

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE POSGRADO

TESIS QUE PRESENTA:

DR. JOSE FCO. DE JESUS SALAS GORDILLO

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GASTROENTEROLOGIA

TITULO:

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA DEL
PACIENTE SOMETIDO A GASTRECTOMIA SUB-
TOTAL POR ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA

ASESOR:

DRA. MA. ELENA ANZUREZ LOPEZ

Jefe de la Unidad de gastroenterología
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S.S.

MEXICO D.F.

1986





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INTRODUCCION

A pesar de los avances recientes en el tratamiento médico de la enfermedad ulcerosa péptica, que han disminuido en forma considerable la morbi-mortalidad de la misma, existe un grupo de pacientes numéricamente menor, pero no por ello menos importante, que requiere cirugía, no para el tratamiento de la enfermedad ulcerosa en sí, sino como tratamiento de las complicaciones de la misma.

Debe considerarse al tratamiento quirúrgico como un arma más en la lucha contra esta compleja entidad y no como un rival o sustituto del tratamiento médico.

Las principales indicaciones de tratamiento quirúrgico en la enfermedad ácido-péptica son: perforación, obstrucción, penetración, hemorragia, intratabilidad y sospecha de malignidad.

Con el avance de la cirugía durante los últimos cien años, se han empleado diversos procedimientos quirúrgicos, entre ellos: gastroyeyunoanastomosis sola, gastrectomía, que va desde gastrectomía subtotal hasta antrectomía con gastroduodeno o gastroyeyunoanastomosis, vaguectomía sin drenaje (1943), vaguectomía unido a un procedimiento de drenaje ya sea gastroyeyunostomía (1945) o piloroplastía (1950), vaguectomía selectiva (1952), vaguectomía más antrectomía (1953) y vaguectomía supraselectiva (1969). La razón por la que se han empleado tan diversas técnicas se debe a que al-

gunas de ellas fueron utilizadas solo por moda y en otras por una morbimortalidad elevada se han abandonado.

En la actualidad los procedimientos que se utilizan para el tratamiento de la enfermedad ulcerosa péptica tienen por objeto reducir el potencial secretorio de ácido del estómago, apoyado esto, en el aforismo que dice "sin ácido no hay úlcera". Entre estos procedimientos se encuentran las resecciones gástricas solas o con vaguectomías, las vaguectomías con procedimientos de drenaje y la vaguectomía supraselectiva. Ninguno de los procedimientos cumple con los principios del tratamiento quirúrgico "ideal" y que son: no tener mortalidad, no presentar complicaciones y no tener recurrencia de la enfermedad ulcerosa. Al realizar la evaluación de cualquier procedimiento quirúrgico deben considerarse estos tres parámetros. Los reportes en la literatura respecto a la mejor técnica son contradictorios.

La gastrectomía subtotal al remover el órgano productor de gastrina y disminuir la masa de células productoras de ácido cumple con la finalidad del tratamiento quirúrgico antiulceroso y es el método que más frecuentemente se emplea en la unidad de gastroenterología del hospital General de México, así como, en otros centros hospitalarios del mundo para tratar las complicaciones de la enfermedad ácido péptica gástrica y duodenal. En la literatura existen múltiples reportes contradictorios

con esta técnica, sobre todo cuando se hace referencia al tratamiento de la úlcera duodenal, mientras que para algunos autores es el mejor procedimiento, con el menor índice de recurrencia, baja mortalidad y morbilidad, para otros es un procedimiento mutilante con alta mortalidad y mala calidad de vida postoperatoria.

OBJETIVOS

Principales:

- Determinar la calidad de vida de los pacientes sometidos a gastrectomía subtotal por enfermedad ácido péptica en la unidad de gastroenterología del hospital General de México S.S. en los últimos diez años.
- Determinar el número, tipo y severidad de las complicaciones de los pacientes gastrectomizados.

Secundarios:

- Determinar si la edad, sexo y tipo de úlcera repercute sobre la calidad de vida del gastrectomizado.
- Determinar si la experiencia del cirujano influye en la calidad de vida.
- Contar con un estudio de seguimiento postquirúrgico de los pacientes gastrectomizados, que sirva de marco de referencia.
- Comparar los resultados obtenidos con esta técnica en el tratamiento de la enfermedad ulcerosa péptica en la unidad de gastroenterología del hospital General de México con los reportados en la literatura.

JUSTIFICACION

En la unidad de gastroenterología del hospital General de México existe entre el personal médico el concepto, adquirido a través de una larga experiencia en el manejo, tanto médico como quirúrgico (con diversas técnicas operatorias) del paciente con enfermedad ácido péptica, de que los enfermos sometidos a gastrectomía subtotal evolucionan, en la mayoría de los casos, en forma satisfactoria, con curación de la enfermedad ulcerosa, baja mortalidad y desarrollo de secuelas en escaso número y severidad. Sin embargo no se cuenta con un estudio de control que confirme esta experiencia.

La carencia de este estudio y el hallazgo de varios reportes en la literatura que no concuerdan con la experiencia de nuestra unidad motivó la realización de este trabajo.

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional y descriptivo, de tipo longitudinal, prospectivo, con fines científicos utilizando como grupo de comparación estudios reportados en la literatura.

UNIVERSO DE TRABAJO

Criterios de inclusión al estudio:

- Todos los pacientes gastrectomizados (gastrectomía subtotal) por enfermedad ácido péptica (gástrica y/o duodenal) realizadas en la unidad de gastroenterología del hospital General de México S.S. entre enero de 1976 y mayo de 1986.
- Uno u otro sexo.
- Sin límite de edad.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no acepten su inclusión voluntaria al estudio.
- Pacientes cuya dirección no aparezca o sea incompleta en los expedientes del archivo clínico de la unidad.
- Pacientes con otra enfermedad intercurrente que impida su valoración.

MATERIAL Y METODO

Para la realización de esta tesis se revisó el archivo clínico de la unidad de gastroenterología del hospital General de México de la Secretaría de Salud, en el cual, se encontraron 362 expedientes de pacientes que fueron sometidos a gastrectomía subtotal por enfermedad ácido péptica gástrica o duodenal, en el periodo comprendido entre enero de 1976 y mayo de 1986. Se revisó la historia clínica, notas quirúrgicas y postquirúrgicas de cada uno de los expedientes. En 223 de ellos se encontró la dirección completa, en 91 era incompleta y no se encontró registrada en 48.

Fueron aceptados para fines de este estudio, únicamente los pacientes en cuyo expediente se registró la dirección completa. A 173 pacientes se les envió por correo una carta, donde se les solicitaba acudieran al hospital para la realización del protocolo de estudio; fueron regresadas por la oficina de correos 22 cartas por dirección incorrecta o cambio de domicilio. 57 pacientes citados por este método acudieron al hospital. Se acudió personalmente al domicilio de los 54 pacientes restantes con dirección completa entrevistando a 18 de ellos; en 11 la dirección era falsa, cambio de domicilio en 12, no se encontró al paciente en 8 (se dejó citatorio para acudir al hospital). Completan el grupo de estudio 22 pacientes que acudieron espontáneamente o fueron enviados hacia nosotros por otros médicos de la unidad de gastroenterología, reuniéndose un total de 97 pacientes que constituyen el universo de trabajo.

Se les explicó a los pacientes la finalidad del estudio y se obtuvo su autorización para incluirlos en el mismo. A cada uno de ellos se les realizó historia clínica completa y mediante la aplicación de un cuestionario se evaluaron los diferentes parámetros que a continuación se señalan:

A: CONDICION ACTUAL:

- 0- Desconocida
- 1- Falleció por complicación de la cirugía
- 2- Falleció por otra enfermedad (con úlcera)
- 3- Falleció por otra enfermedad (sin úlcera)
- 4- Vive
 - a) con úlcera
 - b) sin úlcera

B: SEGUIMIENTO:

Número de pacientes operados por año, considerando en forma arbitraria (de acuerdo con otros reportes de la literatura, 20) evolución mediata hasta 3 años y tardía más de tres años posteriores a la cirugía.

C: REPERCUSION DE LA CIRUGIA SOBRE LA ACTIVIDAD HABITUAL DEL PACIENTE (trabajar, estudiar, etc.)

- 1- Sin interferencia
- 2- Leve
- 3- Moderada
- 4- Incapacitante

D: REPERCUSION DE LA CIRUGIA SOBRE LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA DIVERTIRSE:

-mismos parámetros que el inciso anterior

E: REPERCUSION DE LA CIRUGIA SOBRE LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA DORMIR:

- Mismos parámetros que incisos anteriores.

F: REPERCUSION DE LA CIRUGIA SOBRE EL TIPO DE DIETA:

- 1- Misma dieta
- 2- Cambios mínimos
- 3- Cambios moderados
- 4- Cambios radicales

G: REPERCUSION DE LA CIRUGIA SOBRE LA CANTIDAD DE ALIMENTO INGERIDO (MEDIATA Y TARDIA):

- 1- Mayor cantidad
- 2- Igual
- 3- Disminución leve
- 4- Disminución moderada
- 5- Disminución severa

H: CAMBIOS EN EL HABITO INTESTINAL:

- 1- Sin cambio
- 2- Mejoría
- 3- Constipación
- 4- Diarrea: a) ocasional b) frecuente
 - Discreta
 - Moderada
 - Grave

I: VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL

Peso actual:

- 1- 30% arriba del peso ideal
- 2- 21-29% arriba del peso ideal
- 3- 11-20% arriba del peso ideal
- 4- 5-10% arriba del peso ideal
- 5- Igual al peso ideal (\pm 4%)
- 6- 5-10% abajo del peso ideal
- 7- 11-20% abajo del peso ideal
- 8- 21-30% abajo del peso ideal
- 9- 31% o más abajo del peso ideal

Cambio de peso respecto al preoperatorio:

- 0- Desconocido
- 1- Semejante
- 2- Incremento mayor al 5%
- 3- Incremento mayor al 10%
- 4- Incremento mayor al 15%
- 5- Incremento mayor al 20%
- 6- Disminución mayor al 5%
- 7-Disminución mayor al 10%
- 8-Disminución mayor al 15%
- 9-Disminución mayor al 20%

J: EVALUACION DE COMPLICACIONES

I: Vaciamiento rápido:

- 0: No existe
- 1: Postprandial temprano
- 2: Postprandial tardío
- a: Ocasional
- b: Frecuente
- c: Continuo

II: Síndrome de asa aferente:

- 0: No existe
- 1: Agudo (menos de 3 meses de P.O.)
- 2: Crónico (más de 3 meses de P.O.)
- a) Ocasional
- b) Moderado
- c) Severo

III: Gastritis por reflujo (val. clínica y endoscópica)

- mismos parámetros que inciso anterior

IV: Úlcera recurrente: (val. clínica y endoscópica)

- 0- No existe
- 1- Existe sintomática
- 2- Existe asintomática

V: Gastritis atrófica (valoración endoscópica)

- 0- No existe
- 1- Existe
 - a) leve
 - b) moderada
 - c) severa

VI: Cáncer gástrico (val. clínica y endoscópica)

- 0- No existe
- 1- Existe

VII: Anemia (valoración de laboratorio)

- 0- No existe
- 1- Grado I (hasta 12 mgs Hb)
- 2- Grado II (11.9 a 10 mg Hb)
- 3- Grado III (menor o igual a 9.9 mg Hb)

B: VALORACION SUBJETIVA DEL TRATAMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE (MEDIATA HASTA 3 AÑOS y TARDIA MAS DE 3 AÑOS)

- 1- Excelente (asintomático)
- 2- Buena (mejoría muy importante)
- 3- Regular
- 4- Mala (peor que antes de la cirugía)

A cada una de las complicaciones encontradas se le estudió: el tiempo de aparición posterior a la cirugía, el tipo de tratamiento instituido y la respuesta al mismo. Los diferentes parámetros se compararon con el estado preoperatorio.

Para determinar la existencia de anemia y el grado de la misma se tomaron muestras sanguíneas con realización de biometría hemática en 62 pacientes.

Se practicó endoscopia del tubo digestivo alto a 28 pacientes, que aceptaron se realizara dicho procedimiento con toma de biopsias del muñón gástrico y de la unión gastroyeyunal.

El resultado de la cirugía en cuanto a calidad de vida se determinó de acuerdo con la clasificación de Visick modificada por Goligher (1), que se emplea universalmente para valorar el resultado de los diferentes tratamientos quirúrgicos de la enfermedad ulcerosa y que consta de las siguientes categorías:

- I: Excelente Paciente completamente asintomático, resultados perfectos.
- II: Muy bueno: Paciente que considera los resultados buenos, pero que el interrogatorio demuestra la existencia de sintomatología de leve a moderada, fácilmente controlable con ajustes mínimos en la dieta.
- III: Satisfactorio: Sintomatología leve a moderada no controlable con medidas higiénicas, que ocasionan falta de confort sin alterar la vida social o económica del paciente, refiriendo éste que se encuentra mejor que antes de cirugía.
- IV: Malo: Sintomatología moderada a severa y/o complicaciones que interfieren considerablemente con las actividades del paciente o el disfrutar de la vida. Peor que antes de cir. Incluye todas las úlceras recurrentes

Los resultados obtenidos en este estudio se compararon con los obtenidos por otros autores tanto nacionales como extranjeros que realizan el mismo tipo de cirugía. Se comparó además el resultado de la gastrectomía subtotal con los obtenidos mediante otras técnicas, también empleadas para el tratamiento quirúrgico de la enfermedad ulcerosa péptica.

RESULTADOS

De los 362 pacientes sometidos a gastrectomía subtotal entre enero de 1976 y mayo de 1986 por complicación de la enfermedad ulcerosa péptica, se conoce la condición actual de 105, lo que corresponde al 28.7 % del total; se desconoce la de 257 (71.3%). Dentro de este último grupo se encuentran 157 pacientes (60.8% del mismo) que no fueron susceptibles de evaluación por no contarse con la dirección en el expediente, ser esta incompleta o incorrecta. Desconocemos la condición actual de 100, a los que se citó para acudir al hospital, lo que representa el 27.9% del grupo total de gastrectomizados.

Entre los pacientes con condición actual conocida se encontraron 8 muertes; 4 como complicación de la cirugía o en el postoperatorio temprano (3 secundarias a cirugía de urgencia por hemorragia y 1 cirugía programada por obstrucción) lo que corresponde al 1.1% de mortalidad total temprana. Los otros 4 pacientes fallecieron por otra enfermedad no relacionada con la cirugía, ya egresados del hospital. Desconocemos la mortalidad tardía por complicaciones quirúrgicas, con los citatorios enviados, los familiares nos comunicaron únicamente las 4 muertes ya referidas que no tuvieron nada que ver con el procedimiento.

CONDICION ACTUAL DE LOS PACIENTES GASTRECTOMIZADOS
 POR ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA. U. GASTROENTEROLOGIA
 HOSPITAL GENERAL DE MEXICO SS. 1976- 1986

Condición Actual	No Pac.	%	Subtotal
Desconocida (N.S.V) ⁼	157	43.4	
Desconocida (S.V) ⁺	100	27.9	71.3%
Conocidos Vivos	97	26.5	
Conocidos muertos &	4	1.1	
Conocidos muertos #	4	1.1	28.7%
TOTAL:	362	100.0	100.0%

= (No susceptibles a valoración por dirección incompleta)

+ Pacientes citados que no acudieron para su estudio.

& Muertos a consecuencia de la cirugía P.Operatorio temprano

Muertos por causa ajena a la cirugía.

De los 97 pacientes vivos incluidos en este estudio, 67 (69.1%) fueron operados por úlcera duodenal; 52 hombres (77.6% de este grupo) y 15 mujeres (22.4%).

Por úlcera gástrica fueron operados 26 (26.8% del total) 14 hombres (53.8%) y 12 mujeres (46.2%).

Por úlcera duodeno-gástrica 4 (4.1%) 2 hombres y 2 mujeres (50 % para cada uno).

Del grupo total 68 son hombres (70%) y 29 mujeres (30%).

En cuanto a la edad, lo mínimo fue de 14 años, al momento de realizar la cirugía y la máxima fue de 78 años, con una mediana de 46 años y moda de 42.

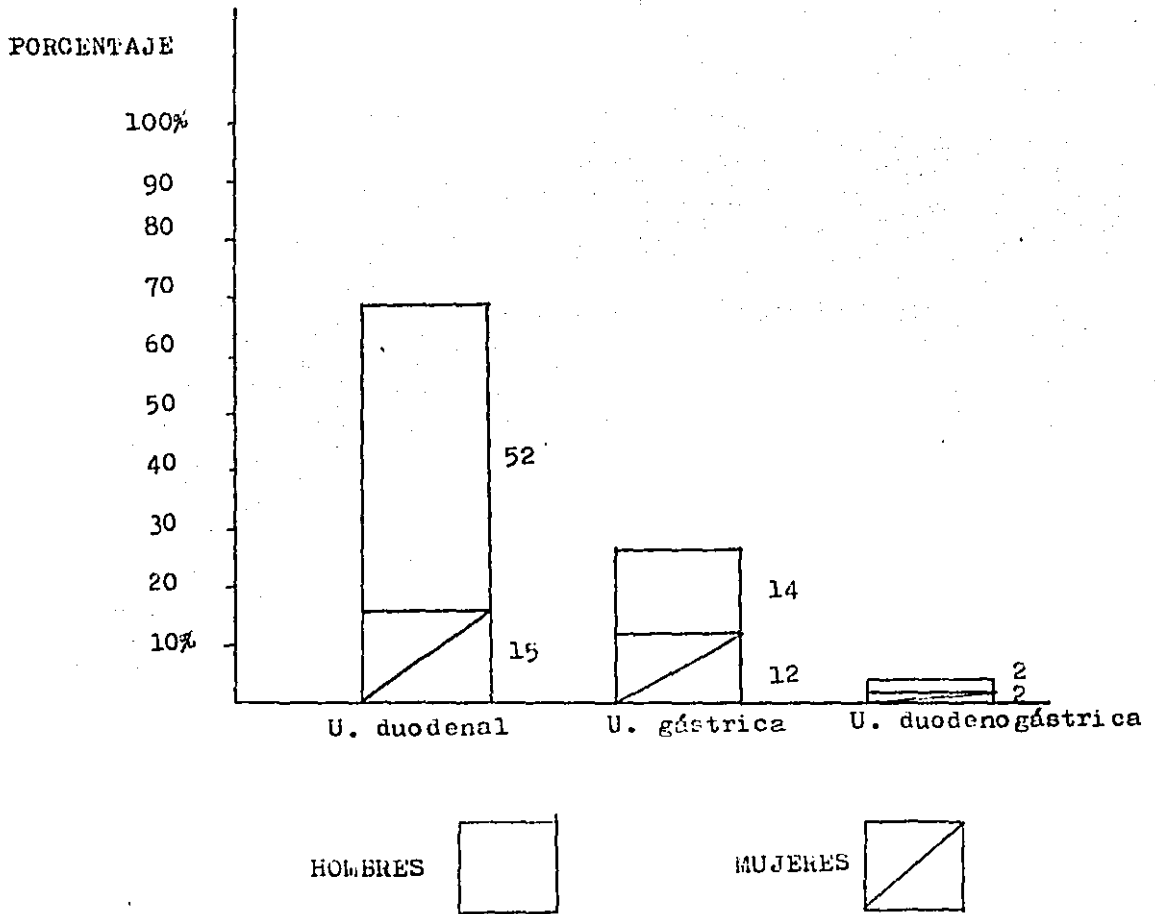
Para la úlcera duodenal: mínima de 14 años, máxima 68 años mediana 44 y moda 42.

Para la úlcera gástrica: mínima de 33 años, máxima de 78 años, mediana 55.5 y moda 57 años.

Para la duodeno-gástrica: máxima 54, mínima 32.

La distribución por grupo de edad de acuerdo al tipo de úlcera se muestra en la tabla .

DISTRIBUCION Y PORCENTAJE DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ULCERA EN 97 PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA SUBTOTAL. 1976-1986
 U. DE GASTROENTEROLOGIA. HOSP. GENERAL DE MEXICO SS



DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD, SEGUN TIPO DE UL-
CERA DE 97 PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA POR
ENF. ULCEROSA PEPTICA. HOSP GENERAL DE MEXICO SS

1976-1986

Grupo de Edad (años)	U. Duodenal.	U. Gástrica.	U. Duod-gastr.	Subtot
0-5	0	0	0	0
6-10	0	0	0	0
11-15	2	0	0	2
16-20	4	0	0	4
21-25	6	0	0	6
26-30	3	9	0	3
31-35	5	1	1	7
36-40	4	1	1	6
41-45	12	5	0	17
46-50	11	3	1	15
51-55	9	3	1	13
56-60	5	5	0	10
61-65	3	3	0	6
66-70	3	2	0	5
71-75	0	2	0	2
76-80	0	1	0	1
TOTAL:	67	24	4	97

El número de pacientes operados por año, que corresponde al seguimiento, con un máximo de 10 años y 5 meses y un mínimo de 4 meses se muestra en la gráfica .

Las indicaciones quirúrgicas en los pacientes fueron: intratabilidad 48 (49.5%), hemorragia 23 (23.7%), obstrucción 20 (20.6%), penetración 6 (6.2%).

Noveta y seis de las cirugías se realizaron en forma programada y una de urgencia, con porcentaje de 98.97 y 1.03% respectivamente.

De todas las cirugías 86 (88.6%) fueron realizadas por médicos de base de la unidad y 11 (11.4%) por residentes _ bajo supervisión de los médicos de base.

La técnica quirúrgica empleada fue gastrectomía subtotal del 80% del estómago (Billroth II) en todos los casos y el tipo de anastomosis más empleado fue Polya antecólica 93 (95.8%), Polya retrocólica 3 (3.1%) y Hofmeister 1 (1.1%).

DISTRIBUCION DEL NUMERO DE OPERACIONES (GASTRECTOMIA
SUBTOTAL) POR ENFERMEDAD ULCEROSA PEPTICA, SEGUN EL
AÑO EN QUE FUERON REALIZADAS. UNIDAD DE GASTROENTE-
ROLOGIA. HOSP GENERAL DE MEXICO 1976 - 1986

AÑO	No. PACIENTES
1976	8
1977	17
1978	14
1979	11
1980	8
1981	4
1982	7
1983	8
1984	8
1985	8
1986	4

REPERCUSION DE LA GASTRECTOMIA SOBRE LA ACTIVIDAD HABITUAL DEL PACIENTE, EN 97 CASOS. UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA. HOSP. GENERAL DE MEXICO SS 1976 - 1986.

Repercusión:	Preoperatorio		Postoperatorio	
	N	%	N	%
Sin interferencia	14	14.4	91	93.7
leve	33	34	4	4.2
moderada	24	24.7	2	2.1
Incapacitante	26	26.8	0	0
TOTAL	97	100	97	100

REPERCUSION DE LA GASTRECTOMIA SOBRE LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA DIVERTIRSE, EN 97 CASOS. UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA. HOSP. GENERAL DE MEXICO SS 1976-1986.

Repercusión:	Preoperatorio		Postoperatorio	
	N	%	N	%
Sin interferencia	33	34	93	95.8
leve	28	28.4	2	2.1
moderada	18	18.3	2	2.1
Incapacitante	18	18.3	0	0
TOTAL	97	100	97	100

REPERCUSION DE LA GASTRECTOMIA SOBRE LA CAPACIDAD DEL
 PACIENTE PARA DORMIR, EN 97 CASOS. UNIDAD DE GASTROEN-
 TEROLOGIA. HOSP. GENERAL DE MEXICO SS. 1976 - 1986

Repercusión	Preoperatorio		Postoperatorio	
	N	%	N	%
Sin interferencia	26	26.4	94	97.9
Leve	34	34.7	2	2.1
Moderada	27	27.5	1	1
Severa	20	20.4	0	0
TOTAL	97	100	97	100

REPERCUSION DE LA GASTRECTOMIA SOBRE EL TIPO DE ALIMEN-
 TACION DEL PACIENTE, EN 97 CASOS. UNIDAD DE GASTROENTE-
 ROLOGIA. HOSP. GENERAL DE MEXICO SS 1976 - 1986.

Repercusión	Preoperatorio		Postoperatorio	
	N	%	N	%
Normal ⁺	0	0	72	74.2
Cambios mínimos	6	6.2	21	21.6
Cambios moderados	13	13.4	2	2.1
Cambios radicales	78	80.4	2	2.1

+ Normal de acuerdo con su estado socioeconómico.

REPERCUSION DE LA GASTRECTOMIA SOBRE LA CANTIDAD DE ALI-
 MENTO INGERIDO POR EL PACIENTE, EN 97 CASOS. UNIDAD DE
 GASTROENTEROLOGIA. HOSP. GENERAL DE MEXICO. 1976-1986.

Repercusión	Preoperatorio		Postoperatorio	
	N	%	N	%
Sin interferencia	18	18.5	46	47.4
Mayor cantidad	21	21.7	7	7.2
Disminución	20	20.6	24	24.8
Disminución moderada	14	14.4	17	17.5
Disminución severa	24	24.8	3	3.1
TOTAL	97	100	97	100.

REPERCUSION DE LA GASTRECTOMIA SOBRE LA CANTIDAD DE ALI-
 MENTO INGERIDO POR EL PACIENTE. COMPARACION ENTRE POSTOPE-
 RATORIO MADIATO (HASTA 3 AÑOS) y TARDIO (MAS DE 3 AÑOS)
 U. DE GASTROENTEROLOGIA HOSP. GENERAL DE MEXICO 1976-1986

Repercusión	Hasta 3 años P.O		+3 años de P.O.	
	N	%	N	%
Mayor cantidad	1	3.6	6	8.7
Igual(sin interferencia)	8	24.9	38	55.0
Disminución leve	7	19.6	17	24.7
Disminución moderada	11	31.3	6	8.7
Disminución severa	1	3.6	2	2.9
TOTAL	28 pac	100%	69 pac	100%

CAMBIOS EN EL HABITO INTESTINAL SECUNDARIOS A GASTRECTOMIA, EN 197 PACIENTES. HOSPITAL GENERAL DE MEXICO. UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA. 1976 - 1986.

Tipo de Cambio:	N. Pac	%.
Constipación Severa	0	0
Constipación Moderada	0	0
Constipación leve	4	4.1
(Mejoria &	16	16.5
Sin cambio	52	53.7
Diarrea ocasional leve	12	12.4
Diarrea ocasional Moderada	4	4.1
Diarrea ocasional severa	0	0
Diarrea Frecuente leve	8	8.2
Diarrea Frecuente moderada	1	1
Diarrea Frecuente severa	0	0
TOTAL:	97pac.	100%

&: Pacientes que presentaban constipación previa y normalizaron su hábito intestinal.

REPERCUSION DE LA GASTRECTOMIA SOBRE EL PESO ACTUAL
 DE 97 PACIENTES GASTRECTOMIZADOS POR ENF ULCEROSA
 PEPTICA. HOSPITAL GENERAL DE MEXICO SS. UNIDAD DE
 GASTROENTEROLOGIA 1976 - 1986.

Peso Actual	N.	%
30% o + arriba del peso ideal	0	0
21-29% " " " "	0	0
11-20% " " " "	1	1
5- 10% " " " "	10	10.3
Igual al peso ideal(\pm 5%)	29	29.9
5-10% abajo del peso ideal	38	39.2
11-20% " " " "	17	17.5
21-30% " " " "	2	2.1
31 o + " " " "	0	0
TOTAL:	97	100 %.

CAMBIO EN EL PESO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA RESPECTO AL PREOPERATORIO, EN 97 PACIENTES. HOSPITAL GENERAL DE MEXICO SS. UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA. 1976 - 1986

Tipo Cambio(respecto P. P.O) ⁺	N.	%
Desconocido	26	26.9
Aumento mayor al 15%	1	1
Aumento mayor al 10%	4	4.1
Aumento mayor al 5%	15	15.4
Semejante	11	11.3
Disminución mayor al 5%	37	38.2
Disminución mayor al 10%	3	4.1
Disminución mayor al 15%	0	0
TOTAL	97	100 %

+ P.P.O(Peso preoperatorio)

De los 97 pacientes, 7 de ellos (7.2%) tuvieron complicaciones en el postoperatorio temprano, ninguno de ellos se encuentra actualmente dentro del grupo Visick III o IV. Los de este grupo fueron reintervenidos por dehiscencia de pared, realizándose plastía de la misma.

RELACION DE LAS COMPLICACIONES EN EL POSTOPERATORIO TEMPRANO EN 7 DE 97 PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA POR ENFERMEDAD ULCEROSA PEPTICA. U. DE GASTROENTEROLOGIA HOSP. GENERAL DE MEXICO SS. 1976 - 1986

Tipo Complicación	N.	Tipo úlcera	Sexo	Edad	Edo. ⁺	Cir. ⁼
					Actual	
Infección de la H.Q.	1	Duod.	F	52	I	M.B
Infección de la H.Q.	1	Gast.	M	59	II	M.B
Dehiscencia de pared	1 &	Duod.	M	66	II	M.R
Dehiscencia de pared	1 &	Duod.	M	67	I	M.B
Neumonía basal izq.	1	Gast.	M	40	II	M.B
Neumonía focos múlt.	1	Duod.	F	65	II	M.R
Edema de boca anast.	1	Gast	M	37	I	M.B
TOTAL	7					

+ Estado actual valorado de acuerdo a la escala de Visick

= Cirujano que realizó la cirugía M.B(médico de base)
M.R (médico residente).

& Pacientes reintervenidos

Ocho de los 97 pacientes presentaron complicaciones tardías:

Tres con úlcera de boca anastomótica que representa un rango de recurrencia de la enfermedad ulcerosa del 3.1% para este grupo. Los tres son hombre con edades de 23, 33 y 47 años, que tuvieron como indicación de tratamiento quirúrgico, úlcera duodenal rebelde a tratamiento médico. En todos los casos se realizó gastrectomía subtotal del 80% del estómago tipo Billroth II con anastomosis Polya antecólica y fueron operados por médicos de base. Dos pacientes de este grupo fueron reintervenidos, uno fuera del hospital, en el USS, se desconoce el tipo de cirugía que se le practicó. Actualmente el paciente sufre diarrea frecuente leve controlable con medicamentos antidiarreicos. El otro paciente fue reoperado dos años después de la primera cirugía, en nuestra unidad, realizandose vaguectomía troncular bilateral. A dos años de practicada la reintervención presenta sensación de plenitud postprandial temprana, meteorismo y diarrea frecuente moderada. El último paciente de este grupo (masculino de 47 años) cinco años posteriores a la primera cirugía sufrió cuadro de sangrado del tubo digestivo superior por úlcera de boca anastomótica corroborada con endoscopia, se manejó con bloqueadores de los receptores H₂ (cimetidina) por tres meses y desde hace 3 años se encuentra asintomático, corresponde a uno de los pacientes evaluados con endoscopia en este estudio, evidenciando unicamente gastritis superficial, sin úlcera.

Los pacientes sufrieron síndrome de asa aferente. Uno de ellos masculino de 37 años había sido operado un año antes por úlcera duodenal penetrada, cirugía practicada por médico residente, fue resoperado en nuestra unidad realizándose anastomosis en "Y" de Roux, a tres años de la reintervención permanece con síndrome diarreico frecuente leve. El otro paciente, masculino de 56 años fue operado por úlcera gástrica complicada con sangrado, tiene desde el tercer mes posterior a su intervención síndrome de asa aferente moderado que no ha respondido a tratamiento médico. El porcentaje de presentación del síndrome dentro del grupo de gastrectomizados corresponde al 2.06%.

Los pacientes presentaron gastritis por reflujo severa y datos de insuficiencia del esfínter esofágico inferior, ambos inicialmente operados por médicos de base. Uno de ellos operado por úlcera gástrica complicada con sangrado, masculino de 42 años fue reintervenido tres años después en un hospital del ISSSTE, se desconoce el tipo de cirugía efectuada, después de año y medio de la reintervención persiste con la misma sintomatología aunque en menor intensidad. El otro paciente masculino de 42 años operado por úlcera duodenal por obstrucción, fue operado por médico de base. Después de un año de la cirugía presenta datos de gastritis por reflujo que no ha respondido a tratamiento médico.

El octavo paciente que presentó complicación tardía, masculino de 37 años operado por úlcera duodenal por obstrucción, fue reoperado tres años posteriores a la primera cirugía por cuadro obstructivo intestinal secundario a bridas

realizándose liberación de las mismas. Después de dos años de reoperado sólo presenta meteorismo ocasional.

No se encontró ningún paciente con síndrome de vaciamiento rápido o cáncer gástrico.

Por lo que respecta a la anemia, a 62 pacientes se les realizó biometría hemática, reportándose normales las cifras de Hb. en 55 (88.7%), anemia grado I en 5 (8.1%), anemia grado II en 2 (3.2%), ninguno con anemia grado III. Las dos pacientes con anemia grado II son mujeres.

VALORACION SUBJETIVA REALIZADA POR EL PACIENTE RESPECTO AL RESULTADO DE LA GASTRECTOMIA. EN (97) PACIENTES OPERADOS 1976-1986. HOSPITAL GENERAL DE MEXICO U. DE GASTROENTEROLOGIA.

Tipo de Resultado	No.	%
Excelente (asintomático)	78	80.5
Bueno (molestias mínimas)	14	14.4
Regular	4	4.1
Mala (peor que previo a la cirugía)	1	1.0
TOTAL:	97	100%

VALORACION SUBJETIVA REALIZADA POR EL PACIENTE RESPECTO AL RESULTADO DE LA GASTRECTOMIA. COMPARACION ENTRE EVOLUCION MEDIATA Y TARDIA. EN 97 PACIENTES OPERADOS 1976 - 1986. H.G.M. UNIDAD DE GASTROENT.

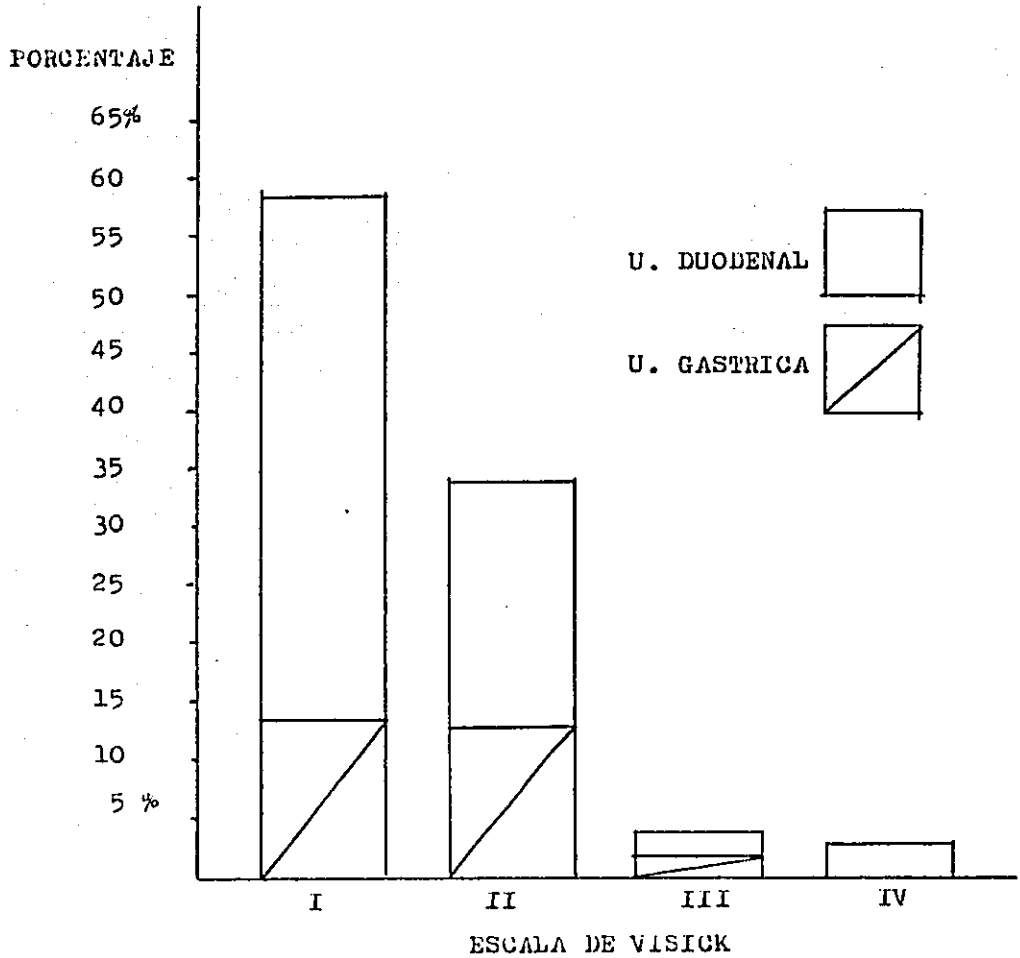
Tipo de Resultado	Mediato (hasta 3 años)		Tardío (más de 3 años)	
	N.	%	N.	%
Excelente	18	64.3	60	87
Bueno	8	28.6	6	8.7
Regular	2	7.1	2	2.9
Malo	0	0	1	1.4
TOTAL:	<u>28</u>	<u>100%</u>	<u>69</u>	<u>100%</u>

De los 28 pacientes que aceptaron se les practicara endoscopia del tubo digestivo superior con toma de biopsias se encontraron las siguientes entidades:

REPORTE DE ENDOSCOPIA	No. ⁺	%
Normal	6	21.5%
H. Hiatal con esofagitis	3	10.7%
H. Hiatal sin esofagitis	8	28.6%
Gastritis superficial leve	12	42.9%
Gastritis superficial moderada	6	21.5%
Gastritis superficial severa	4	14.5%
Gastritis atrófica moderada	2	7.2%

++ Un mismo paciente podría presentar varias de las manifestaciones.

DISTRIBUCION Y PORCENTAJE, DE ACUERDO
A LA CLASIFICACION DE VISICK, DE 97
PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA
SUBTOTAL. HOSP GENERAL DE MEXICO
1976-1986



ANALISIS DE LOS RESULTADOS

La falta de seguimiento postoperatorio constituye uno de los principales obstáculos, a los que se enfrenta el me dico al pretender valorar integralmente los resultados de los diferentes procedimientos quirúrgicos que emplea, en un momento determinado, para tratar la patología de un gru po de pacientes.

En nuestro hospital la falta de seguimiento está condicionada por diversos factores, entre los que se encuentran: población abierta difícil de controlar, bajo nivel sociocultural de la mayoría de nuestros pacientes, residencia en el interior del país aunado a un nivel económico bajo que dificulta su traslado a este centro hospitalario para su valoración periódica. Este seguimiento deficiente, al que se hace mención, se encuentra reflejado en el presente trabajo, en el cual sólo fue posible valorar el estado actual de salud, enfermedad o muerte de 105 pacientes sometidos a gastrectomía subtotal por enfermedad ulcerosa péptica entre 1976 y 1986 en la unidad de gastroenterología del hog pital General de México SS, lo que representa un seguimiento menor de la tercera parte (28.7%) del total de 362 pacientes operados. Además de los factores ya mencionados contribuyó, en forma muy importante a tener este bajo rango de seguimiento, la deficiente consignación de la dirección (por se incompleta o no mencionarse) en 157 expedientes clínicos del archivo, lo que corresponde al 43 % del total de pacientes gastrectomizados que no pudieron ser citados

para su valoración.

A pesar de que nuestro grupo de estudio constituye un poco menos de la tercera parte de los pacientes gastrectomizados, tiene características que permiten considerarlo como un grupo representativo de los que está ocurriendo con todos nuestros pacientes operados.

Todos los pacientes tuvieron como indicación quirúrgica complicación de la enfermedad ulcerosa péptica, hecho que puede ser importante, ya que como se menciona adelante, ningún paciente tuvo síndrome de vaciamiento rápido y recientemente algunos autores consideran que este síndrome se presenta con mayor frecuencia cuando la indicación quirúrgica es la propia enfermedad ulcerosa y no alguna de sus complicaciones.

CALIDAD DE VIDA.

Evaluar la calidad de vida de un paciente representa un problema difícil de resolver satisfactoriamente, en virtud de que la puntuación o valoración de los diferentes parámetros utilizados en ello está sujeta a la interpretación subjetiva tanto de la persona que analiza los datos como del que proporciona los mismos, lo cual puede conducir a errores de apreciación que modifican los resultados, teniendo en mente esto, a continuación analizamos los resultados obtenidos de la evaluación de los diferentes parámetros estudiados en nuestro grupo de pacientes.

Repercusión sobre la actividad habitual. Ningún paciente después de la cirugía refirió incapacidad para realizar sus

actividades (trabajar, estudiar, etc.) como secuela de la operación; dos tuvieron dificultades moderadas para el desempeño de sus labores, ambos son albañiles y dentro de sus actividades previas a la cirugía levantaban objetos muy pesados, actualmente continúan trabajando en el mismo ramo pero desempeñando otras actividades (representa el 2.1% del total). Durante la fase activa de la enfermedad solo el 14.1% continuó con sus actividades sin modificaciones, 26.8% tuvieron incapacidad completa (la mayoría de ellos con obstrucción secundaria al proceso ulceroso), en 24.7% las limitaciones fueron moderadas, por lo que al practicar la gastrectomía a los pacientes con complicaciones de la enfermedad ulcerosa péptica definitivamente mejora su productividad, ya que después de la misma el 93.7% pudo realizar sus actividades normales previas al inicio de su enfermedad.

La capacidad para divertirse y dormir son dos parámetros estrechamente relacionados con el disfrutar de la vida. Estos parámetros mejoraron posterior a la cirugía en nuestros pacientes y así tenemos que el 95.9% es capaz de divertirse en la misma forma que antes de estar enfermo; el 97.9% tienen la misma capacidad para dormir, como contraste antes de la cirugía sólo el 34% se divertía igual que antes de la enfermedad y el 26.7% dormía adecuadamente

Repercusión sobre el tipo de alimentación. Todos los pacientes en el período preoperatorio, con actividad de la enfermedad, modificaron su dieta habitual, los cambios fueron radicales en el 80.4%; moderada en 13.4 y en 6.2% le-

ves. Una vez realizada la operación, retornaron a su dieta normal el 74.2%; continúan con cambios mínimos el 21.6% y moderados el 4% (dentro de este último grupo con cambios moderados se encuentran los pacientes que actualmente tienen complicaciones postgastrectomía).

Por lo que respecta a la calidad del alimento ingerido se aprecia que preoperatoriamente solo el 18.5% ingerían la misma cantidad; los cambios en aumento se presentaron en el 21.7%; disminución severa en el 24.8% y el 35% con disminución leve a moderada. Posterior a la operación se normalizó la cantidad en 47.4%, e incluso se incrementó en 7.2% (dentro de este grupo se encuentran los pacientes operados por obstrucción, los cuales por las características de su cuadro clínico habían limitado considerablemente la ingestión de alimentos; presentaron disminución leve 24.8%; moderada 17.5 y severa 3.1. Datos que concuerdan con los observados por la mayoría de los autores (2, 4, 5, 6) con rangos de disminución que varían en los diferentes reportes de 30 al 70%, fundamentalmente por sensación de plenitud postprandial. Al comparar la cantidad de alimento ingerido por los pacientes con menos de 3 años de postoperatorio en comparación con los que tienen más de tres, se apreció que conforme pasa el tiempo del postoperatorio la cantidad de alimento ingerido también se incrementa. En los primeros tres años el rango de disminución leve y moderada fue de 24.9 y 38.3 % respectivamente, en tanto que los de más de tres años hubo disminución leve en 24.7; en 55% fue normal y en 8.7% mayor que la habitual.

Cambios en el hábito intestinal: no se presentaron cambios respecto a su estado previo de enfermedad en 53.7% de

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

los pacientes e incluso existió mejoría en 16.5%, los cuales tenían constipación y posterior a la cirugía esto se normalizó. El tipo principal de cambio en 25% de los casos fue diarrea, en la mitad de los casos se trata de diarrea leve ocasional fácilmente controlable con medidas dietéticas, dentro de este grupo se encuentran varios pacientes cuya diarrea parece estar relacionada con intolerancia a la leche. Existe un caso con diarrea frecuente moderada, que corresponde al paciente recuperado por úlcera de boca anastomótica y se le practicó en el segundo tiempo operatorio vaguectomía troncular bilateral. Los reportes en la literatura con esta complicación (diarrea) indican frecuencia que oscila entre 0% (1) hasta el 30% (7) con un promedio de 10-12 % (8,9,10). La diarrea probablemente es multifactorial (12) y en nuestro grupo como ya se mencionó, parece estar relacionada con intolerancia a ciertos alimentos. Por otro lado resulta difícil comparar resultados cuando se habla de diarreas, ya que el concepto de la misma es muy variable..

Repercusión sobre el peso: El 30% de los pacientes operados se encuentran dentro de su peso ideal, uno (1.03%) por arriba del 11% del peso ideal, el 10.3% están arriba del 5% del peso ideal, y el resto de pacientes presentan disminución del mismo, la mayoría por abajo del 5-10% del ideal. Los reportes en la literatura son variables, pero en un reporte realizado por Coligher, donde se concentran los resultados de 20 trabajos, el promedio de disminución es de 30-40%, con el mismo rango de disminución que en nuestra serie. Es conveniente mencionar que sí bien los siete pacientes con escala de Vi-

sick III y IV de nuestra serie tienen disminución de peso respecto al ideal, los otros 50 pacientes que también están por abajo de lo "normal" pertenecen a los grupos I y II de Visick. Por lo que el peso no parece influir en gran medida sobre la calidad de vida del gastrectomizado como anteriormente se preconizaba.

El peso postcirugía relacionado con el peso de los pacientes previo a la misma, presenta una tendencia a disminuir entre el 5-10% en aproximadamente el cincuenta por ciento de los casos, en tanto que en la otra mitad tiende a conservarse igual o ser ligeramente superior (esto último en 15.4% de los casos). Estos datos son similares a los de la mayoría de los reportes de la literatura.

Complicaciones: Tuvimos un total de siete pacientes con complicaciones en el postoperatorio inmediato y mediato. Dos de ellos fueron reintervenidos por dehiscencia de la pared abdominal. Todos estos pacientes actualmente se encuentran en los grupos I y II de Visick.

Las complicaciones tardías se presentaron en 8 pacientes (8.3% del total).

Nos llama poderosamente la atención el hecho de no haber encontrado ningún paciente con síndrome de vaciamiento rápido, a pesar de haberlo buscado intensionalmente y en forma exhaustiva, sobretodo si tenemos en cuenta que en la literatura la incidencia de este síndrome varía en los diferentes reportes entre el 2-100%, con un promedio de 15-20% (1,2,3,6,7,10,11). Lo cual ha condicionado que en muchos

centros hospitalarios la gastrectomía subtotal se encuentre en desuso y se prefieran otros procedimientos quirúrgicos, sin embargo existen muchos otros hospitales en el mundo don de este problema no existe (como en el nuestro) o es mínimo y la gastrectomía continúa siendo el método quirúrgico de elección.

No tenemos explicación para este hecho, sin embargo, entre los factores que pueden influir para la nula incidencia se encuentran: 1) la amplia experiencia de los médicos de la unidad de gastroenterología para la realización de la cirugía; 2) apego a las indicaciones quirúrgicas, por que como ya se mencionó previamente, algunos autores consideran que ésta puede ser la causa de aparición del mismo; 3) Los aspectos psicológicos que rodean a este síndrome y el aspecto de que en nuestra unidad no se mencionan al paciente las manifestaciones de este síndrome, existen reportes en la literatura que confirman el hecho de que no referir esta entidad a los pacientes minimiza las manifestaciones. (21) No podemos establecer ninguna conclusión de la causa de la nula incidencia del síndrome de vaciamiento rápido.

La recurrencia de la enfermedad ulcerosa en nuestra serie fue del 3.1%. Los reportes en la literatura varían del .9 al 15%, con promedio entre 5-8%. El rango de recurrencia de nuestra serie se encuentra dentro de los más bajos de la literatura, debido probablemente a la experiencia que se tiene en el dominio de la técnica, ya que se acepta que los fracasos, son debidos en gran medida, a defectos técnicos que permiten quede sin researse una porción del antro gá-

trico. Todos nuestros casos con úlcera de boca anastomótica se presentaron en hombres y posterior a cirugía por úlcera duodenal, hecho que concuerda con lo reportado por otros autores (13,14,15,1,4)

El 2% de los pacientes presentó síndrome de asa aferente que correlaciona con los hallazgos de la literatura (22, 23,24) y constituye una de las complicaciones con mayor grado de dificultad para su resolución total. La gastritis por reflujo se presentó también en dos casos (2.06%), este síndrome en la literatura se reporta con una frecuencia de 5-25% de los pacientes gastrectomizados(1, 2, 5,7,8). Si consideramos los cambios endoscópicos observados en los pacientes que sí se sometieron a este procedimiento, observamos que cerca del 70% presenta cambios macroscópicos de gastritis y evidencia de reflujo biliar, sin embargo este hecho no influye en la calidad de vida del gastrectomizado ya que muchos de ellos se encuentran dentro del grupo I de Visick. Los dos pacientes que tiene esta complicación sintomática pertenecen al grupo III.

No se encontró ningún paciente con cáncer gástrico de bido probablemente a que este se desarrolla, como ha sido mencionado en varios reportes (25,26) después de 15 años de la cirugía. Por otro lado existen reportes que mencionan que el riesgo de cáncer en este grupo de pacientes no es mayor al de la población general (27).

Valoración de la anemia: La anemia no constituyó en nuestro grupo de estudio un problema serio, ya que sólo el 8.1%

de un total de 62 pacientes tuvieron anemia grado I y 3.2% anemia grado II, ningún paciente tuvo anemia grado III. Debemos tener en cuenta que solo se realizó, para los fines de este estudio fórmula roja, es probable que si se realizan exámenes más profundos puedan detectarse mayor número de alteraciones, como se encuentra reportado en la literatura mundial (28,29,1,8,10).

Valoración subjetiva por parte del paciente: Dentro de la valoración de la calidad de vida de un paciente, este parámetro probablemente es el más importante, ya que más que nadie, es el propio paciente el que conoce cómo ha influido la cirugía sobre su vida. Debemos tener en cuenta, sin embargo, que esta valoración al igual que todas las valoraciones subjetivas tiene el defecto de ser influenciado por la apreciación personal y así por ejemplo en nuestro grupo encontramos pacientes que consideran el tratamiento regular, aun y cuando tienen molestias importantes, debido a que previo a la cirugía cursaban con estenosis pilórica seguramente no consideraron el resultado final malo. En el grupo que considera la cirugía excelente, al realizar un interrogatorio intencional se descubren síntomas, que si bien son leves, existen y de ser estrictos eliminarían a dichos pacientes de esta categoría. Al analizar este parámetro encontramos que el 80.5% considera el resultado de la cirugía excelente, bueno el 14.4%, regular el 4.1% y solo un paciente (1.03%) considera estar peor que antes de la cirugía.

Finalmente al agrupar a nuestros pacientes con la escala de Visick encontramos que el 58.7% del total se encuentra en

grupo I, el 34 % en el grupo II, el 4.2% en el III y solamente el 3.1% dentro del grupo IV de Visick. En cuanto a este último grupo cabe hacer la aclaración que fueron incluidos en él tres pacientes por presentar úlcera recurrente, sin embargo solo 1 de ellos en el momento actual refiere sentirse peor que antes de la cirugía (es el paciente reoperado y al que se realizó vaguectomía troncular bilateral) el otro paciente reoperado y el paciente con tratamiento médico actualmente se encontrarían, el primero en el grupo de Visick III y el segundo en Visick I, sin embargo debido a que por definición la recurrencia se considera Visick IV, se incluyen en este grupo.

Todos los pacientes del grupo IV presentaban previo a la cirugía complicación por úlcera duodenal. En los demás grupos la distribución de la úlcera gástrica y duodenal es similar, por lo que no parece existir una predisposición por algún tipo de úlcera en especial sobre la calidad de vida del paciente, con la salvedad de que la recurrencia es más frecuente con la úlcera duodenal como ha sido reportado por varios autores.

Todos los pacientes del grupo III y IV son hombres, por lo que probablemente las complicaciones y la calidad de vida pueden estar influenciadas por el sexo, sin embargo es necesario realizar mayores estudios al respecto.

La edad no parece jugar un papel importante para la calidad de vida del paciente gastrectomizado, ninguno de los grupos extremos se encontró dentro del grupo IV, las edades que predominaron en este grupo corresponden a aquellas en que la enfermedad es más frecuente

Se acepta en forma general que la calidad de vida del paciente gastrectomizado depende mucho de la experiencia del cirujano y seguramente así es. En nuestro grupo este punto no es valorable, ya que los residentes que practicaron gastrectomías y que tienen poca experiencia siempre contaron con la asesoría de un médico de base.

Comparando nuestros resultados con los de la literatura, observamos que si bien no son los mejores ya que existen algunas series bien controladas con visick I y II superior al 95% (1,3), nuestros resultados se encuentran dentro de los mejores y muy por encima de otros muchos (20,10,8,17).

CONCLUSIONES:

- 1.- Si bien la gastrectomía subtotal no es un procedimiento inocuo, el rango de mortalidad comparado con otras técnicas quirúrgicas que se emplean en el tratamiento de la enfermedad ulcerosa péptica es semejante, el índice de recurrencia es bajo y la presencia de complicaciones escasa, lo cual hace que este procedimiento se constituya en un método útil para tratar las complicaciones de la enfermedad.
- 2.- La calidad de vida de la mayoría de los gastrectomizados (95%) es muy buena, sin restricciones para disfrutar la vida y aunque la mayoría de los pacientes posterior a la cirugía se conservan con peso ligeramente inferior al ideal, esto no influye para la realización plena de todas las actividades a que un ser humano tiene derecho.
- 3.- Los resultados obtenidos con este grupo de pacientes comparado con los obtenidos en otras partes del mundo se encuentran dentro de los mejores, debido probablemente a la amplia experiencia con que se cuenta en la unidad de gastroenterología del hospital General de México para tratar al paciente con enfermedad ácido péptica.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Goligher J Five to eight-year results of Leeds York controlled trial of elective surgery for duodenal ulcer Br Med J:2781 1968
- 2.- Menguy R Surgery of peptic ulcer Philadelphia W B Saunders 1976
- 3.- Howard R Murphy W A prospective randomized study of the elective surgical treatment for duodenal ulcer: two to ten year follow up study Surgery 73:256 1973
- 4.- Sleisenger G Gastrointestinal disease W B Saunders p 770 1983
- 5.- Posthewait R Five years follow up results of operations for duodenal ulcer Surg Gynecol Obstet 137:387 1983
- 6.- Davis C Tratado de patología quirúrgica VI Interamericana 1982
- 7.- Brooke C Postgastrectomy syndromes Amer J Surg 131: 464 1976
- 8.- Mckeown K A prospective study of the immediate and long term results of polya gastrectomy for duodenal ulcer Br J Surg 59:849 1972
- 9.- Pryor J The long term metabolic consequences of partial gastrectomy Am J med 51:5 1971
- 10.- Johnston I The management of side effects of surgery for peptic ulceration Br J Surg 5:787 1970
- 11.- Harrington J Treatment of severe postgastrectomy diarrhea by reversed jejunal segment Ann Surg 168:522 1968
- 12.- Sawyers J Surgical management of postgastrectomy problems Arch Surg 102:251 1971
- 13.- Wychulis A A study of 360 patients with gastrojejunal ulceration Surg Gynecol Obstet 122:89 1976
- 14.- Neustein C Reoperation for postsurgical peptic ulcer recurrence Ann Surg 185:169 1977
- 15.- Beneventato T Retained gastric antrum Am J Gastroenterol 59:361 1973

- 16.- Domellof L Carcinoma an posible precancerous changes
of the gastric stump after Billroth II resection
Gastroenterology 73:462 1977
- 17.- Visick A A study of failures after gastrectomy
Ann Roy Coll Surg 3:266 1948
- 18.- McColl I Prediction of succes and failure after gas
tric surgery 58:768 1971
- 19.- Hulme M Psychological, social and surgical f,ctors
which influences succes or failure after gastric
operations Scand J Gastroenterol 14:457 1979