

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA
ANTIRREFLUJO**

LUIS ALBERTO MORALES SANDOVAL

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con especialidad en Cirugía General
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con especialidad en Cirugía General

Enero 2018



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.466.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Luis Alberto Morales Sandoval

Registro Académico No.: 200540279

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Cirugía General**, el trabajo de TESIS CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ANTIRREFLUJO

Que fue asesorado: Dr. Stuardo Fong Valenzuela


Y revisado por: Dr. Eddy René Rodríguez González MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **enero 2019**

Guatemala, 24 de noviembre de 2017



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

Guatemala, 21 de diciembre de 2016

Doctor(a)

Douglas Ernesto Sánchez Montes, MSc.

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía General

Hospital Roosevelt

Presente

Respetable Doctor **Sánchez:**

Por este medio informo que he **asesorado** a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor: **{Luis Alberto Morales Sandoval carné 200540279}**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas Especialidad en Cirugía General, el cual se titula **“Calidad de Vida en los pacientes sometidos a cirugía antirreflujo vía laparoscópica, según la escala de Visick”**.

Luego de asesorar, hago constar que el Dr. Morales Sandoval, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Dr. Stuardo Fong Velazquez
Cirugía General y Laparoscópica
Colegiado 11477

Dr. Stuardo Fong
Asesor de Tesis

Guatemala, 1 de septiembre de 2,017

Doctor

Douglas Ernesto Sánchez Montes, MSc.

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía General

Hospital Roosevelt

Presente

Respetable Doctor **Sánchez:**

Por este medio informo que he **revisado** a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor: **Luis Alberto Morales Sandoval carné 200540279**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas Especialidad en Cirugía General, el cual se titula **“Calidad de Vida en los pacientes sometidos a cirugía antirreflujo vía laparoscópica, según la escala de Visick”**.

Luego de revisar, hago constar que el Dr. Morales Sandoval, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Eddy René Rodríguez, MSc
Revisor de Tesis





A: Dr. Douglas Ernesto Sánchez Montes, MSc.
Docente Responsable de investigación.

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión: 31 de Agosto 2017

Fecha de dictamen: 11 de Septiembre 2017

Asunto: Revisión de Informe final de:

LUIS ALBERTO MORALES SANDOVAL

Título:

CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA ANTIRREFLUJO

Sugerencias de la revisión:

- Autorizar examen privado.


Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado



INDICE DE CONTENIDOS

	Resumen.....	i
I.	Introducción.....	1
II.	Antecedentes.....	4
III.	Objetivos.....	12
IV.	Metodología.....	13
	✓ Diseño de Estudio.....	13
	✓ Población.....	13
	✓ Sujeto de estudio.....	13
	✓ Tamaño de la muestra.....	13
	✓ Criterios de Inclusión.....	13
	✓ Criterios de Exclusión.....	14
	✓ Operacionalización de Variables.....	15
	✓ Descripción del instrumento recolector de información.....	16
	✓ Aspectos éticos.....	17
	✓ Análisis Estadístico.....	17
V.	Resultados.....	19
VI.	Discusión.....	22
	✓ Conclusiones.....	25
	✓ Recomendaciones.....	26
VII.	Referencias Bibliográficas.....	27
VIII.	Anexos.....	29

INDICE DE TABLAS

1. TABLA NO.1 Distribución de Pacientes por Sexo, de los pacientes que fueron sometidos a cirugía Anti reflujo.....19
2. TABLA NO. 2 Calidad de Vida en los pacientes sometidos a cirugía antirreflujo vía laparoscópica.....19
3. TABLA NO. 3 Distribución de los pacientes según su grado de satisfacción en la escala de Visick que fueron sometidos a cirugía Anti reflujo19
4. TABLA NO. 4 Distribución de los pacientes con complicaciones, que fueron sometidos a cirugía Anti reflujo20
5. TABLA NO. 5 Distribución de las principales complicaciones, en los pacientes que fueron sometidos a cirugía Anti reflujo y presentaron complicaciones20
6. TABLA NO. 6 Distribución del período de tiempo a incorporación a actividades laborales, en los pacientes que fueron sometidos a cirugía Antireflujo.....20
7. TABLA NO. 7 Distribución de la edad de los pacientes que fueron sometidos a cirugía Anti reflujo21
8. TABLA NO. 8 Distribución del período de tiempo de seguimiento post operatorio, en los pacientes que fueron sometidos a cirugía Anti reflujo21

I. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por reflujo gastroesofágico, se define como el paso retrógrado del contenido gástrico hacia el esófago a través de esfínter esofágico inferior.

OBJETIVOS: Analizar la calidad de vida de los pacientes con cirugía antirreflujo por vía laparoscópica, según la Escala de Visick modificada.

METODO: Este es un estudio observacional descriptivo ambiespectivo en el cual los objetivos fueron evaluar la calidad de vida de los pacientes que fueron sometidos a cirugía antirreflujo, en la Unidad de Cirugía Laparoscópica del Hospital Roosevelt. Se incluyeron a todos los pacientes que fueron sometidos a cirugía antirreflujo durante el período de enero de 2008 a octubre de 2014.

RESULTADOS: Entre las principales indicaciones a cirugía antirreflujo en los pacientes fue la alternativa al tratamiento con medico con 62%, seguida de los pacientes candidatos a cirugía con un 21%, seguido de la Hernia Hiatal y Esofagitis con un 12% y 5% respectivamente. El tiempo para incorporarse a las actividades laborales se encuentre en el intervalo de 1 a 2 semanas con un total de 66% de los pacientes seguido de 3 a 4 semanas con un 25% de los pacientes y por ultimo 9% pacientes en los pacientes que tardaron más de 4 semanas.

CONCLUSIONES: Se obtuvo que el 62% se clasificaron en el grado 1 de la escala de visick, el 20% se clasifico en el grado 2, seguidos del 13% en el grado 3 de la escala de visick y por ultimo un 5% en el grado 4 de la escala de visck, con lo que se demuestra una alta mejora en la calidad de vida de los pacientes que fueron sometidos a cirugía anti reflujo.

PALABRAS CLAVES: *Cirugía antirreflujo, Calidad de vida, Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, Escala De Visick.*

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico, se definió como el paso retrógrado del contenido gástrico y/o duodenal hacia el esófago a través del esfínter esofágico inferior.(1)

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una de las causas de consulta más frecuentes en atención primaria y en gastroenterología. Mas el 40 % de la población general experimenta pirosis y regurgitación ocasional debido a ERGE. Hay diversos enfoques diagnósticos y terapéuticos; sin embargo, el uso de inhibidores de la bomba de protones a permanencia y la funduplicatura (cirugía antirreflujo), son las opciones más efectivas.(2) Tras 20 años de aplicación, y a partir de múltiples estudios básicos y clínicos, podemos decir que la laparoscopia es una técnica de alta seguridad. A día de hoy no se discuten los beneficios de las técnicas quirúrgicas efectuadas por laparoscopia sobre las efectuadas por vía abierta.(3)

Un criterio fundamental para evaluar cualquier técnica quirúrgica, es la valoración de la calidad de vida y el grado de satisfacción tras la cirugía que nos refiera el enfermo operado. El paciente, espera tras la intervención la desaparición de los síntomas de la enfermedad sin que ello suponga la adquisición de posibles efectos secundarios asociados al acto quirúrgico o la aparición de los mismos en el postoperatorio. (4)

La escala de Visick descrita y validada en 1948 por su autor para evaluar los resultados de la cirugía de la úlcera péptica es un sistema de valoración de la sintomatología de los pacientes que fueron intervenidos por la enfermedad de reflujo gastroesofágico, en la cual el paciente valora globalmente el resultado subjetivo de la cirugía.

Actualmente en Guatemala no se cuenta con ningún estudio que indique la calidad de vida post cirugía antirreflujo y su adaptación a la vida cotidiana y considerando que los costos para realizar estudios endoscópicos repetitivos aumentan los gastos económicos al paciente por lo que se pueda evaluar la

cirugía temprana para así disminuir los costos al paciente. Por lo expuesto anteriormente se considera de suma importancia, tener conocimiento de la calidad de vida estos que fueron sometidos a funduplicatura tipo Nissen en la unidad de Cirugía Laparoscópica del Hospital Roosevelt, así mismo contar con una estadística propia en la unidad y la formulación de un protocolo de manejo. Por lo que se tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de los pacientes sometidos a cirugía antirreflujo en la unidad de cirugía laparoscópica del Hospital Roosevelt, así como las complicaciones propias de la cirugía y evaluar el tiempo de reincorporación a sus actividades laborales.

Se estudiaron 24 pacientes, de los cuales, el 63% (15 pacientes) correspondió al sexo femenino y el 37% (9 pacientes) al sexo masculino. La Escala de Visick es utilizada para evaluar el control post operatorio de pacientes con enfermedad de reflujo gastro esofágico que fueron sometidos a cirugía, del total de los pacientes que ingresaron en la presente investigación, el 62% (12 pacientes) se clasificaron en el grado 1 de la escala de visick, el 20% (5 pacientes) se clasifico en el grado 2, seguidos del 13% (3 pacientes) en el grado 3 de la escala de visick y por ultimo un 5% (1 pacientes) en el grado 4 de la escala de visck, con lo que se demuestra una alta mejora en la calidad de vida de los pacientes que fueron sometidos a cirugía anti reflujo. Entre las principales indicaciones a cirugía antirreflujo en los pacientes la principal fue la alternativa al tratamiento con medico con 62% de los pacientes, seguida de los pacientes candidatos a cirugía con un 21% de los pacientes, seguido de la Hernia Hiatal y Esofagitis con un 12% y 5% respectivamente. Del total de paciente que presentaron complicaciones (20%) las complicaciones más frecuentes fueron: 1. el mayor número de pacientes se dió en los pacientes que refirieron síndrome de retención de aire asociado a disfagia y saciedad temprana con un total de 3 pacientes seguido de recidiva de reflujo con un total de 2 pacientes. El tiempo para incorporarse a las actividades laborales se encuentre en el intervalo de 1 a 2 semanas con un total de 66% de los pacientes seguido de 3 a 4 semanas con un 25% de los

pacientes y por ultimo 9% pacientes en los pacientes que tardaron más de 4 semanas.

II. ANTECEDENTES

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un problema de salud frecuente. Los síntomas típicos, la pirosis y la regurgitación, son muy frecuentes en la población general y se estima que los sufren cada mes el 25% de los adultos del mundo occidental, cada semana el 12% y a diario el 5%². Según datos de un reciente estudio la prevalencia de ERGE entre la población española se estima en un 15% (IC95%: 13,2–16,2), con una prevalencia mensual de pirosis del 32% y de regurgitación del 22%.⁽³⁾ En Japón afecta del 6,5 al 9,5% de la población, en EE.UU. 10% a 20%, en Europa cercano a 10% y 20% ⁽³⁾ y en América Latina del 11,9 al 31,3%. Se estima que su incidencia es del 4,5-5,4/1000 pacientes por año.⁽⁵⁾ En la atención primaria (AP) de los países occidentales, la ERGE representa el 5% de las consultas. La ERGE es una enfermedad generalmente benigna, pero la persistencia e intensidad de sus síntomas puede ocasionar una morbilidad considerable. Las personas con ERGE tienen una peor calidad de vida que la población general y este deterioro repercute en el ámbito social, laboral y psicológico de los pacientes afectados, sobre todo cuando los síntomas son graves u ocurren por la noche e interfieren el sueño. El esófago de Barret y el adenocarcinoma de esófago son complicaciones de la ERGE muy poco frecuentes.⁽⁶⁾

Asimismo la ERGE se asocia con diversas entidades extraesofágicas como asma, enfermedades pulmonares o laríngeas y tos. Si bien esta asociación es consistente, la causalidad ha sido difícil de demostrar excepto para algunas alteraciones de otorrinolaringología, aunque como consideran algunos expertos, con frecuencia no es posible determinar que una anomalía sea causa o consecuencia de las manifestaciones de la ERGE. En pacientes con ERGE la incidencia de cáncer de esófago varía entre 1,0-60,8 /100 000 personas-años dependiendo de la edad, siendo más frecuente en los mayores de 70 años de edad, género masculino, tabaquismo y consumo regular de alcohol. No obstante el impacto negativo en la calidad de vida, la ERGE no disminuye la supervivencia. El mecanismo más importante para la existencia de la ERGE son las relajaciones

transitorias del esfínter esofágico inferior (EEI), las cuales son mediadas por un reflejo vagovagal. Estas relajaciones anormales, que son independientes de la deglución (de ahí su nombre) tienen una duración cercana a los 20 segundos, lo cual es superior a las relajaciones típicas inducidas por la deglución. Aunque después de la ingesta de alimentos la acidez disminuye, se conoce que la mayor cantidad de reflujo ácido se produce después de las comidas, por un fenómeno llamado el bolsillo ácido que consiste en la permanencia de un remanente de ácido en la parte proximal, por encima de la comida. Un bolsillo ácido que permanece por encima del diafragma, en especial en aquellos con hernia hiatal es un factor de riesgo importante para desarrollar reflujo gastroesofágico. El tratamiento de la ERGE clásicamente se ha basado en medidas farmacológicas, no farmacológicas y cirugía. El estándar de oro es el tratamiento médico con inhibidores de bomba de protones.(5)

El tratamiento médico, basado en los modernos inhibidores de la bomba de protones (IBP), es efectivo para controlar la pirosis y la esofagitis, pero no modifica las causas fisiopatológicas que generan el reflujo ni los síntomas mecánicos. Si a esto sumamos otros factores como costos del tratamiento, efectividad, efectos farmacológicos colaterales e insatisfacción por tratamientos prolongados y reiterados, encontraremos las razones por la que muchos especialistas y pacientes optan por el tratamiento quirúrgico. Durante los primeros 60 años del siglo pasado, numerosas técnicas fueron propuestas para el tratamiento de la ERGE. Al principio los síntomas de la enfermedad se asociaron con la hernia hiatal, consecuentemente esta se convirtió en indicación quirúrgica.(7) Los medicamentos utilizados en el manejo de la ERGE son: los antiácidos, alginatos, sucralfato, antagonistas de los receptores de histamina H2 (ARH2), procinéticos, IBP e inhibidores de las RTEII. Los IBP son los medicamentos de primera elección para el tratamiento de la ERGE en todas sus formas clínicas, ya que proporcionan un mayor alivio sintomático y más rápido, así como mayores porcentajes de cicatrización cuando son comparados con el placebo, los antiácidos y los ARH2. En la actualidad, existen varios IBP y todos ellos prescritos en forma adecuada son eficaces. Aunque los estudios muestran

tasas variables en el control del pH intragástrico y en la respuesta sintomática, los meta análisis han demostrado que la efectividad es similar entre los diferentes IBP. Es importante instruir a los pacientes que los IBP «convencionales» deben ser ingeridos al menos 30 min antes del desayuno, ya que es el momento del día en donde se encuentra la mayor cantidad de bombas activas en las células parietales. Recientemente se encuentra disponible un IBP con mecanismo de liberación dual retardada, el dexlansoprazol, el cual ha demostrado en estudios de farmacocinética que mantiene niveles terapéuticos adecuados independientemente de la ingesta de alimentos, lo que facilita la adherencia al tratamiento⁶⁰. El uso de dexlansoprazol incluso se ha recomendado en algunos estudios como terapia de mantenimiento en pacientes con ERNE que han logrado el control de sus síntomas con doble dosis de IBP convencionales. Sin embargo, son necesarios más estudios que comparen el dexlansoprazol con los otros IBP. También se encuentra disponible en nuestro país una combinación de omeprazol con bicarbonato sin capa entérica considerado como un fármaco de liberación inmediata, lo que aparentemente le confiere un efecto más rápido. (8)

El tratamiento quirúrgico obtiene resultados similares al tratamiento con medicamentos en pacientes con esofagitis, si bien la cirugía presenta resultados superiores a mediano y a largo plazo en los estudios disponibles de costoefectividad. La cirugía no debe ser considerada como el último recurso en el abanico de posibilidades terapéuticas, cuando ya han fracasado otras, sino, una alternativa razonable en enfermos con la ERGE moderada o grave. Las indicaciones para la cirugía antirreflujo según la Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons (SAGES) son: 1. Pacientes en quienes ha fallado el tratamiento médico. 2. Pacientes que presentan complicaciones del reflujo gastroesofágico tales como: Esófago de Barrett, estenosis, esofagitis grado III o IV. 3. Pacientes con síntomas atípicos como asma, ronquera, tos, dolor en el pecho, bronco aspiración y reflujo gastroesofágico, documentado por medio de la pHmetría ambulatoria de 24 horas. 4. Pacientes aptos para cirugía, aunque su tratamiento con medicamentos sea exitoso (debido a consideraciones

de alteraciones del estilo de vida, necesidad de tomar medicamentos permanentemente, alto costo de los medicamentos, etc.).(7)

En 1951 Allinson, considerado el iniciador de la cirugía antirreflujo estableció la verdadera relación entre la hernia hiatal y la ERGE, enfatizando sobre la necesidad de colocar la unión gastroesofágica en posición normal intraabdominal para garantizar su mejor funcionamiento. A partir de este momento aparecen numerosas técnicas, consistentes en fijar el estómago y la unión esofagogástrica a la pared anterior del abdomen o a una estructura retroperitoneal lo suficientemente fuerte para mantenerla en esa posición. Estas técnicas, con la excepción de la de Hill, se abandonaron en corto tiempo por el alto índice de recurrencias.⁷ En 1955, Rudolf Nissen empleó por primera vez la funduplicatura de 360° en el tratamiento quirúrgico del reflujo gastroesofágico y al año siguiente publicó sus resultados iniciales.(7)

La funduplicatura es el tratamiento estándar para el ERGE. La cuestión de la laparoscopia vs cirugía abierta ya no es relevante. Los estudios aleatorizados y meta análisis han demostrado que la funduplicatura laparoscópica se prefiere en la alternativa abierta: la eficacia es comparable pero la mortalidad es menor (0,04% vs 0,2%) y la estética es, sin duda, mejor. Todas las técnicas antirreflujo para el tratamiento quirúrgico de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico han sido reproducidas por vía laparoscópica, siendo las más difundidas las funduplicaturas de Nissen. (9)

La funduplicatura tipo Nissen consiste en cubrir el segmento de esófago intraabdominal con el fondo gástrico en una envoltura de 360 grados, tratamiento efectivo en el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, disminuyendo la sintomatología del paciente, mejorando su calidad de vida y evitando la progresión de la enfermedad-Barrett. En los pacientes funduplicados se ha observado regresión del esófago de Barrett e inclusive de la displasia esofágica.

Se reporta como un procedimiento seguro, con una tasa de mortalidad del 0% con morbilidad en un rango de 3 a 12%.(10)

Para la posición de pacientes se emplea la posición de Grassi con el tórax más levantado que el abdomen mediante un cojín especialmente diseñado para este propósito. La operación tiene 6 etapas principales:

a. Colocación de trocares: se emplean 5 trocares, 2 de 5 mm y 3 de 10 mm. El primer trocar por la cámara se coloca 2-3 cm a la izquierda de la línea media supraumbilical, en la mitad entre el ombligo y el xifoides. Posteriormente un trocar de 5 mm subxifoideo para separar el hígado, un trocar de 10 mm en línea medio clavicular izquierda, a 5-7 cm bajo la parrilla costal, un trocar de 10 mm en región costal izquierda y uno de 5 mm en línea medio clavicular derecha 5 a 7 cm por debajo de la parrilla costal derecha.(11)

b. Disección de la unión gastroesofágica: se comienza con disección del ángulo de His hasta ver el pilar izquierdo del diafragma. Enseguida se disecciona la curva menor 2-3 cm distal a la unión gastroesofágica, similar a la vagotomía supra-selectiva para preservar el nervio de Latarjet, disecando la cara anterior y posterior de la unión gastroesofágica (abordaje derecho y posterior), seccionando la membrana freno-esofágica. De esta manera los troncos anterior y posterior del nervio vago se desplazan hacia la derecha y hacia proximal, junto con las ramas hepática y celiaca.(11)

c. Para poder obtener un fondo gástrico suelto, sin tensión, se seccionan 2 vasos cortos que van desde la cara posterior del fondo gástrico hasta el retroperitoneo y el primer vaso corto que va desde el estómago hacia el bazo. Esto permite obtener una fundoplicatura suelta (Floppy Nissen).(11)

d. Cierre pilares: esta fase del procedimiento quirúrgico se realiza siempre con al menos 3 puntos de seda 0, aún cuando no esté dilatado el hiato esofágico. Hay que tener especial cuidado de visualizar y preservar el vago posterior.(11)

e. Finalmente se realiza la fundoplicatura total de 360°, de 4 cm de largo, sobre una bujía de 42 F para evitar una estenosis o una plicatura muy suelta. El punto más proximal y el más distal se anclan en el esófago.(11)

f. Se colocan finalmente 1 a 2 puntos de fundofrenopexia anterior con sutura no absorbible para evitar una posterior hernia paraesofágica iatrogénica.(11)

La escala de Visick descrita y validada en 1948 por su autor para evaluar los resultados de la cirugía de la úlcera péptica es un sistema de valoración de la sintomatología de los pacientes que fueron intervenidos por la enfermedad de reflujo gastroesofágico, en la cual el paciente valora globalmente el resultado subjetivo de la cirugía. Es una Escala gradativa de síntomas específicos, clasificados según su frecuencia y gravedad. Esta forma permite comparaciones entre los periodos pre y postoperatorios de determinados síntomas y establece comparaciones analíticas entre los síntomas de diferentes series. Conlleva un acuerdo entre los distintos autores del 95%. Se pueden evaluar diferentes síntomas o manifestaciones de la enfermedad de reflujo gastroesofágico tanto pre como postoperatorias que se puntúan de acuerdo a la frecuencia de presentación y a su intensidad. (12)

La cual se clasifica de la siguiente manera:

Grado I

Enfermo asintomático. Resultados perfectos.

Grado II

Síntomas leves solo evidentes mediante interrogatorio que se controlan fácilmente con cuidados médicos o personales. No son incapacitantes y el paciente está satisfecho con los resultados.

Grado III

Síntomas leves o moderados que no interfieren con la vida normal o el trabajo. No son evitables con cuidados médicos o personales.

Grado IV

Con sintomatología o complicaciones que interfieren con la vida normal o el trabajo. Enfermo y cirujano se muestran insatisfechos con la intervención.(7)

La calidad de vida en los pacientes post nissen ha sido estudiada en muchos países, el más reciente fue realizado en México, en el año 2014 , en el cual revela que se estudiaron un total de 100 pacientes (59 mujeres y 41 hombres) postoperados de funduplicatura de Nissen laparoscópica. Las variables fueron grado de satisfacción, calidad de vida (GIQLI), síntomas residuales y escala Visick. No se encontró variación en el sexo, siendo 49 hombres y 51 mujeres; el promedio de edad fue de 49 años. La valoración del grado de satisfacción fue: satisfactoria en 81 pacientes, moderada en 3 y mala en 2 pacientes. Más del 90% se sometería de nuevo o recomendaría la cirugía. En cuanto a la clasificación de Carlsson, se mostró mejoría al final del estudio ($p < 0.05$). (13)

En México en el año de 2001 se realiza un estudio clínico, longitudinal, retrospectivo y abierto, para determinar la eficacia de la funduplicatura tipo Nissen en pacientes con hernia hiatal y reflujo gastroesofágico revela 25 pacientes (100%), dos de ellos fueron excluidos del estudio por no realizarse control postquirúrgico manométrico (8%). De los 25 pacientes que se realizaron control manométrico postquirúrgico se realizó comparación pre y postquirúrgica de los resultados para determinar el aumento de presión del EEl que dieron como resultado una media de 15 mmHg, mediana de 13.5 mmHg y moda de 12 mmHg. El análisis de resultados obtenidos entre los controles manométricos pre y postquirúrgicos, se realizó utilizando una prueba de T pareada, la misma que dio como resultado modificaciones de la presión medidos en mm de Hg con una media de 14.696, desviación estándar de 6.212, un error estándar de 1.295, mostrando diferencia estadísticamente significativa con una $p < 0.001$ con un intervalo de confianza de 95%. De los 23 pacientes a quienes se les hizo seguimiento en el postquirúrgico, se evaluaron con Visick I, 21 pacientes(92%), con Visick III, 1 paciente (4%), y con Visick V, paciente (4%) . Como complicación, de los pacientes operados presentó sangrado 1 (4%) que ameritó reintervención quirúrgica. En el seguimiento por consulta externa únicamente se reportó disfagia como sintomatología derivada del procedimiento, refiriéndola dos pacientes (8%). (14)

Otro estudio realizado en el año 2008, en España, en el que incluyeron 49 pacientes intervenidos de reflujo gastroesofágico por laparoscopia. Todos están intervenidos desde hace más de 6 meses y corresponden a casos del mismo cirujano. Se ha estudiado la morbilidad quirúrgica, el grado de satisfacción y la calidad de vida; para esta última, se remitió por correo, a todos los pacientes, los cuestionarios de calidad de vida SF-36 y GIQLI. Resultados. La edad media de los pacientes era de 40,5 años (rango, 23-71), 9 eran mujeres y 40, varones. A todos los pacientes se les practicó el cierre de ambas ramas del pilar diafragmático y funduplicatura floppy de 360°. No hubo ninguna reconversión. La tasa de complicaciones fue del 8,2% (un síndrome febril no filiado, una retención urinaria aguda, una hemorragia auto limitada y una hernia incisional en un orificio de un trocar). Respondieron a la encuesta 43 pacientes (87,7%). El grado de satisfacción fue de 8,7 (sobre 10), el 89,5% volvería a aceptar la intervención y el 94,6% la recomendaría a un familiar. Las puntuaciones obtenidas en el cuestionario SF-36 fueron similares a los valores poblacionales, salvo en la función física y en el dominio de dolor corporal, donde hubo diferencias significativas.(15)

Actualmente en Guatemala no se cuenta con ningún estudio que indique la calidad de vida y su adaptación a la vida cotidiana.

III. OBJETIVOS

General

- Analizar la calidad de vida de los pacientes con cirugía antirreflujo por vía laparoscópica, según la Escala de Visick modificada en la Unidad de Hospital de Día del Hospital Roosevelt durante el periodo de enero de 2008 a octubre 2014.

Específicos

- Indicar el sexo más frecuente que consultan por enfermedad de reflujo gastroesofágico.
- Clasificar el grado de satisfacción de la Escala de Visick en los pacientes que fueron sometidos a cirugía antirreflujo.
- Determinar las complicaciones más frecuentes en los pacientes post funduplicatura Nissen
- Determinar el tiempo de incorporación a actividades laborales en los pacientes.

IV. MATERIALES Y METODOS

1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio Observacional Descriptivo Ambiespectivo, ya que es un estudio en el cual se observó y describió la calidad de vida y las características epidemiológicas mediante la validación de la escala de Visick modificada, en pacientes sometidos a cirugía antirreflujo, en la Unidad de Cirugía laparoscópica del Hospital Roosevelt durante el periodo de enero de 2008 a octubre 2014.

2. POBLACION

Todos los pacientes que se sometieron a cirugía antirreflujo vía laparoscópica tipo Nissen, en la unidad de Cirugía laparoscópica del Hospital Roosevelt durante el periodo de enero de 2008 a octubre de 2014.

3. SUJETO DE ESTUDIO

La calidad de vida de los pacientes post funduplicatura de Nissen mediante la valoración de la escala de Visick modificada.

4. CALCULO DE LA MUESTRA

Se seleccionó el número total de pacientes sometidos a cirugía antirreflujo, en la unidad de Cirugía laparoscópica del Hospital Roosevelt durante el periodo de enero de 2008 a octubre 2014 y que llenen los criterios de inclusión.

5. CRITERIOS DE INCLUSION

- a. Pacientes post cirugía antirreflujo vía laparoscópica.
- b. Pacientes mayores de 12 años.
- c. Pacientes con o sin enfermedades crónicas de base.
- d. Pacientes con síntomas extra esofágicos

6. CRITERIOS DE EXCLUSION

- a. Pacientes quienes fueron sometidos a cirugía antirreflujo por vía abierta.
- b. Pacientes quienes fueron sometidos a cirugía antirreflujo laparoscopica tipo Toupart.
- c. Pacientes sometidos a cirugía previa por trastornos motores esofágicos.
- d. Pacientes con retraso psicomotor.

7. CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTOS	INDICADOR OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
CALIDAD DE VIDA	Es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades por sí mismas. La calidad de vida es el grado en que los individuos o sociedades tienen altos valores en los índices de bienestar social.	Escala de Visick*	Cualitativa	Ordinal	Grados
Indicaciones para cirugía	Patología o situación en la que se debe realizar una intervención quirúrgica como el mejor tratamiento posible o para evitar complicaciones graves de la enfermedad	Fracaso al tratamiento médico Pacientes con complicaciones extraesofágicas Paciente jóvenes que precisan uso de inhibidores de bomba de protones de forma crónica Alternativa de tratamiento	Cualitativa	Nominal	Indicación

Sexo	Diferencia física descriptiva de los humanos	Masculino y femenino	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde nacimiento de una persona	Años	Cuantitativa	Razón	Años
Complicaciones	Es toda desviación del proceso de recuperación que se espera, después de una intervención quirúrgica.	Síndrome de retención de aire Recidiva de reflujo Sociedad temprana	Cualitativa	Nominal	Complicación
Tiempo de Incorporación a labores	Tiempo que una persona tarda en retornar a un trabajo luego de una suspensión.	1 a 2 semanas 3 a 4 semanas Más de 4 semanas	Cualitativa	Razón	Semanas

*Ver Anexo 1

8. PROCEDIMIENTO

- Se realizó la boleta de recolección de datos en la cual con el consentimiento aprobado por parte de los pacientes nos indicara la calidad de vida de los pacientes sometidos a cirugía antirreflujo vía laparoscópica, en la Unidad de Cirugía laparoscópica, del Hospital Roosevelt durante el periodo de enero de 2008 a octubre de 2014.

- Se revisó en los libros de estadística de la Unidad de Cirugía laparoscópica del Hospital Roosevelt los pacientes que han sido sometidos a cirugía antirreflujo.
- Se solicitó los expedientes de los pacientes sometidos a cirugía antirreflujo vía laparoscópica, en la Unidad de Cirugía laparoscópica..
- Se citó a los pacientes por vía telefónica a la Unidad de Cirugía laparoscópica, del Hospital Roosevelt.
- Los pacientes se sometieron a un examen físico en el cual se evaluó signos que van incluidos en la boleta de recolección.
- Se elaboró una boleta para la recolección de datos, en donde se registró información específica como: (a) edad, (b) peso, (c) sintomatología, (d) sexo, y (e) lugar de procedencia (f) fecha procedimiento quirúrgico, información que se obtuvo mediante una entrevista dirigida a los pacientes, incluidos en la muestra. (Ver Anexo 1)
- De acuerdo a los datos obtenidos se procedió a realizar la tabulación de datos.
- Seguidamente se discutió y analizó los resultados, obteniéndose las conclusiones correspondientes y se formuló las recomendaciones pertinentes.

9. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se respetó la confidencialidad de los resultados y el investigador reservara la información obtenida.

10. PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó una análisis simple de frecuencia relativas en el programa Excel en el cual se evaluó los grados de las escala modificada de visick, de forma conjunta para su mejor comprensión y caracterización de los pacientes que fueron sometidos a cirugía antirreflujo por vía laparoscópica

V. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla No. 1 Distribución de Pacientes por Sexo, de los pacientes que fueron sometidos a cirugía Anti reflujo en el Hospital Roosevelt durante el periodo de Enero de 2008 a Octubre de 2014

Sexo	No. De Pacientes	%
Hombres	9	63%
Mujeres	15	37%
TOTAL	24	100%

Tabla No. 2 Grado de satisfacción según su calidad de vida en los pacientes sometidos a cirugía antirreflujo vía laparoscópica, según la escala de Visick modificada

Clasificación de Visick	No. De Pacientes	%
Satisfecho	20	83%
Insatisfecho	4	17%
Total	24	100%

Tabla No. 3 Distribución de los pacientes según su grado de satisfacción en la escala de Visick que fueron sometidos a cirugía Anti reflujo en el Hospital Roosevelt durante el periodo de Enero de 2008 a Octubre de 2014

Clasificación de Visick	No. De Pacientes	%
Visick 1	15	62%
Visick 2	5	21%
Visick 3	3	13%
Visick 4	1	4%
Total	24	100%

Tabla No. 4 Distribución de los pacientes con complicaciones, que fueron sometidos a cirugía Anti reflujo en el Hospital Roosevelt durante el periodo de Enero de 2008 a Octubre de 2014

	No. De Pacientes	%
Sin complicaciones	19	80%
Con Complicaciones	5	20%

Tabla No. 5 Distribución de las principales complicaciones, en los pacientes que fueron sometidos a cirugía Anti reflujo y presentaron complicaciones en el Hospital Roosevelt durante el periodo de Enero de 2008 a Octubre de 2014

Complicaciones	No. De Pacientes.	%
Sx de Retención de aire + Saciedad temprana	3	12%
Recidiva de Reflujo	2	8%

Tabla No. 6 Distribución del período de tiempo a incorporación a actividades laborales, en los pacientes que fueron sometidos a cirugía Anti reflujo en el Hospital Roosevelt durante el periodo de Enero de 2008 a Octubre de 2014

Tiempo	No. De Pacientes	%
1 - 2 Semanas	16	67%
3 - 4 Semanas	6	25%
Mayor 4 semanas	2	8%
Total	24	100%

Tabla No. 7 Distribución de la edad de los pacientes que fueron sometidos a cirugía Anti reflujo en el Hospital Roosevelt durante el periodo de Enero de 2008 a Octubre de 2014

Años	No. De Pacientes	%
20 a 30 años	1	4%
30 a 40 años	4	17%
40 a 50 años	15	62%
Mayor de 50 años	4	17%
Total	24	100%

Tabla No. 8 Distribución del período de tiempo de seguimiento post operatorio, en los pacientes que fueron sometidos a cirugía Anti reflujo en el Hospital Roosevelt durante el periodo de Enero de 2008 a Octubre de 2014

Tiempo	No. De Pacientes	%
0 a 2 años	3	12%
3 a 5 años	16	67%
6 a 7 años	5	21%
Total	24	100%

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Alrededor del 25 a 50% de sujetos con enfermedad por reflujo gastroesofágico tienen enfermedad persistente progresiva, en ellos, la intervención quirúrgica constituye la mejor opción y el único recurso capaz de restaurar la barrera gastroesofágica la cirugía laparoscópica en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico va en aumento y constituye un tratamiento eficaz a largo plazo. Pero los cirujanos debemos también examinar los éxitos, los errores, las complicaciones y limitaciones de estas aplicaciones a largo plazo.(16)

El estudio se realizó en la Unidad de Hospital de Día del Hospital Roosevelt durante el periodo de enero de 2008 a octubre de 2014. Con respecto a la distribución de pacientes por sexo, el 63% (15 pacientes) correspondió al sexo femenino y el 37% (9 pacientes) al sexo masculino, datos que difieren de la literatura en estudios de países de Latinoamérica en los cuales son similares la distribución de pacientes por sexo que fueron sometidos a cirugía antirreflujo, como por ejemplo un estudio realizado por la asociación de gastroenterología de México donde revelo que la distribución por sexo fue de 49 hombres y 51 mujeres en un rango de edad de 18 a 87 años y un índice de masa corporal promedio de 28.33 ± 4.49 . (13)

Del total de los pacientes que ingresaron en la presente investigación, el 62% (12 pacientes) se clasificaron en el grado 1 de la escala de visick, el 21% (5 pacientes) se clasificó en el grado 2, seguidos del 13% (3 pacientes) en el grado 3 de la escala de visick y un 4% (1 pacientes) en el grado 4 de la escala de visck, de todos los pacientes ingresados en el presente estudio todos tenían como mínimo 1 año de haberse sometido a la cirugía, con el cual se considera un resultado completamente satisfactoria teniendo similitud con los pacientes evaluados en México, aunque estos con 6 meses de haber realizado la cirugía, obteniendo que el grado de satisfacción de los pacientes sometidos a cirugía fue

clasificado como totalmente satisfecho en 75 pacientes y bueno en 3 pacientes (78% con buenos a excelentes resultados. En general, la repercusión en el estilo de vida, posterior a la cirugía —medida a través de la escala de Visick— se consideró: excelente (Visick 1) y buena (Visick 2) en 19 (21.8%) y 50 (57.4%) pacientes, respectivamente, mientras que 14 pacientes tienen síntomas moderados no controlados, pero no intervienen con su vida socioeconómica (Visick 3), y 2 pacientes presentan síntomas moderados que sí intervienen con su vida socioeconómica (Visick 4). (13)

Aunque el éxito de la cirugía antirreflujo se valora por el control de los síntomas, es frecuente que la presencia y la intensidad de efectos secundarios potenciales, manifestados por sintomatología residual, se interpreten como fracaso. Sin embargo, los conceptos de mejoría son de vital importancia en el entorno actual de salud, pudiendo ser los parámetros más importantes para evaluar la eficacia del tratamiento quirúrgico. En este estudio el total de los pacientes que presentaron complicaciones luego de ser sometidos a cirugía antirreflujo son un total del 20% de los pacientes de los cuales el síntoma más frecuente Síndrome de retención de aire asociado a disfagia y saciedad temprana con un total de 3 pacientes seguido de recidiva de reflujo con un total de 2 pacientes, lo cual demuestra similitud en cuanto a síntomas con estudios realizados en México, Ecuador y Chile, la cual en esta último presentó los siguientes resultados como síntomas residuales presentados en el postoperatorio, encontramos: distensión abdominal 24 pacientes (27.5%), regurgitación 16 pacientes (18.3%) y saciedad temprana 16 pacientes (18.3%). Y otros que se presentaron con menor frecuencia, como: odinofagia en 7 pacientes (8%); eructos en 4 pacientes (4.5%); disfagia pasajera en 2 pacientes (2.29%); náuseas y vómito en 2 pacientes (2.29%) y tos en un paciente (1.1%). Observamos ausencia de síntomas residuales en 15 pacientes (17.24%). (17)(18)

La gráfica No. 5 muestra que el periodo de tiempo de los pacientes para incorporarse a las actividades laborales se encuentre en el intervalo de 1 a 2 semanas con una frecuencia de 66% (16 pacientes) seguido del intervalo de 3 a

4 semanas con un 25% (6 pacientes) y por último 8% (2 pacientes) en los pacientes que tardaron más de 4 semanas. La gráfica No. 7 nos muestra el promedio de edad de los pacientes estudiados, de los cuales el rango que más presentaron los pacientes fue de 40 a 50 años con un 66%, el cual es similar con el estudio realizado en México en el 2014, en el cual obtuvieron un promedio de 49 años. Del total de los pacientes estudiados el 67% tuvo un seguimiento post operatorio en un período de 3 a 5 años. Los objetivos de la operación antirreflujo han sido, hasta ahora, atenuar los síntomas de reflujo con riesgo mínimo y sin agregar efectos secundarios a largo plazo. La evaluación de la calidad de vida, aunque a veces sutil, siempre ha desempeñado un papel central en los objetivos terapéuticos de la medicina. Por lo tanto, se concluye, en general y de acuerdo a publicaciones en otros países, que las evaluaciones, que la cirugía antirreflujo demuestra una importante mejora en la calidad de vida. (13)

Entre las limitaciones que se presentaron en el estudio fue el poco interés en los pacientes que habían sido sometidos a cirugía antirreflujo, además del poco seguimiento brindado por la unidad de cirugía video laparoscópica del Hospital Roosevelt. Es por eso que se sugiere realizar nuevos estudios con nuevas escalas tanto clínicas como endoscópicas para un mejor seguimiento de los pacientes que fueron sometidos a cirugía antirreflujo.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 El 83% de los pacientes que fueron sometidos a cirugía antirreflujo se mostraron satisfechos.
- 6.1.2 La cirugía antirreflujo fue más frecuente en el sexo femenino con un 63%.
- 6.1.3 El 62% de los pacientes obtuvo una puntuación visick Grado 1 demostrando alta mejora en la calidad de vida.
- 6.1.4 El 20% de los pacientes presentaron complicaciones post cirugía antirreflujo
- 6.1.5 La retención de aire fue la complicación más frecuente en un 12% de los pacientes.
- 6.1.6 El tiempo de reincorporación a las actividades labores fue de 1 a 2 semanas en un 66% de los pacientes.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Implementar un programa en el cual se implementa un seguimiento post operatorio permanente trabajando con la unidad de Gastroenterología para evaluar la calidad de vida y detectar complicaciones tempranas en pacientes que han sido sometidos a cirugía antirreflujo, además de realizar un estudio de seguimiento endoscópico con los pacientes que fueron sometidos a cirugía antirreflujo.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velasco MJ. Enfermedad por reflujo gastroesof. Gastroenterolog. 2005;16(2):1309–67.
2. Matsubara ÓT. ¿Cómo estudiar al paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)? 2012;13(1).
3. Sanchis LS. La evolución de la cirugía endoscópica. La Evol la cirugía endoscópica. 2012;3–18.
4. Tobergte DR, Curtis S. Funduplicatura de Nissen Laparoscópica: Resultados Clínicos a 10 años. J Chem Inf Model. 2013;53(9):1689–99.
5. Royer Castillo WO. Impacto de las medidas generales en el tratamiento del reflujo gastroesofágico : una revisión basada en la evidencia Evidence Based Review of the Impact of Treatments of Gastroesophageal. Asoc Colomb Gastroenterol Endosc Dig Coloproctología y Hepatol. 2015;(3):431–46.
6. Merce Marzoa, Ricard Carrillob, Juan Jose Mascortc, Pablo Alonsoc FM, Julio Ponced JF. Gastroenterología y Hepatología. MANEJO DEL PACIENTE CON ERGE GUIA Pract Clin Actual 2008. 2009;32(6):431–64.
7. Martínez MA. Eficacia de la funduplicatura laparoscópica de Nissen-Rossetti en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico Eficacia de la funduplicatura laparoscópica de Nissen-Rossetti en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. 2010.
8. F. Huerta-Igaa, M.V. Bielsa-Fernández b, J.M. Remes-Trochec MAV-D d, Cuesta y JLT la. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: recomendaciones de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. Rev Mex Gastroenterol. 2015;326:15.
9. Frazzoni M, Piccoli M, Conigliaro R, Frazzoni L, Melotti G. Laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease. World J Gastroenterol. 2014;20(39):14272–9.
10. Moral MGI 1, Reoyo PJF, 2 León MR, 2 Palomo LA 2 Rodrí-, Guez. Funduplicatura de Nissen laparoscópica : resultados y factores pronósticos. Funduplicatura Nissen Laparosc. 2012;77(1):15–25.
11. Csendes DA, Díaz JC, Burdiles P, Maluenda F. Detalles técnicos y morbimortalidad de la funduplicatura de Nissen laparoscópica en 503 pacientes con reflujo gastroesofágico *. 2016;68:143–9.
12. Manterola Carlos D.1, 2 , Sebastián Urrutia V.1 TOH. Calidad de vida relacionada con salud. Instrumentos de medición para valoración de

- resultados en cieugía digestiva alta. Rev Chil cirugía. 2014;66(3):274–82.
13. Prieto-Díaz-Chávez E, Medina-Chávez JL, Brizuela-Araujo CA, González-Jiménez MA, Mellín-Landa TE, Gómez-García TS, et al. Calidad de vida y grado de satisfacción de pacientes postoperados de funduplicatura de Nissen laparoscópica. Rev Gastroenterol Mex. 2014;79(2):73–8.
 14. Antonio M, Acosta G, Díaz F, Fernández DL, González SM. Cirugía antirreflujo. 2001;44(2):1954–6.
 15. de Liaño ÁD, Yárnoz C, Garde C, Flores L, Artajona A, Romeo I, et al. Calidad de vida tras funduplicatura por vía laparoscópica en el tratamiento del reflujo gastroesofágico. Cirugía Española [Internet]. 2005 Jan 1 [cited 2016 Jul 10];77(1):31–5. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirurgia-espanola-36-articulo-calidad-vida-tras-funduplicatura-por-13070935>
 16. Palomares-chacón UR, Fernando L, Hernández C, Víctor J, Navarro P, Anaya-prado R. Enfermedad por Reflujo Gastroesofagico. 2015;37:38–43.
 17. Tacuri ÁT, Flores EV, Toral EM, S DRAJC. Funduplicatura de Nissen Laparoscópico en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico . Hospital Vicente Corral Moscoso . Cuenca , 1997 - 2008 . 2008;30(3):60–7.
 18. CSENDES A. Resultados alejados (10 años) de la funduplicatura de Nissen en pacientes con re flujo gastroesofágico patológico sin esófago de Barrett *. 2012;64:483–6.

VIII. ANEXO I

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº historia: **Nombre y Apellidos:**

Sexo: M F **Edad:** _____

Duración del seguimiento post operatorio: (meses)

SEGUIMIENTO

Telefónico Entrevista personal Rechazada

COMPROBAR DATOS PREOPERATORIOS

1. Síntomas Preoperatorios: _____

2. Duración síntomas: (meses)

3. Tratamiento Médico:

4. Indicación de intervención:

SITUACIÓN ACTUAL (COMPLICACIONES)

Tiempo post operatorio: _____

Tiempo en reincorporarse a labores cotidianas: _____ (semanas)

No refiere síntomas Visick 1

Refiere Síntomas:

Leves (controlables sin medicamento o cuidados personales) Visick 2

Moderados (No interfieren con la vida normal o trabajo, controlable con medicamentos) Visick 3

Severos (Que interfieren con la vida normal o trabajo, Insatisfecho con cirugía) Visick 4

Síntomas más Frecuentes; _____

Complicaciones post operatorias: _____

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualesquiera medios la tesis titulada "**CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ANTIRREFLUJO**" para pronósticos de consulta académica, sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.