

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA



**EVALUACIÓN DEL BIENESTAR DE LOS PACIENTES POST OPERADOS DE
FUNDuplicatura TIPO NISSEN MEDIANTE EL INDICE DE VISICK EN EL
HOSPITAL GENERAL DR. GONZALO CASTAÑEDA ISSSTE**

SEDE: HOSPITAL GENERAL “DR GONZALO CASTAÑEDA”

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

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN

CIRUGIA GENERAL

PRESENTA:

DR. JESÚS RODRÍGUEZ JOSÉ

ASESOR DE TESIS:

DR. MARCO ANTONIO GONZALEZ ACOSTA

MEXICO, D.F.

AGOSTO 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DR. ALBERTO TREJO LINO
DIRECTOR

DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA
JEFE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DR. MARCO ANTONIO GONZALEZ ACOSTA
PROFESOR TITULAR Y ASESOR DE TESIS

DR. FRANCISCO DIAZ DE LEON
TUTOR DE TESIS

Agradecimientos

Gracias a la vida por permitirme terminar un proyecto más de vida.

A cada uno de mis pacientes que me dieron la oportunidad de aprender de sus enfermedades

A mi mamá; que sin ella nada de esto hubiera sido posible y que ahora entiendo cada uno de sus esfuerzos a lo largo de su vida. Ya que sin su existir nada de esto hubiera sido posible.

A mi esposa Daniela; por todo el apoyo que me a brindado de forma incondicional en todos y en cada uno de los momentos difíciles que se han presentado a lo largo de mi formación como cirujano, así como por la oportunidad de vivir mi vida y su vida en compañía para siempre.

A mi hermana; por su eterna compañía a lo largo de mi caminar en mi formación.

A toda mi familia por siempre creer en mí y apoyarme a lo largo de estos 11 años de formación en el ejercicio de la medicina.

A mis suegros y cuñada por formar parte de mi vida.

A Juan, Papa Taver, Joaquín, Cynthia , Rafa, Daniel, Luís Zurita, Jorge: por la gran compañía que a sido para mi tener gente como cada uno de ustedes.

Doy gracias a cada uno de mis maestros que e tenido la oportunidad de conocer a lo largo de estos cuatro años, desde los inicios en PEMEX Villahermosa, PEMEX Minatitlan, PEMEX Central Sur Alta Especialidad, Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda ISSSTE.
Ya que sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

INDICE

MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	10
OBJETIVOS GENERALES.....	11
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	12
MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	25

EVALUACION DE LA SATISFACCION DE LOS PACIENTES POST-OPERADOS DE FUDUPLICATURA TIPO NISSEN MEDIANTE EL INDICE DE VISICK EN EL HOSPITAL GENERAL DR. GONZALO CASTAÑEDA ISSSTE

MARCO TEORICO

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), es una de las enfermedades más comunes en el servicio de cirugía general, con un gran impacto sobre la calidad de vida, teniendo repercusiones en su actividad cotidiana, emocional y estilo de vida. Su evaluación se está convirtiendo en un factor importante para seleccionar las opciones de tratamiento para la ERGE y evaluar los resultados de diferentes estrategias de tratamiento. Desde la introducción de la laparoscopia en 1991, se ha producido un aumento exponencial en el número de pacientes sometidos a operación de ERGE y en el número de centros donde se realizan estos procedimientos. La Funduplicatura tipo Nissen por laparoscopia se ha convertido en el procedimiento estándar para el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico severo. La calidad de vida del paciente y los datos de satisfacción de los pacientes son cuestiones importantes en la estimación de los resultados de la cirugía antireflujo. Varios estudios han demostrado que la cirugía antieflujo por vía laparoscopia puede lograr excelentes resultados en la mejoría de calidad de los pacientes con ERGE. Para ello se ha utilizado el índice de satisfacción de Visick:

- I Completa.
- II Síntomas infrecuentes o menores.
- III Síntomas significativos.
- IV Síntomas severos intratables
- V Síntomas peores que en preoperatorio.

Definición:

La enfermedad por reflujo gastroesofagico (ERGE) es una condición que aparece cuando el reflujo del contenido del estómago produce síntomas molestos y/o complicaciones.

Para considerar la definición de ERGE los síntomas deben ser lo suficientemente importantes en frecuencia o en intensidad como para afectar la calidad de vida del paciente (síntomas al menos moderados y/o presentes dos o más veces por semana).

La ERGE se puede manifestar con síntomas, con lesiones de la mucosa esofágica o con la presencia simultánea de síntomas y lesiones.

Según los resultados de la endoscopia, la ERGE se divide en ERGE con esofagitis (ERGE erosiva) o ERGE con endoscopia negativa (ERGE no erosiva). La mayoría de los pacientes con síntomas de ERGE no presentan lesiones esofágicas y la clínica no guarda una buena correlación con las lesiones.

Desde el punto de vista clínico, esta entidad puede ser responsable de un amplio abanico de manifestaciones clínicas, tanto a nivel esofágico como extraesofágico como resumimos en la tabla 1

Síndromes Esofágicos		Síndromes Extraesofágicos	
Sintomáticos	Con lesiones	Establecidos	Propuestos
Síndrome de Reflujo Típico	de Esofagitis por Reflujo	Síndrome de Tos por Reflujo	Faringitis
Síndrome de Dolor Torácico por Reflujo	Estenosis Esofágica por Reflujo	Síndrome de Asma por Reflujo	Sinusitis
	Esófago de Barret	Síndrome de Laringitis por Reflujo	Fibrosis Pulmonar
	Adenocarcinoma de Esófago	Síndrome de Erosiones Dentales por Reflujo	Otitis Media Recurrente

Factores de riesgo

Además de factores genéticos asociados, la obesidad, la ganancia reciente de peso independientemente del IMC, el consumo de tabaco, la presencia de una hernia hiatal por deslizamiento y dormir en posición de decúbito lateral derecho son factores de riesgo para la ERGE.

El ejercicio físico intenso, así como la toma de diversos fármacos (antagonistas del calcio, anticolinérgicos, aminofilinas, nitratos, opioides, esteroides) pueden empeorar los síntomas de ERGE.

Manifestaciones clínicas y complicaciones

Los síntomas típicos de ERGE son la pirosis y la regurgitación. El término de pirosis describe la sensación de ardor o quemazón en el área retroesternal y el de regurgitación, la sensación de retorno del contenido gástrico a la boca y a la hipofaringe. Este binomio es prácticamente diagnóstico de ERGE en su presentación típica. No obstante, la ausencia de pirosis y regurgitación no excluye el diagnóstico. Otros síntomas que se pueden presentar en esta enfermedad son dolor epigástrico y alteraciones del sueño.

La ERGE se considera potencialmente responsable de una gran variedad de otros síntomas y entidades clínicas, algunas de origen esofágico (dolor torácico por reflujo), y otras extraesofágicas (tos crónica, asma, laringitis, erosiones dentales, faringitis, sinusitis, fibrosis pulmonar idiopática y otitis media). El dolor torácico, la tos crónica y el asma son los procesos que presentan datos más concluyentes sobre su asociación con la ERGE.

Se consideran síntomas de alarma la disfagia persistente y/o progresiva, vómito persistente, hemorragia gastrointestinal, anemia ferropénica, pérdida de peso no intencionada y/o una tumoración epigástrica palpable.

La complicación esofágica más frecuente de la ERGE es la esofagitis. La estenosis, la hemorragia, el esófago de Barrett y el adenocarcinoma son complicaciones más raras.

Estudios de laboratorio y de gabinete

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

1. Serie esofagogastroduodenal
2. Endoscopia alta
3. Evaluación manométrica esofágica.

En algunos casos especiales, la siguiente prueba puede ser de utilidad:

1. Ph metria de 24 hrs

Aunque no siempre están disponibles, estas pruebas no solo permiten confirma 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 la que se sospecha un epitelio de Barrett puede documentar la presencia de una severa displasia o de un carcinoma. La endoscopia puede, igualmente, detectar otras anomalías de la mucosa gastroesofágica, sugerentes de etiologías sintomáticas diferentes de la ERGE. La determinación del pH metría durante 24 horas puede sugerir el diagnóstico en casos atípicos y llevar a la realización de pruebas adicionales. Los estudios manométricos pueden detectar trastornos de la motilidad esofágica.

Tratamiento

El tratamiento de la ERGE tiene como objetivo evitar o reducir la exposición ácida del esófago y la sintomatología asociada al mismo. Los tratamientos abarcan los consejos sobre estilos de vida y medidas higiénico-dietéticas, fármacos y ocasionalmente cirugía.

Los consejos sobre estilos de vida y medidas higiénico dietéticas deben individualizarse e ir orientados a los factores de riesgo que presente cada paciente, valorando la respuesta clínica a los cambios introducidos. Incluyen la pérdida de peso en pacientes obesos, el abandono del tabaquismo, evitar comidas copiosas, ricas en grasas y aquellas que desencadenen síntomas, la práctica de ejercicio físico moderado, evitar en lo posible medicamentos favorecedores de reflujo y, en algunos casos, medidas posturales como dormir sobre el lado izquierdo o elevar la cabecera de la cama 15-30 cms. Algunos

pacientes también pueden beneficiarse de no acostarse hasta transcurrida una hora después de comer.

Los fármacos utilizados en el tratamiento de la ERGE son los antiácidos, los antagonistas H₂, los IBP y los procinéticos.

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.
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
6. 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 en casos de displasia persistente.

JUSTIFICACION

Tener un registro de los paciente post operados de funduplicatura tipo Nissen, así como la calidad de vida de los pacientes post operados de funduplicatura tipo Nissen en el Hospital general Dr. Gonzalo Castañeda del ISSSTE.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el bienestar de los pacientes post operados de funduplicatura tipo Nissen mediante el índice de Visick en el Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda ISSSTE.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Mediante el índice de Visick conocer la calidad de vida de los pacientes post operados de funduplicatura laparoscopica tipo Nissen.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. En el que serán revisados los expedientes clínicos de los pacientes postoperados de funduplicatura tipo Nissen por laparoscópica, donde se reviso en que índice de Visick se encuentran al momento de ser vistos en las consultas subsecuentes.

Lugar:

Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda ISSSTE, en el servicio de cirugía general.

Duración:

1 año.

Criterios de inclusión:

Pacientes post operados de funduplicatura tipo Nissen en el Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda.

Criterios de exclusión:

Pacientes que no hayan asistido a consultas subsecuentes en consulta externa de cirugía general.

Variables medidas:

Edad, sexo, indicaciones quirúrgicas, tipo de cirugía realizada, tiempo de estancia intrahospitalaria, índice de Visick, complicaciones y consumo de medicamento antisecretor después de la cirugía.

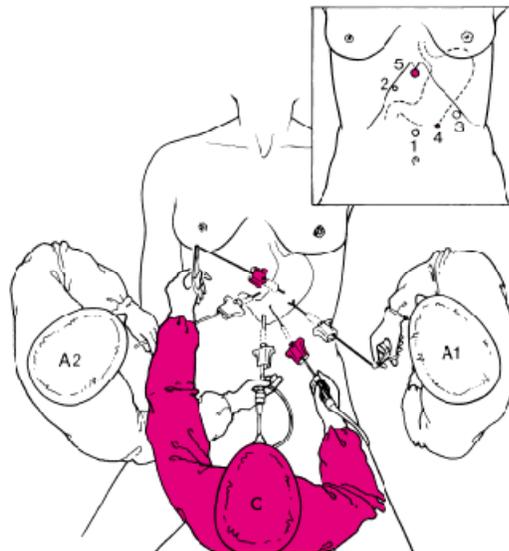
Instrumental:

Torre de laparoscopia, bisturí armónico, graspers, pinzas babcock, portaagujas, lente de 30°, trocares de 11 y 5 mm, prolene 2-0.

Técnica quirúrgica:

Posición del paciente

Se instala al paciente, bajo anestesia general endotraqueal, con una sonda gástrica de Levin , en posición ginecológica, los muslos ligeramente flexionados. La mesa de operaciones se encuentra en posición inclinada a 20°. El cirujano se sitúa entre las piernas del paciente, el primer ayudante a la izquierda del enfermo, el segundo asistente a su derecha. El cirujano, el sistema óptico, la región de disección y el monitor deben ser los puntos sucesivos de un mismo eje. Por lo tanto, el monitor se situará de preferencia sobre un brazo articulado a la altura de la cabeza del paciente.



Disposición de los trocares

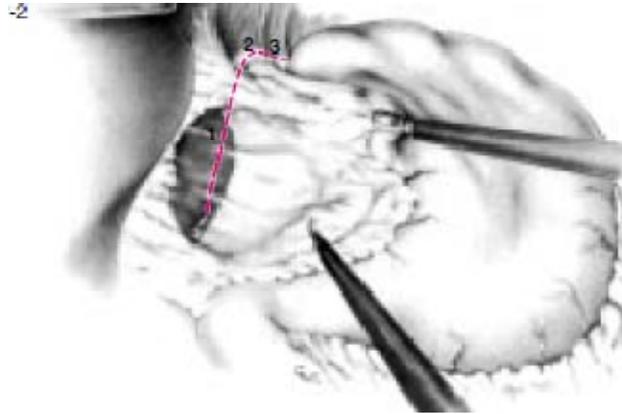
Se necesitan cinco trocares para la intervención: 1. un trocar de 10 mm en la intersección de los dos tercios medios y del tercio inferior de la distancia entre el apéndice xifoides y el ombligo; 2. un trocar de 5 mm a nivel del borde subcostal derecho, 5 cm a la derecha de la línea alba; 3. un trocar de 10 mm bajo el borde costal izquierdo en la línea del pezón; 4. un trocar de 5 mm en la mitad de una recta que una el trocar (1) y el trocar (3); 5. un trocar de 10 mm bajo el apéndice xifoides.

Creación del neumoperitoneo

Después de una incisión de 10 mm en la unión del tercio medio y del tercio inferior de la distancia entre el ombligo y el apéndice xifoides, se introduce una aguja de Veress a través de la aponeurosis y del peritoneo parietal. Se establece una presión máxima de 14 mmHg con un insuflador capaz de generar hasta 9 l/min.

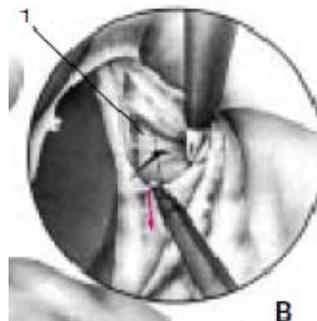
Diseción del hiato esofágico

El hiato esofágico se expone fácilmente después de apartar el lóbulo izquierdo del hígado gracias a un separador de hígado sostenido por el segundo ayudante. El primer ayudante toma el estómago con pinzas atraumáticas y tracciona el ángulo de Hiss hacia abajo y a la izquierda del paciente. El pilar derecho se reconoce fácilmente bajo la hoja peritoneal que recubre la membrana freno-esofágica y debajo del epiplón menor puesto en tensión. Pueden ser contraindicaciones relativas de la laparoscopia, la cirrosis o la hipertrofia del lóbulo izquierdo si impiden la retracción del hígado hacia arriba y una exposición correcta del hiato. Por el contrario, la obesidad, frecuente en pacientes que presentan un reflujo, no agrava el problema de la exposición del campo particularmente en la mujer en quien la repartición de la grasa es periférica.



Las etapas sucesivas son las siguientes:

Incisión prolongada del epiplón menor sin tener en cuenta las fibras extragástricas del nervio vago, visualizando la parte alta del pilar derecho. Si existe una arteria hepática accesoria es necesario controlarla con clips antes de seccionarla; incisión de la hoja peritoneal del ligamento frenoesofágico. El primer ayudante cambia la orientación del eje de tensión sobre el estómago y lo lleva hacia abajo y a la derecha del paciente. No se efectúa una incisión del ligamento en todo su espesor para no hacer una brecha en la pared anterior del esófago, el plano de separación entre la membrana frenoesofágica y el esófago no son evidentes en este estado de la disección. La incisión se prolonga hacia la izquierda por la incisión del ligamento gastrofrénico.



Una óptica lateral de 30° facilita la buena visión de esta disección. La sección de estas hojas peritoneales, sin aislar realmente el esófago permite su movilización; disección a lo largo del pilar derecho de arriba abajo hasta encontrar el pilar izquierdo. Esto sólo es

posible si la incisión del epiplón menor es suficientemente grande. La pinza en posición subxifoidea se introduce en el ángulo formado por el pilar derecho y el esófago y desplaza el estómago hacia abajo y a la izquierda del paciente. Esta maniobra, facilitada por la sección previa de las hojas peritoneales que permite la movilización del esófago, aísla el pilar izquierdo y expone la región retroesofágica.



La localización del pilar izquierdo es indispensable antes de la disección del mesoesófago ya que separa la región mediastínica de la región retroesofágica intraabdominal.



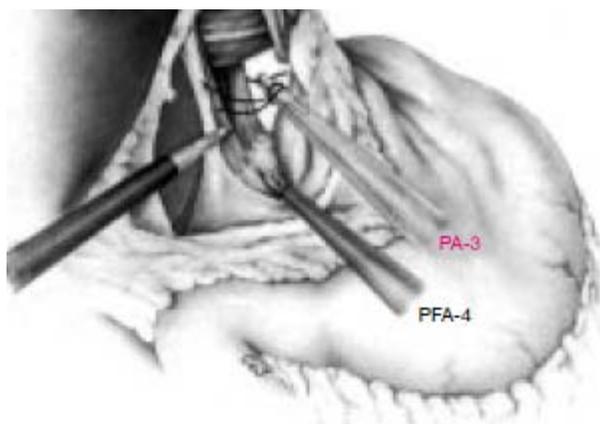
La disección de la región mediastínica está prohibida en este estado de la disección si se quiere evitar una perforación del esófago posterior intramediastínico o de la pleura izquierda; disección de la región retroesofágica intraabdominal que finaliza con la sección de la parte posterior del ligamento gastrofrénico; incisión de abajo hacia arriba del pilar izquierdo tras la localización del nervio vago posterior con precaución para no lesionarlo. Se alarga la disección lo más arriba posible apartando el esófago hacia la izquierda y hacia arriba, pero limitándose a la parte que no cubre el esófago; cuando el esófago está bien

individualizado, la disección de todo el espesor de la membrana freno-esofágica puede realizarse sin peligro de perforación del esófago. La movilización del esófago permite, el esófago hacia la derecha del paciente, acabar de disecar la parte superior del pilar izquierdo. Ante una voluminosa hernia hiatal, la relación entre la pared gástrica, el saco herniario y la pleura es extremadamente estrecha y el peligro de perforación tanto de la pared gástrica como de la pleura es importante. Por lo tanto, se debe respetar el principio de una disección previa de los pilares, seguida de una reducción progresiva de la hernia hacia el abdomen. En el abordaje intramediastínico del saco, particularmente tentador con laparoscopia ya que se introduce fácilmente en el mediastino, se corre el peligro de perforación.

La técnica de disección del hiato que utilizan los autores ha evitado los accidentes clásicos de disección en la mayoría de los casos.

Sutura de los pilares del diafragma

Se realiza la sutura de los pilares con prolene 00. Los dos pilares se suturan uno con otro con puntos en X dejando 1 a 2 cm de espacio entre el esófago y los pilares, ya que se expone al riesgo de una disfagia postoperatoria que podría crear una angulación del esófago o una estenosis de la válvula en el caso de una migración intratorácica parcial de esta última.



Movilización de la curvatura mayor

La disección del ligamento gastroesplénico empieza en el lugar donde los vasos cortos ya no se orientan hacia el colon transversal. Los vasos cortos se aíslan después de la disección del ligamento. Su hemostasia se asegura con el disector armónico. La probabilidad de lesionar el bazo es menor que en una laparotomía clásica; pero, un vaso corto mal controlado puede provocar una hemorragia local que se difunda en el ligamento gastroesplénico y dificulte la continuación de la movilización de la curvatura mayor. La disección se termina con la sección del ligamento frenogástrico de izquierda a derecha hasta encontrarse con la disección del espacio retroesofágico a nivel del pilar izquierdo.

La movilización de la curvatura mayor es indispensable para que no haya ninguna fuerza de tracción sobre la válvula, lo que conlleva una torsión del esófago. Esta torsión puede ser responsable de disfagia. La ausencia de disección del ligamento gastroesplénico obliga al paso en zona retro-esofágica de la cara anterior de la gran tuberosidad para crear la válvula, lo que hace muy difícil, sobre todo en laparoscopia, evitar un pliegue de la válvula que hace aleatoria su calibración.

Pasaje retroesofágico de la válvula

Se toma con una pinza traumática la tuberosidad mayor y la presenta a una pinza traumática introducida y deslizada detrás del esófago de derecha a izquierda. Esta manipulación se facilita levantando el esófago gracias al primer ayudante. La disección del hiato del esófago y la movilización de la curvatura mayor deben permitir que la válvula pase fácilmente en zona retroesofágica y se mantenga sin ninguna tracción.

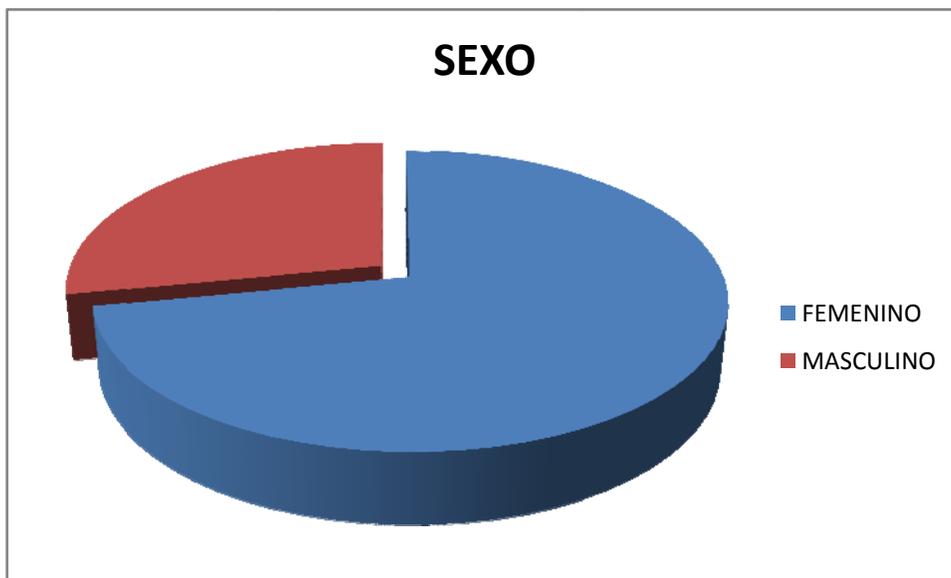
Debe asegurarse con un movimiento de vaivén que el límite de la tuberosidad mayor a la derecha y a la izquierda del esófago es el mismo. Esta maniobra evita la trampa de un pliegue en la válvula. En efecto, con laparoscopia no es posible tomar con la mano la tuberosidad mayor y pasarla globalmente en zona retroesofágica. La válvula debe acomodarse de tal manera que no esté mantenida por ninguna tracción.

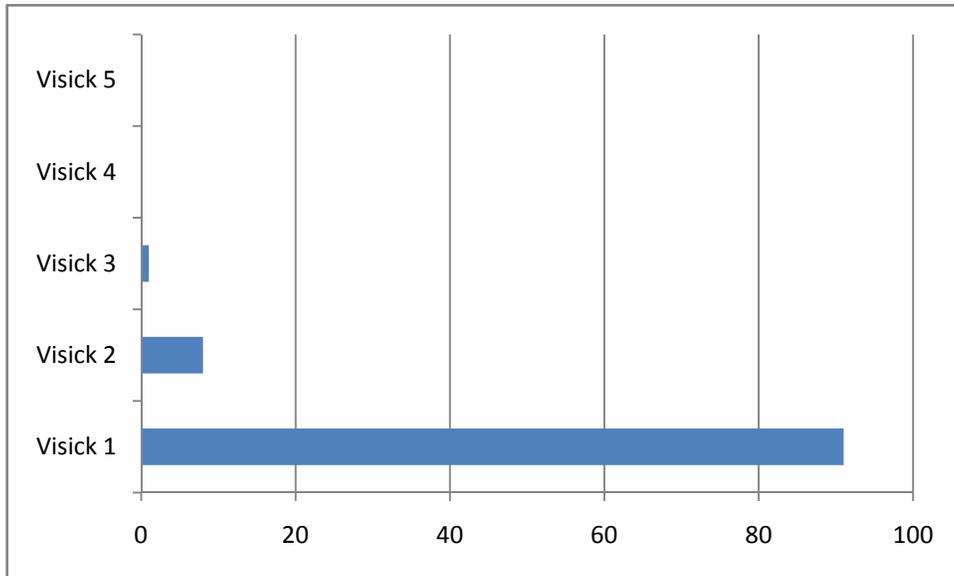
Funduplicatura según Nissen

Se introduce prolene 2.0 insertado, de 10 cm de largo con un porta agujas. Se sutura sin apretar la válvula, que mantiene el estómago en la base del esófago y lo atrae caudal y posteriormente, hundiéndolo en la válvula, lo que facilita la sutura posterior. Esta maniobra puede realizarse con un lazo. La aguja atraviesa sucesivamente el estómago a la izquierda del esófago, la cara anterior del esófago, teniendo cuidado de evitar las fibras nerviosas, y el borde libre de la válvula. La válvula de una longitud de 3 a 5 cm se sutura a sí misma con 5 puntos separados. El último punto no toma el esófago. Los nudos se realizan de forma extracorpórea.

RESULTADOS

De los expedientes revisados encontramos 32 pacientes post operados de funduplicatura tipo Nissen 23 pacientes fueron del sexo femenino y 9 pacientes del sexo masculino. Con una edad media de 43.5 años con una desviación estándar de +- 15. Dentro de la indicaciones quirúrgicas de los pacientes encontramos que la totalidad de los pacientes presentaban hernia hiatal mayores de tres centímetros y sintomatología asociada a ERGE. El 91% de los pacientes presentan un índice de Visick 1, el 8.% Visick 2 y el 1% Visick 3, no encontramos ningún paciente con Visick 4 y 5. Ningún paciente presento complicaciones trans y post operatorias y el 95% de los pacientes post operados abandonaron la terapia anti secretora. La estancia intrahospitalaria promedio fue de 2 días.





DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El éxito de la cirugía antirreflujo puede medirse de diversas maneras una de las más utilizadas es la evaluación de la calidad de vida mediante el índice de Visick posterior a la cirugía antireflujo, es un instrumento adecuado para la medición de la eficacia y el éxito de la operación de los pacientes, ya que da el punto de vista del impacto en la calidad de vida del paciente post operado de funduplicatura tipo Nissen.

Nuestros resultados muestran que la funduplicatura tipo Nissen por laparoscopia proporciona un tratamiento eficaz y un alivio duradero del reflujo en pacientes con ERGE. La operación se traduce en un alto nivel de satisfacción del paciente, la mejora de la calidad de vida, y eliminación de medicamentos antisecretores en la mayoría de los pacientes. La calidad de vida mostro una mejora significativa después de la cirugía. Antes de la cirugía todos los pacientes tenían una mala calidad de vida. En general, la calidad de vida y la percepción de la satisfacción mejoran en promedio 6 semanas después de post operados

La satisfacción de los pacientes parece depender principalmente de la desaparición de síntomas clínicos de ERGE. No obstante los resultados que aparecen en consecuencia de la cirugía antireflujo tales como, disfagia, eructos o vómitos excesivos incapacidad de canalizar el gas pueden tener un impacto negativo significativo en los pacientes y la satisfacción con la calidad de vida del tratamiento quirúrgico. Sin embargo, los pacientes con ERGE deben ser informados antes de la operación que algunos de los síntomas relacionados con la dispepsia es probable que persistan después de la cirugía.

Se constató que el paciente que presento Visick 3 es un paciente que no responde a tratamiento médico. Lo cual se deberá constatar en un estudio dirigido y con una población mayor.

La cirugía antireflujo con abordaje por vía laparoscopica, es la opción de tratamiento para aquellos pacientes perfectamente seleccionados, ya que en ellos se logra

un índice de satisfacción Visick 1 y 2 en el 99% de los paciente. Siendo esto un éxito para la institución ya que es semejante con lo reportado en la literatura a nivel mundial.

BIBLIOGRAFIA

1. Armstrong D, Marshall JK, Chiba N, Enns R, Fallone CA, Fass R, et al. Canadian Consensus Conference on the management of gastroesophageal reflux disease in adults - update 2004. *Can J Gastroenterol* 2005;19:15-35.
2. Bodger K, Trudgill N. British Society of Gastroenterology (BSG). Guidelines for oesophageal manometry and pH monitoring. Clinical Practice Guidelines [Internet]. London, UK: BSG; 2006
3. Carlsson R, Dent J, Bolling-Sternevald E, Johnsson F, Junghard O, Lauritsen K, et al. The usefulness of a structured questionnaire in the assesment of symptomatic gastroesophageal reflux disease. *Scand J Gastroenterol* 1998;33:1023-9.
4. Castell DO, Dalton CB, Becker D, Sinclair J, Castell JA. Alginic acid decreases postprandial upright gastroesophageal reflux. Comparison with equal-strength antacid. *Dig Dis Sci* 1992;37:589-93.
5. Delaney B, McColl K. Review article: Helicobacter pylori and gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;22 Suppl 1:32-40.
6. Dent J, Armstrong D, Delaney B, Moayyedi P, Talley J, Vakil N. Symptom evaluation in reflux disease: workshop background, processes, terminology, recommendations, and discussion outputs. *Gut* 2004;53:1-24.
7. Dent J, Brun J, Fendrick AM, Fennerty MB, Janssens J, Kahrilas PJ, et al. An evidence-based appraisal of reflux disease management-The Genval Workshop Report. *Gut* 1999; 44 (Supl. 2): S1-S16.
8. Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, Johansson S. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 2005;54:710-7.
9. DeVault KR, Castell DO. American College of Gastroenterology updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2005;100:190-200.
10. DeVault KR, Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease The Practice Parameters Committee of American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 1999; 94:1434-42.
11. Donnellan C, Sharma N, Preston C, Moayyedi P. Medical treatments for the maintenance therapy of reflux oesophagitis and endoscopic negative reflux disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD003245.
12. Edwards SJ, Lind T, Lundell L. Systematic review: proton pump inhibitors (PPIs) for the healing of reflux oesophagitis – a comparison of esomeprazole with other PPIs. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;24:743-50
13. Ford CN. Evaluation and management of laryngopharyngeal reflux. *JAMA* 2005;294:1534-40.
14. Fox M, Forgacs I. Gastro-oesophageal reflux disease. *BMJ* 2006;332:
15. Fraser A, Delaney B, Moayyedi P. Symptom-based outcome measures for dyspepsia and GERD trials: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005;100:442-52.
16. Galmiche JP, Clouse RE, Balint A, Cook IJ, Kahrilas PJ, Paterson WG, et al. Functional esophageal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1459-65.

17. Gisbert JP, Piqué J. Indicaciones y consecuencias de la erradicación de *Helicobacter pylori* en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Med Clin (Barc)* 2005;124:697-709.
18. Gordon C, Kang JY, Neild PJ, Maxwell JD. The role of the hiatus hernia in gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;20:719-32.
19. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE. Manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Guía de Práctica Clínica. Actualización 2007. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2007. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada:
20. Raghunath AS, Wiklund I. Beyond heartburn: a systematic review of the extra-oesophageal spectrum of reflux-induced disease. *Fam Pract* 2005;22:591-603.
21. Irwing RS. Chronic cough due to gastroesophageal reflux disease: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;129(1 Suppl):80S-94S.]
22. Jones R, Lydeard S. Prevalence of symptoms of dyspepsia in the community. *BMJ* 1989;298:30-2.
23. Kaltenbach T, Crockett S, Gerson LB. Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach. *Arch Intern Med* 2006;166:965-71.
24. Khan M, Santana J, Donellan C, Preston C, Moayyedi P. Pharmacological therapies in the short term treatment of oesophagitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 Apr 18;(2):CD003244
25. Klauser AG, Schindlbeck NE, Muller-Lissner SA. Symptoms in gastro-oesophageal reflux disease. *Lancet* 1990;335:205-8.
26. Locke GR, Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR. A new questionnaire for gastroesophageal reflux disease. *Mayo Clin Proc* 1994;69:539-47.
27. Moayyedi P, Duffy J, Delaney B. New approaches to enhance the accuracy of the diagnosis of reflux disease. *Gut* 2004;53(Suppl 4):55-7.
28. Moayyedi P, Talley NJ. Gastro-oesophageal reflux disease. *Lancet* 2006;367:2086-100.
29. Nilsson M, Johnsen R, Ye W, Hveem K, Lagergren J. Lifestyle related risk factors in the aetiology of gastro-oesophageal reflux. *Gut* 2004;53:1730-5.
30. Numans ME, Lau J, de Wit NJ, Bonis PA. Short-term treatment with proton-pump inhibitors as a test for gastroesophageal reflux disease: a meta-analysis of diagnostic test characteristics. *Ann Intern Med* 2004;140:518-27.
31. Rey E, Moreno-Elola-Olaso C, Artalejo FR, Locke GR 3rd, Diaz-Rubio M. Association between weight gain and symptoms of gastroesophageal reflux in the general population. *Am J Gastroenterol* 2006;101:229-33
32. Shaw M. Diagnostic utility of reflux disease symptoms. *Gut* 2004;53 Suppl 4:25-7.
33. Stanciu C, Bennett JR. Alginate-antacid in the reduction of gastro-oesophageal reflux. *Lancet* 1974;1:109-11.
34. Talley NJ, Armstrong D, Junghard O, Wiklund I. Predictors of treatment response in patients with non-erosive reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;24:371-6.