

11209



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

**CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES
POSOPERADOS DE FUNDUPLICATURA
LAPAROSCÓPICA EN
EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
DE ENERO DEL 2000 A DICIEMBRE DEL 2004**

125 62 340

T E S I S

**PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:
CIRUGÍA GENERAL**

**P R E S E N T A :
DR. CAREP REYES PICASSO**

**ASESOR DE TESIS:
ACAD. DR. ROBERTO PÉREZ GARCÍA**



MÉXICO, D.F.

AGOSTO 2005

m348646



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.

HOJA DE FIRMAS

Vo.Bo. DR. DEL CASTILLO MEDINA JORGE

JEFE DE DIVISIÓN DE ENSEÑANZA

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO S.S.



HOSPITAL JUÁREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑ. ZA

Vo.Bo. DR. PÉREZ GARCÍA ROBERTO.

PROFESOR DE POSGRADO DEL CURSO DE CIRUGÍA GENERAL.

JEFE DE LA DIVISIÓN DE CIRUGÍA.

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO S.S.

DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS.

DEDICATORIAS:

A DIOS...

POR LA VIDA Y LA CAPACIDAD QUE ME DIO DE AYUDAR A MIS SEMEJANTES.

A MIS PADRES...

POR SU APOYO Y ENSEÑANZAS, SU PACIENCIA Y CORRECCIONES PARA SER MEJOR EN LA VIDA.

A MIS MAESTROS...

POR LAS ENSEÑANZAS Y ESmero EN MI FORMACION.

A LILY...

POR SU AYUDA Y APOYO EN MI VIDA.

AL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO...

CUNA DE LA MEJOR CIRUGIA EN EL PAIS A QUIEN DEBO MI FORMACION INTEGRAL.

1. ÍNDICE.

Tema.

	Páginas.
I. TÍTULO.....	1
1. ÍNDICE.....	2
2. INTRODUCCION.....	3
2.1. CALIDAD EN EL MUNDO.....	4
2.2. CALIDAD EN MÉXICO.....	5
2.3. EVALUACION DE CALIDAD EN CIRUGIA.....	6
3. ENFERMEDAD POR REFLUJO.....	9
3.1. DEFINICION.....	9
3.2. DIANÓSTICO.....	9
3.3. TRATAMIENTO.....	9
3.4. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.....	10
3.4.1. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO.....	12
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
5. JUSTIFICACIONES.....	14
6. OBJETIVOS.....	15
7. METODOLOGÍA.....	16
7.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	16
7.2. LÍMITE DE ESPACIO.....	16
7.3. UNIVERSO DE TRABAJO.....	16
7.3.1. Criterios de inclusión.....	16
7.3.2. Criterios de exclusión.....	16
7.4. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.....	16
7.5. MATERIAL.....	16
7.6. OBTENCIÓN DE DATOS.....	17
7.7. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	17
7.7.1. Variables cuantitativas.....	17
7.7.2. Variables cualitativas.....	17
9. RESULTADOS.....	18
10. DISCUSIÓN.....	23
11. CONCLUSIONES.....	25
12. SUGERENCIAS.....	26
13. BIBLIOGRAFÍA.....	27
14. ANEXOS.....	30

2. INTRODUCCIÓN.

Al enmarcar el término “Salud” dentro de un panorama social se advierte el máximo ideal de prosperidad y con ello el crecimiento económico de un país. Se ha aprendido que mediante la unión de esfuerzos organizados, tanto individuales como colectivos es imperativo conservar la salud y recuperarla ante su pérdida; pero sobre todo que el pugnar por procesos analíticos, científicos y educativos aunados con el humanismo permite lograr el bienestar físico, psicológico y social.^{1,2}

Quienes pretendemos dominar la logística, la gerencia, la ciencia y la tecnología, estamos obligados sine qua non a garantizar *CALIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS* con el único fin de maximizar la satisfacción y el bienestar solicitados, mediante el compromiso de promover los mecanismos necesarios para ello.^{3,4}

Garantizar *CALIDAD* de servicios implica la máxima expresión de superación organizativa y de capacidades, llevadas al campo de la excelencia. Es fundamentar en resultados el mayor tesoro del hombre y el máximo derecho por el que se debe luchar: LA SALUD.⁵

Promulgar la *CALIDAD* es establecer a ésta como un sistema que movilice esfuerzos de personal, empresarial, recursos de infraestructura y materiales; de evaluaciones permanentes con rigurosa retroalimentación para llegar a un cliente en forma de servicio o producto que le deje satisfacción y bienestar; es decir, garantizar confianza y otorgar satisfacción. El asegurar la calidad en una empresa de salud es más estricto pues es garantizar la propia vida del ser humano.^{6,7}

2.1. CALIDAD EN EL MUNDO.

Las estrategias de países desarrollados en las últimas décadas han sido mediante ejercicios de planeación, fomentar el desarrollo de ingeniería de procesos, sistemas de gestión de la calidad, en mejoramiento progresivo de la misma, auditorías internas de calidad hasta encontrar pilares básicos de ISO (International Standard Organization) como elementos indispensables de productividad y competitividad.^{4,8}

Diversos autores han aportado a nuestro tiempo el llamado *MOVIMIENTO MODERNO DE LA CALIDAD* que no solo implica conocimientos teóricos gerenciales, sino además un montaje planificado y sistematizado en aprovechamiento de recursos, mecanismos de capacitación, preparación y educación continua pero evitando el desfazamiento entre productividad y calidad, no solo como un medio para alcanzar satisfactores mas bien como un mecanismo *CULTURAL* en pro de la permanencia de la *CALIDAD*.⁹

Diversas transnacionales se enmarcan en un nivel de excelencia en base al cumplimiento de necesidades del cliente, entendido éste como al usuario con expectativas de resultados de producto o servicio. Se han consolidado en la adecuada diferenciación entre ambos, ya que éste último implica éxito de conjunto y no solo por su apariencia externa y eficiencia aislada de un solo producto. Todo esto implica esforzarse en exceder las expectativas planteadas.¹⁰

La Comunidad Europea buscó los mecanismos para financiar dar alta prioridad a la investigación de garantía de calidad no solo en la industria en general sino en las empresas de salud en particular, tomando como punto prioritario el costo que esa garantía podría significar.¹¹

Todos estos estudios dieron los resultados que cimentaron los cambios en diferentes países: ética, seguridad, eficiencia, atención a la salud y economía. La parte relacionada con la ética llevó inclusive a que en la mayoría de los países, las profesiones incluyeran en los códigos de ética la obligación de prestar servicios de calidad, además los países que han legislado respecto a cobertura total de la seguridad social en salud, garantizan esta calidad como un propósito claramente definido y la convierten en una característica insustituible.¹²

Diferentes autores han justificado que en hospitales de los países latinoamericanos y del Caribe enfrentan grandes retos y están abocados a sinnúmero de dificultades para llenar los requisitos básicos hacia la calidad, fundamentalmente por razones de tipo económico que han significado que las necesidades primarias no hayan podido satisfacerse, pero especialmente destacan el hecho de la ausencia de programas educativos tanto para los profesionales de la salud, como para la comunidad.¹³

El mejor aspecto digno de tenerse en cuenta en esos países el relacionado con los débiles mecanismos de control de calidad, que podrían llevar al traste los nuevos sistemas de atención. así como en los Estados Unidos, fueron factores determinantes de las numerosas demandas por mala práctica.¹⁴

2.2. CALIDAD EN MÉXICO

El liderazgo empresarial es fundamental en el desarrollo de calidad organizacional pues es quien establece la unidad de propósitos y rige la orientación del personal para lograr su involucramiento en el logro de objetivos de la organización, ya que su total compromiso favorece que las capacidades y habilidades sean utilizadas en ellas.¹⁵

Los modelos actuales de sistemas de garantía de calidad en salud establecen diferentes componentes. Los costos de la calidad en general, con aplicación a la empresa de salud, se dividen en costos de prevención, costos de evaluación y costos de fracaso. Los últimos son tan relevantes en los servicios de salud en donde a diferencia de la industria ésta paga con pérdidas de dinero, mientras la primera lo hace pérdidas de vidas, aspecto de tremenda gravedad social y moral que implica no solo el desprestigio definitivo de la institución, sino su condena ética y penal.¹⁶

Los costos de prevención corresponden al plan general de la gerencia y comienzan por la adecuación de la estructura y la conveniente dotación, al igual que por la preparación de los recursos humanos y la educación continua en el tema. La evaluación constante implica el ejercicio permanente no solo de auditoría de la calidad en todos los aspectos, además de la identificación de los factores de error o falla, e identificación inmediata de las medidas correctivas. Esto implica disponer del equipo adecuadamente preparado para esa permanente labor.¹⁷

La filosofía actual de las diferentes instituciones corresponde a que en un producto o un servicio lo que juega es la satisfacción del cliente. El soporte de la calidad que compromete todos los esfuerzos de una organización o institución, por pequeña que sea. Aun cuando las encuestas de satisfacción pueden aportar un indicio interesante, quizá elocuente respecto al producto o servicio, la gerencia o administración responsable no debe esperar sistemáticamente a que éstas se lleven a cabo de manera programada, sino adelantarse y en interrogatorio a la mayor cantidad posible de usuarios establecer su grado de conformidad.¹⁸

En los servicios de salud, además de la opinión del propio paciente, la de la familia y la comunidad, la encuesta es definitiva para establecer el concepto favorable o desfavorable respecto al servicio o producto suministrados.¹⁹

Las encuestas programadas, deben hacerse de manera sistemática, haciendo saber al cliente o al miembro de la comunidad que debe contestarla, que esa actividad se realiza con el único fin de asegurarse de que la calidad continúa y que en caso de observarse deterioro se tomarán las sugerencias del cliente para corregir de inmediato las fallas observadas.²⁰

2.3. EVALUACION DE CALIDAD EN CIRUGIA.

La literatura aborda la calidad de vida no sólo desde el punto de vista teórico, sino de investigación; se señala en los diferentes artículos sobre este concepto y sus instrumentos de medición, que permitan ampliar el pensamiento médico-científico y obtener conocimientos profundos en las evaluaciones clínico-terapéuticas en el área quirúrgica. Todos los autores coinciden en que la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidimensional que incluye las áreas del *status* funcional, bienestar psicológico y funcional, las percepciones médicas y los síntomas relacionados con la enfermedad y el tratamiento y que además actualmente no existe un instrumento único, genérico o específico de cáncer que pueda considerarse *estándar de oro* para la evaluación de la calidad de vida en el rubro donde se quiera aplicar.²¹

En la década de los 80 se comenzaron a ampliar los alcances de los parámetros de evaluación empleados en la investigación de los servicios clínicos y de salud; más allá de los indicadores tradicionales del éxito terapéutico, tales como supervivencia prolongada y control de los síntomas clínicos. Particularmente en el terreno de la enfermedad crónica se ha aducido que la evaluación de tecnologías médicas requiere la atención de la salud funcional, psicológica y social del individuo. Esta tendencia es quizás más evidente en el campo de la oncología que en cualquier otro. Aunque la respuesta al tumor, el intervalo libre de enfermedad y la supervivencia global siguen en el centro del interés en la investigación clínica del cáncer, han surgido consideraciones sobre la calidad de vida (CV) como componente legítimo del proceso de evaluación.²²

La amenaza a la existencia, el sentimiento de incertidumbre que suscita el diagnóstico de patologías quirúrgicas, los cambios corporales tras la cirugía; los síntomas y signos secundarios al tratamiento; los cambios en el estilo de vida, así como las repercusiones que el proceso de la enfermedad tiene en la vida socio-familiar y laboral de los enfermos legitiman la investigación de las consecuencias del diagnóstico y su tratamiento. Estas son las razones por las cuales la medición de la calidad de vida echó raíces en la cirugía.²³

Después de una considerable inversión en el desarrollo de instrumentos confiables y válidos para la medición de la CV se ha generado un creciente número de herramientas de trabajo que debe convencer, incluso a los escépticos, del valor de estos datos en la toma de decisiones médicas. La evaluación de la CV avanza rápidamente en la evaluación del impacto del tratamiento en los resultados; tanto en el ensayo clínico como en la práctica médica diaria. La literatura de hoy, aborda la CV no sólo desde el punto de vista teórico sino investigativo.²⁴

El punto más importante a comprender es que la CV, el estado de salud, el estado funcional y términos similares no son sinónimos. El concepto de CV se emplea de forma indiscriminada y sus instrumentos no son siempre intercambiables para diferentes propósitos. Las inferencias prácticas que se extraen de la aplicación de estas medidas en las investigaciones biomédicas y clínica, podrían variar la política de salud y la práctica clínica en dependencia de qué se cree que se mide.²⁵

Las mediciones del estado de salud difieren en muchos aspectos como por ejemplo: la muerte, el dolor, la vejez y otros. Las nociones modernas del estado funcional y la satisfacción del paciente con la atención de la salud son muy recientes.²⁶

En las dos últimas décadas se han desarrollado numerosos instrumentos para la medición del estado de salud individual, así como su confiabilidad y validez. Según Bergner en Perfil del Impacto de la Enfermedad (MGS), en 12 dimensiones incluye: deambulaci3n, movilidad, cuidado del cuerpo (primera medida de la salud f3sica), conducta vigil y emocional (medici3n colectiva y psicosocial), suefio, descanso, alimentaci3n, conducci3n del hogar y recreaci3n o pasatiempo. En 3ste y en otros instrumentos se pide a las personas que respondan a una serie de afirmaciones relacionados con la salud; en el caso del SIP se pide responder afirmativamente si la declaraci3n describe su estado actual y si est3 relacionada con su salud. Las preguntas concierne a su actividad se formulan en t3rminos de ejecuci3n actual y no de capacidad de hacer alguna actividad. El 3ndice MGS desarrollado por Lohr y Ware, solicita a las personas que eval3en su salud en general. Esta medici3n valora sus propias opiniones de su salud anterior, presente y futura, y su susceptibilidad a las enfermedades.²⁷

Un conjunto completo de mediciones de la CV, tambi3n abarcan una extensa escala de atributos internos y externos del individuo: atributos de vivienda, vecindario o comunidad, relacionados con el confort, la seguridad, la ausencia del cr3men, la conveniencia de tiendas o transporte al trabajo y otros factores similares. Otros aspectos ambientales de la CV podr3an incluir: situaciones laborales, carga de trabajo y relaciones estresantes. La situaci3n laboral como medici3n requiere un comentario especial.²⁸

Otros atributos personales o ambientales podr3an ser incluidos en una definici3n de la CV tales como: logro educacional u oportunidades, ingresos, nivel de vida y similares elementos financieros, sociales o demogr3ficos; no obstante, otros contemplan mediciones de la capacidad individual para enfrentar per3odos cortos o largos de situaciones estresantes. Estas nociones pueden extenderse tambi3n a las relaciones sociales. Una lista de variables de CV utilizada en ensayos cl3nicos y quir3rgicos, consigna tambi3n escalas o mediciones de la imagen corporal, confianza, autoimagen, autoestima y nivel de esperanza.²⁹

Existe un gran conjunto de instrumentos para evaluar la CV globalmente y otros son m3s espec3ficos de enfermedad. Una ventaja de los instrumentos gen3ricos reside en la capacidad que ofrecen para comparar puntuaciones de la CV en diferentes grupos de pacientes (de c3ncer y con otras enfermedades), adem3s si se eligiera un s3lo instrumento para uso general, los cl3nicos tendr3an una medida simple de la CV que pudieran comprender f3cilmente.³⁰

Un ejemplo de ello es el 3ndice de la CV que incluye un punto para: las actividades de la vida diaria, las actividades principales, la salud, la actitud y el sost3n. La principal desventaja de los instrumentos gen3ricos es que no abordan cuestiones 3nicas de CV (por ejemplo efectos secundarios de la QTP, temores de progresi3n o de recurrencia de la enfermedad, etc3tera). En contraste, los instrumentos espec3ficos para el c3ncer se disefian para tener en cuenta cuestiones de la CV relacionada con el c3ncer; pero estas medidas generalmente no son comparables en el contexto de diferentes estados de la enfermedad.³¹

La gran incidencia y prevalencia del c3ncer hacen de 3ste un tema econ3mico de importancia, por ello algunos investigadores proponen adicionar a las mediciones de la calidad de vida, evaluaciones econ3micas de las tecnolog3as de salud, con el prop3sito de apoyar la pol3tica m3dica en diferentes niveles en la toma de decisiones; para ello proponen el uso de varios instrumentos de mediciones pero lo m3s importante es aplicar el mas adecuado a cada estudio.³²

Un esfuerzo grande en los últimos decenios en el ámbito de la investigación, ha producido un abanico de cuestionarios sofisticados para medir tanto los aspectos específicos como la CV en general. Estos instrumentos varían en el modo de administración, en el énfasis, en los alcances y en la longitud. Un gran número de escalas han sido exitosas en la generación de puntuaciones reproducibles y válidas; a continuación se describen algunas por su importancia.

El Quality of Life Uniscale, utiliza una escala analógica visual que solicita el sujeto que ofrezca una calificación sumaria global. Los instrumentos están diseñados para uso de los pacientes, de las personas importantes para él y de los profesionales de la salud que lo atienden. La confiabilidad y la validez del QLI han sido demostradas en estudios realizados en Australia, Canadá y los EEUU con distintos tipos de enfermos.³³

Las mediciones de la calidad de vida son particularmente útiles en problemas clínicos en donde el objetivo primario es remitir los síntomas y una amplia variedad de opciones de tratamiento existentes. La ERGE tiene una gran variedad de opciones de tratamiento variando desde un simple cambio en el estilo de vida a diferentes tipos de cirugía.³⁴

El problema ha sido evaluar la eficacia de estos tratamientos objetivamente. No se habían desarrollado sistemas que midieran la severidad de los síntomas. Dentro de estas escalas se encuentran CV-ERGE, SF-36 prueba validada como instrumento genérico de calidad de vida.

Otra prueba es el ICV-GI, que es recomendado por el European Study Group, este estudio consta de 5 secciones donde se evalúan síntomas gastrointestinales, estudio emocional y físico; actividad social y stress por el tratamiento médico.^{33,34}

Todo esto correlaciona la gran diversidad de cuestionarios y tests que se han propuesto para evaluar el impacto de intervenciones médico-quirúrgicas en aspectos funcionales, sicosociales y emocionales, direccionando la evaluación de la calidad y las acciones que la garanticen.³⁵

3. ENFERMEDAD POR REFLUJO

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) ha sido considerada desde siempre como un problema sanitario de magnitudes considerables. La ERGE afecta a una gran parte de la población, con un 44% de sujetos con pirosis al menos una vez al mes y con un 18% que utiliza un medicamento antiácido. La ERGE es un desorden crónico progresivo que obliga muchas veces al paciente a recurrir al médico para un tratamiento adecuado. El tratamiento quirúrgico de la ERGE está perfectamente establecido y en algunas condiciones clínicas aporta beneficios superiores a los tratamientos no quirúrgicos.^{36,37}

DEFINICIÓN

Se define la ERGE como un fallo de barrera antireflujo que permite un reflujo anormal del contenido gastroduodenal en el esófago. Se trata de un desorden mecánico debido a un esfínter esofágico inferior defectuoso, a un desorden del vaciamiento gástrico o a una disfunción de la peristalsis esofágica. Estas anomalías se traducen en un espectro de condiciones que van desde afecciones superficiales de la mucosa hasta lesiones del tejido esofágico con las subsiguientes complicaciones. Aunque se desconoce la naturaleza exacta de la barrera antireflujo se cree que los componentes clave de la misma son el esfínter esofágico inferior, el diafragma crural y los ligamentos frenoesofágicos.^{38,39}

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la ERGE se fundamenta en la demostración de uno de los siguientes hallazgos:

- 1) la presencia de una lesión de la mucosa esofágica (esofagitis) bien documentada-
- 2) un reflujo excesivo de ácido mediante monitorización del pH intraesofágico durante 24 horas.

Pueden utilizarse métodos adicionales para la confirmación (p. ej., estudios con radiografías de contraste, mapeo de los síntomas con tests provocativos, estudios de vaciamiento gástrico)^{40,41}

TRATAMIENTO

El tratamiento farmacológico es el tratamiento de primera elección en la ERGE. Aproximadamente el 90% de los casos responden a un tratamiento médico intensivo. Sin embargo, el tratamiento médico no afecta la etiología mecánica de la condición, de tal manera, que una vez discontinuado el tratamiento farmacológico, se producen recaídas en más del 80% de los casos.^{42,43}

Aunque el tratamiento farmacológico puede ser efectivo en el reflujo de tipo ácido, las lesiones de la mucosa esofágica pueden continuar desarrollándose debidas al reflujo alcalino. Dado que la ERGE es una condición crónica, el tratamiento farmacológico con fármacos inhibidores de la secreción de ácido o que aumentan la motilidad pueden ser necesarios por largos periodos de tiempo.^{44,45}

Los gastos, el impacto psicológico debido a la dependencia de fármacos, los cambios del estilo de vida que conllevan, la incertidumbre de los efectos a largo plazo de las nuevas medicaciones y la posibilidad de que persistan los cambios de la mucosa pese al control sintomático hacen que el

tratamiento quirúrgico sea una opción atractiva. El tratamiento quirúrgico, que se enfoca a la corrección de un problema mecánico consigue la curación de la ERGE en el 85-93% de los pacientes. El tratamiento crónico con fármacos puede ser más apropiado en aquellos pacientes cuya esperanza de vida o condiciones comórbidas prohíben una intervención quirúrgica.^{46,47}

Dos estudios clínicos controlados en los que se compararon los tratamientos farmacológico y quirúrgico de la ERGE demostraron que este último era más favorable. En el estudio aleatorizado más reciente en que se comparó un tratamiento médico (ranitidina y metoclopramida) y un tratamiento quirúrgico, se demostró que este último era superior en el control de los síntomas clínicos y endoscópicos a lo largo de más de dos años. Otros estudios longitudinales también han mostrado los excelentes resultados a largo plazo en un 80-93% de los pacientes tratados quirúrgicamente.^{48,49}

3.4. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ERGE

Preparación preoperatoria: Antes de considerar el tratamiento quirúrgico de la ERGE se recomienda que los pacientes sean sometidos a:

- 1) esofagogastroduodenoscopia (con biopsia en los casos en que sea adecuada)
- 2) evaluación manométrica esofágica.

En algunos casos especiales, las siguientes pruebas suelen ser de utilidad:

- 1) monitorización del pH intragástrico durante 24-horas
- 2) cineradiografía bária.⁵⁰

Aunque no siempre están disponibles, estas pruebas no solo permiten confirmar el diagnóstico, sino que permiten determinar si el paciente es un candidato apropiado para un tratamiento quirúrgico. En particular, la biopsia de las áreas que se sospecha un epitelio de Barrett puede documentar la presencia de una severa displasia o de un carcinoma. En estas circunstancias, un procedimiento antireflujo puede no ser suficiente, estando indicadas otras intervenciones como una resección esofágica o una vigilancia intensiva del área lesionada.^{51,52}

La endoscopia puede, igualmente, detectar otras anomalías de la mucosa gastroesofágica, sugerentes de etiologías sintomáticas diferentes de la ERGE. La determinación del pH intraesofágico durante 24 horas puede sugerir otro tipo de diagnóstico y llevar a la realización de pruebas adicionales. Los estudios manométricos pueden detectar anomalías de la peristalsis y sugerir el riesgo de disfagia después de una funduplicatura con la subsiguiente necesidad de un procedimiento quirúrgico modificado.^{53,54}

INDICACIONES PARA CIRUGÍA

El tratamiento quirúrgico debe ser considerado en aquellos pacientes con ERGE documentada en los que:

- 1) haya fracasado el tratamiento médico
- 2) opten por un tratamiento quirúrgico a pesar de un tratamiento farmacológico exitoso (por consideraciones económicas, cambios en el estilo de vida, tiempo, etc.)
- 3) muestren complicaciones de la ERGE (por ejemplo esófago de Barrett o esofagitis de grado III o IV).

- 4) muestren complicaciones médicas atribuibles a una hernia de hiato (por ejemplo, hemorragia o disfagia)
- 5) muestren síntomas "atípicos" (asma, ronquera, tos, dolor torácico, aspiración) y reflujo documentado con la monitorización ambulatoria del pH esofágico de 24 horas. ^{55,56}

En los pacientes con esófago de Barrett y displasia, los riesgos de un carcinoma subyacente son significativos, lo que obliga a un aumento de la vigilancia. Se debe considerar la esofagectomía con ascenso Gástrico en casos de displasia grave. ⁵⁷

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Para conseguir los objetivos anteriores se han desarrollado varias técnicas quirúrgicas. La elección de la misma se basa sobre todo en consideraciones anatómicas así como sobre la preferencia y experiencia del cirujano. Muchas de estas técnicas han sido extensamente utilizadas y han demostrado su utilidad en el control del reflujo con efectos secundarios mínimos. La funduplicatura de 360° o de Nissen es el procedimiento más aceptado en pacientes con motilidad esofágica normal. En los pacientes en los que la motilidad esofágica se encuentre comprometida debe considerarse una de las varias funduplicaturas parciales (por ejemplo la funduplicatura de Toupet) para reducir la posibilidad de una disfagia postoperatoria. ^{58,59}

El éxito de un procedimiento antireflujo depende del entrenamiento y experiencia del cirujano en una técnica determinada y de su implicación en la atención pre- y postoperatoria. El procedimiento elegido (cirugía a cielo abierto o laparoscópico) dependerá de la experiencia del cirujano más que de la técnica en sí misma. ⁶⁰

El objetivo primario de la intervención quirúrgica de la ERGE es el reestablecer la barrera antireflujo sin crear efectos colaterales. Además, muchos cirujanos creen que es necesario:

- 1) Asegurar una longitud intrabdominal adecuada del esófago para permitir una funduplicatura longitudinal libre de tensión alrededor del esófago distal.
- 2) Movilizar el fundus gástrico para facilitar una funduplicatura libre de torsión y tensión.
- 3) cerrar cualquier defecto asociado del hiato ^{61,62,63}

3.4.1. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA ERGE

Los procedimientos laparoscópicos se basan en la tecnología videoscópica que permite a los cirujanos reproducir los métodos quirúrgicos a cielo abierto aceptados de forma mínimamente invasiva. Los beneficios de la cirugía laparoscópica son análogos a los conseguidos en la colecistectomía laparoscópica e incluyen una recuperación más confortable y rápida y un retorno más rápido a la actividad normal. Numerosas publicaciones avalan la factibilidad, seguridad y resultados favorables de la cirugía laparoscópica en el tratamiento antireflujo.^{64,65}

Las indicaciones para un tratamiento laparoscópico de la ERGE son las mismas que las señaladas para la cirugía a cielo abierto. La cirugía laparoscópica debe ser practicada sólo por cirujanos adecuadamente entrenados. Este procedimiento requiere de un equipamiento adecuado y de práctica en técnicas especiales como la realización de suturas intracorpóreas, el uso de laparoscopios angulados para disponer de varias vistas y de la manipulación de órganos y tejidos con ambas manos. Esta práctica se consigue mediante cursos y aprendizaje de los detalles específicos sobre la técnica en cuestión. Antes de intentar realizar el procedimiento de forma independiente, el cirujano deberá ser adecuadamente formado por un cirujano bien experimentado en la técnica. Finalmente, la cirugía laparoscópica antireflujo requiere un equipo quirúrgico familiarizado con el equipo, instrumentos y técnica.^{66,67,68}

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿CUAL ES LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES POSOPERADOS DE FUNDUPLICATURA LAPAROSCOPICA EN EL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO DE ENERO DEL 2000 A DICIEMBRE DEL 2004?

5. JUSTIFICACIONES

El proceso de garantía de calidad en los servicios de salud, es un imperativo de ésta época en que la evolución tecnológica, los avances en la medicina y el desarrollo del talento humano en salud, hacen que los administradores, y todos los prestadores de salud deban utilizar herramientas que les permita controlar en forma adecuada los procesos que a ellos han sido encomendados.

En la concepción actual se considera a la garantía de calidad en salud, como un proceso técnico científico, administrativo y financiero, que busca asegurar una adecuada prestación de servicios de salud, con un alto grado de utilización de los mismos, por parte de los usuarios del sistema y con un excelente nivel de atención y clara percepción por parte de los proveedores de la calidad del servicio que ofrecen.

La Organización Mundial de la Salud y la organización Panamericana de la Salud, plantean que la calidad en salud conlleva un compromiso interinstitucional que relaciona tres entes: el estado, los proveedores y los usuarios de los servicios.

Considerar un control continuo de calidad establecido como método en los 80's es enfatizar la extensión del método científico para el diagnóstico y manejo de problemas médicos. Dichas acciones promulgadas por diversos grupos colegiados que promulgan no solo la identificación de problemas médicos, si no la planificación de manejo corrección metódica y reevaluación continua de los resultados que se obtienen de las intervenciones realizadas.

La educación quirúrgica y la forma de aplicación son entes indivisibles. Actualmente se debe a manejar conceptos de costo-efectividad, tanto de recursos diagnósticos como terapia medica quirúrgicas.

Es imperativo según tendencias a establecer al paciente en un contexto global de prevención, detección oportuna, tratamiento, rehabilitación y sobre todo seguimiento de la calidad de vida a posteriori. Los beneficios implícitos en todos estos componentes conllevan a resultados clínicos sino adecuados si funcionales con una satisfacción médico paciente.

Al mismo tiempo esto permite analizar, medir y optimizar recursos, tan valiosos en nuestro medio actual de salud. Las realidades socioeconómicas en las que se ejerce en nuestro país justifican por sí mismas, aumentar la responsabilidad en forma de decisiones para garantizar control de calidad a bajo costo.

El costo en enfermos que requieren cirugía, ha sido y será de importancia en cualquier medio de salud ya que mucho dependerá de la racionalización de utilización y disponibilidad sin olvidar, volumen de existencia demanda el gasto de servicios y personal siendo enmarcados por políticas de salud la evaluación y de la calidad de vida han permitido en mucho, evaluar y obtener suficiente evidencia en cuanto a conceptos de impacto de manejo medico quirúrgicos.

Con todo lo anterior considero imperativo, que en la formación quirúrgica de los residentes, aparte de la necesidad de aprender a manejar costos es imprescindible aprender a evaluar calidad de vida en nuestros pacientes.

7. OBJETIVOS.

7.1. OBJETIVO GENERAL.

EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES POSOPERADOS DE FUNDUPLICATURA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MEXICO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2004.

7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ❖ Identificar las características sociodemográficas, de pacientes posoperados de funduplicatura laparoscópica en el hospital Juárez de México.
- ❖ Identificar las características principales de morbilidad de pacientes posoperados de funduplicatura laparoscópica en el hospital Juárez de México.
- ❖ Identificar aspectos de calidad en la atención quirúrgica de pacientes posoperados de funduplicatura laparoscópica en el hospital Juárez de México.

8. METODOLOGÍA.

8.1. DISEÑO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio retrospectivo, para evaluar la calidad de vida de pacientes posoperados de funduplicatura laparoscópica en el hospital Juárez de México de Enero de 2000 a Diciembre del 2004.

8.2. LÍMITE DE ESPACIO.

El presente estudio se limitó a los expedientes del departamento de archivo clínico, se utilizó una línea telefónica del hospital Juárez de México

8.3. UNIVERSO DE TRABAJO.

Los expedientes clínicos, reportes de guardia del servicio de cirugía General

8.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Se incluyeron todos los casos de pacientes posoperados de funduplicatura laparoscópica en el hospital Juárez de México de Enero de 2000 a Diciembre del 2004.

8.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Se excluyeron todos aquellos casos cirugía no laparoscópica en el hospital Juárez de México de Enero de 2000 a Diciembre del 2004.

8.4. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

El instrumento de recolección de datos, fue una hoja impresa, tamaño carta, que presentaba los rubros principales, según el planteamiento de los objetivos específicos (ver anexo 1).

8.5. MATERIAL.

Los materiales utilizados fueron: papel bond tamaño carta, plumas, gomas, carpeta archivero, computadora portátil, paquetes de procesamiento de datos como STATISTICA, MICROSOFT EXCEL y diskettes.

8.6. OBTENCIÓN DE LOS DATOS.

Los datos se obtuvieron de los expedientes del servicio de archivo clínico registrando la información obtenida a través de un formato integrado por 3 apartados principales:

- 1.- Aspectos sociodemográficos. Serán obtenidos de los expedientes clínicos.
- 2.- Antecedentes de morbilidad. Se obtuvieron de los cuestionarios realizados.
- 3.- Aspectos de calidad. Se obtuvieron de cuestionarios realizados. (ver anexo 1).

8.7. ANÁLISIS DE LOS DATOS.

8.7.1. Variables cuantitativas: éstas se analizaron a través de medidas de tendencia central como mediana y moda

8.7.2. Variables cualitativas: éstas se analizaron a través de medidas de proporción.

9. RESULTADOS.

Se revisaron los reportes de guardia del servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México de enero del 2000 a diciembre del 2005 para identificar las cirugías realizadas de funduplicaturas laparoscópicas encontrando un total de 65 cirugías.

Se recopilaron en hojas de formato de recolección de datos y se procedió a revisión de expedientes clínicos en el departamento de archivo, realizando la evaluación de aspectos de calidad mediante reporte vía telefónica.

Se obtuvieron 54 pacientes de los cuales 61% (33) fueron mujeres y 21 hombres (39%) como se representa en el cuadro número 1.

Cuadro número 1. Número de casos.

SEXO	CASOS	%
HOMBRES	21	39
MUJERES	33	61
TOTAL	54	100

El promedio de edad fue de 45.5 años con un rango de 29-61 años, como se representa en el cuadro número 2.

Cuadro número 2. Promedio de edad.

EDAD	CASOS	%
20-30	2	3.7
31-40	16	29.6
41-50	22	40.7
51-60	10	18.5
61 o mas	4	7.4
TOTAL	54	100

La ocupación principal fue ama de casa 34 casos (63%) y varió de labores de oficina en 10 casos (18.5%) a profesionista en 6 casos (11%) como se muestra en el cuadro número 3.

Cuadro número 3. Ocupación principal.

OCUPACION	CASOS	%
ama de casa	34	63
oficina	10	18.5
profesionista	6	11
otros	4	7.5
TOTAL	54	100

El estado civil que predominó fue casado en 40 pacientes (74%) encontrando 8 casos en unión libre (14.8%) y el resto fueron solteros (11.2%) como se muestra en el cuadro número 4.

Cuadro número 4. Estado Civil.

EDO. CIVIL	CASOS	%
casado	40	74
unión libre	8	14.8
soltero	6	11.2
TOTAL	54	100

El 89% de los pacientes presentaron estudios máximos en promedio de secundaria terminada (48 pacientes), solo 5 casos (9.2%) tuvieron estudios de licenciatura o postgrado, como se muestra en el cuadro número 5.

Cuadro número 5. Grado de estudios.

G. ESTUDIOS	CASOS	TOTAL
secundaria	48	89
preparatoria	1	1.8
profesional	5	9.2
TOTAL	54	100

En relación con los antecedentes de morbilidad, la patología documentada en la historia clínica fue la Diabetes mellitus en 4 casos (7.4%). Le siguió la hipertensión arterial en 5 casos (9.2%). Otras patologías encontradas fueron hipotiroidismo 1 caso (1.8%) y cardiopatía no especificada en 1 paciente (1.8%), como lo muestra el cuadro número 6.

Cuadro número 6. Antecedentes de morbilidad.

ANT. ENF.	CASOS	%
DM tipo 2	4	7.4
HAS	5	9.2
Hipotiroidismo	1	1.8
cardiopatía	1	1.8
TOTAL	11	20.2

Los antecedentes quirúrgicos se documentaron en 16 casos (29.6%), siendo la cirugía previa mas encontrada apendicectomía en 8 pacientes (14.8%), plastía inguinal 5 casos (9.2%), 2 casos de lipoma (3.7%) y 1 caso de cirugía de rodilla (1.8%). En el resto de los casos no contaron con ningún tipo de antecedente, como se muestra en el cuadro número 7.

Cuadro número 7. Antecedentes quirúrgicos.

CIRUGÍAS	CASOS	%
apendicectomías	8	14.8
plastia inguinal	5	9.2
lipoma	2	3.7
rodilla	1	1.8
sin antecedentes	38	70.5
TOTAL	54	100

Se encontraron documentados antecedentes de toxicomanías en 35 pacientes (64.8%), de los cuales 14 consumían alcohol (26%) y 13 pacientes presentaban tabaquismo (24%), y 8 pacientes (14.8%) consumían ambas toxicomanías. En el resto de los pacientes no se documentaron antecedentes como lo muestra el cuadro número 8.

Cuadro número 8. Antecedentes de toxicomanías.

TOXICOMANIAS	CASOS	%
alcohol	14	26
tabaquismo	13	24
ambas	8	14.8
sin antecedentes	19	35.2
TOTAL	54	100

En relación con los antecedentes de calidad se trató de correlacionar el sintoma preoperatorio de la historia clínica con el otorgado vía telefónica por el paciente, encontrando una correlación de 48 pacientes. El rango de tiempo de evolución fue de 9 años (rango de 1-16 años), con una media de 8 años.

La sintomatología encontrada con predominio fue la pirosis en 50 pacientes (92.6%) odinofagia 39 casos (72.2%), regurgitación 32 pacientes (59.2%) dolor torácico 19 casos (35.2%) y disfagia 5 pacientes (9.2%). Cabe señalar que la mayoría de los pacientes refirieron más de una sintomatología por lo que no se representa el total de pacientes como lo muestra el cuadro 9.

Cuadro número 9. Frecuencia de sintomatología preoperatoria.

SINTOMA	CASOS	%
pirosis	50	92.6
odinofagia	39	72.2
regurgitación	32	59.2
dolor torácico	19	35.2
disfagia	5	9.2

El tiempo promedio de tratamiento no quirúrgico tuvo una variación considerable de 2 años, con un rango de 11 meses a 4 años. Pese a los esfuerzos por identificar el fármaco obtenido con mayor frecuencia solo 16 pacientes lo recordaron (29.6%), siendo el omeprazol el mayor utilizado (11 pacientes) [20.3%], seguido de los bloqueadores H2 como ranitidina y famotidina en 5 casos (9.2%), y un tiempo utilizado promedio de 3 años con un rango de 1 a 5 años como lo muestra el cuadro número 10.

Cuadro número 10. Medicamentos utilizados en preoperatorio.

MEDICAMENTO	CASOS	TOTAL
omeprazol	11	20.3
bloqueadores H2	5	9.2

El costo referido por los pacientes ascendió a un promedio de 2500 pesos, con un rango asentido de 1500 a 3500 pesos. El tiempo promedio de espera para tratamiento quirúrgico otorgado fue en promedio de 9 meses variando de 4 meses a 1 año 2 meses, como lo muestra el cuadro número 11.

Cuadro número 11. Tiempo de espera.

TIEMPO	CASOS	%
1-4 meses	8	14.8
5-9 meses	37	68.5
10-14 meses	9	16.7
TOTAL	54	100

La funduplicatura tipo Nissen se realizó en 26 casos (48%) Nissen-Rosseti 25 casos (46.2%) y Toupet en 2 (3.8%). El 100% de los pacientes presentó disfagia a 8 semanas de seguimiento postoperatorio remitida por completo a las 2 semanas en 49 pacientes, como lo muestra el cuadro número 12.

Cuadro número 12. Cirugía Laparoscópica mayor realizada.

CIRUGIA	CASOS	%
Nissen	26	48.1
Nissen-Rosseti	25	46.3
Toupet	3	5.6
TOTAL	54	100

El tiempo posoperatorio actual promedio es de 2.3 años variando de 1 a 4 años, que es el límite de tiempo del estudio como lo muestra el cuadro número 13.

Cuadro número 13. Tiempo postoperatorio actual.

T. POSOPERATORIO	CASOS	%
1 año	14	25.9
2 años	19	35.2
3 años	13	24.1
4 años	8	14.8
TOTAL	54	100

En 47 pacientes se nos refirió que la sintomatología preoperatoria remitió (87%), en 7 pacientes la sintomatología solo disminuyó (13%) y en ningún caso persistió, como se muestra en el cuadro número 14.

Cuadro número 14. Sintomatología postoperatoria.

SINTOMATOLOGIA	CASOS	%
remisión	47	87
remisión parcial	7	13
persistencia	0	0
TOTAL	54	100

La percepción de curación se identificó en 51 pacientes (94.5%), y solo mejoría en 3 casos (5.5%). El tipo de atención percibida se consideró como excelente en 34 casos (62.9%), buena en 14 pacientes (25.9%) y el resto como regular (6 pacientes [11.2%]), como se muestra en el cuadro número 15.

Cuadro número 15. Percepción de salud actual.

PERCEPCION	CASOS	TOTAL
curación	51	94.5
mejoría	3	5.5
TOTAL	54	100
ATENCION		
excelente	34	62.9
buena	14	25.9
regular	6	11.2
TOTAL	54	100

10. DISCUSIÓN.

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio se puede identificar los principales aspectos sociodemográficos. La afección se presentó con mayor frecuencia en mujeres hasta en un 61% variando en un promedio de edad de la 5ª década de la vida como diferentes estudios lo han reportado. Se ha señalado que la actividad laboral, el estrés cotidiano y el tipo de vida son factores precipitantes o condicionantes de la mayor frecuencia de enfermedad por reflujo. Se aprecia que tan solo de 30 a 50 años se involucraron casi 70% del total de pacientes en estudio.

El contraste más significativo en este estudio está dado en relación con la actividad realizada, ya que como se aprecia en el cuadro número 3 la ocupación preponderante fue la de ama de casa en más del 60% y la actividad fuera de casa no alcanzó al menos el 30%. Será esto acaso indicativo de que se deben valorar factores domiciliarios que no son tomados muy en cuenta por diferentes autores.

En relación con el estado civil se apreció una mayor prevalencia en casos con matrimonio bien establecido aunque si se apreció menor frecuencia en casos de soltería. El nivel de estudios no rebasó lo esperado, ya que como lo afirman publicaciones de OPS, Latinoamérica se encuentra en un promedio de estudios de primaria, y en México apenas alcanza el primer año de secundaria. Es importante señalar que en este estudio no se evidenció mayor predominio por actividades profesionales.

Los aspectos de morbilidad no se pudieron constatar con la mayor precisión ya que los expedientes clínicos en la mayoría de los casos no documentaron juiciosamente antecedentes de importancia. De lo anterior se evidenció que la hipertensión arterial fue la que mayor se presentó en menos del 10% de los casos estudiados aunque aunada a otra enfermedad crónica degenerativa como la DM alcanzaron juntas más de 16% en este estudio.

De los casos estudiados menos del 30% de los pacientes en estudio presentó o se documentó cirugías previas en donde predominó la apendicectomía y la plastia inguinal conjuntando un 24%, el resto representó menos del 5% de los casos. Con esto al menos indirectamente se constata que no hubo mayor contraindicación quirúrgica en los pacientes estudiados.

Como puede apreciarse en el cuadro número 8 la mitad de los pacientes estudiados tenía al menos una toxicomanía predominando con mínimo el alcohol sobre el tabaquismo y en cifras cercanas a 15% de los pacientes presentaba ambas toxicomanías.

Se aprecia una correlación de sintomatología clínica preoperatoria identificando como lo describe la literatura a la pirosis como la más frecuente, aunque la mayoría de los pacientes presentó más de una queja clínica. La mayoría de los pacientes presentó un periodo de tratamiento promedio de 2 años. Muchos de ellos presentaron mejoría significativa aunque no se pudo corroborar algún cambio en el estilo de vida que es la mayor recomendación actual como parte del tratamiento no quirúrgico.

Los pacientes recibieron tratamiento con diferentes fármacos, de los que variaron bloqueadores H₂, inhibidores de la bomba de protones, algunos otros mencionados fueron sucralfato y sulfato de magnesio.

De los datos encontrados con respecto al costo aproximado de tratamiento médico en relación con el tiempo las cifras variaron muy significativamente. Aunque es uno de los aspectos fundamentales para valorar calidad, si es importante señalar que no se puede constatar las cifras reales o aproximadas de los costos en los pacientes. El otro aspecto en relación con el tiempo de espera para resolución quirúrgica presentó de la misma manera tiempos promedio de 9 meses aunque muchos señalaron que la espera fue de hasta 14 meses. Los señalamientos fueron diversos, desde falta de dinero hasta problemas meramente administrativos.

El tipo de cirugía realizada con mayor frecuencia documentada en los records quirúrgicos fue la tipo Nissen. Le continuó una de las variantes de esta cirugía la Nissen Rosseti en 46%. La que menor se realizó fue la tipo Toupet en menos de 4%. No se señalaron los criterios de selección para cada tipo de cirugía por lo que se asume que se fundamenta en preferencias del cirujano más que criterios específicos.

El tiempo posoperatorio o de seguimiento con el que se cuenta promedia poco más de los 2 años. En algunos pacientes principalmente del año 2000 no se contó con seguimiento posterior a los 15 meses, lo que podría hacer pensar curación en el mejor de los casos o cambio de atención médica a solicitud del paciente.

Otro aspecto de importancia para aspectos de calidad en cuanto a resultados o efectos de los procedimientos realizados fue el hecho de señalar que más de 87% de los pacientes remitió su sintomatología inicial en un tiempo prudente como lo señala la literatura de aproximadamente 3 semanas. Según los resultados obtenidos no se identificó recidivas en cuanto a la variable sintomatología en ninguno de los pacientes.

De los más significativo encontrado en este estudio fue que la percepción de los pacientes en relación con los resultados esperados con los obtenidos fue que el 94.5% manifestó categóricamente curación y solo mejoría en el porcentaje restante. Como bien se ha documentado y señalado con anterioridad, uno de los principales aspectos de la calidad de la atención es el señalamiento o calificación que el mismo paciente tiene de los resultados finales o de las intervenciones que se le practican, por lo que a grandes rasgos y en base a inferencias podemos identificar una alta calidad por parte de los procedimientos en el servicio de Cirugía General, como lo señala el cuadro número 15 en donde el 63% señaló como excelente y 26% como buena.

11. CONCLUSIONES.

- ☒ la enfermedad por reflujo gastroesofágico se presentó entre la 3ª y 5ª década de la vida en este estudio en mujeres con actividad de amas de casa, casadas con estudios promedio de secundaria.
- ☒ La morbilidad prequirúrgica implicó un predominio de enfermedades crónico degenerativas como lo son hipertensión arterial y Diabetes mellitus, y los antecedentes quirúrgicos no fueron factores para contraindicación de procedimientos laparoscópicos.
- ☒ La sintomatología preoperatoria preponderante fue con mucho la pirosis en estos pacientes con tratamiento médico y farmacológico largo de 2 años. No se pudo constatar fehacientemente cambios en el estilo de vida en este estudio por falta de elementos en los expedientes.
- ☒ Los costos asentidos por los pacientes tuvieron rangos muy amplios y es muy difícil constatar cifras reales, aunque es evidente el mayor costo del tratamiento médico comparado con el tratamiento quirúrgico.
- ☒ La elección del procedimiento laparoscópico fue enfocado en preferencias del cirujano más que otros criterios no señalados en el expediente.
- ☒ La percepción de curación fue muy alta en relación con estándares de la literatura lo que va de la mano con calificaciones altas en cuanto atención de calidad se refiere.

12. SUGERENCIAS.

1.- que se maneje adecuadamente el expediente clínico anotando los datos de seguimiento que son necesarios para evaluaciones de calidad.

2.- que se realicen estudios de evolución de calidad de procedimientos y resultados importantes en la actualidad implícitos en los programas federales en la cruzada nacional por la calidad en los servicios de salud.

13. BIBLIOGRAFÍA.

1. Cano E. Fundamentos de la evaluación de Calidad en la atención médica. Universidad de Antioquia 2002. p.p.348-387.
2. Berwick D.M. continuous improvement as an ideal in health care. *N. Eng J Med* 1989, 320:53-56
3. Roberts JS, Cale JG; Redman RR. A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. *JAMA* 1997; 258: 936-940.
4. Clements R. Guía completa de las normas ISO 9000 Gestión 2000. Barcelona 2000
5. Garners JS, Simmons BP. Guidline for isolation precautions for use in hospitals. *Infection control* 2003; 38:45-51.
6. Deming EW. The economics for Industry. Government Education.MIT Center for Advanced Engineering Study. 1999: 136-140
7. Weiner JP. Forecasting the effects of Health Reform on US physician work force requirements. Evidence from HMO staffing patterns *JAMA* 1994; 272: 222-230
8. Quality of life theory.The IQOL theory, an integrative theory of the global quality of life concept.*Sci World J* 2003;3: 1030-1040.
9. Nager N, Saadatmand F. The status of medical education for black Americans. *JAMA* 1999; 83:787-792.
10. Stewart AL, Greenfield S, Hays RD. Functional status and well-being of patients with chronic conditions, results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1998;262:907-913.
11. Bergner M, Bobbitt RA, Pollard M. The sickness impact profile. Validation of a health status measure. *Med Care* 1976;14:57-67
12. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey un instrumento para la media de los resultados clínicos. *Med Clin* 1995; 104:771-776.
13. Ventegodt S, Henneberg E et, al. Validation of two global and generic quality of life questionnaires for population screening. *Sci Worl J* 2003;3:412-421.
14. González DD, Pablos H. Calidad Total en Atención Primaria de salud. Ediciones Díaz Santos. Madrid 1999.p.p. 230-245
15. Garza J, Gómez M. ISO 9000 An international Standard. Univ of Texas Panam. College of Business Administration, Fall 2000
16. Harrington HJ. Administración total del mejoramiento continuo. Editorial Mc Graw Hill. Colombia 1999. p.p. 110-119.
17. Frank WS, Frans CB. Efectividad de los Comités de Garantía de Calidad en un Hospital Universitario. *Salud Pública de México* Vol. 35 No.3 1999. p.p. 77-88.
18. Juran JM, Gryna FM. Análisis y planeación de la calidad. Mc Graw Hill. México 2001. p.p. 255-266.
19. Bounds G, Yorks L, Adams MR. Beyond total Quality Management : Toward The emerging Paradigm Mexico McGraw Hill interamericana. 1994 p.p. 234-246.
20. Princeton. Gallup survey on heartburn across America. At: March 28, 1988, 1988. The Gallup Organization
21. Roizen MF. Preoperative Evaluation of Quality of live *JAMA*; 2000: 827-882.
22. Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons. Guidelines for surgical treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD). *Surg Endosc* 1998;12:186-8.
23. Ware JE, Scherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF36). *Med Care* 1992;30:473-83.
24. Shipper H, Clinch J, McMurry A, et al. Measuring the quality of life of cancer patients: the

- Functional Living Index—Cancer development and validation. *J Clin Oncol* 1984;2:472-83.
25. Kamosfsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer, En: New York Columbia 1999: 37-56.
 26. Tulsy DS, Rosenthal M. Measurement of quality of life in rehabilitation medicine: emerging issues. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:220-234.
 27. Ware JE, Scherbourne CD. The MS 36-item short form health survey (SF36). *Med Care* 1996;36:385-93.
 28. Eisen GM, Locke GR, Provenzale D. Health-Related Quality of Life: a primer for gastroenterologists. *Am J Gastroenterology* 1999;94:2017-2020
 29. Dupuy HJ. The Psychological General Well-Being Index. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies Atlanta 1994 p.p. 170-183
 30. Derogatis LR. The Psychosocial Adjustment to illness Scale *J Psychosom Res* 2004;30:77-91.
 31. Hunt SM, McKenna SP, Mc Eewen et, al. The Nottingham Health profile: subjective health and medical consultations. *Social Sci Med* 2001;15:22-39.
 32. Wu CI, Nagibuddin M, et, al. The effect of pain on health-related quality of life in the immediate postoperative period. *Anesth Analg* 2003;97,1078-1085
 33. Testa MA, Anderson RB, Nackley JF et, al. Quality of life and clinical rating scales for gastrointestinal symptoms in peptic ulcer disease *Dig Dis Sci* 1998;33:129-134.
 34. Chiaffarino F, Parazzini F, Lavazzan M. Impact of urinary incontinence and overactive Bladder on quality of life. *Eur Uro* 2003;43:535-538.
 35. Wiklund I, Glise H, Herndal P. Does endoscopy have a positive impact on Quality of life in dyspepsia? *Gastrointestinal Endosc* 1998;47:449-459.
 36. Kassis ES, Luketich JD, Pruchnic RJ. Minimally invasive surgical treatment of gastroesophageal reflux disease. In: Walker WS, editors. Video-assisted surgery Oxford, England: Isis Medical Media, Ltd; 1997. p. 173-87.
 37. Luketich JD, Raja S, Fernando HC, et al. Laparoscopic repair of giant paraesophageal hernia (PEH). 100 consecutive cases. *Ann Surg* 2000;232:608-18.
 38. Luketich JD, Grondin SC, Pearson FG. Minimally invasive approaches to acquired shortening of the esophagus laparoscopic Collis-Nissen gastroplasty. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 2000;12(3): 173-178.
 39. Velanovich V, Vallance SR, Gusz JR, et al. Quality of life scale for gastroesophageal reflux disease. *J Am Coll Surg* 1996;183:217-24.
 40. Dallemagne B, Weerts JM, Jehaes C, et al. Laparoscopic Nissen fundoplication preliminary report. *Surg Endosc* 1991;3:138-43.
 41. Behar J, Sheahan DG, Biancani P, et al. Medical and surgical management of reflux esophagitis. A 38-month report on a prospective clinical trial. *N Engl J Med* 1975;293:263-8.
 42. Spechlar SJ. Comparison of medical and surgical therapy for complicated gastroesophageal reflux disease in veterans. *N Engl J Med* 1992;326:786-92.
 43. Lundell L, Miettinen P, Myrvold HE, et al. Continued (5-year) follow-up of a randomized study comparing antireflux surgery and omeprazole in gastroesophageal reflux disease. *J Am Coll Surg* 2001;192:172-81.
 44. Hetzel DJ, Dent J, Reed WD, et al. Healing and relapse of severe peptic esophagitis after treatment with omeprazole. *J Am Coll Surg* 2001;190:166-81
 45. Klingman RR, Stein HJ, DeMeester TR. The current management of gastroesophageal reflux. *Adv Surg* 1991; 24:259-91.

46. Aye RW, Hill LD, Kraemer SJ, Snopkowski P. Early results with the laparoscopic Hill repair. *Am J Surg* 1994; 167:542-6.
47. DeMeester TR, Johnson LF, Kent AH. Evaluation of current operations for the prevention of gastroesophageal reflux. *Ann Surg* 1974; 180:511-525.
48. DeMeester TR, Bonavina L, Albertucci M. Evaluation of primary repair in 100 consecutive patients. *Ann Surg* 1986; 204:9-20.
49. Hill LD. An effective operation for hiatal hernia: an eight year appraisal. *Ann Surg* 1967; 166:681.
50. Lerut T, Coosemans W, Christiaens R, Gruwez JA. The Belsey Mark IV antireflux procedure: indications and long-term results. *Acta Gastroenterol Belg* 1990; 53:585-90.
51. Little AG. Mechanisms of action of antireflux surgery: theory and fact. *World J Surg* 1992; 16:320-5.
52. Luostarinen M. Nissen fundoplication for reflux esophagitis. Long-term clinical and endoscopic results in 109 of 127 consecutive patients. *Ann Surg* 1993; 217:329-37.
53. Shirazi SS, Schulze K, Soper RT. Long-term follow-up for treatment of complicated chronic reflux esophagitis. *Arch Surg* 1987; 122:548-552.
54. Devault KR, Castell DO. Guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease, in Guidelines Statement of ACG, AGA, ASGE. 1994,
55. Wetscher GJ, Redmond EJ, Vititi LMH. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease. In: Hinder RA, ed. *Gastroesophageal Reflux Disease*. ed. Austin: R. G. Landes Company ,2003: 7-29.
56. Ireland AC, Holloway RH, Toouli J, Dent J. Mechanisms underlying the antireflux action of fundoplication. *Gut* 2003; 34:303-8.
57. Vaezi MF, Richter JE. Synergism of acid and duodenogastroesophageal reflux in complicated Barrett's esophagus. *Surgery* 1995; 117:699-704.
58. Kauer WK, Peters JH, DeMeester TR, et al. Mixed reflux of gastric and duodenal juices is more harmful to the esophagus than gastric juice alone. The need for surgical therapy re-emphasized. *Ann Surg* 2002; 222:525-31.
59. Spechler SJ. Comparison of medical and surgical therapy for complicated gastroesophageal reflux disease in veterans. *N Engl J Med* 2002; 326:786-792.
60. Donohue PE, samelson S, Nyhus LM, Bombeck CT. The Nissen fundoplication. Effective long-term control of pathologic reflux. *Arch Surg* 2000; 120:663-667.
61. Ellis FH. The Nissen fundoplication. *Ann Thorac Surg* 2002; 54:1231-1235.
62. Grande L, Toledo-Pimentel V, Manterola C, et al. Value of Nissen fundoplication in patients with gastro-oesophageal reflux judged by long-term symptom control. *Br J Surg* 2001; 81:548-50.
63. Johansson J, Johansson F, Joelsson B, Floren CH, Walther B. Outcome 5 years after 360 degree fundoplication for gastro-oesophageal reflux disease. *Br J Surg* 2001; 80:46-9.
64. Luostarinen M, Isolauri J, Laitinen J, et al. Fate of Nissen fundoplication after 20 years. A clinical, endoscopical, and functional analysis. *Gut* 2000; 34:1015-20.
65. Macintyre IM, Goulbourne IA. Long-term results after Nissen fundoplication: a 5-15-year review. *J R Coll Surg Edinb* 2000; 35:159-62.
66. Martin CJ, Cox MR, Cade RJ. Collis-Nissen gastropasty fundoplication for complicated gastro-oesophageal reflux disease. *Aust N Z J Surg* 2002; 62:126-9.
67. Mira-Navarro J, Bayle-Bastos F, Frieyro-Segui M, Garramone N, Gambarini A. Long-term follow-up of Nissen fundoplication. *Eur J Pediatr Surg* 2000; 4:7-10.
68. Pope C. The quality of life following antireflux surgery. *World J Surg* 2000; 16:355-8.

14. ANEXOS.

ANEXO 1. FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**1.- ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS:**

- EDAD: _____ OCUPACIÓN: _____ SEXO _____
- RESIDENCIA HABITUAL: _____
- LUGAR DE NACIMIENTO: _____
- ESTADO CIVIL: C S U L O
- ANALFABETA AÑOS DE ESTUDIO: _____
- PRIMARIA
- SECUNDARIA
- BACHILLER O PROF.

2.- ANTECEDENTES DE MORBILIDAD:

- ENDOCRINOPATÍAS _____
- CARDIOPATÍAS _____
- HIPERTENSIÓN _____
- HEMATOLÓGICOS _____
- CONVULSIONES O ENF. MENTALES _____
- NEFROPATÍAS _____
- ICTERICIA _____
- NEUMONÍA _____
- GASTRITIS O ULCERA PÉPTICA
- QUIRÚRGICOS
- CUALES? _____
- TRANSFUSIONES
- ENF. TRANSMISIÓN SEXUAL _____
- HEPATITIS
- o OTRAS _____
- OBESIDAD _____
- ALCOHOLISMO
- o TIPO DE BEBIDA _____
- o OCASIONAL _____
- o EMBRIAGUEZ
- TOXICOMANÍAS _____
- NEOPLÁSICOS _____

3.- ASPECTOS DE CALIDAD

- SÍNTOMA PREOPERATORIO _____
- TIEMPO DE EVOLUCIÓN _____
- TRATAMIENTO MÉDICO
- FÁRMACO UTILIZADO _____
- TIEMPO _____ COSTO APROXIMADO _____
- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
- TIEMPO DE ESTANCIA _____
- TIEMPO POSOPERATORIO ACTUAL _____
- REMITIO SINTOMATOLOGÍA.
- PERSISTIÓ SINTOMATOLOGÍA CUÁL(ES)? _____
- PERCIBE CURACIÓN
- PERCIBE MEJORÍA
- TIPO DE ATENCIÓN PERCIBIDA
- BUENA _____ REGULAR _____ MALA _____
- COSTO TOTAL APROXIMADO _____