

11209
20

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA".

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
SOMETIDOS A CIRUGÍA DE ESTÓMAGO.**

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A :
DR. COSME DANIEL CALZADA PARRALES.
A S E S O R :
DR. LUIS GALINDO MENDOZA.

MÉXICO, D. F.

22 MARZO DEL 2001.

TESIS PARA GRADO DE ESPECIALIDAD.



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.

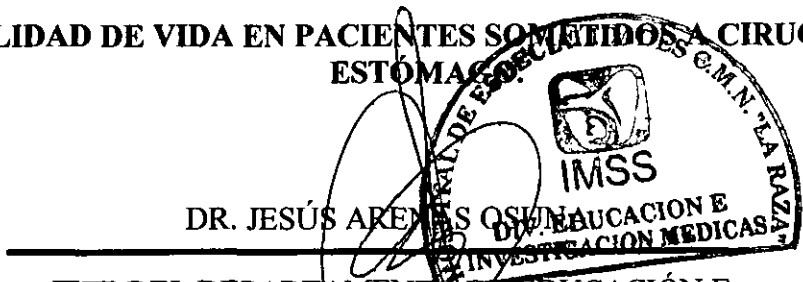
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE ESTÓMAGO.

PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO GENERAL PRESENTA:

DR. COSME DANIEL CALZADA PARRALES.

ASESOR: DR. LUIS GALINDO MENDOZA.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMATIZADOS A CIRUGÍA DE ESTÓMAGO



DR. JESÚS ARENAS OSUNA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA CONTINUA DEL H. E. C. M. N. R. ASESOR DE TESIS.

DR. JOSE FENIG RODRÍGUEZ.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL DEL H. E. C. M. N. R. TITULAR DEL CURSO.

DR. LUIS GALINDO MENDOZA.

ASESOR DE TESIS MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL H. E. C. M. N. R.

DR. COSME DANIEL CALZADA PARRALES.

RESIDENTE DEL 4º. AÑO DE CIRUGÍA GENERAL DEL H. E. C. M. N. R.

2001 - 690 - 0028.

No. DE REGISTRO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA".

AGRADECIMIENTOS.

GRACIAS:

A Dios, por la vida, por la oportunidad, por su aliento, por las circunstancias; por marcar la senda.

A mi padre, por su ejemplo de responsabilidad.

A mi madre, por su apoyo.

A mis hermanos, por su cariño.

A mis maestros; por su tesón, por su paciencia y todos sus consejos.

A mis amigos: Leonardo Arellano, Héctor H. Sánchez, Manuel Castro, Ricardo Castillo y Alfonso Cabildo; por ser en todo tiempo “amigos”.

EBEN-EZER.

RESUMEN.

TITULO: Calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía de estómago.

OBJETIVO: Determinar la calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía de estómago en el Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza".

MATERIAL Y METODOS: Es un estudio retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo y abierto. Se revisaron los archivos del Departamento de Cirugía General, para captar a todos los pacientes de ambos sexos. mayores de 18 años, sin patologías crónicas degenerativas agregadas, sometidos a cirugía de estómago por patología benigna durante el período de Enero de 1997 a Diciembre de 1999. Se estableció comunicación vía telefónica con los pacientes, para darles a conocer el objetivo del estudio e invitarlos a participar en el estudio. Se aplicó en forma personal a cada paciente una encuesta de 16 reactivos de opción múltiple con el fin de determinar la calidad de vida posterior a la cirugía. Se registró además el procedimiento quirúrgico realizado, el tipo de cirugía (urgente o electiva) y el diagnóstico preoperatorio.

RESULTADOS: Se incluyeron finalmente 16 pacientes, 8 mujeres y 8 hombres, la media de edad fue de 55 años, el diagnóstico preoperatorio más frecuente fue el de estenosis pilórica, seguido de la úlcera duodenal. La cirugía más común fue la gastrectomía subtotal con gastroyeyunoanastomosis en "Y" de Roux. La calidad de vida en el 93.7% de los pacientes fue buena y mala en el 7.7%.

CONCLUSIONES: Se determina que la calidad de vida en pacientes con cirugía de estómago es buena.

PALABRAS CLAVE: Gastrectomía, calidad de vida, patología benigna del estómago.

ABSTRACT.

Title: Quality of life in patients undergoing surgery of the stomach.

Objective: To assess the quality of life in patients undergoing surgery of the stomach.

Patients and Methods: sixteen patients with surgery of the stomach between 1997 and 1999 were interviewed to determine their quality of life after surgery. The 16 item survey examined food tolerance, body-weight, performance status and was adapted objectively to assess the quality of life in a qualitative fashion to determine the level of activity of each patient. Retrospectively the preoperative diagnostic, surgery type and technique surgical were recorded for this study. All data were expressed as means, SD or medians with ranges.

Results: Sixteen patients were enrolled in the study, there were 8 women and 8 men, with median age of 55 years (range 24-79 years)., the preoperative diagnostic more frequent was pyloric stenosis and second space duodenal ulcer.; the quality of life in fifteen patients was good (93.7%) and poor in one patients (7.3%),the principal surgery was subtotal gastrectomy with gastric-jejuni anastomosis in "Y".

Conclusions: This study shows that the quality of life in patients with surgery of the stomach is usually good.

Key Words: quality of life, benign gastric disease, gastrectomy.

INTRODUCCIÓN.

La cirugía de estómago como parte del tratamiento de diversos padecimientos gástricos inició desde el siglo pasado, siendo sus principales pioneros: Pean, Rydygier y Billroth; desde entonces los procedimientos quirúrgicos sobre el estómago se utilizan con frecuencia (1,5).

Las operaciones en estómago que incluyen resección, ablación pilórica, derivación y vagotomía gástrica pueden acompañarse de efectos secundarios desagradables y severos que pueden llegar a incapacitar a los pacientes en cuanto sus actividades cotidianas. En la práctica quirúrgica se denominan síndromes postgastrectomía , ocurren en grados diversos en casi 20% de los pacientes en los primeros meses de una intervención quirúrgica gástrica. En un gran porcentaje de los enfermos los síntomas desaparecen con el tiempo y vigilancia dietética. No obstante, un 5% de los pacientes continúan con molestias por el resto de su vida y el 1% presenta incapacidad permanente hasta el punto de considerarse “incapacitados gástricos”. (2)

La anemia, la desnutrición, los trastornos óseos, la diarrea y la recurrencia de la patología inicial, además de los diversos grados de

ansiedad y depresión en los pacientes sometidos a cirugía gástrica han motivado a diversos grupos de cirujanos a investigar con respecto a la calidad de vida de estos pacientes.

La Calidad de Vida se define como “el bienestar subjetivo del paciente”, considerado siempre, muy importante para éste.(3,4,5,6). De igual manera, la calidad de vida es un parámetro de interés para el cirujano, ya que permite conocer el efecto funcional de la cirugía, el impacto que ésta tiene sobre el paciente y la manera en que todo esto es percibido por el enfermo.

La enfermedad ácido péptica (duodenal o gástrica) es una patología común en el mundo occidental y una de las patologías más frecuentes del intestino anterior. El factor causal gástrico se relaciona con la supuesta acción de la secreción gástrica de ácido en la úlcero-genia, si bien es cierto que los pacientes con aclorhidria rara vez presentan úlceras pépticas y que la mayoría de enfermos con hiperclorhidria por gastrinoma tiene úlceras graves, es posible que los pacientes con las formas más comunes de úlcera duodenal no tengan hipersecreción de ácido. Por tal razón el efecto del ácido en el origen de la úlcera es ambiguo y, a la fecha; motivo de controversia. El fracaso del tratamiento médico a los problemas ácido pépticos por diversas causas que incluyen:

falta de apego al tratamiento, abandono del tratamiento y alto costo de éste, ha motivado que la cirugía gástrica se practique con cierta frecuencia.

El tratamiento quirúrgico de estos trastornos tiene dos propósitos:

- a) Evitar complicaciones propias de la enfermedad, que pongan en peligro la vida del paciente.
- b) Curar la enfermedad evitando recurrencias, dolor y molestias.

En consecuencia, las indicaciones para intervención quirúrgica son:

1. Perforación de úlcera.
2. Obstrucción de la desembocadura gástrica.
3. Hemorragia masiva.
4. Dolor abdominal rebelde.
5. Falta de la cicatrización de la úlcera.
6. Recurrencia.
7. Sospecha de degeneración maligna.

Se ha considerado como complicaciones posquirúrgicas tardías las alteraciones del hábito intestinal en caso de vagotomía troncular en un 22% de los pacientes, en 3% en caso de vagotomía selectiva, y solo en el 1% cuando se realiza vagotomía suprselectiva. La diarrea incapacitante se presenta en el 1% de todos los operados(8).

La colelitiasis se presenta en un 16 a 24% de los pacientes sometidos a vagotomía troncular. Por otra parte, existe una gran variación en la frecuencia de presentación de los síndromes postgastrectomía con un rango del 5 al 50%. Las alteraciones de la función motora del estómago lo conducen a manifestarse bajo cualquiera de los siguientes síndromes:

- I. Síndrome de vaciamiento rápido.
- II. Síndrome de remanente gástrico pequeño.
- III. Síndrome de la estasis de la “Y” de Roux.
- IV. Gastritis por reflujo alcalino.
- V. Síndrome de asa aferente.
- VI. Síndrome de asa eferente.
- VII. Úlcera recidivante.
- VIII. Carcinoma del muñón gástrico.
- IX. Bezoares.
- X. Anemia y malabsorción.

Recientemente el Departamento de Cirugía General del Hospital Universitario de Muresa, reportó sus resultados del seguimiento a 10 años de 159 pacientes sometidos a vagotomía con piloroplastia por úlcera duodenal perforada, encontrando que 141 pacientes se catalogaron con un Visick I-II, la diarrea crónica se presentó en el 7.5%

de los pacientes, 6.2% sufría de dumping y 8.8% recurrencia de la úlcera; la oclusión por bezoar se presentó en 3 pacientes solamente (7).

Como es de esperarse, no existen datos oficiales en el país ni en nuestra institución a este respecto, sin conocerse el impacto de la cirugía gástrica en el paciente y cual es la calidad de vida de éste.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se revisaron los archivos del Departamento de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza”, para captar a todos los pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, sometidos a cirugía de estómago por patología benigna, sin antecedentes de patologías crónico degenerativas concomitantes, durante el periodo de Enero de 1997 a Diciembre de 1999. Se estableció comunicación vía telefónica con los pacientes para darles a conocer el objetivo del estudio e invitarles a participar en éste. Se aplicó una encuesta en forma personal a cada paciente participante con el fin de determinar la calidad de vida posterior a su cirugía. Se registró además el año de su cirugía, tipo de cirugía realizada, procedimiento quirúrgico. La información se procesó en el programa informático SPSS 10.0, y se presentó en tablas y gráficas.

Los resultados se compararon con la literatura médica.

RESULTADOS.

Se entrevistaron a 16 pacientes con cirugía gástrica, 8 mujeres (50%) y 8 hombres (50%), el rango de edad fue de 24 a 79 años, con una media de edad de 55 años. El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue el de estenosis pilórica, seguido por el de úlcera duodenal. La cirugía más realizada fue la gastrectomía subtotal con gastroyeyunoanastomosis en "Y" de Roux. El 93.7% de las cirugías se realizaron como electivas y solo el 7.3% (1) fue urgente.

La calidad de vida en 15 pacientes (93.7%) se catalogo como buena, solo en un paciente (7.3%) la calidad de vida posterior a la cirugía fue definida como mala.

DISCUSIÓN.

Las operaciones en estómago que incluyen resección, ablación pilórica, derivación y vagotomía gástrica pueden acompañarse de efectos secundarios desagradables y severos que pueden llegar a incapacitar a los pacientes en cuanto a sus actividades cotidianas. Los síntomas que se encuentran después de una cirugía sobre el estómago desaparecen -generalmente-, con el tiempo y vigilancia dietética. Se considera que menos del 5% de los pacientes operados presenta incapacidad permanente hasta el punto de considerarse incapacitados gástricos. (2). Los resultados obtenidos en nuestro estudio guardan semejanza con lo reportado en la literatura mundial, aunque deben ser tomados con reserva debido a lo pequeño de la muestra; de acuerdo a los archivos del Departamento de Cirugía en el periodo de 1997 a 1999, fueron realizadas 85 cirugías de estómago, de las cuales el 30% fueron realizadas por cáncer gástrico, el 70% restante por patología benigna, el vasto campo geográfico de influencia de nuestro Hospital hizo muy difícil el contacto con los pacientes operados los cuales radican a cientos de kilómetros de distancia, principalmente en el Estado de México, Hidalgo y Puebla. Esto condiciona que solo se incluyeran 16 pacientes en nuestra serie.

Se encontró que la media de edad en nuestro estudio fue de 55 años, coincidiendo con la serie de Robles y Parrilla (7) en la cual la media de edad

fue de 53 años. Por lo que se apoya la información que la mayor incidencia de patologías benignas del estómago que ameritan cirugía se encuentra entre la 5ª y 6ª década de la vida.

En nuestro estudio encontramos una distribución homogénea en cuanto al sexo, con 50% de mujeres y 50% de hombres, mientras que la serie del Dr. Parrilla reporta un predominio notable para el sexo masculino. La estenosis pilórica como secuela de una úlcera duodenal de larga evolución fue el principal diagnóstico preoperatorio encontrado en nuestro estudio, lo que esta acorde con los reportes de la literatura mundial en relación a que la enfermedad péptica duodenal es la afección más común del tubo digestivo anterior (9).

La calidad de vida en nuestra revisión fue buena para 15 pacientes (93.7%) y mala para 1 (7.3%), este hallazgo es similar a lo reportado por Parrilla y en la serie de Korenaga y colaboradores (3); el primero hizo un seguimiento de 159 pacientes con vagotomía y piloroplastia de los cuales 141 (88.6%) presentaron un Visick I-II posterior a la cirugía lo cual traduce una buena calidad de vida en todos estos pacientes. Korenaga estudia 150 pacientes con gastrectomía de diversos grados, todos ellos con cáncer gástrico, su conclusión es que la calidad de vida de sus pacientes es buena en la mayoría de los casos.

El nivel de actividad física de los 16 pacientes estudiados por nosotros fue muy bueno, ya que el 100% se vale por sí mismo, sin tener ninguna limitación para el

correcto desarrollo de sus quehaceres cotidianos, lo anterior coincide con los hallazgos de Korenaga, el cual reporta que el 50% de sus pacientes eran capaces de valerse por sí mismos y realizar sin restricciones la mayor parte de sus actividades cotidianas.

En contraste con los resultados reportados por Bulh y colaboradores (10), en la serie alemana de 104 pacientes sometidos a gastrectomía subtotal con reconstrucción en “Y” y con gastrectomía total con reconstrucción con bolsa yeyunal, en el cual no se encuentra claramente definida la calidad de vida de estos pacientes, en nuestro estudio se concluye que es buena la calidad de vida en pacientes con, por lo menos un año, de haber sido sometidos a cirugía gástrica.

CONCLUSIONES.

1. La enfermedad péptica duodenal fue la patología más común en la población estudiada.
2. No existe en nuestra revisión sexo predominante, ya que se incluyeron 8 hombres y 8 mujeres.
3. La media de edad fue de 55 años.
4. La calidad de vida de los pacientes sometidos a cirugía de estómago por patología benigna es buena.
5. En el 100% de los pacientes estudiados no presentan limitaciones físicas posteriores a su cirugía, que limiten o impidan la realización de sus actividades cotidianas.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Cervantes H. C., Flores M. F. Complicaciones en Cirugía General. México, Federico Flores Moy, 1994.
2. Schwartz, S. I.;M.D., Shires, G.T., M.D., et al. Principios de Cirugia. México, Interamericana, 1995, Vol. 1.
3. Korenaga, H. O.;M. D., Okuyama. T.;M.D., Moriguchi, S., et al. Quality of life after gastrectomy in patients with carcinoma of the stomach. Br. J. Surg. 1992, 79(3), 248-50.
4. Yazdanpanah, Y.; M. D., Klein, O.; M. D., Gambiez, L.; M. D., et al. Impact of surgery on quality of life in Crohn's disease. Am. J. Gastroenterol. 1997, 92 (10), 1897-1900.
5. Carretero, M.D.; M.D., Burgess, A.P.; M.D., Soler, P.; M.D., et al. Reliability and validity of an HIV-specific health-related quality of life measure for use with injecting drug users. AIDS, 1996, 10(14), 1699-1705.
6. Cohen, S.R.; M.D., Hassan, S.A.; M.D., Lapointe, B.J.; M.D., et al. Quality of life in HIV disease as Measured by the Mc Gill Quality of life Questionnaire. AIDS, 1996, 10(12), 1421-27.
7. Robles, R.; M. D., Parrilla, P.; M. D., Lujan, J. A.; M. D., et al. Long-term follow-up of bilateral truncal vagotomy and pyloroplasty for perforated duodenal ulcer. Br. J. Surg. 1995, 82, 665.
8. Schwartz, S. I.; M. D., Maingot, E. H.; M. D., et al Operaciones abdominales. Argentina Panamericana, 1990, Vol. 1.
9. Gunshefski L, Flancbaum L, Brolin RE, Frankel A. Changing patterns in perforated peptic ulcer disease. Am Surg 1990; 56: 270-4.
10. Bulh, K,M.D., Lehnert, T. M.D., Schlag, P. M.D.,Herfarth,C. M.D. Reconstruction after gastrectomy and quality of life. World J. Surg.1995; 19 (4); 558-64.

ANEXOS.

TABLA 1.
EDADES DE PACIENTES

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar.
Edad del paciente.	16	24	79	55.00	13.43
Valid N (listwise)	16				

GRAFICA 1.

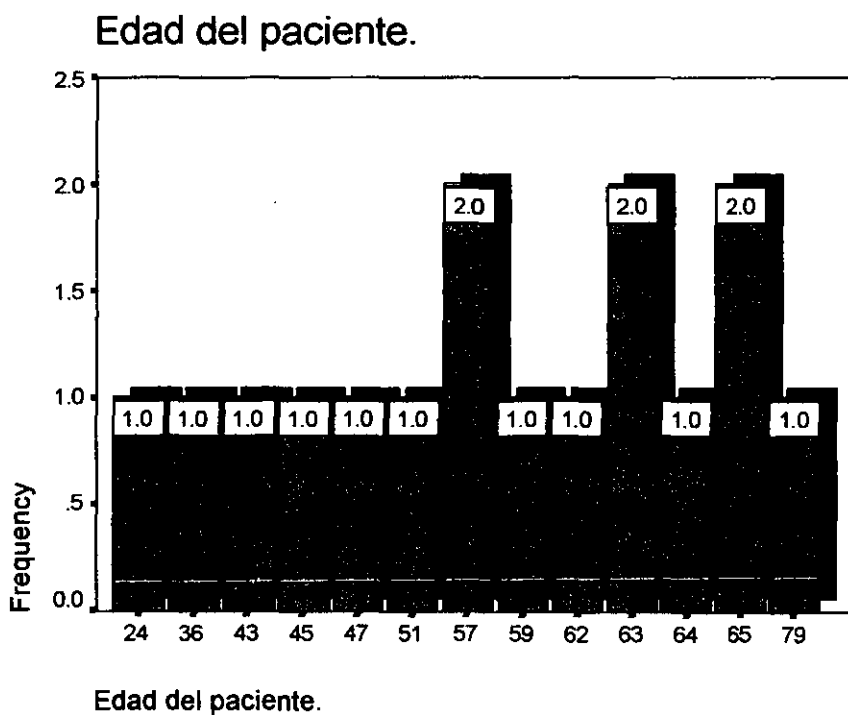
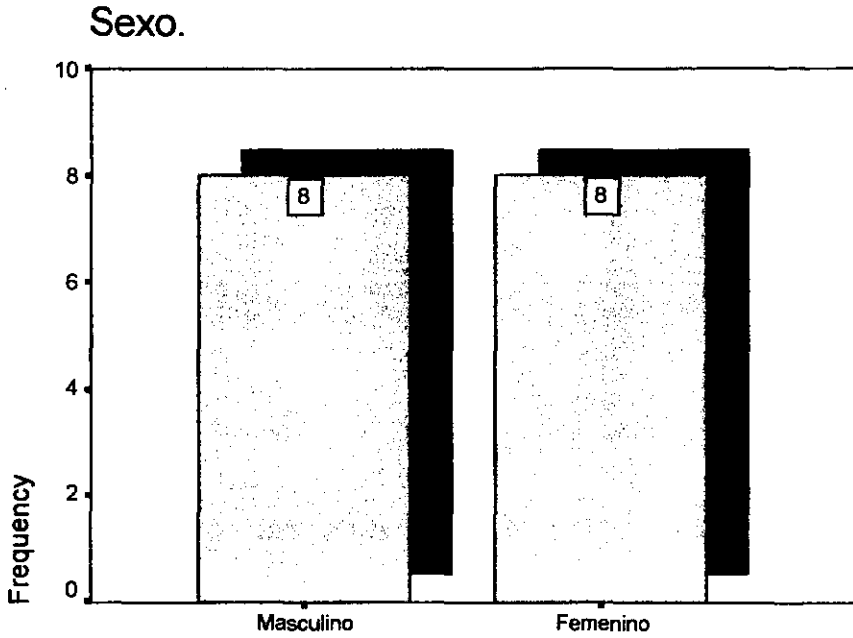


TABLA 2.

Sexo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	8	50.0	50.0	50.0
	Femenino	8	50.0	50.0	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

GRAFICA 2.



Sexo.

TABLA 3.
 Tipo de Cirugía.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Electivo	15	93.8	93.8	93.8
	Urgente	1	6.3	6.3	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

GRAFICA 3.

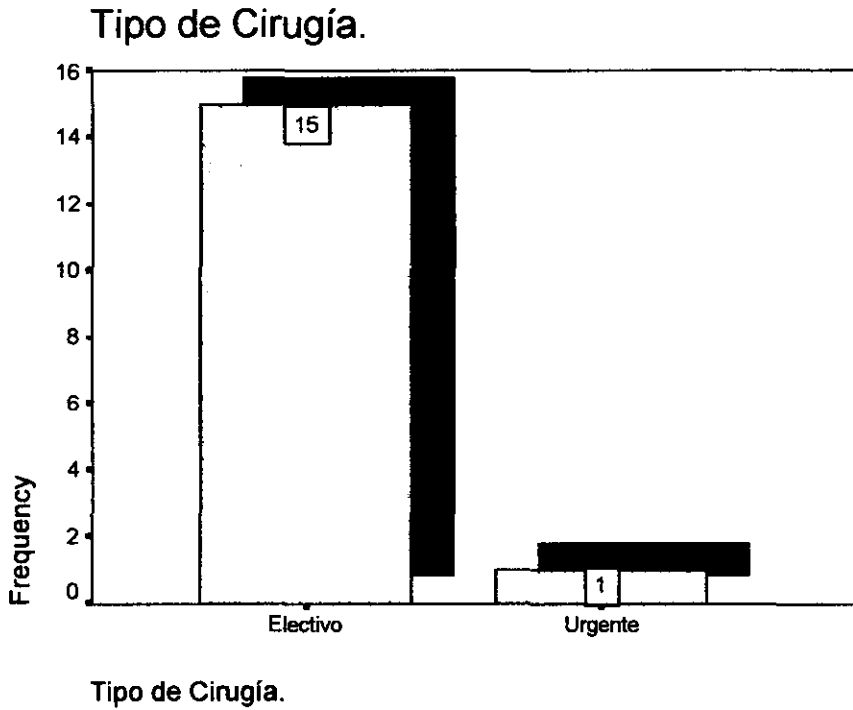
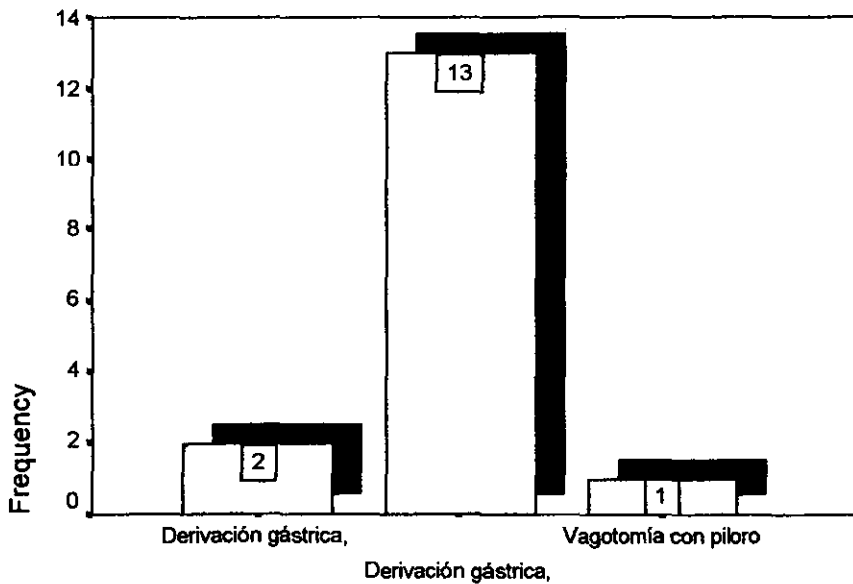


TABLA 4.
Procedimiento quirúrgico.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Derivación gástrica, sin resección gástrica	2	12.5	12.5	12.5
	Derivación gástrica, con resección gástrica	13	81.3	81.3	93.8
	Vagotomía con piloroplastia.	1	6.3	6.3	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

GRAFICA 4.

Procedimiento quirúrgico.

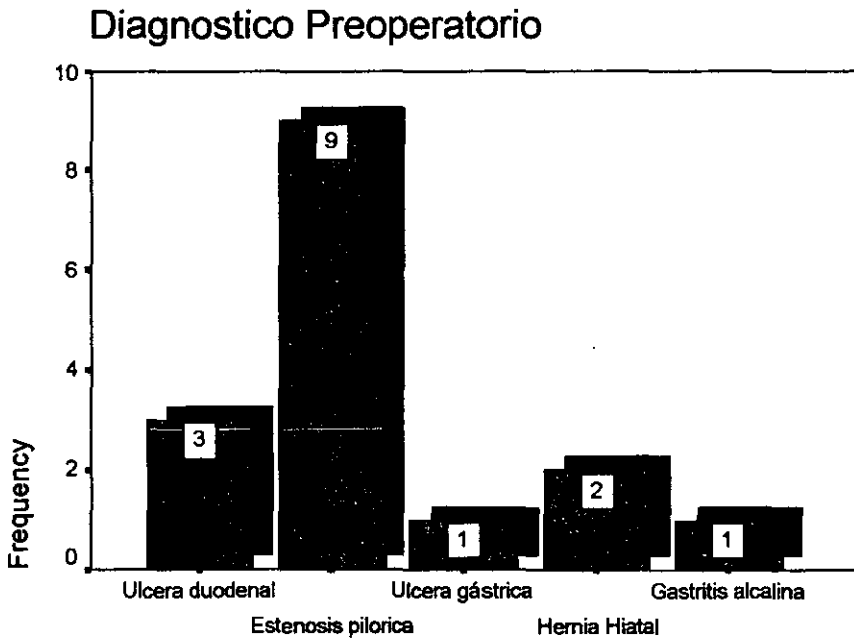


Procedimiento quirúrgico.

TABLA 5.
 Diagnostico Preoperatorio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válido	Úlcera duodenal	3	18.8	18.8	18.8
	Estenosis pilórica	9	56.3	56.3	75.0
	Úlcera gástrica	1	6.3	6.3	81.3
	Hernia Hiatal	2	12.5	12.5	93.8
	Gastritis alcalina	1	6.3	6.3	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

GRAFICA 5.



Diagnostico Preoperatorio

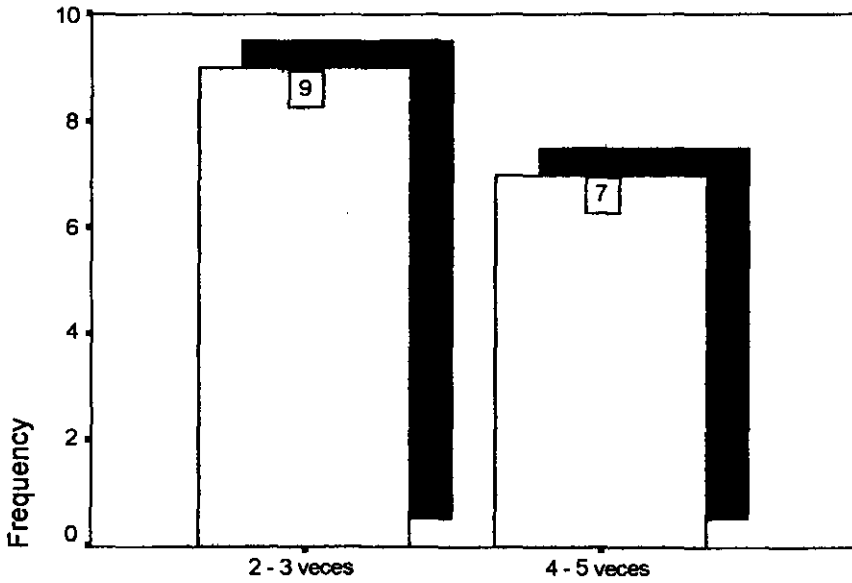
TABLA 6.

Ingesta alimenticia en 24 horas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2 - 3 veces	9	56.3	56.3	56.3
	4 - 5 veces	7	43.8	43.8	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

GRAFICA 6.

Ingesta alimenticia en 24 horas.

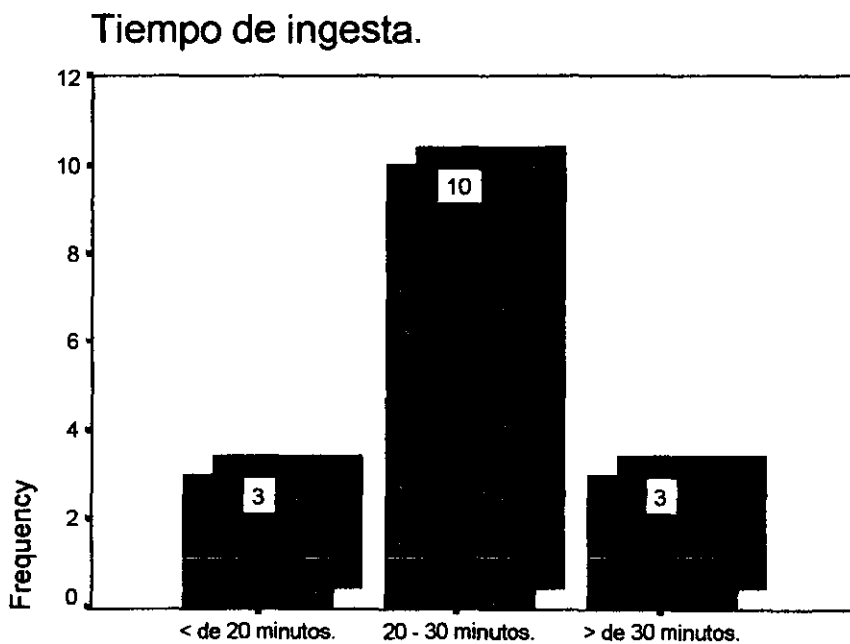


Ingesta alimenticia en 24 horas.

TABLA 7.
Tiempo de ingesta.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válido	< de 20 minutos.	3	18.8	18.8	18.8
	20 - 30 minutos.	10	62.5	62.5	81.3
	> de 30 minutos.	3	18.8	18.8	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

GRAFICA 7.



Tiempo de ingesta.

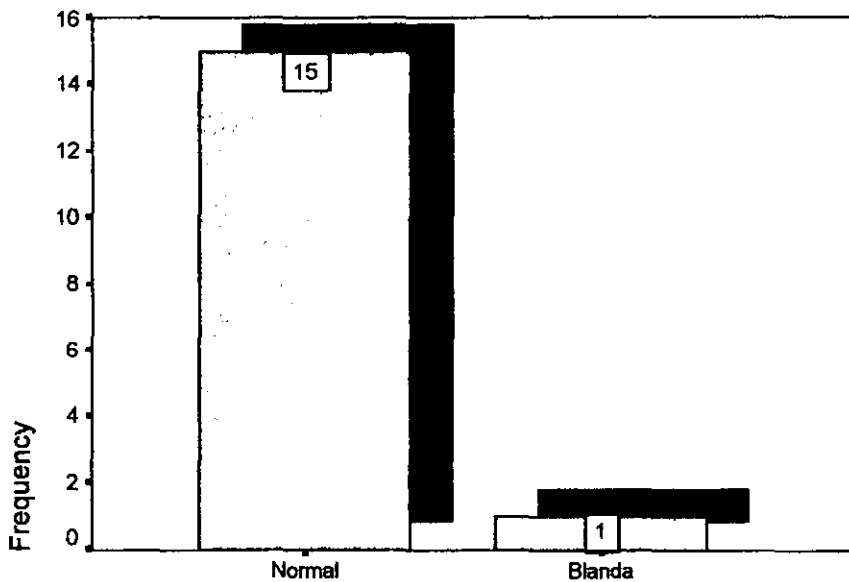
TABLA 8.

Consistencia de alimentos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal	15	93.8	93.8	93.8
	Blanda	1	6.3	6.3	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

GRÁFICA 8.

Consistencia de alimentos.



Consistencia de alimentos.

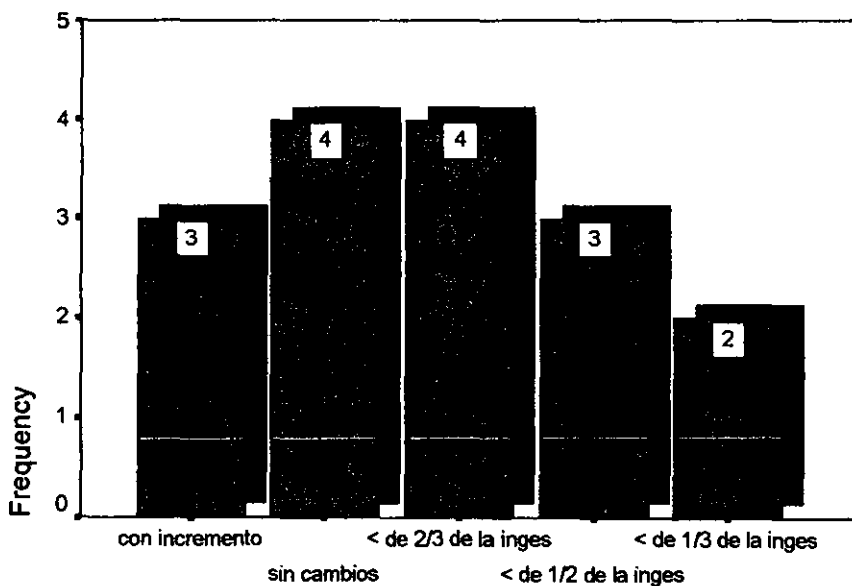
TABLA 9.

Cambios en la cantidad de alimentos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válido	con incremento	3	18.8	18.8	18.8
	sin cambios	4	25.0	25.0	43.8
	< de 2/3 de la ingesta previa.	4	25.0	25.0	68.8
	< de 1/2 de la ingesta previa	3	18.8	18.8	87.5
	< de 1/3 de la ingesta previa.	2	12.5	12.5	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

GRAFICA 9.

Cambios en la cantidad de alimentos.



Cambios en la cantidad de alimentos.

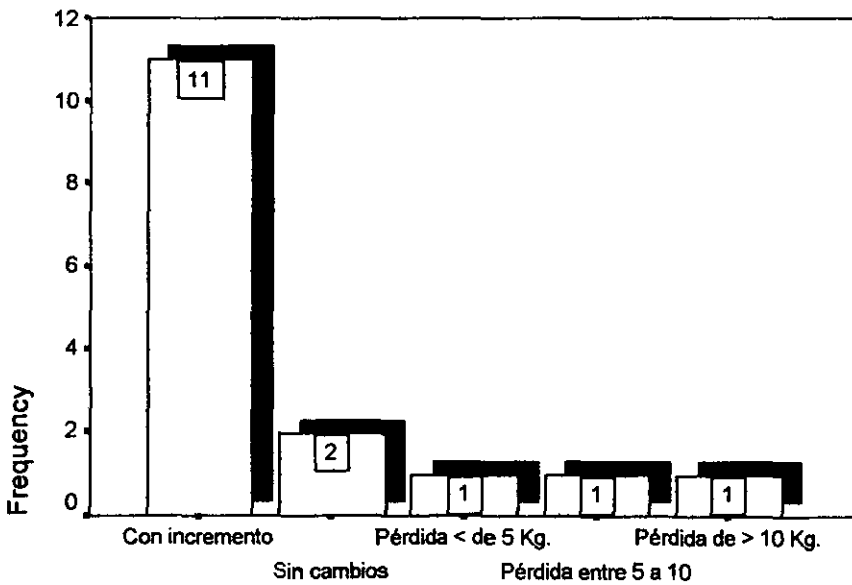
TABLA 10.

Peso actual.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válido	Con incremento	11	68.8	68.8	68.8
	Sin cambios	2	12.5	12.5	81.3
	Pérdida < de 5 Kg.	1	6.3	6.3	87.5
	Pérdida entre 5 a 10 Kg.	1	6.3	6.3	93.8
	Pérdida de > 10 Kg.	1	6.3	6.3	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

GRAFICA 10.

Peso actual.



Peso actual.

TABLA 11.

Apetito.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bueno	12	75.0	75.0	75.0
	Regular	2	12.5	12.5	87.5
	Pobre	2	12.5	12.5	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

GRAFICA 11.

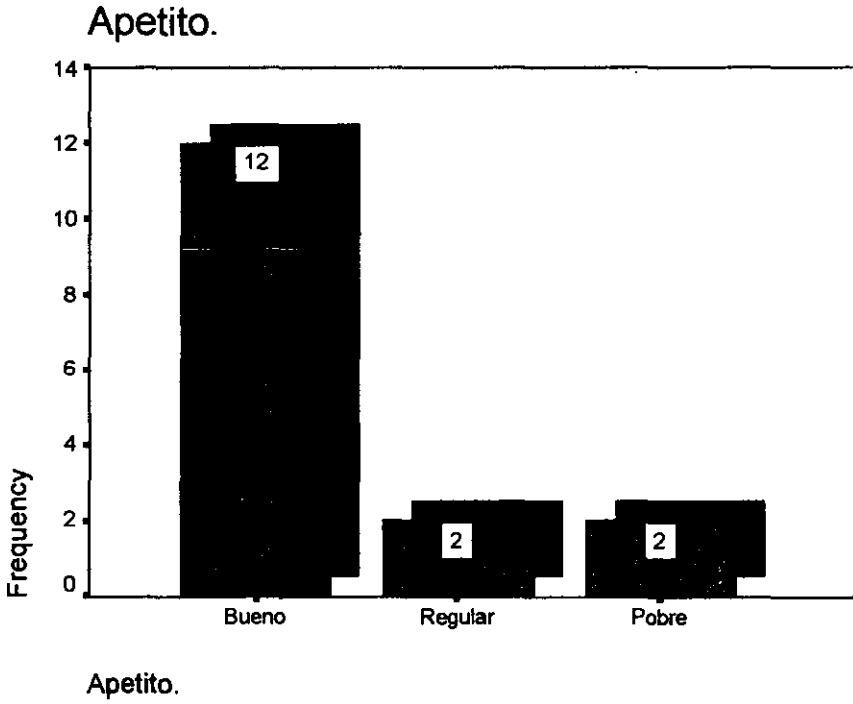


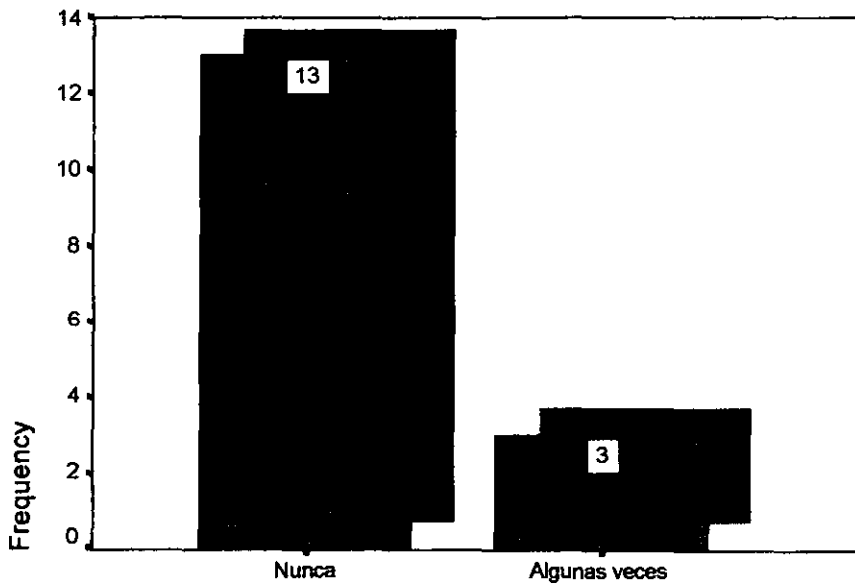
TABLA 12.

Disfagia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	13	81.3	81.3	81.3
	Algunas veces	3	18.8	18.8	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

GRAFICA 12.

Disfagia.



Disfagia.

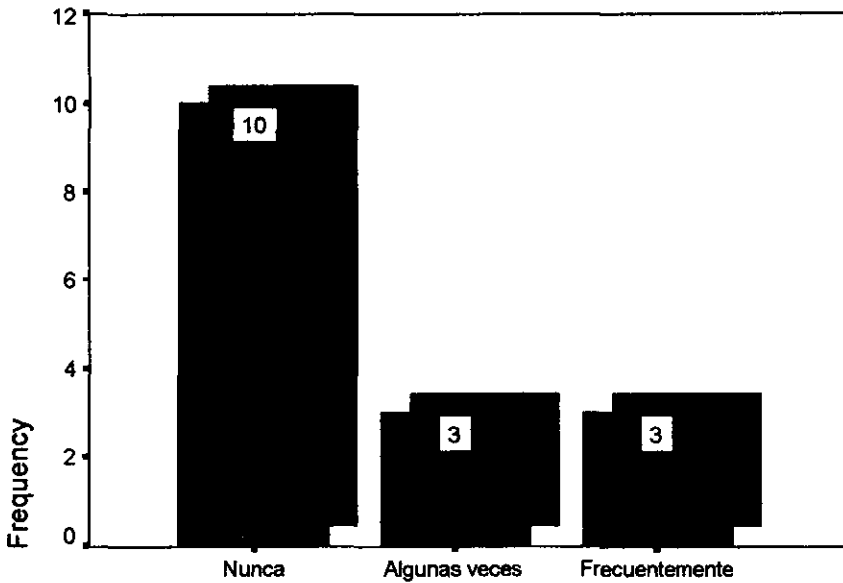
TABLA 13.

Diarrea.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	10	62.5	62.5	62.5
	Algunas veces	3	18.8	18.8	81.3
	Frecuentemente	3	18.8	18.8	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

GRAFICA 13.

Diarrea.



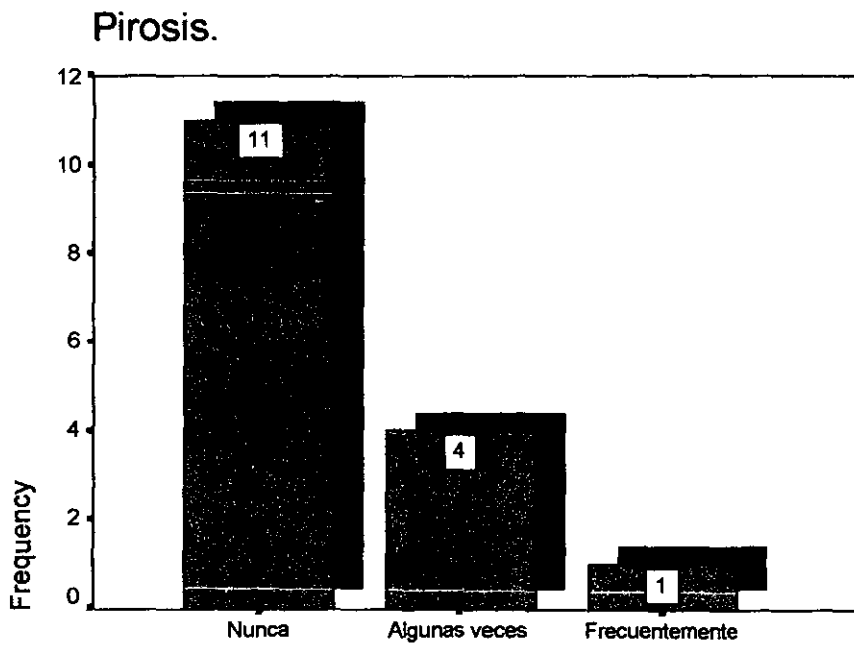
Diarrea.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

TABLA 14.
Pirosis.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	11	68.8	68.8	68.8
	Algunas veces	4	25.0	25.0	93.8
	Frecuente mente	1	6.3	6.3	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

GRAFICA 14.

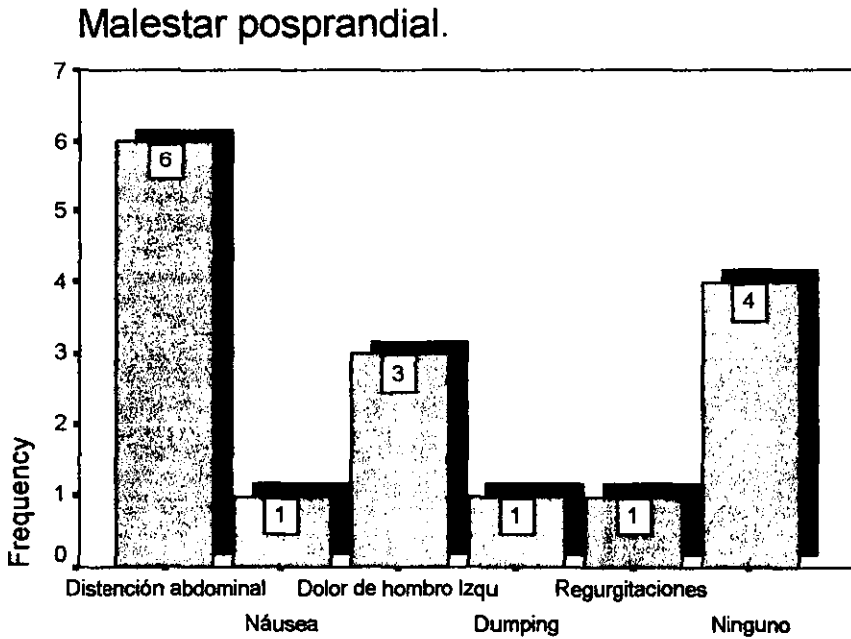


Pirosis.

TABLA 15.
Malestar posprandial.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válido	Distensión abdominal	6	37.5	37.5	37.5
	Náusea	1	6.3	6.3	43.8
	Dolor de hombro izquierdo	3	18.8	18.8	62.5
	Dumping	1	6.3	6.3	68.8
	Regurgitaciones	1	6.3	6.3	75.0
	Ninguno	4	25.0	25.0	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

GRAFICA 15.



Malestar posprandial.

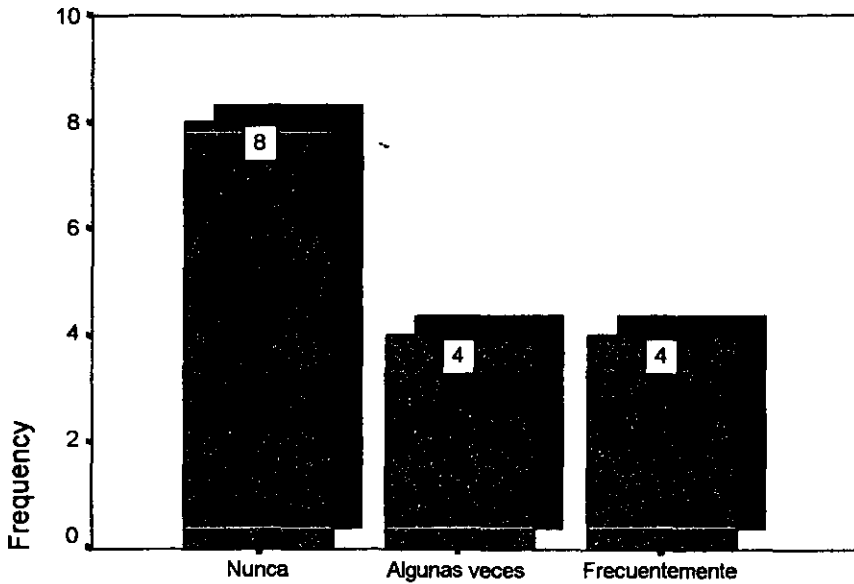
TABLA 16.

Dolor abdominal.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	8	50.0	50.0	50.0
	Algunas veces	4	25.0	25.0	75.0
	Frecuente mente	4	25.0	25.0	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

GRAFICA 16.

Dolor abdominal.



Dolor abdominal.

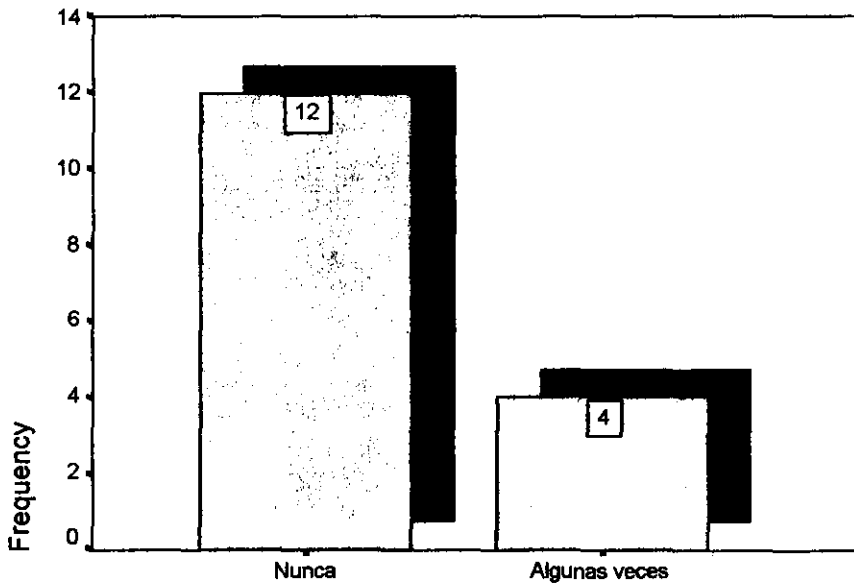
TABLA 17.

Vómito.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	12	75.0	75.0	75.0
	Algunas veces	4	25.0	25.0	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

GRAFICA 17.

Vómito.



Vómito.

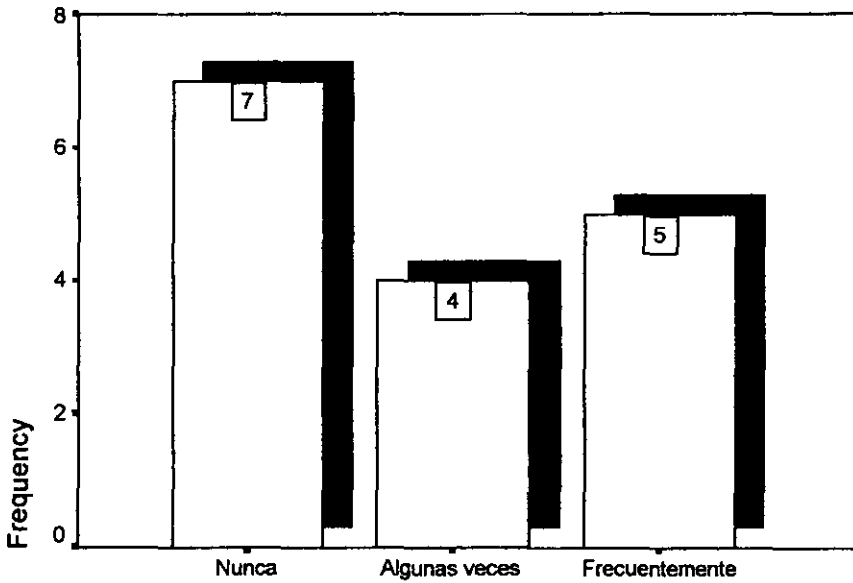
TABLA 18.

Fatiga.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	7	43.8	43.8	43.8
	Algunas veces	4	25.0	25.0	68.8
	Frecuente mente	5	31.3	31.3	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

GRAFICA 18.

Fátiga.



Fátiga.

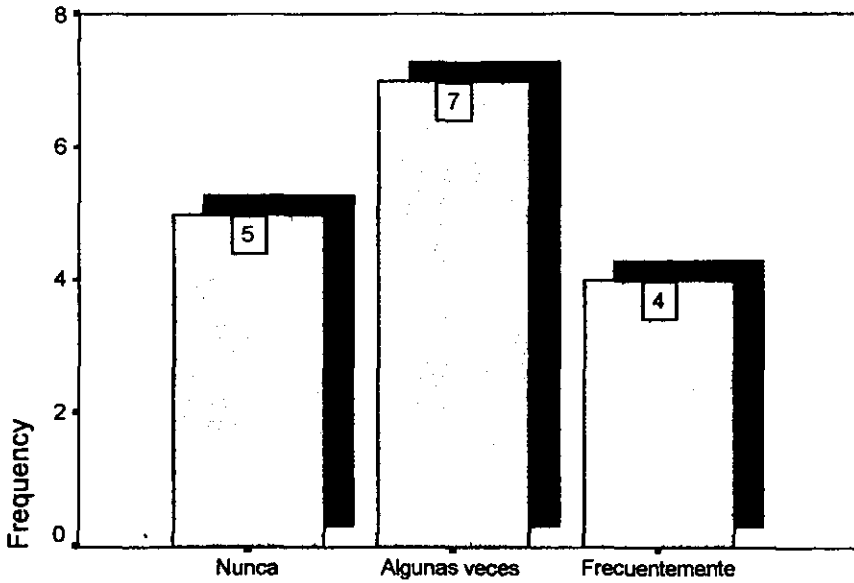
TABLA 19.

Mareos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	5	31.3	31.3	31.3
	Algunas veces	7	43.8	43.8	75.0
	Frecuente mente	4	25.0	25.0	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

GRAFICA 19.

Mareos.



Mareos.

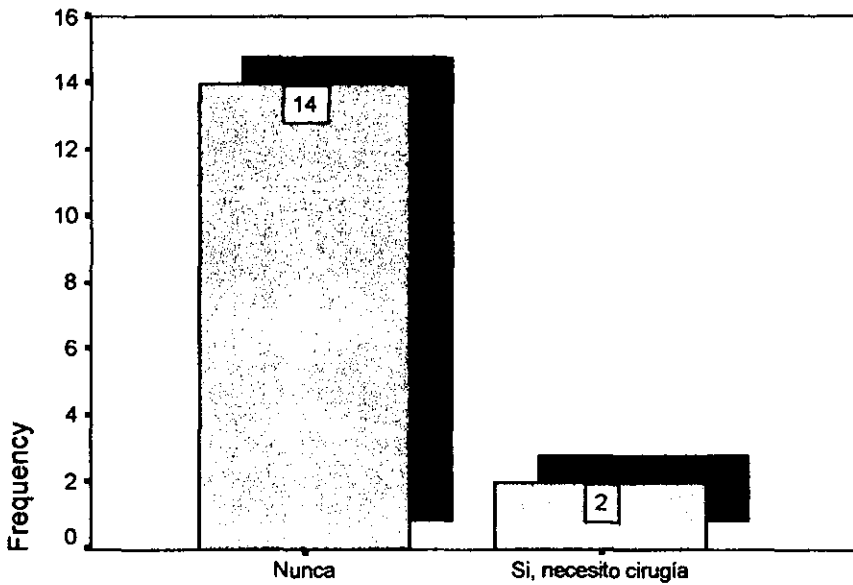
TABLA 20.

Oclusión Intestinal.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	14	87.5	87.5	87.5
	Si, necesito cirugía	2	12.5	12.5	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

GRAFICA 20.

Oclusión Intestinal.



Oclusión Intestinal.

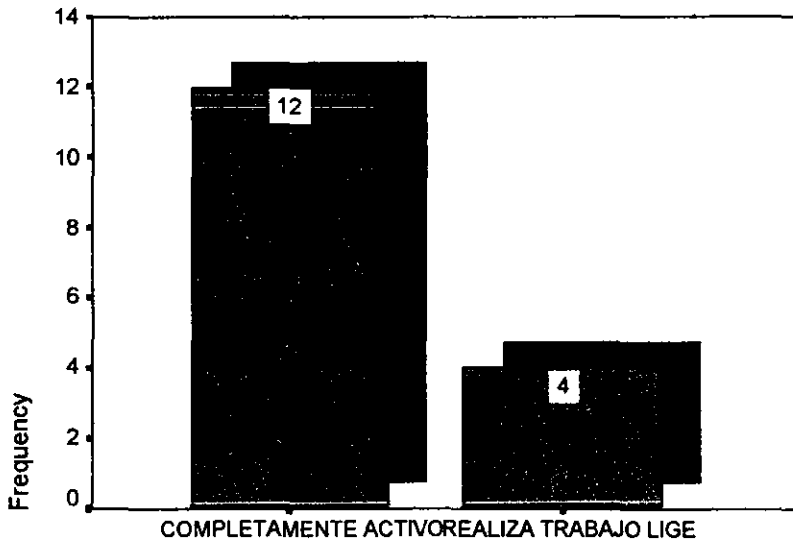
TABLA 21.

Actividad física.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válido	COMPLETAMENTE ACTIVO SIN RESTRICCIONES	12	75.0	75.0	75.0
	REALIZA TRABAJO LIGERO O SEDENTARIO	4	25.0	25.0	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

GRAFICA 21.

Actividad física.



Actividad física.