

11209

21

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO LA RAZA

CALIDAD DE VIDA POSTERIOR A TRATAMIENTO QUIRURGICO EN PACIENTES CON ACALASIA

27.05.22 TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE: CIRUJANO GENERAL

PRESENTA:

DR. CARLOS MANUEL DIAZ SALAZAR

TUTOR: DR. JOSE FENIG RODRIGUEZ

ASESOR: DR. ARTURO VELAZQUEZ GARCIA



FEBRERO 1998

2000

MEXICO, D. F.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TITULO

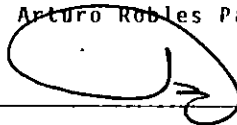
Calidad de vida posterior a tratamiento quirúrgico en pacientes
con acalasia

No. de Registro definitivo del protocolo

98-690-0011

Jefe de División e Investigación Médica

Dr. Arturo Robles Paramo



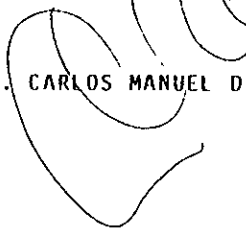
Titular del Curso Universitario de Especialización

Dr. Jose Fenig Rodriguez



Nombre del alumno

DR. CARLOS MANUEL DIAZ SALAZAR



I

hospital de... ..

DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA

Titulo: Calidad de vida posterior a tratamiento quirúrgico en pacientes con acalasia.

Objetivo: Demostrar que existe modificación de vida en pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por acalasia.

Resultados: Se estudiaron 21 pacientes del 1° de mayo de 1992 al 31 de octubre de 1996, 14 (67%) femeninos y 7 (33%) masculinos. El síntoma principal preoperatorio fue la disfagia, invariablemente todos cursaron con pérdida de peso. El tratamiento quirúrgico disminuyó la disfagia en 20 (95.2%) pacientes, y solo uno permaneció sin cambios posterior a la cirugía, mejorando substancialmente la tolerancia a la vía oral en 16 (76%) pacientes en forma regular en 5 (24%). Todos los pacientes incrementaron su peso, la mayoría de 3 a 5 kg en forma posoperatoria. Actualmente ningún paciente se encontró incapacitado para trabajar o realizar sus labores del hogar. El grado de disfagia disminuyó en 12 (57.1%) pacientes y en 9 (42.8%) desapareció. Las relaciones interfamiliares y sociales no se afectaron en 6 (28.5%) pacientes y fueron poco afectadas en 13 (60.9%).

Conclusiones: La calidad de vida se vió incrementada posterior a la cardiomiectomía de Heller modificada más funduplicatura posterior en pacientes portadores de acalasia, traducido por una disminución en la disfagia, mejor tolerancia a la vía oral, incremento de peso e integración a su grupo familiar y social.

Palabras claves: Acalasia, funduplicatura posterior, cardiomiectomía de Heller modificada, calidad de vida.

Title:Quality of life after surgical treatment in patients with achalasia.

Objective:To demonstrate that there is modification in the quality of life in patients receiving surgical management for achalasia.

Material and method: Retroelective, transversal, descriptive and observational. A quest was applied to patients with modified Heller cardiomyotomy plus posterior funduplicature because of achalasia in order to measure their quality of life.

Results:21 patients were included from May 1 1992 to October 31 1996,14 (67%)female and 7(33%)male.The main preoperative symptom was dysphagia unvariably all cursed with weight loss.Surgical treatment decreased disphagia in 20 patients (95.2%) and only one patient remained without changes after surgery,with improvement in oral intake substantially in 16 (76%) patients and only regular in 5 (24%).

All patients gained weight most of them 3 to 5 Kg. after surgery .Actually no patient was found disabled to work or to do home activities.The grade of disphagia decreased in 12 (57.1%) patients and disappeared in 9 (42.8%) family and social relationship were not affected in 6 (28.5%) patients with minimal repercusion in 13(60.9%).

Conclusions:Quality of life was increased after modified Heller cardiomyotomy plus posterior funduplicature in patients with achalasia,with great improvement showed by decreased in disphagia,a better oral intake tolerance weight gain and integration to their family and social groups.

Key words: Achalasia, posterior funduplicature, modified Heller cardiomyotomy, Quality of life.

INTRODUCCION

La acalasia es un trastorno de la motilidad esofágica de causa desconocida, caracterizada por ausencia de peristaltismo, falta de relajación adecuada y completa del esfínter esofágico inferior y por la presencia de una zona de alta presión en la parte inferior del esófago, alteraciones que en fases avanzadas ocasionan un esófago dilatado con un segmento distal de 1.5 a 4 cm de menor calibre. 1,3.

Entre sus manifestaciones clínicas la disfagia condicionada por la obstrucción a la deglución, es el síntoma más común y muchas veces el más temprano, pudiendo ser intermitente en los estadios iniciales de la enfermedad progresando a la permanencia, (82 a 100% de pacientes), el segundo síntoma más común es la regurgitación, la cual aparece en el 59 a 64% de pacientes, así mismo se puede presentar odinofagia y dolor torácico de origen no cardiaco.

Cuando la acalasia alcanza un curso prolongado invariablemente se produce pérdida de peso. (30 a 91%)2.

Otros síntomas menos frecuentes son náuseas, vómitos, ptialismo, halitosis y en algunos casos síntomas respiratorios, secundarios a reflujo gastroesofágico. 2,8.

El diagnóstico se establece por el cuadro clínico, estudios radiológicos, endoscópicos y manométricos.

Evidenciándose en esta última hipertensión del esfínter esofágico inferior (EEI), falla del esfínter para relajarse durante la deglución, elevación de la presión de base intraluminal del esófago y disminución de la peristalsis del esófago. 4.

Establecido el diagnóstico, el tratamiento va encaminado a mejorar el vaciamiento esofágico al disminuir la presión de reposo en el segmento esofágico distal sin permitir un reflujo gastroesofágico, pudiéndose llevar a cabo mediante medicamentos que disminuyan la presión de un esfínter hipertónico, dilatación forzada del segmento estenosado en el esófago distal o por miotomía esofágica con o sin adición de un procedimiento antirreflujo, con lo que se ha logrado conseguir una mejoría permanente de la disfagia y la regurgitación en aproximadamente 70 a 80% de los enfermos.5,6,7.

Por lo general la intervención provoca una disminución o abolición en la longitud y amplitud de la zona de alta presión en el esófago inferior y una disminución en la presión de reposo en el cuerpo del esófago, lo cual se ha corroborado con la realización de manometría posterior al manejo quirúrgico.8,9.

Existen enfermos que no mejoran en cuanto a su sintomatología persistiendo la disfagia u otros desarrollan una disfagia recidivante. Sin embargo la incidencia de acalasia persistente después de la miotomía es baja, pudiendo ser condicionada por una banda muscular residual en algunos casos y en cuanto a la disfagia recidivante, puede ser secundaria a una estenosis o a una esofagitis por reflujo.10,11.

En cuanto al pronóstico posterior a manejo quirúrgico en pacientes con acalasia se ha visto que las complicaciones son bajas como lo reportan Andreollo y Earlam de Londres, siendo la más importante la perforación de la mucosa durante la miotomía presentándose en el 1.1% de su revisión y en cuanto a las complicaciones tardías el reflujo gastroesofágico fue la complicación más frecuente en 8.6% de su serie condicionando persistencia de la sintomatología.12,13,14,15.

En México no existen estudios controlados en cuanto a la eficacia de los procedimientos quirúrgicos para acalasia y su correlación con la calidad de vida posterior a este.

Material y método: Estudio retroelectivo, transversal, descriptivo y observacional. Se aplicó cédula de encuesta a pacientes posoperados de cardiomiectomía de Heller modificada más funduplicatura posterior para acalasia, para medir su calidad de vida.

RESULTADOS

Se revisó el archivo del servicio de Cirugía general de HECMR localizándose 25 pacientes a los cuales se les realizó cardiomiectomía de Heller modificada con funduplicatura posterior en el periodo del 1° de mayo de 1992 al 31 de octubre de 1996, citándoseles a la consulta externa del servicio de Cirugía general, donde se les realizó una entrevista para aplicarles cédula de encuesta para determinar la calidad de vida posterior a manejo quirúrgico por acalasia.

Se excluyeron del estudio cuatro pacientes los cuales no acudieron a la realización de la cédula de encuesta.

Del total de pacientes estudiados (21), en lo concerniente al sexo, 14 fueron del sexo femenino (67.0%) y 7 del masculino (33.0%). Gráfica N°. 1.

En la muestra estudiada, el rango de edad observado fue de 18 a 70 años, con un promedio de 43.9 años.

Se valoró el estado actual del paciente a través del complejo sintomatológico característico de la acalasia, cuestionándolos sobre el grado de su sintomatología preoperatoria y su modificación posterior al manejo quirúrgico, con lo que se evidenció la persistencia, mejoría o abolición de la misma así como la repercusión de esta con su calidad de vida.

Se detecto que el síntoma principal acusado en forma preoperatoria, por la muestra de estudio, fue la disfagia, la cual se presentó invariablemente en la totalidad de los pacientes (100%), siendo esta a sólidos en 10 pacientes (47.6%), a semisólidos en 10 pacientes (47.6%) y a líquidos solamente 1 paciente (4.7%). Tabla N°. 1.

Siguiendole la regurgitación, la cual se presentó en segundo término, en 20 (95.2%) pacientes .

De la misma forma todos los pacientes cursaron con pérdida de peso, la cual estuvo condicionada en la disminución de la ingesta de nutrientes, la pérdida ponderal fue de 5 a 10 kg en la mayoría de los casos estudiados (12 pacientes 57.1%), 8 (38.1%) pacientes refirieron haber perdido más de 10 kg de peso antes de ser intervenidos y solamente 1 (4.7%) refirió pérdida de peso menor a 5 kg. Tabla N°. 2.

El tratamiento quirúrgico (cardiomiectomía de Heller modificada más funduplicatura posterior) disminuyó la disfagia en 20 pacientes (95.2%) y solo un paciente (4.7%) contesto permanecer sin cambios posterior a la cirugía. Tabla N°. 3.

Consecuentemente la tolerancia a la vía oral, mejoró substancialmente en 16 pacientes (76.0%) y solo 5 (24.0%) consideraron su mejoría como regular. Gráfica N°. 2.

Cabe mencionar que aunque se mejoró la tolerancia a la vía oral y el grado de disfagia disminuyó, 16 (76.1%) pacientes, manifestaron que su alimentación no era similar a la ingerida al resto del núcleo familiar y solo 5 (23.8%) pacientes se integraron a la dieta familiar habitual sin ninguna restricción. Tabla N°. 4. Lo que se vio reflejado en el costo de su alimentación incrementándose en 17 pacientes (80.9%) en contraste con 4 (19.0%)pacientes los cuales manifestaron no modificarse sus gastos por concepto de alimentación. Tabla N°.5.

No obstante todos los pacientes (100%) incrementaron su peso variando la ganancia ponderal de 3 a 5 kg. en 15 pacientes (72.4%), de 5 a 10 kg. en 3 pacientes (14.2%) y en más de 10 kg. 3 pacientes (14.2%). Tabla N°. 6.

Se cuestionó a los pacientes si el manejo quirúrgico mejoró su forma de vida al cual contestaron la totalidad de pacientes afirmativamente, y sometiendo su consideración la interrogante de una reintervención en caso de recidiva de su patología para lo cual 18 pacientes (85.7%) aceptarían ser operados nuevamente y solo 3 (14.2%) no aceptarían.

Se les solicitó a la muestra en estudio evaluar el resultado obtenido con el manejo quirúrgico considerándolo como bueno 16 pacientes (76.1%) y solo 5 (23.8%) como regular, ningún paciente lo evaluó como malo. Gráfica N°. 3.

Se evaluó la condición clínica actual que presentan los pacientes negando la mayoría de los pacientes (17, 80.9%) tener problemas para la ingesta de alimentos y solamente 4 respondiendo afirmativamente.

Es importante mencionar que 18 pacientes (85.7%) no refirieron limitante alguna para hacer su trabajo o quehacer en casa, subrayando que ningún paciente de la muestra en estudio refirió estar incapacitado para asistir a su trabajo o para hacer sus labores de la casa.

Se cuestionó de la presencia de disfagia, en la semana próxima pasada a la aplicación de la encuesta contestando no tenerlo 9 pacientes (42.8%) y los restantes 12 (57.1%) en poca cantidad.

Igualmente se indagó sobre la presencia de náusea en este periodo para lo cual la mayoría de los pacientes 17 (80.9%) manifestó no presentarla, 3 (14.2%) en poca cantidad y solamente 1 paciente (4.7%) la refirió como regular. Gráfica N°. 4.

La presencia de vómito también se decidió valorar, lo que permitió conocer que 20 pacientes (95.2%) no lo presentaron y solamente 1 (4.7%) lo refirió. Tabla N°. 7.

Otra de las variables importantes fue conocer, si ha interferido su condición con su familia o con su vida social a lo que contestaron la mayoría de los pacientes 13(60.9%) como poco, 6 pacientes no la manifestaron (28.5%) y solamente 2 pacientes (9.5%) la refirieron como regular. Gráfica N°. 5.

Se cuestionó sobre si por su condición se sentían tensos para lo cual 1 paciente (4.7%) la manifestó como mucha, 14 pacientes (66.6%) regular, 5 pacientes (23.8%) poca y un paciente (4.7%) refirió no sentirse tenso.

Otro de los puntos importantes a mencionar es que aunque no se cuestionó sobre complicaciones específicas el paciente (4.7%) al preguntársele respecto a la posibilidad de reintervención por recidiva de su patología, contesto afirmativamente y agregando que siempre y cuando se tuviera más cuidado durante el manejo anestésico.

DISCUSION

Dentro de las características de cualquier enfermedad, no se encuentran exclusivamente los cambios estructurales y funcionales de un organismo, sino concomitantemente estas alteraciones conllevan modificaciones en los hábitos cotidianos de la persona, pudiendolo llevar a desordenes no solamente físicos como la incapacitación o incluso la invalidez sino además del orden psiquiátrico (temores, ansiedad, ideas suicidas etc.)

Pero su interrelación con el medio, con su entorno personal, familiar y laboral son aspectos que no se toman realmente en cuenta como parte de un proceso morbido.

La calidad de vida entendida como tal es una condición inherente al ser humano para desempeñarse óptimamente como ente social, preservando sus funciones básicas como salud, alimentación e integración a su entorno familiar y laboral, lo cual engloba la capacidad de la persona para llevar a cabo sus funciones vitales y sociales sin limitantes, la cual se ve alterada o modificada en grado variable cuando el individuo enferma.

Sin embargo poco sabemos de la modificación en la calidad de vida en las diversas patologías en general. De tal forma comsideramos necesario conocer la calidad de vida que presentaron pacientes portadores de acalasia posterior a ser manejados quirúrgicamente con cardiomiectomía de Heller modificada y funduplicatura posterior ya que no existe reporte en la literatura internacional ni en la nacional al respecto.

Consideramos importante conocer el estado clínico del paciente previo al manejo quirúrgico, resultando interesante que el síntoma dominante en la muestra en estudio fue la disfagia, lo cual es similar a los reportado en la literatura extranjera. Aunado a este se presentó la pérdida de peso, en grado variable, predominando pérdidas ponderales de 5 a 10 kg en promedio, lo cual se encontró condicionado por la disminución de ingesta de nutrientes secundario a la disfagia.

Es importante resaltar que el tratamiento quirúrgico (cardiomiectomía de Heller modificada con funduplicatura posterior) fue un tratamiento eficaz para disminuir la disfagia el 95.2 de la muestra y solamente 1 paciente permaneció sin cambios posterior a la cirugía, lo cual consideramos no creíble, ya que comparativamente con la ganancia ponderal observada, todos los pacientes incrementaron su peso, incluso por arriba de los 10 kg (14.2%), predominando el incremento de 3 a 5 kg en el 72.4 % y el restante 14.2 % aumentó de 5 a 10 kg.

Los hábitos alimenticios familiares no se modificaron en 23.8 de pacientes en contraste con 76.1% en la que la alimentación vario comparativamente con la ingerida por el resto del núcleo familiar, no obstante consideramos que esta no necesariamente fue diferente o especial, sino que se apego más ha hábitos adquiridos por el paciente durante la evolución de su padecimiento (acalasia) a lo que podemos referir a manera de ejemplo la necesidad de remojar el pan para su deglución, tratar de ingerir en su mayoría alimentos de consistencia blanda, ingesta de líquidos posterior a la deglución, etc. lo cual en si no es una dieta especial.

Igualmente todos los pacientes consideraron aceptable los resultados obtenidos con el manejo quirúrgico, 16 pacientes (76.1%) lo manifestaron como bueno y solamente 5 (23.8%) como regular, no refiriéndose malos resultados, lo que nos habla de que el tratamiento quirúrgico antes referido es una buena opción dentro de las variantes técnicas existentes para el manejo de la acalasia.

Dentro del marco psicosocial se evidenció que 14 pacientes (66.6%) referían aún sentirse ansiosos, 5 (23.8%) con ansiedad leve y uno (4.7%) con un grado mayor, lo cual puede atribuirse a la sensación de presentar recidiva de la enfermedad.

Al momento actual la mayoría de la muestra refirió aún presentar disfagia (57.1%) pero en grado mucho menor a la presentada durante su enfermedad, 9 pacientes no la volvieron a referir, lo que condicionó mejoría clínica y sintomatológica y por ende incremento en su nivel de calidad de vida. De la misma forma desapareció la náusea en 80.9% de pacientes, el 14.2% la refirió en poca cantidad, lo que se considera aceptable en las diferentes series.

Es evidente que el contar con parámetros para medir el nivel de calidad de vida de un paciente enfermo es imprescindible, ya que de esta forma el manejo de un paciente sería más completo , lo que repercutiría en un incremento de dicho nivel, así como una mejor relación Médico- paciente y se detectarían alteraciones no valoradas previamente lo que nos conduciría a su reevaluación para un manejo más eficiente.

CONCLUSIONES

- La cardiomiectomía de Heller modificada más funduplicatura posterior disminuyó la disfagia en el 95.2% de pacientes.
- Una adecuada aceptación de la vía oral, con disminución de la disfagia se observó en la mayoría de los pacientes posoperados.
- El 23.8% de los pacientes se integraron a la dieta familiar habitual.
- Se observó una ganancia ponderal del 100% de pacientes.
- El tratamiento quirúrgico mejoró su forma de vida.
- Actualmente la mayoría de los pacientes nego tener problemas para la ingesta de alimentos.
- El 85.7% de los individuos no tuvieron incapacidad física ó invalidez.
- La mayoría de los pacientes (80.9%) manifestaron no presentar náusea.
- El 95.2% de los pacientes no presentaron nuevamente vómito.
- Actualmente el 61.9% de pacientes no presentaron interferencia con su vida familiar o social.
- De tal forma, sugerimos que es importante conocer la calidad de vida en forma pre y posoperatoria, así como los cambios que experimenta la misma posterior a todo manejo, la posible regresión a su estado antes de enfermarse, así como los beneficios obtenidos con el tratamiento, con el propósito de desarrollar nuevas investigaciones para optimizar los recursos y depurar técnicas quirúrgicas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Azizkhan RG, Taper D y Eraklis A. Achalasia in childhood: a 20 year experience. J Pediatr Surg 1980;4(15):452-6.
- 2.- Howard PJ, Maher L, Pryde A, Cameron EWJ y Heading RC. Five year prospective study of the incidence clinical features diagnosis of achalasia in Edinburgh. Gut 1992;33:1011-5.
- 3.- Donahue PE et al. Esophagocardiomyotomy- floppy nissen fundoplication effectively treats achalasia without causing esophageal obstruction. Surgery 1994;116(4):719-25.
- 4.- Peters JH et al Esophageal resection with colon interposition for end- stage achalasia Arch Surg 1995;130:632-7.
- 5.- Abid S, Champion G, Richter JE, Mc Elvein R, Slaughter RL y Koehler RE. Treatment of achalasia: the best of both worlds. AJG 1994;89(7):979-85.
- 6.- Traube M. On drugs and dilators for achalasia. Dig Dis Sci 1991;36(3):257-9.
- 7.- Eckardt VF, Aignherr C y Bernhard G. Predictors of outcome in patients with achalasia treated by pneumatic dilation. Gastroenterology 1992;103:1732-8.
- 8.- Hill LD, Asplund CM, Roberts PN. Intraoperative manometry: adjunct to surgery for esophageal motility disorders. J surg 1984;147:172-3.
- 9.- Ellis FH, Robert D y Watkins E. Operation for esophageal achalasia. Thorac Cardiovasc Surg 1984;88(3):344-51.

10.- Bonavina L, Nosadini A, Bardini R, Baessato M , Peracchia A. Primary treatment of esophageal achalasia. Arch Surg 1992;127:222-7.

11.- Ellis FH, Crozier RE y Gibb SP. Reoperative achalasia surgery. Thorac Cardiovasc Surg 1986;92:859-65.

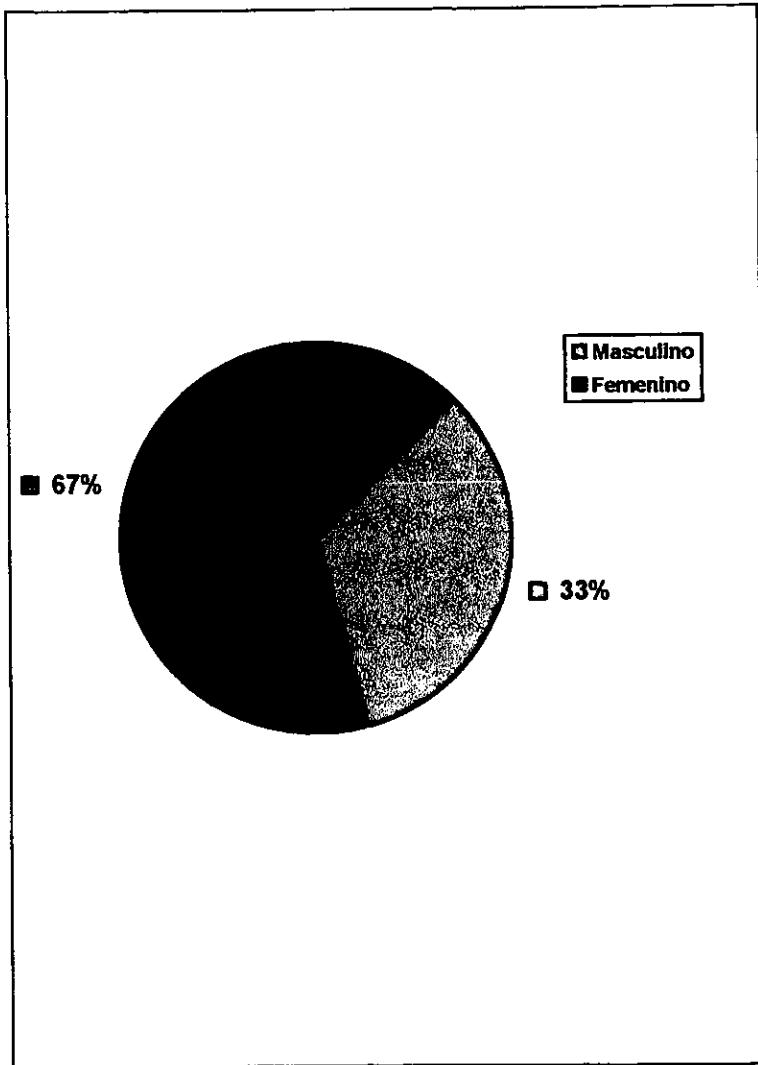
12.- Pandolfo N , Bartolotti M , Spigno L , Bozzano PL, Mattioli FP. Manometric assessment of Heller - Dor operation for esophageal achalasia. Hepatogastro enterology 1996;43(7):160-6.

13.- Junginger T , Hecker A y Boor S. Prognostic parameters after surgical therapy of achalasia. Chirurg 1995;66(4):313-8.

14.- DeVault KR. Incomplete upper esophageal sphincter relaxation: association with achalasia but not other esophageal motility disorders. Summer 1997;12(3):157-60.

15.- Andreollo NA y Earlam RJ. Heller's myotomy for achalasia: is an added anti-reflux procedure necessary ?. Br J Surg 1987;74(9):765-9.

La Gráfica N°. 1 muestra la distribución de los 21 pacientes estudiados, por sexo.



Fuente: Cédula de encuesta.

Tabla N° 1.- Muestra el síntoma principal en forma preoperatoria (disfagia) presente en el total de pacientes (21) estudiados y porcentaje a las diferentes consistencias de los alimentos.

PACIENTES	SÓLIDOS	SEMISOLIDOS	LÍQUIDOS	TOTAL
NUMERO	10	10	1	21
PORCENTAJE	47.6	47.6	4.7	100%

Fuente: Cédula de encuesta

Tabla N° 2.- Muestra la pérdida de peso observada en forma preoperatoria y su porcentaje

PACIENTES	MENOS DE 5 KG.	DE 5 A 10 KG.	MÁS DE 10 KG.	TOTAL
NÚMERO	1	12	8	21
PORCENTAJE	4.7	57.1	38.1	100

Fuente: Cédula de encuesta.

Tabla N° 3.- Muestra el porcentaje de pacientes que después del tratamiento quirúrgico (cardiomiectomía de Heller modificada más funduplicatura posterior), disminuyó la disfagia y los pacientes que permanecieron sin cambios posteriores a la cirugía.

PACIENTES	DISMINUCIÓN	SIN CAMBIOS	TOTAL
NÚMERO	20	1	21
PORCENTAJE	95.2	4.7	100

Fuente: Cédula encuesta.

Tabla N° 4.- Muestra el porcentaje de pacientes que manifestaron que su alimentación no era similar a la ingerida al resto del núcleo familiar y los pacientes que se integraron sin ninguna restricción.

PACIENTES	ALIMENTACIÓN NO SIMILAR	ALIMENTACIÓN HABITUAL	TOTAL
NÚMERO	16	5	21
PORCENTAJE	76.1	23.8	100

Fuente: Cédula de encuesta.

Tabla N° 5.- Muestra a los pacientes y porcentaje de estos, en los que se incremento el costo de su alimentación, y los que refirieron no moficicarse sus gastos por concepto de alimentación.

PACIENTES	SE INCREMENTO	SIN INCRIMENTO	TOTAL
NÚMERO	17	4	21
PORCENTAJE	80.9	19.0	100

Fuente: Cédula de encuesta.

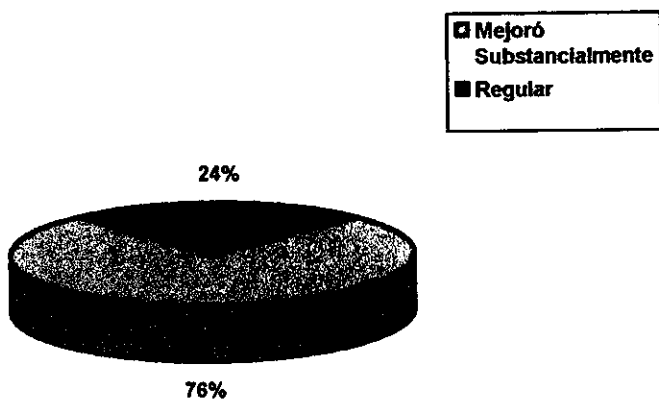
Tabla N° 6.- Muestra el incremento de peso que presentaron los pacientes posterior al manejo quirúrgico.

PACIENTES	DE 3 A 5 KG.	DE 5 A 10 KG.	MÁS DE 10 KG.	TOTAL
NÚMERO	15	3	3	21
PORCENTAJE	72.4	14.2	14.2	100

Fuente: Cédula de encuesta.

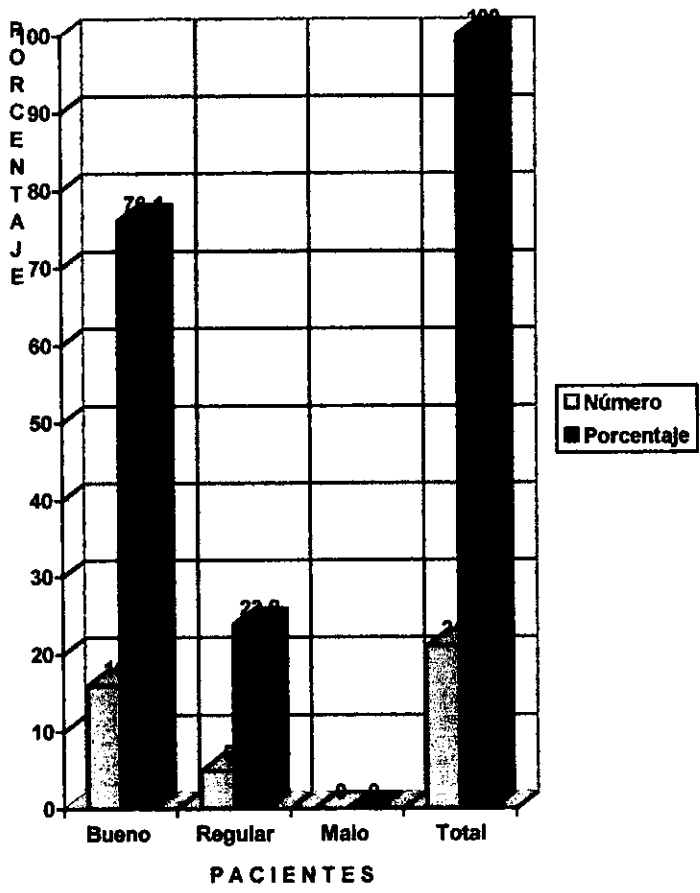
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Gráfica N° 2.- Representa el porcentaje de mejoría de la tolerancia a la vía oral posterior al manejo quirúrgico.



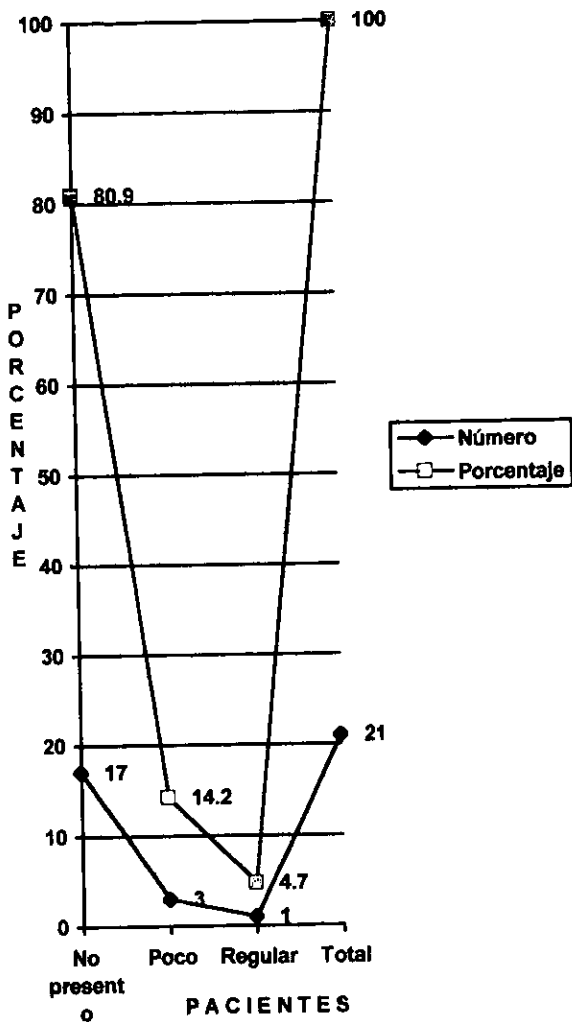
Fuente: Cédula de encuesta.

Gráfica N° 3.- Muestra la evaluación del resultado obtenido en el manejo quirúrgico y porcentaje.



Fuente: Cédula de encuesta.

Gráfica N° 4.- Muestra el porcentaje de pacientes con náusea posterior al manejo quirúrgico.



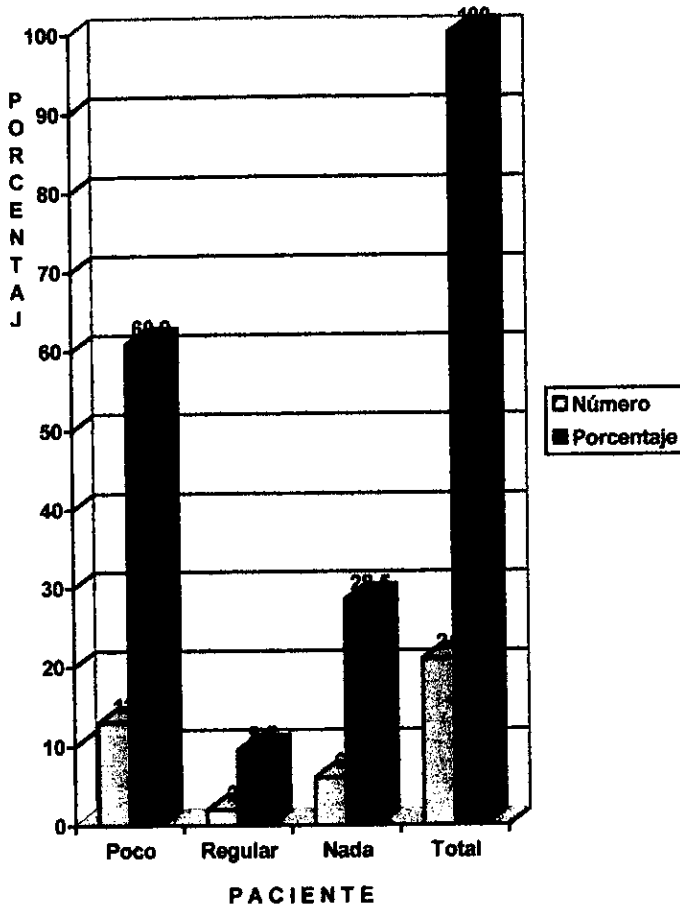
Fuente: Cédula de encuesta.

Tabla N° 7.- Muestra el porcentaje de pacientes con vómito posterior al manejo quirúrgico.

PACIENTES	SI	NO	TOTAL
NÚMERO	1	20	21
PORCENTAJE	4.7	95.2	100

Fuente: Cédula de encuesta.

Gráfica N° 5.- Muestra a los pacientes que han presentado interferencia con su vida familiar o social.



Fuente: Cédula de encuesta.

AGRADECIMIENTOS

Agradesco todo el apoyo brindado por mis padres sin el que no hubiera sido posible haber concluido esta etapa de mi vida.

Tambien quiero agradecer a todos mis hermanos la ayuda brindada en su momento, asi como su apoyo moral.

A mi novia
Guadalupe Becerril
Vilchis quien
siempre me ha
apoyado en mis
descisiones.

Con el más sincero
reconocimiento y gratitud
al:

Dr. Jesús Arenas Ozuna,
ejemplo a seguir, tanto
desde el punto de vista
médico, humano y moral.

I N D I C E

Nº. de Registro definitivo del protocolo.....	1
Resumen en Español.....	2
Resumen en Ingles.....	3
Introducción.....	4
Material y Métodos.....	6
Resultados.....	7
Discusión.....	11
Conclusiones.....	14
Bibliografía.....	15
Gráficas.....	17
Agradecimientos.....	25