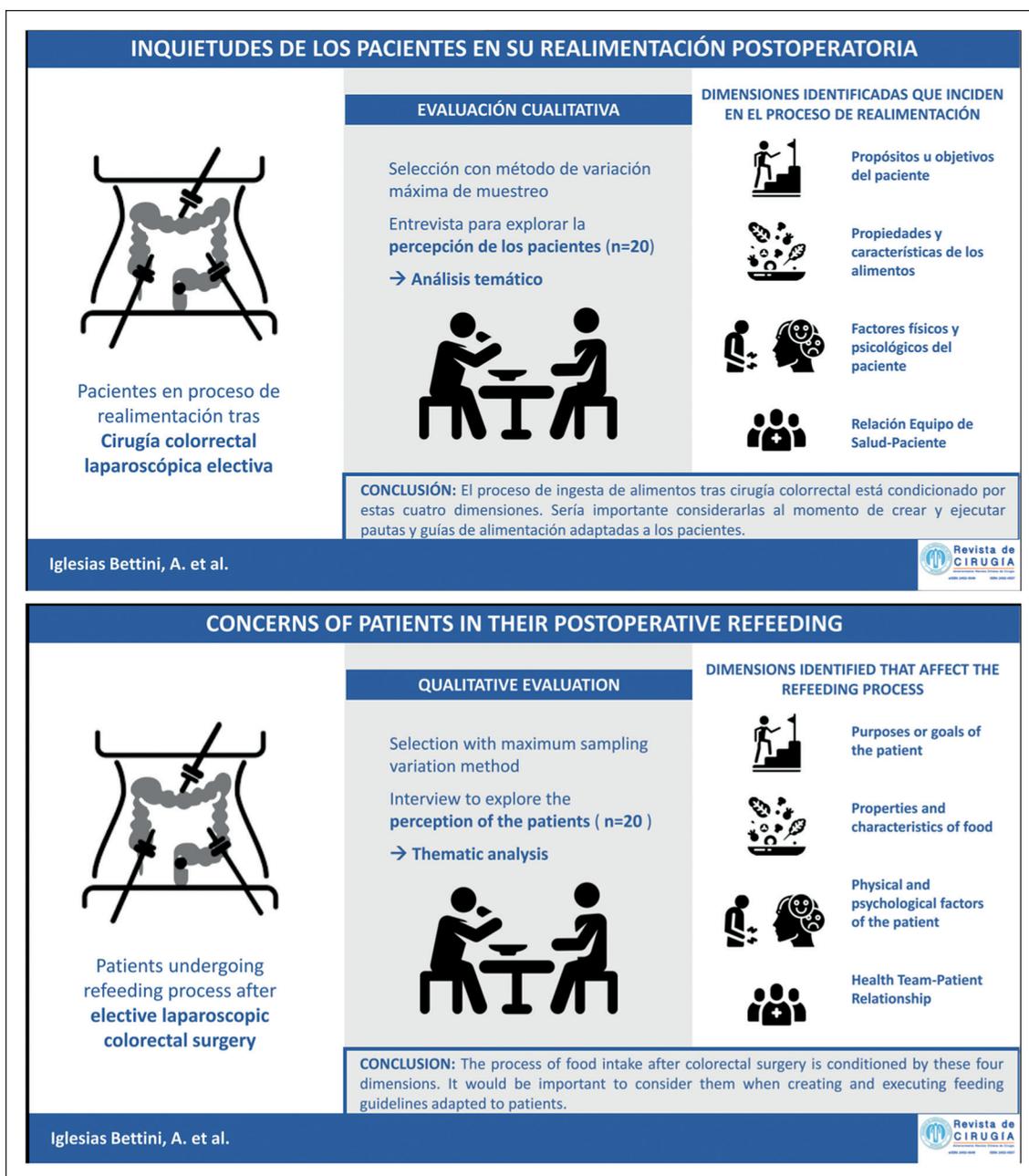


Figura 2. Resumen visual (original en archivo complementario).

minar gases, que pueden llevar a nuestros pacientes a optar por restringir su alimentación.

Por otro lado, la presencia de una ostomía dificulta el proceso, ya sea por la incomodidad que esta genera o la sensación de autovalencia disminuida. *“Que yo comiera y se reventara la bolsa [de ostomía]. No quería dormir, porque comía y después hacía un sonido. No estaba acostumbrado. (...). Una vez se reventó y más miedo me dio, por eso no comí”* (paciente 18).

Psicológicas

Expresaron ansiedad y miedo a favorecer una complicación quirúrgica a través de la ingesta, como dehiscencia de anastomosis, sangrado o infección de herida operatoria. *“Me daba un poquito de nervio, que pasaría. Porque me operaron, me sacaron un pedazo de tripa y decía ¡qué atroz, si voy a comer se me va a despegar!”* (paciente 4); *“Producto de mi operación, que algo se pudiera dañar adentro si comía mucho. Por eso masticaba bien la comida muy dura. Miedo a que se rompa algo de lo que unieron ahí dentro”* (paciente 7).

La experiencia y agenda del paciente influyeron en su predisposición a comer: *“Como tengo diabetes, si es que como arroz, como poquito. Pensaba que, si comía eso, me iba a subir la glicemia”* (paciente 4). También influyó la expectativa de alimentación en el postoperatorio, en donde varios se sorprendieron de iniciar una realimentación precoz. *“No pensé que me iban a dar alimentos casi en el mismo cambio de sala. Me dio un poco de susto comer”* (paciente 12).

3.4 Relación equipo de salud-paciente

En las entrevistas se abordaron elementos de la relación entre el equipo tratante y el paciente como la confianza, la que favorece una ingesta precoz de alimentos: *“No me dio miedo comer, porque los doctores me dieron la confianza de que sí podía comer. Yo siempre estuve tranquila”* (paciente 20). Se manifestó la importancia de una buena relación para este proceso, expresado incluso en el deseo de complacer al equipo de salud a través de la alimentación: *“Tenía un agradecimiento enorme con el equipo, los doctores. Yo creo que comí más por ellos que por mí (...). Yo creo que comí, con las ganas de decirles, sí, estoy comiendo”* (paciente 11). Finalmente, la entrega de información y resolución de dudas son claros potenciadores: *“El conversar con las enfermeras, quienes me explican cómo abordar las comidas, los problemas nutricionales asociados y la importancia de la alimentación (...) ahí uno empieza a abordar mejor la situación”* (paciente 19).

Discusión

Este estudio cualitativo expone las percepciones de los pacientes sobre el proceso de alimentación luego de cirugía colorrectal. Se encontró que los propósitos del paciente asociados a la realimentación, las características y propiedades de los alimentos entregados, factores físicos y psicológicos del paciente y la relación equipo de salud-paciente son dimensiones que condicionan la realimentación postoperatoria.

Los objetivos finales del paciente pueden ser similares a los del equipo de salud, quienes enfocan la nutrición en la curación y recuperación postoperatoria⁶, sin embargo, ellos también ven a la alimentación como un medio para alcanzar diferentes propósitos: regular su tránsito intestinal, alcanzar una adecuada consistencia de las heces, deambular, búsqueda de salud y lograr un alta precoz son algunos de ellos.

No solo la ingesta, sino también las características de los alimentos en cuanto a sabor, temperatura, tamaño de porción y presentación son importantes, y si son ejecutados de forma adecuada incentivan el apetito. Los creadores y ejecutores de pautas alimentarias en hospitales pueden así velar por el suministro de un plato en su temperatura justa, con la sazón adecuada o en su defecto la posibilidad que los pacientes puedan condimentar a su gusto. Por otro lado, porciones muy grandes pueden disminuir el apetito y crear preocupación por los desechos generados y el impacto ambiental asociado.

Si bien múltiples estudios descartan a la realimentación precoz como causante de complicaciones^{4,16,17}, los pacientes manifiestan su temor y ansiedad al respecto. Es así como factores psicológicos pueden influir en el proceso de alimentación, y herramientas como una adecuada entrega de información y la resolución oportuna de dudas, lo favorecen.

Nuestros resultados se condicen con los obtenidos en estudios internacionales de similares características^{6-8,18}. Un estudio cualitativo australiano que abarca la percepción de los pacientes sobre la realimentación en este mismo contexto⁷, evidencia que ellos toman decisiones basados en sus ideologías y experiencias con asociaciones positivas o negativas que hayan experimentado con la comida, además de la confianza en el equipo de salud. Del mismo modo, aprecian la oportunidad de participar en la elección de alimentos en un marco de opciones. Al igual que en nuestro estudio, destacan la importancia de una comunicación efectiva, con información simple y clara, agradeciendo por ejemplo aquellas explicaciones en torno a cambios en la dieta. Otro

ARTÍCULO ORIGINAL

trabajo cualitativo desarrollado en Reino Unido⁸ revela como facilitadores para la realimentación una adecuada interacción con los médicos, posibilidad de elegir alimentos y su motivación al alta. Por el contrario, síntomas como náuseas y vómitos, manejo del estoma e ingesta de bebidas nutricionales muy dulces en el preoperatorio se consideraron barreras. No es posible realizar comparaciones con resultados nacionales, ya que a nuestro conocimiento este es el primer estudio en Chile que abarca las perspectivas de la alimentación de los pacientes tras una cirugía.

Las perspectivas de los pacientes son condicionadas por sus vivencias culturales y sociales, por lo que nuestras conclusiones podrían no ser extrapolables a áreas sociodemográficas o países muy diferentes al nuestro, siendo ésta una limitación de nuestro trabajo. Esto a su vez resulta interesante, ya que se crea la necesidad de ampliar este estudio a diferentes poblaciones, rescatando perspectivas provenientes de múltiples regiones y eventualmente identificar patrones y diferencias. Por otro lado, este estudio evaluó las percepciones de los pacientes que logran ingerir los alimentos. Aquellos que presentan complicaciones que impiden su ingesta no son analizados, pudiendo futuros estudios evaluar las experiencias de este subgrupo y su influencia en la realimentación una vez superado el proceso.

En conclusión, nuestro trabajo evidencia la pers-

pectiva de los pacientes en relación con el reinicio de la alimentación en el postoperatorio de cirugía colorrectal. El proceso de ingesta de alimentos está de este modo condicionado por los propósitos u objetivos de salud que tienen los pacientes; factores físicos y psicológicos; las propiedades y características de los alimentos; y la relación con el equipo de salud. Es importante considerar cada una de estas dimensiones al crear y ejecutar pautas de realimentación postoperatoria adaptadas a sus preferencias.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Aprobado por Comité Ético Científico de Ciencias de la Salud UC (ID Protocolo: 210614001).

Bibliografía

- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. PMID: 25057539.
- Ryan G. Introduction to positivism, interpretivism and critical theory. *Nurse Res*. 2018;25:14-20. doi: 10.7748/nr.2018.e1466. PMID: 29546962.
- Fiore JF Jr, Figueiredo S, Balvardi S, Lee L, Nauche B, Landry T, et al. How Do We Value Postoperative Recovery?: A Systematic Review of the Measurement Properties of Patient-reported Outcomes After Abdominal Surgery. *Ann Surg*. 2018;267:656-69. doi: 10.1097/SLA.0000000000002415. PMID: 28767559.
- Herbert G, Perry R, Andersen HK, Atkinson C, Penfold C, Lewis SJ, et al. Early enteral nutrition within 24 hours of lower gastrointestinal surgery versus later commencement for length of hospital stay and postoperative complications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;7:CD004080. doi: 10.1002/14651858.CD004080.pub4. PMID: 31329285; PMCID: PMC6645186.
- Rajabiyazdi F, Alam R, Pal A, Montanez J, Law S, Pecorelli N, et al. Understanding the Meaning of Recovery to Patients Undergoing Abdominal Surgery. *JAMA Surg*. 2021;e211557. doi: 10.1001/jamasurg.2021.1557. Epub ahead of print. PMID: 33978692; PMCID: PMC8117063.
- Rattray M, Roberts S, Desbrow B, Marshall AP. Hospital Staffs' Perceptions of Postoperative Nutrition Among Colorectal Patients: A Qualitative Study. *Nutr Clin Pract*. 2020;35:306-14. doi: 10.1002/ncp.10315. Epub 2019 May 29. PMID: 31144380.
- Rattray M, Marshall AP, Desbrow B, Roberts S. A qualitative exploration of patients' experiences with and perceptions of recommencing feeding after colorectal surgery. *J Hum Nutr Diet*. 2019;32:63-71. doi: 10.1111/jhn.12596. Epub 2018 Aug 27. PMID: 30151949.
- Short V, Atkinson C, Ness AR, Thomas S, Burden S, Sutton E. Patient experiences of perioperative nutrition within an Enhanced Recovery After Surgery programme for colorectal surgery: a qualitative study. *Colorectal Dis*. 2016;18:O74-80. doi: 10.1111/codi.13245. PMID: 26682875; PMCID: PMC4755035.
- O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89:1245-51. doi: 10.1097/ACM.0000000000000388. PMID: 24979285.

10. Greer NL, Gunnar WP, Dahm P, Lee AE, MacDonald R, Shaikat A, et al. Enhanced Recovery Protocols for Adults Undergoing Colorectal Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Dis Colon Rectum*. 2018;61:1108-18. doi: 10.1097/DCR.0000000000001160. PMID: 30086061.
11. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias [Sampling in qualitative research: basic principles and some controversies]. *Cien Saude Colet*. 2012;17:613-9. Spanish. doi: 10.1590/s1413-81232012000300006. PMID: 22450401.
12. Patton MQ. *Qualitative Evaluation and Research Methods*, 2nd ed. Sage Publications; 1990.
13. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. 2018;52:1893-907. doi: 10.1007/s11135-017-0574-8. Epub 2017 Sep 14. PMID: 29937585; PMCID: PMC5993836.
14. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310:2191-4. doi: 10.1001/jama.2013.281053. PMID: 24141714.
15. Virginia Braun & Victoria Clarke (2006) Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology* 2006;3:77-101, DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
16. Nematihonar B, Salimi S, Noorian V, Samsami M. Early Versus Delayed (Traditional) Postoperative Oral Feeding in Patients Undergoing Colorectal Anastomosis. *Adv Biomed Res*. 2018;7:30. doi: 10.4103/abr.abr_290_16. PMID: 29531928; PMCID: PMC5841006.
17. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr*. 2017;36(3):623-650. doi: 10.1016/j.clnu.2017.02.013. Epub 2017 Mar 7. PMID: 28385477.
18. Norlyk A, Harder I. After colonic surgery: The lived experience of participating in a fast-track programme. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2009;4:170-80. doi: 10.1080/17482620903027726. PMID: 20523886; PMCID: PMC2879969.