



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado e Investigación

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

**“RESULTADOS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES
POSTOPERADOS DE FUNDUPLICATURA LAPAROSCOPICA EN EL
HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS.”**

Trabajo de investigación que presenta:

Dr. Ricardo Morales Martínez

Para obtener el diploma de la especialidad de:

CIRUGÍA GENERAL

Asesor de tesis:

Dr. Raúl Albarran Castillo

Número De Registro: 191. 2014



AÑO 2014

México, 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.

DR. FÉLIX OCTAVIO MARTÍNEZ ALCALÁ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. GUILIBALDO PATIÑO CARRANZA
JEFE DE ENSEÑANZA

DRA. MARTHA EUNICE RODRÍGUEZ ARELLANO
JEFE DE INVESTIGACIÓN

DR. ARTURO VÁZQUEZ GARCÍA
PROFESOR TITULAR

DR. RAUL ALBARRAN CASTILLO
ASESOR DE TESIS

DRA. MARIA CECILIA LOPEZ MARISCAL
ASESOR DE TESIS

DEDICATORIAS:

- Primero que nada a Dios , porque sin él no entendería mi vida, por haberme hecho medico y después Cirujano, por nunca dejarme y siempre estar a mi lado.

-A mi padre Ricardo Morales por ser mi gran ejemplo, mi gran sustento,

-A mi madre Esther Martinez por ser mi fortaleza , por darme la vida y siempre cuidarme.

-A mi hermanita Manselle por estar siempre a mi lado y acompañarme en la infancia y hacerla mas feliz.

-A toda mi familia y amigos en especial a los emmanuelos por acompañarme en esos momentos,

-A mis maestros de primaria secundaria, bachiller , de la Escuela Superior de Medicina que de alguna manera influyeron en mi para llegar hasta este momento.en especial a mi Profe. Vicente Barrera .

-A mis maestros de Cirugia Genera del Lopitoz , Dr. Vazquez, Dr. Corona , Dr. Albarran, Dr Hernandez comandante, Dr. Benitez, Dr. Santiago, Dr. Ceron , Jefe Gomez , Dr. Sevilla, Dr Maxtoro, Dr. López, Dr. Dela Torre, Dr. Prado.

-A mis compañeros residentes a los q me enseñaron y guiaron mis manos en mis primeros procedimientos quirugicos mis "R" mas que siempre recordare con gran cariño , Dra. Zazil por mi primer apendicectomia de miles gracias , Andres (pandy), Ampudia(padre) ,

Omar (Cria), Abel (tata), Puente (palito), Mayito Guerrero, Tovar (rosa) gran amigo desde el depa que vivio conmigo la mas amarga experiencia de perder la residencia pero también la mas grande alegría de regresar con la frente en alto a cumplir nuestro mas grande sueño , Ary y Mich , y al Cata gracias por tantos procedimientos que me dejo .

- A mis compañeros y hermanitos con los que inicie el R 1 , Miguel Gonzalez (mongo), Toño Garcia (beluga), Andres Espinosa (Moe), Fernando Carranza (lángaro) gracias por el apoyo y las experiencias vividas juntos y a los hermanastros que se agregaron después Yolo y Cheque gracias a a todos por seguir conmigo hasta estos últimos días .

-A mis chamacos que compartieron conmigo la residencia , Rios (drupy), Ordoñez(quesitos) ,Chavez (chabela) , Barron (gato), Pepito Garcia, Villegas(Nini) , Jenner (oruga), Cordero (ñaño), Chaparro (todas mias,), Pelayo (mayo), Soto (larita), Lgamiz(capu) , Medina (toro) Martinez (pezuñas), Doria(oloroso pit) Duque (duquesa), Immer (horrible) atodos ustedes gracias por permitirme enseñarles poco o mucho y hacerme sentir realizado al verlos operar y hacer sus primeros procedimientos guiados por mi. Gracias a mi Escuela Superior de Medicina del Instituto Politecnico Nacional y a todos los compañeros de mi hospital el Lopitoz .

.....Por qué sin todos ustedes no lo hubiera logrado GRACIAS.

RESUMEN

OBJETIVO: En este estudio se pretende demostrar en pacientes del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos con diagnóstico de enfermedad de reflujo Gastroesofágico, la Cirugía Antirreflujo mejora la satisfacción y calidad de vida medida con la escala de Visick en más del 90%.

MATERIAL Y METODOS: Para conocer el resultado en la calidad de vida posterior al tratamiento quirúrgico en pacientes sometidos a cirugía antirreflujo laparoscópica se realizó un estudio observacional retrospectivo descriptivo de sujetos sometidos a cirugía antirreflujo entre marzo del 2011 a marzo del 2014, de 40 pacientes que fueron sometidos al procedimiento quirúrgico antirreflujo. se realizó un test inicial y otro posterior a la cirugía según la Clasificación clínica de Visick.

RESULTADOS: La muestra obtenida fue de 40 sujetos que cumplían criterios de inclusión para realización de procedimiento antirreflujo laparoscópico. 60% (24) de sexo femenino y 40% (16) de sexo masculino. Con una edad media de 49.1 años. En el test inicial de la Clasificación de Visick hubo una media de un Visick III, De los 40 pacientes postoperados que se incluyeron en el protocolo, el 95%(38 pacientes) reportaron Visick I , el 5%(2 pacientes) reportaron Visick II. Se realizó análisis estadístico de la muestra obtenida, obteniendo una $p < 0.05$.

CONCLUSIONES: Los pacientes con Enfermedad de reflujo Gastroesofagico que se sometieron a procedimiento quirúrgico antirreflujo funduplicatura laparoscópica arrojaron datos estadísticamente significativos de reducción en los síntomas y mejora en la calidad de vida según la Clasificación de Visick . Se demostró que la cirugía antirreflujo funduplicatura laparoscópica representa un tratamiento efectivo y seguro en los pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico en pacientes del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad por Reflujo Gastroesofagico, Cirugia antirreflujo, Funduplicatura Laparoscopica.

ABSTRACT

OBJECTIVE: This study aims to demonstrate in patients of the Regional Hospital Lic. Adolfo Lopez Mateos diagnosed with Gastroesophageal reflux disease, antireflux surgery improves satisfaction and quality of life measured with the Visick scale in more than 90% .

MATERIAL AND METHODS: To determine the results in the quality of later life to surgical treatment in patients undergoing laparoscopic antireflux surgery a descriptive retrospective observational study analyzing records of subjects undergoing antireflux surgery in the period of time between March 2011 was performed March 2014, a sample of subjects who met the inclusion criteria, 40 patients underwent the surgical procedure performed antireflux surgery, an initial test and another after surgery according to clinical Visick Classification was obtained.

RESULTS: The sample included 40 subjects who met inclusion criteria for performing laparoscopic antireflux procedure. 60% (24) were female and 40% (16) male. With an average age of 49.1 years. In the initial test of the Classification of Visick there was an average of Visick III, Of the 40 postoperative patients who were included in the protocol, 95% (38 patients) reported Visick I, 5% (2 patients) reported Visick II . Statistical analysis of the obtained sample was performed, obtaining p: <0.005.

CONCLUSIONS: Patients with Gastroesophageal reflux disease who underwent laparoscopic fundoplication antireflux surgical procedure had statistically significant data reduction in symptoms and improvement in quality of life according to the Visick Classification. It was shown that laparoscopic fundoplication antireflux surgery is an effective and safe treatment in patients with gastroesophageal reflux disease in patients Regional Hospital Lic. Adolfo López Mateos.

KEY WORDS: Gastroesophageal Reflux Disease, antireflux surgery, Laparoscopic fundoplication.

ÍNDICE

Parte I. Resumen

Abstract

Parte II. Marco Teórico

1.1 Introducción

1.2 Epidemiología

Parte III. Material y Métodos

1. Planteamiento del problema

2. Justificación

3. Hipótesis

4. Objetivo

4.1 Objetivo general

4.2 Objetivos específicos

5. Diseño del estudio

6. Metodología

6.1 Lugar donde se realizó el estudio

6.2 Universo, muestra y tamaño de la muestra

6.3 Criterios de selección

6.3.1 Criterios de inclusión

6.3.2 Criterios de exclusión

6.3.3 Criterios de Eliminación

6.4 Procedimientos

6.5 Técnicas de análisis estadístico

7. Recursos

8. Aspectos éticos y de bioseguridad

9. Resultados

10. Discusión

11. Conclusiones

Parte IV. Referencias

RESULTADOS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES POSTOPERADOS DE FUNDUPLICATURA LAPAROSCOPICA EN EL HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

I. MARCO TEÓRICO

1.1 INTRODUCCIÓN

Desde que Asher Winkelstein hizo la descripción inicial del reflujo gastroesofágico en 1935, el caudal de conocimientos al respecto ha tenido un ascenso imparable; sin embargo, en cuanto al manejo quirúrgico de este padecimiento, desde la descripción de Rudolf Nissen, Mario Rosetti, Lucius Hill, Toupet, Guarnier y Narbona, entre otros, pocos cambios en la técnica parecen ser tan prometedores como el acceso laparoscópico (primeros informes por Dallemagne) para el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), que si bien no pretende mejorar las tasas de éxito alcanzadas con el procedimiento abierto tradicional, sí reduce la morbilidad y estancia hospitalaria.

La definición de reflujo gastroesofágico es muy confusa debido a numerosas terminologías que provienen de una fisiopatología mal entendida y criterios de diagnóstico basados en sintomatología, pH-metría y manometría. En la actualidad se está tratando de proponer un nuevo sistema de clasificación:

- 1. sustancias que refluyen: líquidas, sólidas o gas;**

2. pH de lo que refluye: ácido o alcalino;
3. tipo de reflujo: patológico o fisiológico;
4. grado de lesión: asintomático, sintomático y de éste endoscópico o histológico; y
5. órganos afectados: esófago o extraesofágico.

Se afirma que existe reflujo gastroesofágico cuando el contenido gástrico pasa a través del cardias hacia el esófago. La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se presenta cuando la vigilancia continua del pH esofágico durante 24 h presenta una exposición anormal a un pH de 4 por un espacio de más de 5% del tiempo, en caso de que se trate de ácido, y pH de 7 por el mismo tiempo, en caso de álcali o bilis. A la esofagitis por reflujo se le define como la inflamación de origen químico del esófago distal producida por el contacto entre su mucosa y el contenido gástrico. En la actualidad se considera como enfermedad por reflujo gastroesofágico al amplio espectro de manifestaciones clínicas y daño a la mucosa esofágica o ambos ocasionado por el paso anormal del contenido gástrico a la luz del esófago.

Se han descrito por lo menos 27 mecanismos vinculados con la competencia normal de la unión esofagogástrica, pero el único que superó la prueba del tiempo como el principal elemento es sin duda el esfínter esofágico inferior (EEI) que, aunque anatómicamente no se ha demostrado en seres humanos, sí existe desde el punto de vista

funcional y manométricamente se define como una zona de alta presión en la parte inferior del esófago capaz de regularse mediante factores neurógenos, miógenos y humorales. Los agonistas α adrenérgicos y los β bloqueadores aumentan su tono, mientras que los bloqueadores α y los agonistas β lo disminuyen. Los factores dietéticos que reducen la presión del EEI son muy numerosos y entre ellos se encuentran las grasas, cebolla, menta, chocolate, café, etanol y nicotina. En la actualidad se considera que la función del EEI es más complicada de lo que se consideraba con anterioridad, ya que se encontró en varios estudios que la presión cuantificada en el esfínter es asimétrica y se interrelaciona con otros factores para mantener la competencia y con ello actuar como válvula. Se sugieren tres mecanismos por los cuales sucede el reflujo gastroesofágico:

1. reflujo espontáneo asociado a la ausencia de presión en el EEI
2. relajación transitoria del EEI
3. incremento transitorio de la presión intraabdominal.

Existe evidencia de que el EEI presenta periodos breves de relajación en sujetos sanos con una frecuencia usual de tres a cinco veces por hora, que se incrementa después de las comidas, momentos en los cuales en estas personas suele presentarse reflujo gastroesofágico. A diferencia de los que se acaban de describir, en el reflujo patológico los episodios de relajación del EEI casi se duplican.

Se mencionan gran cantidad de factores mecánicos que pueden intervenir en la formación de una barrera contra el reflujo gastroesofágico, entre los cuales destacan la acción de pinza de los pilares diafragmáticos, que es importante en especial durante la inspiración, la tos o los aumentos transitorios de la presión intraabdominal como los que ocasiona la maniobra de Valsalva, el ángulo de His, el pliegue mucoso que forma el esófago colapsado, la longitud del segmento intraabdominal del esófago y otros factores menos estudiados. El EEI no funciona en forma aislada y es parte del componente de un modelo mecánico que consiste en una bomba (el esófago), una válvula (el EEI) y un reservorio (el estómago).

Por lo tanto, estos tres elementos interactúan para contribuir al aumento de la exposición esofágica al jugo gástrico. La más importante es la incompetencia mecánica del EEI.

A continuación se analiza cada una de estas causas y su repercusión en la fisiopatología del reflujo gastroesofágico patológico. El aclaramiento esofágico del ácido es un elemento importante en el daño de la mucosa esofágica, ya que este último depende del agente que refluye y el tiempo de contacto que mantenga con el esófago: los factores que contribuyen al aclaramiento son la anatomía, gravedad, salivación y peristalsis del esófago. En personas con hernia hiatal, la eficiencia del aclaramiento puede estar comprometida. El sujeto normal requiere un promedio de

ocho degluciones para restablecer el pH inicial, en tanto que aquéllos con ERGE requieren 17 degluciones en promedio. La gravedad ayuda a la depuración esofágica y por ende ésta se altera con el decúbito. Ésta es la base fisiológica de la eficacia de levantar la cabecera de la cama en los pacientes con ERGE. La producción de saliva se incrementa en presencia de pirosis como un fenómeno de lavado o arrastre, aunque no cambia el contenido de bicarbonato; durante los periodos sin reflujo la salivación es normal. En fecha reciente se observó una correlación entre el grado de esofagitis y la disfunción peristáltica. Se define como motilidad esofágica anormal o dismotilidad esofágica a la presencia de más de 20% de contracciones de baja amplitud y peristalsis primaria fallida o ambas que se encuentran en un tercio de los pacientes con ERGE, en 25% de los pacientes con esofagitis leve y en 48% de aquellos con esofagitis importante. Se habla de un defecto mecánico del EEI cuando la presión del mismo es menor de 6 mm Hg, la longitud del mismo no alcanza 2 cm o la longitud del segmento intraabdominal es menor de 1 cm. Cuando un defecto está presente, la probabilidad del reflujo gastroesofágico es de 69 a 76%; si hay dos defectos presentes, la probabilidad es de hasta 88% y cuando hay tres la probabilidad alcanza 92 por ciento.

Los factores predictivos de enfermedad recurrente a progresiva son:

1. EEI defectuoso,
2. reflujo nocturno
3. reflujo combinado.

Las anomalías gástricas (reservorio) que favorecen el reflujo gastroesofágico son:

- dilatación gástrica;
- aumento de la presión intragástrica;
- reservorio gástrico persistente
- hipersecreción gástrica.

Los síntomas que se presentan son muy variados y van desde la triada clásica de pirosis, dolor retroesternal y regurgitaciones, hasta disfonía, asma, broncoaspiración nocturna, etc. Cuando la sintomatología que el paciente presenta consiste en la triada clásica, la especificidad es de 85 a 90%, aunque tiene una sensibilidad de 68%. Se debe recordar que la sintomatología no es suficiente para efectuar diagnóstico de ERGE. En general no se producen signos, ya que al inicio es una enfermedad localizada al esófago; cuando avanza pueden presentarse diferentes signos de acuerdo con el órgano afectado.

Por lo común los estudios de laboratorio son normales en los pacientes con ERGE; se alteran cuando hay una enfermedad complicada o

avanzada. No obstante, es necesario solicitarlos para descartar otras afecciones de abdomen superior.

Están disponibles las siguientes pruebas diagnósticas para la ERGE, que no se necesita realizarlas en todos los pacientes ni en el orden escrito:

1. prueba de supresión de ácido;
2. pH de 24 horas;
3. endoscopia;
4. videoesofagograma;
5. manometría estática

pH-metría de 24 horas

Es el estudio con mayor sensibilidad para diagnosticar reflujo. Está indicada en todo paciente con los síntomas típicos del reflujo refractarios al tratamiento médico convencional y que no tienen datos de esofagitis en la endoscopia, en aquéllos con sintomatología atípica o para valorar otras causas de reflujo.

El tiempo de exposición al ácido se define como el porcentaje de tiempo en que el pH esofágico es menor de 4. La relación entre los síntomas y los episodios de reflujo se calculan por fórmulas matemáticas que dan como resultado el índice de síntomas

y el índice de sensibilidad de síntomas; los resultados se consideran positivos si son mayores de 50% en el primero o mayor de 10% en el segundo. Entre 84 y 96% de los pacientes con esofagitis diagnosticada

por endoscopia presenta pHmetrías anormales. En fecha reciente se desarrolló el sistema Bravo para la pH-metría; consiste en una cápsula que se fija 6 cm por arriba de la unión esofagogástrica y que envía la información a un receptor del tamaño de un buscapersonas y que a continuación se vacía en una computadora que realiza el análisis del pH; más tarde la cápsula se suelta de la mucosa esofágica y sale del cuerpo a través del tubo digestivo.

Endoscopia

Es el estudio clínico estándar para valorar la ERGE. Es altamente sensible y específico

para la ERGE debido a que la lesión a la mucosa se observa de forma directa. Evalúa la gravedad y extensión de la lesión y diagnostica complicaciones. Existen tres clasificaciones endoscópicas para reportar la esofagitis: Los Ángeles, Savary- Miller y Hetzel; la variabilidad de estas tres clasificaciones es mínima en manos de endoscopistas con experiencia. Las biopsias tomadas durante este estudio brindan información sobre el

grado de esofagitis y descartan la presencia de metaplasia o de displasia.

Manometría estática

Brinda información detallada respecto a la función del EEI y valora la motilidad del cuerpo esofágico; empero, por su baja sensibilidad, juega

un papel limitado en la evaluación del reflujo gastroesofágico. Se utiliza en pacientes con disfagia en los cuales la endoscopia y el esofagograma no revelaron alguna causa anatómica de reflujo.

Existen otros estudios para evaluar el reflujo pero son menos utilizados ya que sirven para valorar reflujo alcalino: gammagrafía, monitoreo multicanal de impedancia y monitoreo esofágico de bilis.

En resumen, el método de estudio de elección después del escrutinio clínico es la endoscopia del tracto digestivo superior, que sirve para diagnosticar y clasificar las lesiones en presencia de esofagitis y sus complicaciones. En todo paciente con esofagitis debe realizarse biopsia de la mucosa del esófago distal dado que la presencia de esófago de Barrett con displasia obliga a la vigilancia estrecha del paciente o hasta a la ablación quirúrgica del esófago. Si no se encuentra esofagitis en la endoscopia, pero se continúa con la firme sospecha de ERGE, debe practicarse una pH-metría esofágica de 24 h, que en la actualidad se considera como el método más específico para diagnosticar la presencia de ERGE. La manometría está indicada en pacientes con sospecha de trastornos motores del esófago.

1.2 EPIDEMIOLOGIA

La Enfermedad por reflujo Gastroesofágico (ERGE) afecta de manera muy profunda a los pacientes en términos de prevalencia, costos, aspectos psicológicos y calidad de vida. Cerca de 40% de los adultos refiere pirosis con frecuencia mensual, 20% con frecuencia semanal y 7% a diario.

Sin embargo, la frecuencia de esofagitis diagnosticada por endoscopia es de 2 a 7% y se presenta esófago de Barrett en sólo 0.25% de los adultos. La prevalencia de ERGE en EUA y los países de Europa ha ido en aumento durante los últimos 30 años. La ERGE es más frecuente en pacientes en edad adulta, varones y de raza blanca, así como en pacientes con malos hábitos higiénico-dietéticos (mayor en alcoholismo, tabaquismo, obesos, estresados, etc.). La mortalidad anual por este padecimiento se calcula en 0.10 por cada 100 000 habitantes; la ERGE es causa de 6% de las hemorragias masivas del tubo digestivo alto. La incidencia de esofagitis importante y estenosis péptica se calcula en 4.5 por cada 100 000 habitantes y se incrementa después de los 50 años hasta 86 por cada 100 000 habitantes. Sólo 5 a 20% de las hernias hiatales causa reflujo y en contraste 63 a 94% de pacientes con esofagitis es portador de hernia hiatal. Se estima que 10% de los pacientes que buscan atención médica con síntomas de reflujo tiene

estenosis esofágica. En EUA, se gastan 10 mil millones de dólares por año para el tratamiento de la ERGE.

1.2.1 México

En Mexico La prevalencia de la esofagitis por reflujo se calcula alrededor del 2% de la población Mexicana y entre 12-23% de los enfermos son remitidos para endoscopia por síntomas de reflujo. La enfermedad por Reflujo afecta más a las mujeres, sin embargo las formas más severas (úlceras, estenosis, Barret) se da más en hombres de edad avanzada.

El 10- 20 % de los pacientes solicita atención médica por complicaciones y el 5-10% de los pacientes con ERGE requieren tratamiento quirúrgico.

La ERGE es responsable del 75% de las enfermedades del Esófago.

El tratamiento médico tiene como costos hasta \$15,000 por año usando un inhibidor de bomba de protones y un pro cinético, en cambio la cirugía antirreflujo a nivel institucional oscila entre \$8000 y \$17000, y en medio privado se pueden encontrar precios desde \$25,000 hasta \$60,000, por lo cual el alto costo del tratamiento médico aunado al uso prolongado del mismo, nos enfocan al tratamiento quirúrgico temprano y oportuno en pacientes seleccionados.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Previa autorización Del Comité de Ética en Investigación, se realizó un ensayo clínico de marzo del 2011 al marzo del 2014; se incluyó personas de ambos sexos de edad entre 18 y 60 años, con diagnóstico de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico con o sin signos de esofagitis e indicación de tratamiento quirúrgico como fracaso del tratamiento médico con persistencia de los síntomas, presencia de complicaciones de la enfermedad (esofagitis erosiva, estenosis esofágica, esófago de Barret), síntomas respiratorios atípicos que respondan a tratamiento médico con evidencia de ERGE.

Se excluyeron pacientes con recidiva de la ERGE tras cirugía antirreflujo, pacientes que se negaron a participar en el estudio, personas con incapacidad mental, trastornos psíquicos severos o ambos. mujeres embarazadas o en período de lactancia, otras enfermedades de esófago y pacientes que no firmen consentimiento.

Se eliminaron pacientes en que exista la necesidad de convertir a cirugía abierta por dificultades transoperatorias, pacientes que no asistan a las citas de las consultas de seguimiento y pacientes que revoquen consentimiento.

A todos los pacientes se les realizo consentimiento informado el cual firmaron.

Una vez incluidos, se les realizó la escala de Visick

Grado I. Sin síntomas

Grado II. Síntomas leves que se alivian con cuidados generales y dieta

Grado III. Síntomas moderados que no se alivian con cuidados ni dieta pero estos son satisfactorios, sin tener impacto en el desempeño social y económico.

Grado IV. Síntomas moderados que no se alivian con cuidados ni dieta y estos son insatisfactorios y tienen impacto en el desempeño social y económico.

Grado V. Síntomas importantes más intensos que antes de la Cirugía. Sin mejoría.

Luego todos se sometieron a Cirugía antirreflujo laparoscópica

Una vez operados, se citaron a la semana y al mes, en este momento se realizó nuevamente la escala de Visick.

Se registraron las siguientes variables: Edad. Género, peso, talla, IMC, comorbilidades, grado de esofagitis, escala de Visick.

Al término de la recolección de datos, se compararon los resultados preoperatorios y postoperatorios para determinar la satisfacción y calidad de vida según la escala de Visick en pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico en pacientes del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿En pacientes del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos con diagnóstico de enfermedad de Reflujo Gastroesofágico la Cirugía Antirreflujo mejora la satisfacción y calidad de vida medida con la escala de Visick en más del 90%?

2. JUSTIFICACIÓN

La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico fue reconocida como problema clínico importante en 1935 por Winklestein y se identificó como causa de esofagitis por Allison en 1946.

La prevalencia de la esofagitis por reflujo se calcula alrededor del 2% de la población Mexicana y entre 12-23% de los enfermos son remitidos para endoscopia por síntomas de reflujo. La enfermedad por Reflujo afecta más a las mujeres, sin embargo las formas más severas (úlceras, estenosis, Barret) se da más en hombres de edad avanzada.

El 10- 20 % de los pacientes solicita atención médica por complicaciones y el 5-10% de los pacientes con ERGE requieren tratamiento quirúrgico.

La ERGE es responsable del 75% de las enfermedades del Esófago.

La funduplicatura laparoscópica es el procedimiento de cirugía antirreflujo que más se realiza; la cual actualmente es el estándar de oro para el manejo de la patología de reflujo gastroesofágico.

El tratamiento oportuno mediante cirugía antirreflujo de estos pacientes disminuye los efectos secundarios de esta enfermedad como patología respiratoria atípica, estenosis esofágica q se presenta entre 1-10% de pacientes con ERGE y las complicaciones disminuyendo la progresión hacia esófago de Barret y así impidiendo q se evolucione hacia un adenocarcinoma de esófago.

La funduplicatura laparoscópica Se reporta como un procedimiento seguro, con una tasa de mortalidad del 0% con morbilidad en un rango de 3 a 12% asociada a complicaciones. Dentro de estas la disfagia postoperatoria es una de las complicaciones que se presenta en el seguimiento de estos pacientes, que puede ser temporal en 40 a 70%, ya que se resuelve en el transcurso de dos a tres meses, y la disfagia persistente en 3 a 24%, debido a una funduplicatura apretada, trastornos de la motilidad esofágica, pobre movilización del fundus gástrico y deslizamiento de la funduplicatura al Tórax.

El tratamiento médico tiene como costos hasta \$15,000 por año usando un inhibidor de bomba de protones y un pro cinético, en cambio la cirugía antirreflujo a nivel institucional oscila entre \$8000 y \$17000, y en medio privado se pueden encontrar precios desde \$25,000 hasta \$60,000, por lo cual el alto costo del tratamiento médico aunado al uso prolongado

del mismo, nos enfocan al tratamiento quirúrgico temprano y oportuno en pacientes seleccionados.

Este estudio pretende determinar los resultados en la calidad de vida con la escala de Visick en pacientes postoperados de cirugía antirreflujo en el Hospital Regional. Lic. Adolfo López Mateos, con el fin de poder establecer lineamientos en el manejo de dicha enfermedad.

3. HIPÓTESIS

En pacientes del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos con diagnóstico de enfermedad de Reflujo Gastroesofágico la Cirugía Antirreflujo mejora la satisfacción y calidad de vida medida con la escala de Visick en más del 90%.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar que en pacientes del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos con diagnóstico de enfermedad de reflujo Gastroesofágico la Cirugía Antirreflujo mejora la satisfacción y calidad de vida medida con la escala de Visick en más del 90%

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Medir la satisfacción y la calidad de vida antes de la Cirugía Antirreflujo.

Medir la satisfacción y la calidad de vida posterior a la Cirugía antirreflujo.

Realizar una descripción de la población estudiada

5. DISEÑO DEL ESTUDIO

5.1 TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO

Observacional Retrospectivo Descriptivo

6. METODOLOGÍA

6.1 Lugar de realización del estudio:

Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

6.2 Universo, muestra y tamaño de la muestra:

Todos los pacientes con Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico a quienes se les medirá la escala de Visick y serán sometidos a una cirugía antirreflujo funduplicatura laparoscópica dentro del periodo de marzo del 2011 a marzo del 2014.

6.3 Criterios de selección

6.3.1 Criterios de Inclusión

Personas de ambos sexos de edad entre 18 y 60 años, con diagnóstico de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico con o sin signos de esofagitis e indicación de tratamiento quirúrgico.

Las indicaciones del tratamiento quirúrgico fueron:

1. El fracaso del tratamiento médico con persistencia de los síntomas.
2. La presencia de complicaciones de la enfermedad (esofagitis erosiva, estenosis esofágica, esófago de Barret)
3. Síntomas respiratorios atípicos que respondan a tratamiento médico con evidencia de ERGE.
4. Consentimiento

6.3.2 Criterios de Exclusión

1. Pacientes con recidiva de la ERGE tras cirugía antirreflujo.
2. Pacientes que se negaron a participar en el estudio.
3. Personas con incapacidad mental, trastornos psíquicos severos o ambos.
4. Mujeres embarazadas o en período de lactancia.
- 5.-Otras enfermedades de esófago.
- 6.-Pacientes que no firmen consentimiento

6.3.3 Criterios de Eliminación

En los pacientes en que exista la necesidad de convertir a cirugía abierta por dificultades transoperatorias.

En los pacientes que no asistan a las citas a las consultas de seguimiento.

Pacientes que revoquen consentimiento.

6.4 Procedimientos

Se realizó un análisis de datos de los expedientes del grupo de pacientes que fueron sometidos a procedimiento de cirugía antirreflujo funduplicatura laparoscópica en el periodo de marzo del 2011 a marzo del 2014 en el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos del ISSSTE, de estos se seleccionaron todos aquellos que cumplieran con los criterios de selección. Y se les realizó un test inicial según la escala de Visick . y otro posterior a la cirugía antirreflujo funduplicatura laparoscópica para valorar su mejora en la calidad de vida.

6.4.1 Valoración de los sujetos

De los expedientes clínicos se obtuvo la información de cada paciente, determinando si previo al procedimiento de cirugía antirreflujo contaba con diagnóstico de Enfermedad de reflujo Gastroesofagico y tuviera indicación quirúrgica.

6.5 Técnicas de análisis estadístico

Se revisaron 40 expedientes de pacientes que fueron sometidos a algún tipo de procedimiento de cirugía antirreflujo funduplicatura laparoscópica y que fueron evaluados posteriormente con la escala de Visick evaluando la calidad de vida en el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos del ISSSTE en el periodo de marzo del 2011 a marzo del 2014 de los cuales 40 cumplieron criterios de inclusión para el estudio.

7. RECURSOS

Los recursos utilizados para el estudio fueron financiados por el investigador responsable.

8. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

Este estudio es un estudio observacional retrospectivo, donde únicamente se realizó un análisis de datos obtenidos del expediente médico de cada uno de los sujetos participantes en el estudio. El investigador se compromete a guardar estricta confidencialidad de los datos obtenidos, para con los pacientes y sus familiares y el personal de salud involucrado en esto.

9. RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 40 sujetos que cumplieron los criterios de inclusión, de un total de 40 pacientes sometidos a procedimiento de cirugía antirreflujo funduplicatura laparoscópica en el periodo de marzo de 2011 a marzo de 2014. Obteniendo una muestra que represento el 100% de la población sometida a cirugía antirreflujo.

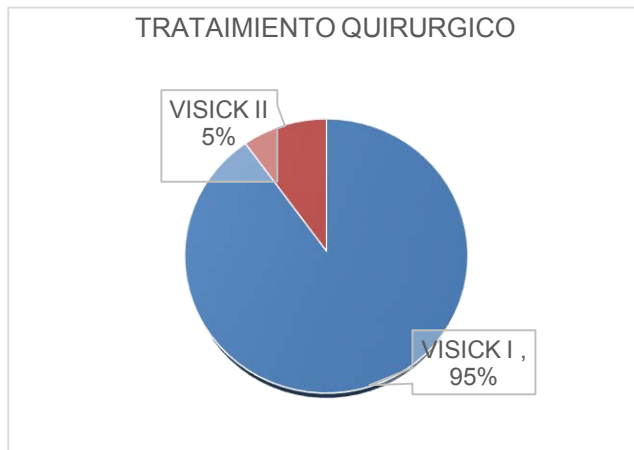
El análisis estadístico de la población de estudio presento una edad promedio de 49.1 años con una edad mínima de 42 años y máxima de 58 años. 40% fueron hombres y 60% mujeres. Grafica 1.



GRAFICA 1.

La calidad de vida según la escala de Visick posterior a Cirugía antirreflujo fue mayor el Visick I, en un 95% de la población, el resto fue de Visick II para el 5% de la población por lo tanto es estadísticamente significativo con una $p < 0.05$.

GRAFICA 2



10.DISCUSIÓN

La cirugía antirreflujo es una terapia bien establecida para la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). El progreso en la cirugía laparoscópica ha llevado a preferir los procedimientos antirreflujo con mínima invasión a la cirugía abierta tradicional. Con un rango de éxito mayor a 90 %, estancia intrahospitalaria corta y retorno rápido a las actividades laborales. Por tales motivos, la cirugía laparoscópica se ha convertido en la mejor alternativa para el tratamiento de la ERGE.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es un padecimiento común que representa aproximadamente 75 % de las enfermedades del esófago. En la cual 40 % de los adultos tiene pirosis ocasional y 10 % experimenta pirosis diaria. Se estima que 20 % de los pacientes con ERGE desarrollan complicaciones severas (ulceración, estenosis, esófago de Barrett). Aunque el tratamiento con medicamentos (inhibidores de bomba de protones, procinéticos, antiácidos) es efectivo, muchas veces requiere periodos prolongados con ajustes de dosis y la suspensión del tratamiento comúnmente lleva a la recurrencia de los síntomas.

La cirugía antirreflujo ha permitido una mejor comprensión de la fisiopatología subyacente de la ERGE. Diversos estudios han

demostrado la superioridad de la cirugía antirreflujo en los pacientes con ERGE severa sin inducir una mayor frecuencia de efectos secundarios. A pesar de las modificaciones técnicas que se agregaron a las funduplicaturas de 360° con el propósito de disminuir la disfagia postoperatoria, esta continúa siendo la mayor causa de molestias postoperatorias. Los factores más relacionados con la disfagia son: la técnica quirúrgica empleada, la motilidad esofágica y la experiencia del cirujano actuante.

11.CONCLUSIONES

Los pacientes con Enfermedad de Reflujo Gastroesofagico que se sometieron a procedimiento de cirugía antirreflujo funduplicatura laparoscopica arrojaron datos estadísticamente significativos de reducción de síntomas de reflujo gastroesofágico y mejoras en la calidad de vida según la escala de Visick

Por lo tanto la cirugía antirreflujo representa una excelente tratamiento en los pacientes con Enfermedad de Reflujo gastroesofagico.

REFERENCIAS

1. Vakil N, Van Zanten V S, Kahrilas P. Definición y Clasificación de Montreal de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico: Consenso Global Basado en Evidencia. *Am J Gastroenterol*. 2006; 101: 1900-20.
2. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE. Manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Guía de Práctica Clínica. Actualización 2007. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2007.
3. HAMPERL H: Peptische oesophagins. *Verh Dtsch Pathol*. 1934; 27: 208.
4. DONAHUE PE, SAMUELSON S, NULUS LM y colab.: The oppy Nissen fundoplication de.ective long term control of pathologic re.ux. *Arch Surg* 1985; 120: 663 - 7.
5. DEMEESTER TR, BONAIVINA L, ALBERTUCCI M: Nissen fundoplication for gastroesophageal reflux disease. Evaluation of primary repair in 100 consecutive patients. *Ann Surg* 1986; 204:9 - 20.

6. Dallemagne B et al. Laparoscopic Nissen fundoplication: preliminary report. *Surg Laparosc Endosc* 1991;1:138-43.

7. Awad ZT, Anderson PI, Sato K, Roth TA, Gerhardt J, Filipi CJ. Laparoscopic reoperative antireflux surgery. *Surg Endosc* 2001;15: 1401-1407.

8. Horgan S, Pohl D, Bogetti D, Eubanks T, Pellegrini C. Failed antireflux surgery: what have we learned from reoperations? *Arch Surg* 1999;134(8):809-817.

9. Hinder R, Klingler P, Perdakis G, Smith S. Management of the failed antireflux operation. *Surg Clin North Am* 1997;77(5):1083-1098.