

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

CENTRO MÉDICO NACIONAL

“LA RAZA”

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A REINTERVENCIÓN
POR CIRUGÍA ANTI REFLUJO FALLIDA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA
GENERAL DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “ANTONIO FRAGA
MOURET” DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

CIRUGIA GENERAL

PRESENTA

DRA. BRENDA BERENICE CANO VARGAS

ASESOR DE TESIS
DR. FRANCISCO BEVIA PEREZ

México D.F

2009





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DR. JESÚS ARENAS OSUNA

División de educación en salud

DR JOSÉ ARTURO VELÁZQUEZ GARCÍA

Profesor titular del Curso de Cirugía General

DRA. BRENDA BERENICE CANO VARGAS

Médico especialista en formación en Cirugía General

No. De protocolo

R-2008-3501-86

ÍNDICE

RESUMEN	4
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	6
MATERIAL Y MÉTODOS	13
RESULTADOS	15
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIÓN	33
BIBLIOGRAFIA	35
ANEXOS	37

RESUMEN

Calidad de vida en pacientes sometidos a reintervención por cirugía antireflujo fallida en el servicio de cirugía general del Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional la Raza.

Objetivo: Determinar la calidad de vida en pacientes sometidos a reintervención por cirugía antireflujo fallida mediante el cuestionario SF- 36 en el Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza.

Material y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo y abierto. Se aplicó el formato SF-36 a todos los pacientes reintervenidos por cirugía antireflujo fallida entre el 1 de enero del 2006 al 31 de diciembre del 2007, agrupamos los resultados por técnica quirúrgica. El análisis estadístico es con asignación de puntaje y enfoque Rand que transforma en puntaje a escala de 0 a 100. Los resultados se compararon con la media nacional mexicana de calidad de vida.

Resultados: Veintiocho pacientes fueron reintervenidos por cirugía anti reflujo fallida. Los resultados por escala fueron: función física de 50.16%, en el rol físico de 53.25%, en dolor corporal de 50.51%, en la salud general de 43.56%, en vitalidad de 54.66%, en la función social de 48.8%, en el rol emocional de 44.1% y en la salud mental de 51.49%. Resultado por componente fue: físico 50.77%, mental 51.09%. La calidad de vida es de 50.93%.

Conclusiones: La calidad de vida de los pacientes sometidos a reintervención con las diferentes técnicas de refunduplicatura en el servicio de cirugía general es mala comparada con la media nacional mexicana de calidad de vida.

Palabras clave. Reintervención, Cirugía Anti reflujo Fallida, Calidad de Vida.

ABSTRACT

Quality of life in patients undergoing surgical reintervention after failed anti-reflux surgery in the service of general surgery Hospital Specialties "Antonio Fraga Mouret" of La Raza National Medical Center.

Objective: To determine the quality of life in patients undergoing surgical reintervention after failed anti-reflux surgery by SF-36 questionnaire in the Service of General Surgery Hospital National Medical Center Specialties La Raza.

Material and Methods: The study is observational, prospective cross, descriptive and open. Implemented format SF-36 to all patients undergoing surgical reintervention after failed anti-reflux surgery between January 1, 2006 to December 31, 2007, we made groups by surgical technique. The statistical analysis is by allocating score and Rand approach that transforms into a scoring scale of 0 to 100. The results were compared with the national average Mexican quality of life.

Results: Twenty-eight patients undergoing surgical reintervention after failed anti-reflux surgery. The scale results were: physical function 50.16%, physical role 53.25%, bodily pain 50.51%, general health 43.56%, vitality 54.66%, social function 48.8%, emotional role 44.1%, mental health 51.49%. The component results was: 50.77% for physical component and 51.09% for mental component. The result for quality of life is 50.93%.

Conclusions: The quality of life of patients undergoing surgical reintervention with different surgical refundoplication techniques in the service of general surgery is bad compared with the average Mexican national quality of life.

Keywords. Surgical Reintervention, Refundoplication, Anti-reflux Surgery Failed, Quality of Life.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

El reflujo gastroesofágico es un problema médico frecuente, casi 10% de la población sufre pirosis y hasta 40 % presenta síntomas de reflujo gastroesofágico; esta enfermedad representa el 75% de la patología esofágica. Actualmente aunque el tratamiento médico con terapias a largo plazo y los nuevos medicamentos han llegado a tomar un papel importante en el manejo del reflujo gastroesofágico; el hecho de manejar dosificaciones escalonadas, influye en el aspecto financiero del paciente, de la institución y del país. Estudios aleatorios de pacientes con reflujo gastroesofágico severo demostraron que el tratamiento quirúrgico es superior al manejo médico en términos de resolución de sintomatología. De igual manera el tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico ha tenido cambios notables durante el último decenio. Con ello se ha llevado al refinamiento de las técnicas quirúrgicas, lo que ha hecho operaciones más eficaces y con menos efectos secundarios. (1).

En décadas pasadas se reportaron estudios sobre las complicaciones potencialmente mortales posterior a cirugías anti reflujo, documentando índices de mortalidad relacionado a cirugías abiertas del 0.2% y de 0.1 % relacionado a cirugías laparoscópicas; tales como sangrado extenso por lesión esplénica, lesiones gástricas, lesiones esofágicas. (2). Con el advenimiento de la técnica laparoscópica en las cirugías anti reflujo; el índice de mortalidad disminuyó, llevando a un enfoque diferente en cuanto a la presentación de complicaciones, las cuales conducen a la falla de la cirugía anti reflujo que en sus inicios se publicaban incidencias entre el 5% y el 20% de fracaso, con predominio en pacientes mayores de 65 años. (3).

En los últimos años la incidencia de cirugía anti reflujo fallida es del 3 al 6 %; los resultados sintomáticos y funcionales posteriores a cirugía anti reflujo más frecuentemente reportados son pirosis, reflujo recurrente, disfagia aguda o persistente, distensión gástrica severa y dolor epigástrico. (4) Con el reconocimiento de la problemática se identificaron factores que contribuyen al fracaso anatómico de la cirugía primaria anti reflujo como: hernia hiatal recurrente con o sin migración intratorácica de la funduplicatura por falla del cierre del hiato, angulación de la funduplicatura, disrupción parcial o total de la funduplicatura, esófago corto, movilización inadecuada del esófago, fijado inadecuado de la válvula a la pared esofágica y el factor fisiológico que aumenta la presión o tensión al hiato esofágico. En su defecto existen complicaciones a descartar secundario a diagnóstico incorrecto como: acalasia, hiperalgesia visceral, cáncer esofágico o gástrico, hipersecreción gástrica, gastroparesia. (5)

En nuestro medio la sintomatología más frecuente es el reflujo recurrente hasta en un 60% posteriormente disfagia, siendo la disrupción de pilares la causa más frecuente de falla de funduplicatura, seguido de estenosis y disrupción de funduplicatura (6)

Varias técnicas anti reflujo se han estudiado a nivel mundial, con el fin de determinar cual de ellas presenta el mayor índice de recidivas; en varias series se han reportado que las funduplicaturas parciales presentan mayor índice de relajación del esfínter esofágico inferior que en funduplicaturas completas, de igual manera, la presión del esfínter esofágico inferior se afecta en forma mínima con las funduplicaturas parciales, lo cual puede influir en un mayor índice de falla de cirugía anti reflujo

parciales. Por lo anterior; la cirugía de elección para reflujo severo es la funduplicatura Nissen y el número de esta cirugía realizada al año va en incremento; lo que indirectamente llevaría aun mayor índice en el reporte de cirugías fallidas. (7).

La refunduplicatura como manejo óptimo para los síntomas recurrentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico para este tipo de pacientes con cirugía primarias anti reflujo fallidas; fue ampliamente aceptada a principios de esta década. (8) Estas reintervenciones son técnicamente más demandantes, secundario a las adherencias de la cirugía previa, anatomía obscura y la enfermedad avanzada. Una morbilidad de 4% a 40% y mortalidad de 0% a 4.9% se pueden esperar de la reintervención. (9,10,11)

Actualmente la refunduplicatura provee excelentes resultados subjetivos y objetivos lo cual se traduce en una disminución significativa de síntomas recurrentes de reflujo, aumento de los valores manométricos de la presión residual del esfínter esofágico inferior y disminución de exposición de reflujo gástrico evaluado por estudios de ph metría en 24 hrs, que en conjunto, estos resultados se pueden traspolar en la elevación del puntaje en los índices de calidad de vida para estos pacientes. (12).

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. En sus inicios con la falta de consenso sobre la definición del constructo y su evaluación, se encontraron diversos modelos conceptuales de calidad de vida como: a) la calidad de las condiciones de vida de una persona, b) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones

vitales, c) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, d) la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

Tradicionalmente, los informes comparativos del estado de salud y enfermedad en diversos grupos poblacionales sólo incluyen datos de mortalidad y morbilidad. En la actualidad, hay una explosión en la literatura médica respecto a la inclusión de las opiniones de los usuarios de servicios médicos para la evaluación de las percepciones del estado de salud.

Esta tendencia también se presenta en la literatura mexicana; en 1991 se inició el proyecto conocido como "Evaluación internacional de la calidad de vida" (International Quality of Life Assessment Project, IQOLA) para traducir, adaptar y probar la aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado Encuesta de Salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey).

El formato SF-36 se trata de una medida genérica que se aplica en contraposición a los objetivos que se especifiquen: una edad, enfermedad, o grupo de tratamiento. En consecuencia, el SF-36 ha demostrado ser útil en los estudios de carácter general y poblaciones específicas, para comparar la carga relativa de enfermedad con puntos de referencia de manera específica con la población general y diferenciar los beneficios para la salud producidos por una amplia gama de tratamientos diferentes. Basado en lo anterior; el manual de aplicación del SF-36 pone de manifiesto los artículos que describen más de 200 enfermedades y condiciones, en las cuales incluye pacientes tratados con reintervención por cirugía anti reflujo fallida.

El cuestionario de salud SF-36 es un instrumento desarrollado a partir de un extensa batería de cuestionarios utilizados en resultados médicos (Medical Outcomes Study); el cual explora ocho dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del rol con problemas físicos, limitaciones del rol con problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. La taxonomía de los temas y conceptos tiene tres niveles: 1. temas sobre la función, limitaciones, autoestima, alimentación y comunicación, 2. ocho escalas que conjuntan las funciones antes mencionadas, 3. dos medidas que resumen las escalas globales “Escala física y Escala Mental”.

La interpretación de los resultados ha sido mucho más fácil con la normalización de las puntuaciones medias y las desviaciones estándar para todas las escalas del SF-36; por lo tanto los resultados de la suma de 0 a 100 puntos se transforma linealmente a una media de 50 con desviaciones estándar de 10. En concreto las escalas con carga elevada sobre el componente físico son más sensibles a los tratamientos que modifican

la morbilidad física, mientras que las escalas más altas sobre el componente mental responden a fármacos y terapias que se dirigen a la salud mental.

En México se han realizado estudios con el uso de este formato SF-36 preferiblemente autoadministrado con fin de medir en forma clara aspectos de salud; sin embargo estos estudios han propuesto sus propios grupos controles dentro de la misma población en estudio lo cual no es representativo de una región. (17) En ausencia de datos representativos del ámbito nacional la organización de la salud pública en México ha realizado estudios para tratar de tener una base normativa de la calidad de vida en México, para que los investigadores que utilicen el SF-36 puedan comparar sus resultados con referencias ajustadas por género y edad a escala poblacional. Sin embargo en contraste con lo encontrado en otros países, en México parece existir importantes variaciones regionales como desarrollo social y económico por lo que los resultados no reflejan un promedio real de país completo. Por tanto la organización de la salud pública recomienda la necesidad de apoyar estudios para el uso del SF-36 en grupos de pacientes específicos, así contar con datos normativos nacionales e inclusive regionales para valorar correctamente el efecto de las intervenciones en el área de la salud, de manera que sean posibles las comparaciones de los grupos en estudios futuros. (18)

Durante varios años la refunduplicatura con ambas técnicas abierta y laparoscópica se ha evaluado en estudios a mediano y largo plazo como el tratamiento capaz de mejorar la calidad de vida de los pacientes; utilizando el índice de calidad de vida Gastrointestinal y el formato SF-36; en los cuales está documentado que se realiza durante distintos periodos postquirúrgicos; algunos estudios aplican estos cuestionarios

desde los tres primeros meses postquirúrgicos, al un año o cinco años postratamiento.(13)

En conclusión queda mucho por descubrir sobre la salud de la población sometida a reintervención por cirugía anti reflujo fallida, en términos de salud funcional y el bienestar, la carga relativa de la enfermedad aun cuando la cirugía anti reflujo presenta un porcentaje bajo de falla, estos síntomas influyen de sobremanera en la calidad de vida de los pacientes, dificultando su manejo médico y quirúrgico.(14)

Basado en lo anterior el objetivo principal de este estudio es determinar la calidad de vida de los pacientes sometidos a reintervención por cirugía anti reflujo fallida aplicando el cuestionario de salud SF-36, con la intención de iniciar una base de datos representativos de la población con este tipo de padecimiento manejada en el servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional la Raza y así realizar comparar nuestros resultados con la media nacional de calidad de vida para determinar si cursan con una buena o mala calidad de vida. Un segundo objetivo del estudio es determinar la sintomatología más frecuente de falla en la cirugía anti reflujo primaria, la causa de fracaso anatómico de la cirugía anti reflujo encontrada durante las reintervenciones y el principal tipo de cirugía realizada para la reintervención, al revisar los expedientes de la población ingresada en este estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

SITIO DE ESTUDIO: Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza. “Antonio Fraga Mouret” Servicio de Cirugía General. El servicio cuenta con 69 camas y recibe pacientes de la zona norte del Distrito Federal y área conurbana.

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Se incluyó en el estudio a todos los pacientes que fueron sometidos a reintervención por cirugía anti reflujo fallida en el servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional la Raza, en el periodo comprendido entre el 1ro de enero del 2006 y el 31 de diciembre del 2007.

TIPO DE ESTUDIO: Observacional, prospectivo, transversal, descriptivo y abierto.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO: Se revisó el archivo de egresos y hojas de técnicas quirúrgicas del Servicio de Cirugía General identificando todos los pacientes sometidos a reintervención secundario a cirugía anti reflujo fallida, se solicitará al archivo clínico de la unidad los expedientes clínicos.

Del expediente clínico se registrará en una ficha de recolección de datos (anexo 1): el número de afiliación, número telefónico, edad, sexo, diagnóstico, principal sintomatología de falla a procedimiento anti reflujo primario, tipo y fecha de reintervención realizada.

Se aplicó el cuestionario SF- 36 a todos los pacientes ingresados al estudio, a través de una llamada telefónica que es un método aceptado para la aplicación de este

tipo de cuestionario de salud. Durante la llamada telefónica, se explicó que el objetivo del estudio es determinar la calidad de vida de los pacientes sometidos a reintervenciones por cirugía anti reflujo fallida (*Anexo 2*) En este estudio se pretende ocupar un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos en cada entrevista.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

. Las treinta y seis preguntas están agrupadas en tres niveles que son los temas dirigidos a: actividades que podría hacer en un día normal, problemas en el trabajo o actividades cotidianas, estado de salud en las últimas cuatro semanas. Estos tres niveles forman las ocho escalas de salud; de las cuales la función física, rol físico, dolor corporal y salud general integran el componente físico. Vitalidad, función social, rol emocional y salud mental integran el componente mental.

Posteriormente con el enfoque Rand se transforma el puntaje en escalas del 0 al 100%; donde el 100 es la máxima calificación. Se sumó el puntaje obtenido por escalas, los resultados se introducen en una base formulada para calcular el resultado final para el componente físico, el componente mental y la media final de ambas. Realizamos una descripción comparativa de los resultados de nuestro estudio con la media nacional de calidad de vida por rangos de edad.

RESULTADOS

En el periodo de estudio, se encontró en el archivo de egresos del servicio de cirugía general treinta y tres pacientes reintervenidos por cirugía anti reflujo fallida. No se incluyeron en el estudio cinco pacientes por falta de expediente.

Se incluyeron en el estudio un total de veintiocho pacientes sometidos a reintervención con refunduplicatura por cirugía anti reflujo fallida en el servicio de cirugía general del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza. Se aplicó el cuestionario de salud SF- 36 vía telefónica al total de pacientes ingresados en el estudio con un tiempo promedio de duración en cada llamada telefónica de 10 min. Al igual registramos un tiempo promedio transcurrido entre la cirugía de reintervención y la aplicación del cuestionario de 18.5 meses con un rango de 7 a 30 meses.

De la revisión del expediente se reportó que todos los pacientes fueron sometidos a reintervención con cirugía de refunduplicatura. La técnica quirúrgica más utilizada fue la tipo Nissen en 67.86% de los pacientes (n= 19), seguido de las técnicas Guarner en 21.43% (n=6 pacientes), Nissen Rossetti en 7.14% (n=2 pacientes) y Dor en 3.57% (n=1 paciente). (*Gráfica 1*) Para analizar los resultados de cada paciente realizamos cuatro grupos que son el número para cada uno de las diferentes técnicas quirúrgicas reportadas en el estudio.

En el grupo de pacientes reintervenidos con cirugía de refunduplicatura tipo Nissen, representan el 67.86% de la población total del estudio (n=19 pacientes). Los resultados más bajos se reportaron en la escala de salud general con 40.52% y el

resultado más alto en la escala de rol físico con 53.63% para el componente físico. Del componente mental los resultados más bajos son para la escala de rol emocional con 39% y el más alto para la escala de vitalidad con 51.27%. (Cuadro 1)

ESCALA	INTERVALO ESTUDIO	MEDIA ESTUDIO	MEDIA NACIONAL
Función Física	36 – 57	49.05	90.91
Rol Físico	20.1 – 56.9	53.63	89.32
Dolor Corporal	37.2 – 62.1	48.8	85.16
Salud General	23.4 – 63.9	40.52	48.84
Vitalidad	33.4 – 70.8	51.27	67.03
Función Social	29.6 – 56.8	45.63	71.87
Rol Emocional	20.9 – 55.9	39.04	88.50
Salud Mental	19 - 64.1	48.34	66.63

Cuadro 1. Resultados por escalas en el grupo de pacientes sometidos a reintervención con cirugía de refunduplicatura tipo Nissen comparados con la media nacional de calidad de vida.

Al revisar los expedientes de los pacientes que integran este grupo encontramos ciertas características en los pacientes que pueden disminuir su nivel de calidad de vida como: abordajes quirúrgicos transtorácicos, complicaciones tardías (eventración, hernia incisional), procedimientos agregados a la refunduplicatura (vagotomía troncular , piloroplastia y reparación con parche de Graham). Así como diez pacientes (31.57%) con una comorbilidad asociada, entre estas fueron hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica, cáncer vesical.

Al desglosar los resultados de este grupo encontramos que la edad promedio es de 54 años con un rango de 39 a 69 años y un predominio del sexo femenino en 89.47% (n=17 pacientes). Dentro de los rangos de edad se incluyeron 2 pacientes en rango 30-39 años, seis pacientes para el rango 40 – 49 años, seis paciente en rango de 50 – 59 años y cinco pacientes en rango de 60- 69 años.

En la población del genero femenino, las pacientes con edad dentro del rango 30-39 años presentaron las puntuaciones mas altas en las 4 escalas que integran el componente físico y los resultados más bajos se presentaron en las pacientes con rango de edad 40-49 años para las tres escalas del componente físico, excepto en el rol físico el cual se encontró con el resultado más bajo en el rango 60 – 69 años de edad. En las escalas que integran el componente mental las pacientes con rangos de edad de 30- 39 años obtuvieron los resultados más altos, por el contrario los resultados más bajos variaron entre los diferentes rangos de edad. La vitalidad y salud mental fueron más bajos en el rango de 40 – 49 años; la función social y rol emocional fueron más bajos en el rango de 60 – 69 años edad. (*Cuadro 2*)

Aunque la población masculina de este grupo lo integran solo dos pacientes, ambos se encontraron en el rango de edad 50 – 59 años. El resultado más alto reportado para el componente físico fue en la escala de vitalidad con 59.9 %, el cual supera el porcentaje obtenido en el rango 30 – 39 años con el mejor resultado del sexo femenino; de lo contrario el resultado más bajo fue rol físico, el cual es inferior a los reportados en todos los rangos edad para el sexo femenino. De las escalas que integran el componente mental, la vitalidad presento el puntaje más alto con el mismo porcentaje que rango 30-39 del sexo femenino y el rol emocional obtuvo el resultado más bajo.

EDAD		F.F	R.F	D.C	S.G	V	F.S	R.E	S.M
SEXO									
30-39	Rango	50-54	49-54	51-55	47-57	52-67	56-56	52-55	47-61
FEM	Media	52.8	51.95	53.25	52.45	59.9	56.8	53.95	54.25
	Media Nacional	96.3	96.3	96.3	96.3	96.3	96.3	96.3	96.3
40-49	Rango	36-54	32-56	37-55	23-47	33-64	29-56	32-55	19-58
FEM	Media	46.85	44.23	46.23	33.46	48.28	44.1	38.17	36.38
	Media Nacional	96.3	96.3	96.3	96.3	96.3	96.3	96.3	96.3
50-59	Rango	36-57	37-56	37-62	35-62	33-70	29-56	20-55	27-64
FEM	Media	48.9	46.47	46.9	48.6	53.65	44.55	41.32	34.71
	Media Nacional	58.2	38.5	56.6	50.8	59.9	48.65	38.4	51.4
60-69	Rango	36-57	20-56	37-62	28-57	33-64	29-56	20-55	19-58
FEM	Media	48.84	41.2	48.6	53.88	50.86	42.66	37.24	44.94
	Media Nacional	70.2	72.1	73.1	47.6	65.3	69.9	74.8	70.3
50-59	Rango	48-57	20-56	51-62	37-63	52-67	40-56	20-55	38-64
MAS	Media	58.2	38.5	56.6	50.8	59.9	48.65	38.4	51.4

Cuadro 2. Resultados de escalas distribuidos por grupos de edad y sexo del grupo de pacientes sometidos a reintervención por cirugía de refunduplicatura tipo Nissen, comparado con la media nacional de calidad de vida. F.F= función física, R.F = rol físico, D.C = dolor corporal, S.G = salud general, V= vitalidad, F.S = función social, R.F = rol emocional, S.M = salud mental.

En el segundo grupo se incluyeron seis pacientes (21.46%) sometidos a reintervención con cirugía de refunduplicatura tipo Guarner. Los rangos de edad se integraron por: un paciente en rango de 30 – 39 años, un paciente en rango 40 – 49 años, dos pacientes en rango 50 – 59 años y dos pacientes en rango 60 – 69 años.

En este grupo encontramos tres pacientes con una comorbilidad asociada como insuficiencia suprarrenal, osteoporosis y lumbalgia. A un paciente se le realizó vagotomía troncular más el procedimiento de refunduplicatura, presentando evolución con distensión gástrica. En este grupo se encontró un paciente con lesión diafrágica como complicación transoperatoria. Por lo anterior los resultados más altos del componente físico se representaron en la escala de dolor corporal con 52,28% y 49.45% en la salud general que fue la escala con menor puntaje de este componente. En el componente mental reportamos el mayor puntaje en la escala vitalidad con 61.98% y 56.8% en la función social con el menor puntaje. (Cuadro 3)

ESCALA	INTERVALO	MEDIA	MEDIA NACIONAL
Función Física	44.4-57	51,75	90.91
Rol Físico	34.8 - 56.9	51,98	89.32
Dolor Corporal	50.3 - 55.4	52,28	85.16
Salud General	40.1 - 54.4	49,45	48.84
Vitalidad	52.1 - 67.7	61,98	67.03
Función Social	45.9 - 56.8	54,98	71.87
Rol Emocional	52 - 55.9	54,6	88.50
Salud Mental	50 - 64.1	57,51	66.63

Cuadro 3. Resultados de escalas en el grupo de pacientes sometidos a reintervención por cirugía de refunduplicatura tipo Guarner comparado con media nacional de calidad de vida.

En la distribución por rangos de edad y sexo, cinco pacientes fueron del sexo femenino (83.33%). Distribuidas en los rangos por edad: un paciente en rango de 30 – 39 años, un paciente en rango de 40 – 49 años, dos pacientes en rango de 50 – 59 años y dos pacientes en rango de 60 – 60 años.

De la población femenina de este grupo los resultados más altos estuvieron en el rango de 50 – 59 años para las tres escalas físicas excepto en la función física con mejor puntaje en el rango 60 – 69 años. En el componente mental los resultados más altos se reportaron en las cuatro escalas del rango de 50 – 59 años. Dentro de este grupo, la paciente que integra el rango de 30 - 39 años obtuvo los puntajes más bajos en todas las escalas físicas y mentales.

El único paciente masculino de 53 años edad incluido en este grupo presentó el mayor puntaje en el rol físico y el menor puntaje en la función física, con resultados similares a mismo rango de edad del sexo femenino. En el componente mental la vitalidad obtuvo el mayor puntaje 67.7 % superando los resultados de sexo femenino y el menor puntaje en el rol emocional, con resultados similares a los más altos del sexo femenino. (*Cuadro 4*)

EDAD		F.F	R.F	D.C	S.G	V	F.S	R.E	S.M
SEXO									
30-39	Rango	44.4	34.8	46.1	40.1	52.1	45.9	52.0	52.8
FEM	Media	44.4	34.8	46.1	40.1	52.1	45.9	52.0	52.8
	Media Nacional	96.3	96.3	96.3	96.3	96.3	96.3	96.3	96.3
40-49	Rango	52.8	52.0	55.4	43.4	64.6	56.8	52.0	55.6
FEM	Media	52.8	52.0	55.4	43.4	64.6	56.8	52.0	55.6
	Media Nacional	96.3	96.3	96.3	96.3	96.3	96.3	96.3	96.3
50-59	Rango	52.8	56.9	55.4	55.3	64.6	56.8	55.9	61.3
FEM	Media	52.8	56.9	55.4	55.3	64.6	56.8	55.9	61.3
	Media Nacional	58.2	38.5	56.6	50.8	59.9	48.65	38.4	51.4
60-69	Rango	50-57	54-56	50-51	48-54	58-64	56-56	55-55	50-61
FEM	Media	53.85	55.65	50.7	51.3	61.45	56.8	55.9	55.65
	Media Nacional	70.2	72.1	73.1	47.6	65.3	69.9	74.8	70.3
50-59	Rango	52.8	56.9	55.4	55.3	67.7	56.8	55.9	64.1
MAS	Media	52.8	56.9	55.4	55.3	67.7	56.8	55.9	64.1

Cuadro 4. Resultados de escalas distribuidos por grupos de edad y sexo del grupo de pacientes sometidos a reintervención por cirugía de refunduplicatura tipo Guarner, comparados con la media nacional de calidad de vida. F.F= función física, R.F = rol físico, D.C = dolor corporal, S.G = salud general, V= vitalidad, F.S = función social R.F = rol emocional, S.M = salud mental.

En el tercer grupo se incluyeron los pacientes sometidos a reintervención por cirugía de refunduplicatura tipo Nissen-Rossetti, que representan el 7.14 % de la población total. En este grupo se incluyó un paciente de sexo masculino de 30 años de edad con comorbilidad asociada de enfermedad inflamatoria intestinal más fisura anal y un paciente de sexo femenino de 60 años edad sin comorbilidades. La media de los resultados fueron con el mayor puntaje para la escala de dolor corporal con 55.4% y el menor puntaje para la escala de rol físico con 52%; en el componente mental el mayor puntaje es en la escala de salud mental con 61.3% y el menor puntaje para la escala de rol emocional con 55.9%. (Cuadro 5). En la distribución por edad y sexo, el mayor puntaje para el componente físico fuera para sexo femenino en la escala de función física, al igual que el menor puntaje para la salud general. Dentro del componente mental el mayor puntaje fue para el sexo masculino en la escala de vitalidad y el menor puntaje fue para el paciente de sexo femenino en la misma escala de salud.

ESCALA	INTERVALO	MEDIA	MEDIA NACIONAL
Función Física	48.6 – 57	52.8	90.91
Rol Físico	47.1 – 56.9	52	89.32
Dolor Corporal	55.4 – 55.4	55.4	85.16
Salud General	40.1 – 55.3	47.7	48.84
Vitalidad	52.1 – 67.7	59.9	67.03
Función Social	56.8 – 56.8	56.8	71.87
Rol Emocional	55.9 – 55.9	55.9	88.50
Salud Mental	58.5 – 64.1	61.3	66.63

Cuadro 5. Resultados de escalas en el grupo de pacientes sometidos a reintervención por cirugía de refunduplicatura tipo Nissen-Rossetti comparado con la media nacional de calidad de vida.

El cuarto grupo esta formado por un solo paciente del sexo femenino de 56 años edad sometido a reintervención por cirugía de refunduplicatura tipo Dor. Encontrando que los resultados más altos en el componente físico son por la escala de dolor corporal en el 62.1% y el más bajo en la escala del rol físico con 56.9%. Dentro del componente mental, el resultado más alto fue en vitalidad con 64.6% y el más bajo en la escala de salud mental con 55.6%. (Cuadro 6)

ESCALA	EDAD	SEXO	MEDIA	MEDIA NACIONAL
Función Física	50-59	FEM	57	84.9
Rol Físico	50-59	FEM	56.9	84.7
Dolor Corporal	50-59	FEM	62.1	82.2
Salud General	50-59	FEM	57.7	49.9
Vitalidad	50-59	FEM	64.6	69.1
Función Social	50-59	FEM	56.8	74.5
Rol Emocional	50-59	FEM	55.9	86.6
Salud Mental	50-59	FEM	55.6	71.2

Cuadro 6. Resultados de escalas en el grupo de pacientes sometidos a reintervención por cirugía de refunduplicatura tipo Dor, comparado con la media nacional de calidad de vida.

Finalmente a media de los resultados por escala del total de pacientes ingresados en el estudio fueron: en la función física de 50.16%, en el rol físico de 53.25%, en dolor corporal de 50.51%, en la salud general de 43.56%, en vitalidad de 54.66%, en la función social de 48.8%, en el rol emocional de 44.1% y en la salud mental de 51.49%. (Cuadro 8 y Gráfica 2)

Estas ocho escalas se agruparon para expresar los resultados en dos componentes específicos: físico y mental para los cuatro grupos formados por las diferentes técnicas quirúrgicas. (Cuadro 7) En los resultados para el componente físico la técnica Guarner y la técnica Dor obtuvieron los resultados mas altos con 59.05% y 59.2% respectivamente; para el componente mental las técnicas Guarner y Nissen – Rossetti obtuvieron los puntajes más altos con 67.91% y 60.85% respectivamente. Los resultados de la media final la técnica Guarner obtuvo el puntaje más alto con 63.48% y la técnica Nissen obtuvo el puntaje más bajo con 46.14%. (Gráfica 3)

TÉCNICA	COMPONENTE FÍSICO		COMPONENTE MENTAL	
	Media Estudio	Media nacional	Media Estudio	Media Nacional
NISSEN	47.83	78.53	44.45	73.52
GUARNER	59.05	78.53	67.91	73.52
NISSEN ROSSETTI	49.65	78.53	60.85	73.52
DOR	59.2	78.53	56.8	73.52

Cuadro 7. Resultados finales del componente físico y del componente mental para cada técnica quirúrgica, comparado con la media nacional de calidad de vida.

Al evaluar la calidad de vida en los pacientes del total de pacientes ingresados en nuestro estudio obtuvimos el puntaje para cada escala de medición, con los resultados más altos para el rol físico y vitalidad de cada componente y los resultados más bajos para la salud general y rol emocional. El reporte del resultado final del total de población en estudio para el componente físico es 50.77% y para el componente mental de 51.09% con un media que representa puntaje de calidad de vida de la población total de 50.93%. (Cuadro 8)

ESCALAS	MEDIA FINAL	MEDIA NACIONAL	ESCALAS	MEDIA FINAL	MEDIA NACIONAL
Función Física	50.16%	90.91	Vitalidad	54.66%	67.03
Rol Físico	53.25%	89.16	Función Social	48.8%	71.87
Dolor Corporal	50.51%	85.16	Rol Emocional	44.1%	88.50
Salud General	43.56%	48.84	Salud Mental	51.49%	66.63
COMPONENTE FÍSICO	50.77%	78.53	COMPONENTE MENTAL	51.09%	73.52
CALIDAD DE VIDA DEL TOTAL POBLACIÓN DEL ESTUDIO 50.93%					
CALIDAD DE VIDA MEDIA NACIONAL 85.9%					

Cuadro 8. Puntaje final calculado para cada escala y componente de salud en el total de población sometida a reintervención por cirugía antir reflujo fallida comparado con la media nacional de calidad de vida.

Nuestro objetivo secundario es reportar la principal sintomatología de falla encontrada del análisis del expediente clínico de todos los pacientes ingresados al estudio, al igual que las causas de fracaso anatómico más comunes encontradas durante la reintervención. Por tanto la principal sintomatología de falla reportada a la cirugía anti reflujo en el 67.86% de los pacientes (n=19) fue reflujo gastroesofágico, seguido de disfagia en 28.57% (n=8 pacientes) y dolor torácico en 3.57% (n=1 paciente). (*Gráfica 4*) Dentro de las causas más comunes de fracaso anatómico son: Funduplicatura migrada en 39.29% de los pacientes (n=11), disrupción de funduplicatura en 35.71% (n=10 pacientes), angulación de funduplicatura en 7.14% (n= 2 pacientes), funduplicatura laxa en 7.14% (n=2 pacientes), estenosis del hiato en 3.57% (n=1 paciente), hernia paraesofagica en 3.57% (n=1 paciente) y hernia diafragmática en 3.57% (n=1 paciente). (*Gráfica 5*)

DISCUSIÓN

Existe un número significativo de pacientes referidos a centros de tercer nivel institucional que continúan insatisfechos con los resultados postquirúrgicos de una cirugía anti reflujo; la mayoría de estos pacientes presentan alteraciones en la construcción de la cirugía primaria que los lleva a una nueva reintervención.

Por lo anterior el número de pacientes que requieren reintervención por sintomatología esofágica y extraesofágica va en aumento. Desde 1991 la cirugía anti reflujo tipo Nissen (360 grados) ha sido la más ampliamente utilizada y estudiada; para 1999, publicaciones por Horga et al y Curet et al, concuerdan que la refunduplicatura es la cirugía de elección para estos pacientes con aparentes buenos resultados; reportando un índice de falla entre el 10% a 30%.^(9,10) Ante estos datos que revelan un índice de falla cerca de tres veces mayor con una reintervención comparado con los índices bajos reportados para la primera funduplicatura, es necesario seleccionar cuidadosamente a los pacientes que deben ser reintervenidos ya que posterior a una tercera reintervención el índice de falla no parece incrementarse, pero si debe considerarse algún otro tipo de cirugía más radical.

Por tanto el objetivo principal de este estudio es evaluar la calidad de vida de nuestros pacientes sometidos a reintervención por cirugía anti reflujo fallida, que nos permita conocer las limitaciones físicas, psicológicas, sociales y funcionales para mejorar su atención en el servicio de cirugía general del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza.

Existen varias escalas que evalúan la calidad de vida de acuerdo a una patología específica, por ejemplo: la escala de Visick evalúa la función del estómago con procedimientos quirúrgicos, la escala de deglución de Karnell para pacientes con cirugía laríngea o la escalas para pacientes con patología oncológica, incluso existe una escala que valora el reflujo gastroesofágico en pacientes sin intervenciones quirúrgicas.(15) Hasta la fecha no hay una escala específica que nos permita valorar pacientes sometidos a reintervención secundario a cirugía anti reflujo fallida; este tema ha sido ampliamente estudiado y se reporta en la literatura mundial que el cuestionario de salud SF-36 cumple con criterios de confiabilidad y validez para ser la mejor escala en valorar la calidad de vida de este tipo de pacientes.

En este estudio reportamos que la refunduplicarura tipo Nissen es la cirugía de reintervención más utilizada en nuestro medio para pacientes con cirugía anti reflujo fallida. Al analizar los resultados del SF-36 en el grupo de pacientes sometidos a reintervención con cirugía de refunduplicatura tipo Nissen observamos que los resultados más altos se reportaron en pacientes jóvenes para ambos componentes de salud; sin embargo la población que predomina en este grupo se encuentra entre la quinta y sexta década de la vida, lo que contribuye a resultados bajos para este tipo de técnica.

En la evaluación por escalas logramos discernir entre las limitaciones físicas y psicológicas subsecuentes al tratamiento con este tipo de cirugía, reportando que los resultados del componente físico son superiores al componente mental en ambos sexos y rangos de edad. Cabe destacar que la población masculina obtuvo resultados superiores en el componente físico a pacientes del sexo femenino, sin embargo en el

componente mental obtuvieron resultados similares. Comparados con la media nacional de calidad de vida. El componente físico presenta 30.7 puntos por debajo de la media nacional, en las escalas que forman este componente, la función física es la que presenta el mayor puntaje por debajo de la media (41 puntos). El componente mental presentó 29.12 puntos debajo de la media nacional con el rol emocional como la escala con mayor puntaje debajo de la media nacional.

De la población restante los pacientes sometidos a cirugía por refunduplicatura tipo Guarner representan la segunda técnica más utilizada. La mayoría de pacientes al igual que el grupo de refunduplicatura tipo Nissen pertenecen a la quinta y sexta década de la vida. Los pacientes en estos rangos de edad con refunduplicatura tipo Guarner obtuvieron resultados más altos en el componente mental; a pesar de ello los resultados del componente físico fueron superiores al los resultados obtenidos por la población del mismo rango de edad del grupo con refunduplicatura Nissen. Otra observación es que los pacientes jóvenes con refunduplicatura Guarner obtuvieron los resultados más bajos en ambos componentes. Este resultado concuerda con los reportes hechos por Schefffer et al, sobre el mayor índice de falla con las funduplicaturas parciales debido a que la presión del esfínter esofágico inferior se afecta en forma mínima; es por tal que el componente mental obtuvo resultados superiores. Sin embargo comparando los resultados con la media nacional de calidad de vida; el componente físico obtuvo 19.48 puntos por debajo de la media nacional, encontrando que la escala de función física es la más afectada, por el contrario la escala salud general presentó 0.61 puntos por arriba de la media nacional. En el componente mental se encontró 12.67 puntos por debajo de la media con la mayor afectación en la escala de rol emocional.

En los dos grupos restantes de pacientes sometidos a reintervención con refunduplicaturas Nissen–Rossetti y refunduplicatura Dor, se integraron por un mínimo de pacientes que representan solo el 10.71% del total de la población y difieren de forma significativa en rangos de edad, por tanto la media de sus resultados fueron 28.88 puntos en el componente físico y 12.67 puntos ambos por debajo de la media nacional para la refunduplicatura Nissen-Rossetti. En la refunduplicatura Dor se encontró 19.33 puntos en componente físico y 16.72 puntos por debajo de la media nacional.

Del total de pacientes ingresados en este estudio, encontramos que el componente físico presenta 27.76 puntos y el componente mental 22.43 puntos ambos con resultados por debajo de la media nacional al aplicar el cuestionario SF- 36; secundario a que presentan alguna limitación en la función física o dolor corporal evaluado por las preguntas correspondientes en estas escalas según el cuestionario de salud, sin embargo en los resultados en la escala de salud en general, estos pacientes se refieren con mejoría en su estado de salud comparado con un año previo en su vida.

Por tanto, concluimos que el manejo quirúrgico requerido para este tipo de pacientes es técnicamente más demandante secundario a adherencias de la cirugía previa, anatomía obscura o enfermedad por reflujo gastroesofágico avanzada. A pesar de que los índices de falla reportados para la cirugía de reintervención pueden ser altos, el beneficio para el paciente es mayor.

Finalmente el resultado final del total de la población ingresada en nuestro estudio por la media de ambos componentes fue de 50.93%, lo cual representa un total de 35 puntos por debajo de la media nacional lo que traduce que estos pacientes

evolucionan con mala calidad de vida secundario a múltiples eventos quirúrgicos, complicaciones subsecuentes y comorbilidades asociadas.

Uno de los objetivos principales en la construcción del SF-36 fue el logro de altos estándares psicométricos, lo que asegura la confiabilidad de este instrumento para detectar alteraciones en el estado mental subsecuentes a un manejo específico. Los resultados obtenidos dentro de este concepto son subjetivos, lo anterior basado en estudios por la Asociación Psicológica Americana y el Consejo Nacional de Medición de la Educación donde demuestran que la atención del componente mental eleva en forma significativa la calidad de vida de un paciente. (16) Esto puede ser aplicado a nuestra población en estudio, así mejorar la relación médico paciente. En los últimos avances en la aplicación del SF-36 se propone crear bases de datos para cada población y padecimiento en específico para poder realizar estudio comparativos entre poblaciones condiciones similares.

En lo que respecta a nuestros objetivos secundarios; en este estudio realizado sobre la población manejada en el servicio de cirugía general del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza, presentamos varios resultados similares a la literatura mundial. Primero la principal sintomatología de falla reportada en nuestro estudio es el reflujo gastroesofágico, seguido de disfagia y en menor porcentaje dolor torácico.

De igual manera en publicaciones por Schefffer et al, estudian los factores de riesgo que contribuyen a la falla de la cirugía anti reflujo, iniciando por reconocer como causa principal el factor anatómico tales como alteraciones en el hiato esofágico, fondo

gástrico y esófago distal, además de factores dinámicos que aumentan la presión al hiato esofágico por variaciones entre la peristalsis esofágica y los movimientos diafragmáticos en cada respiración y factores técnicos como falta de movilización adecuada del esófago distal y fijado inadecuado de la válvula.(7) Igbal et al, por otro lado afirma que la sola presencia de herniación de la funduplicatura es un factor importante para la falla subsecuente, aumentando el riesgo de requerir una nueva reparación quirúrgica si esto ocurre en los dos primeros años de haberse realizado la cirugía anti reflujo; así mismo, la presencia de esófago corto es otro factor importante de falla aunque en muy raras ocasiones se logra demostrar.(1)

En nuestro estudio reportamos que las principales causas de fracaso a la cirugía anti reflujo en la población atendida en el servicio de cirugía general del Hospital de Especialidades la Raza son funduplicatura migrada a la cavidad torácica con disrupción de pilares en el 39% y disrupción de la funduplicatura en el 35%; por lo tanto encontramos que en conjunto los factores anatómicos, dinámicos y técnicos son las causas más comunes para la falla a la cirugía anti reflujo en nuestra población, así como modificables ya que al tener presente estas alteraciones, se debe poner especial énfasis en el manejo de estas estructuras con fundamentos técnicos de reconstrucción en el evento quirúrgico primario, confirmando que este tipo de cirugía en manos expertas pueden tener un índice bajo de falla. Actualmente algunos autores como Bais el al, consideran simplista el concepto de herniación posterior a la funduplicatura, por lo que inició el debate de reconocer más factores de riesgo para la falla y nueva reintervención quirúrgica, tales como complicaciones de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, metaplasia de Barret y esofagitis severa;(8) los cuales también son factores presentes en nuestra población y son motivo para seguimiento a largo plazo de estos pacientes

CONCLUSIÓN

- **El cuestionario de salud SF-36 es útil para evaluar la calidad de vida en pacientes sometidos a reintervención por cirugía anti reflujo fallida; de igual manera permitió obtener los resultados esperados para ambos componentes de salud por rangos de edad en la población estudiada y compararla con los resultados de la media nacional mexicana de calidad de vida.**
- **La calidad de vida del total de pacientes sometidos a reintervención por cirugía anti reflujo fallida en el servicio de cirugía general del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza es mala comparado con la media nacional de calidad de vida, secundario múltiples eventos quirúrgicos, complicaciones subsecuentes y comorbilidades asociadas.**
- **La aplicación del SF-36 permitió conocer las actividades que se encuentran afectadas de las diferentes poblaciones que conforma cada una técnicas quirúrgicas utilizadas en el servicio de cirugía general.**
- **El grupo de pacientes sometidos a reintervención por cirugía de refunduplicatura Nissen presentaron los resultados más bajos en calidad de vida del total de nuestra población en estudio.**

- **EL grupo de pacientes sometidos a reintervención por cirugía de refunduplicatura Guarner presentaron los resultados más altos en calidad de vida del total de nuestra población en estudio. Incluso la escala de salud general fue el único rubro con resultados mayores a la media nacional de calidad de vida.**
- **Con los resultados de este estudio iniciamos un base de datos sobre la calidad de vida de los pacientes sometidos a reintervención con las diferentes técnicas de refunduplicatura en el servicio de cirugía general del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza mediante el cuestionario de salud SF-36, la cual puede utilizarse como muestra control de estudios comparativos en un futuro en la población mexicana.**
- **El uso del cuestionario de salud SF-36 en los pacientes sometidos a reintervención por cirugía anti reflujo fallida integra la percepción del estado de salud en forma multidimensional, contribuye a planificar en forma eficaz un tratamiento personalizado, promete el acercamiento en la relación médico-paciente de forma tal que los pacientes tendrán un nuevo marco de referencia respecto al nivel de atención en el servicio de cirugía general del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza.**

BIBLIOGRAFÍA

1. Igbal A, Awad Z, Simkins J, Shah R, Haider M, Salinas V. Repair of 104 Failed Anti-Reflux Operations. *Ann Surg* 2006; 244(1):42-51.
2. Dallemagne B, Weerts J, Jehaes C. Operaciones laparoscópicas antirreflujo fallidas: lecciones de las reintervenciones. *Rev Mex Cir Endoscop* 2003;4(1):19-24.
3. Velazquez GJA, Bevia PF, DelgadilloTG, Servin TE, Serrano GI, Marmolejo EJ. Reoperación en cirugía antirreflujo fallida. *Cir Gen* 2007;29(3):181-87.
4. Schefffer R, Samsom M, Hebbard G, Gooszen H. Effects of partial (Belsey Mark IV) and complete (Nissen) Fundoplication on proximal gastric function and esophagogastric junction dynamics. *Am J of gastroen* 2006; 101(3):479-87.
5. Bais JE, Horbach JM, Masclee AA, Smout AJ, Terpstra JL, Gooszen HG. Surgical treatment for recurrente gastro-esophageal reflux disease after failed antireflux surgery. *Br J Surg* 2000;87(2):243-49.
6. Khajanchee YS, O'Rourke R, Cassera MA, Gatta P, Hansen PD, Swanstrom LL. Laparoscopic reintervention for failed antireflux surgery: Subjetive and Objeteive outcomes in 176 consecutive patients. *Arch of Surg* 2007; 142(8):785-92.
7. Velanovich V. Comparison of Generic (SF-36) vs. Disease-Specific (GERD-HRQL), Quality-Of-Life Scales for Gastroesophageal Reflux Disease *J Gastrointest Surg* 1998; 2: 141-14.5
8. Ware John E. Sf-36 literature construction of the SF-36 version 2.0 psychometric considerations translations discussions, SF-36 Health Survey Update 2007
9. Zuñiga M, Carrillo G, Fos P, Gandek B, Medina M. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF- 36: resultados preliminares en México. *Salud pública México* 1999; 41(2): 86- 92.
10. Duran L, Gallegos K, Salinas G, Martinez H. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el formato corto 36. *Salud pública México* 2004; 46(4) 32-37.

11. Granderath FA, Kamolz T, Pointner R. Failed antireflux surgery : quality of life and surgical outcome after laparoscopic refundoplication. *International Journal of colorectal Disease* 2003 ; 18(3):248-253.
12. Granderath FA, Kamolz T, Schweiger UM, Pointner R. Long-term follow-up after laparoscopic refundoplication for failed antireflux surgery: quality of life, symptomatic outcome, and patient satisfaction. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 2002 ; 6(6):812-818.
13. Kamolz T, Bammer T, Pasiut M, Pointner R. Health-related and disease-specific quality of life assessment after laparoscopic repeated fundoplication. *Chirurg* 2000 ;71(6):707-711.
14. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer G, Quintana J. El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Sociedad Española de Salud Publica* 2005; 19(2): 135-150.

XII. ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- 1. Número de seguro social:** _____
- 2. Número telefónico:** _____
- 3. Sexo:**
 - a) Femenino _____
 - b) Masculino _____
- 4. Edad en años:** _____
- 5. Diagnóstico :**
 - a) Enfermedad por reflujo gastroesofágica _____
- 6. Cirugía anti reflujo:**
 - a) Presente _____
 - b) ausente _____
- 7. Síntoma principal de falla de la cirugía anti reflujo:**
 - a) reflujo recurrente _____
 - b) disfagia _____
 - c) pirosis _____
 - d) distensión gástrica _____
 - e) dolor torácico _____
- 8. Reintervención :**
 - a) Tipo de cirugía _____
 - b) Fecha de cirugía _____
 - c) Tiempo transcurrido de la última cirugía _____

ANEXO 2

Cuestionario de salud SF-36

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

Cuestionario de Salud SF-36

Asignación de puntaje.

Enfoque Rand es simple.

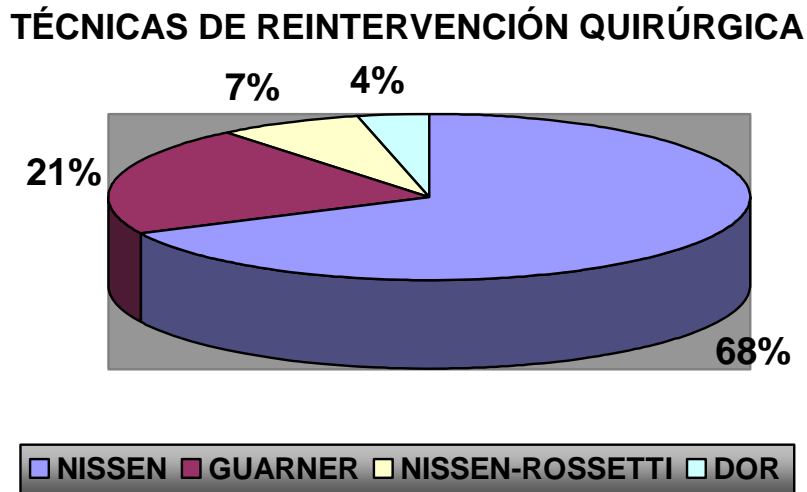
Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor, es 100).

Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntan 0- 50- 100; con 5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 -75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100.Luego,los puntajes de items de una misma dimensión se promedian ara crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

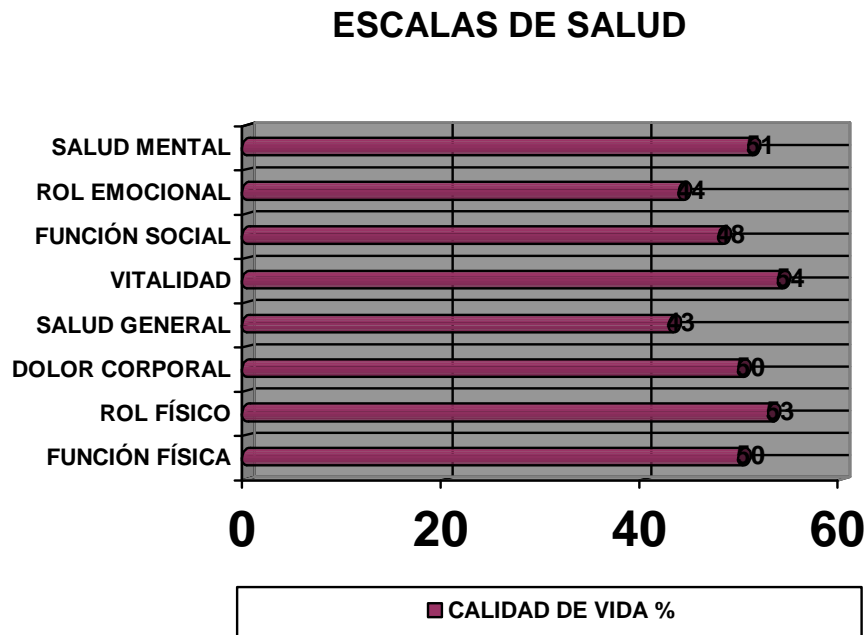
Los items no respondidos no se consideran.

ANEXO 3

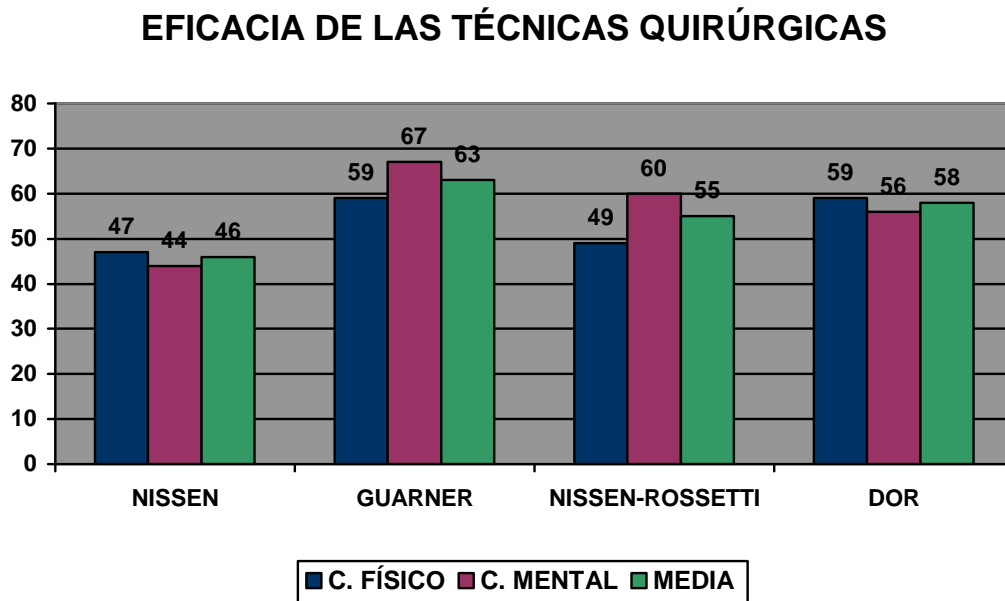
GRAFICA 1. Principales técnicas quirúrgicas de reintervención utilizadas en el servicio de cirugía general.



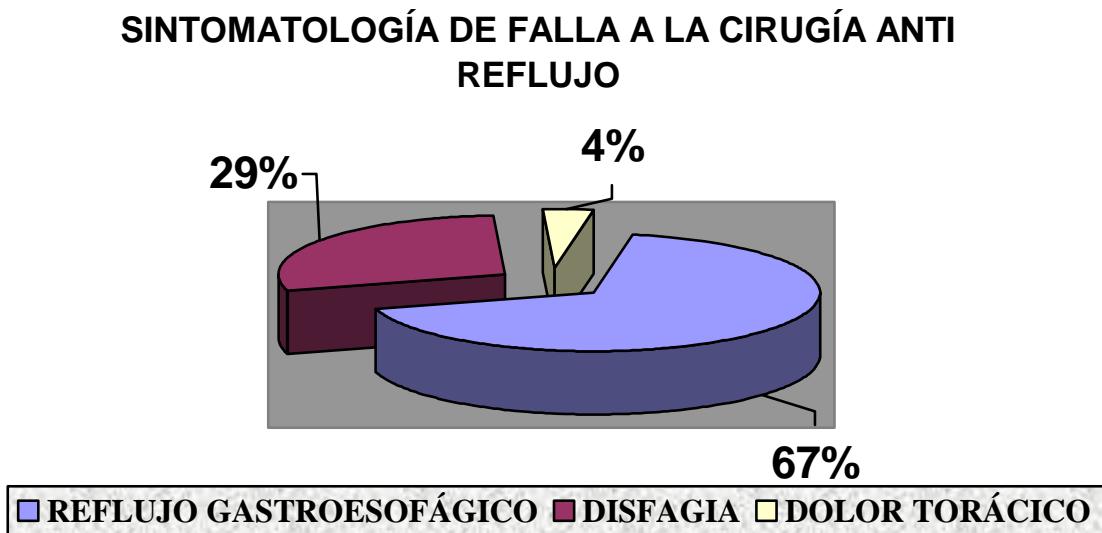
GRÁFICA 2. Resultados globales de calidad de vida para cada escala de salud en el total de pacientes sometidos a reintervención por cirugía anti reflujo fallida.



GRÁFICA 3. Resultados de la eficacia de cada técnica quirúrgica evaluada mediante el cuestionario de salud SF-36.



GRAFICA 4. Principal sintomatología de falla reportada de la cirugía anti reflujo.



GRAFICA 5. Resultados en porcentajes de las principales causas de fracaso anatómico reportadas como hallazgos en las cirugías de reintervención.

CAUSAS DE FRACASO ANATÓMICO

