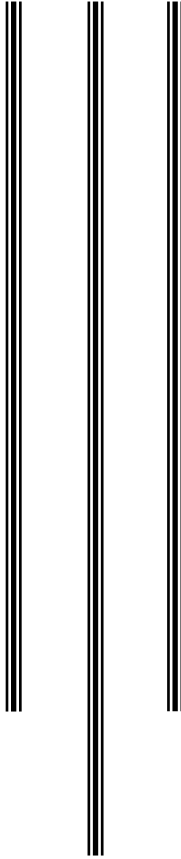




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO  
“HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO”



TEMA:

**“Evaluación de calidad de vida  
en pacientes operados de  
funduplicatura laparoscópica por  
enfermedad por reflujo  
gastroesofágico en el  
Hospital Juárez de México”**

TESIS:

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

AUTOR:

DRA. DANIELA PIMENTEL GRACIANO

TUTOR:

DR. JAVIER GARCÍA ÁLVAREZ



Ciudad de México, Mayo 2016



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. Carlos Viveros Contreras*  
*Director de Enseñanza y Desarrollo Académico*  
*Hospital Juárez De México*

---

*Dr. Javier García Álvarez*  
*Jefe de servicio de cirugía general.*  
*Tutor académico*  
*Cirujano Y Mentor*  
*Hospital Juárez De México*

**Registro de Tesis: HJM 0097/16-R**

# Contenido

MARCO TEORICO.....	5
Calidad de vida.....	7
Antecedentes históricos.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	10
JUSTIFICACIÓN .....	10
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	10
OBJETIVOS.....	11
HIPÓTESIS.....	11
Hipótesis nula.....	11
Hipótesis alternativa .....	11
METODOLOGÍA .....	12
Diseño de investigación .....	12
MATERIALES Y MÉTODOS.....	12
Universo de estudio .....	12
Tamaño de la muestra.....	12
Criterios de inclusión .....	13
Criterios de no inclusión .....	13
Criterios de exclusión .....	13
Criterios de eliminación .....	14
DEFINICION DE VARIABLES.....	14
Variables dependientes.....	14
Variables independientes.....	15
ANALISIS ESTADÍSTICO .....	16
Recursos.....	17
Aspectos éticos y de bioseguridad.....	17
Recolección de datos .....	18
RESULTADOS.....	19
Comprobación de hipótesis .....	20
Pacientes operados.....	22
Pacientes no operados.....	27
Resultados comparativos entre pacientes operados y no operados .....	30

Prueba t de Student .....	32
DISCUSION .....	34
CONCLUSIONES .....	35
CONFLICTO DE INTERESES.....	35
BIBLIOGRAFIA.....	36
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	39
ANEXOS .....	40

## MARCO TEORICO

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una condición mórbida que se desarrolla cuando el reflujo del contenido gástrico hacia el esófago causa síntomas molestos, complicaciones o ambos. La pirosis afecta  $\frac{2}{3}$  partes de la población adulta en Estados Unidos en algún punto de sus vidas, así como 4 a 5 millones de visitas médicas por año son generadas por este síntoma. (1,2)

Los estudios poblacionales sugieren que la ERGE es una condición común, con una prevalencia de entre 10 y 20 % en Europa Occidental y Norteamérica, 10 % en Sudamérica y 6 % en Asia. También han revelado un incremento significativo en la prevalencia de la ERGE y todo parece indicar que esta tendencia se está incrementando en forma gradual. Una evidencia indirecta de esto es una mayor incidencia de sus complicaciones más temidas: Esófago de Barrett y adenocarcinoma esofágico. (3) En México no se cuenta con información asertiva acerca prevalencia de la enfermedad y mucho menos de los pacientes que han sido sometidos a tratamiento quirúrgico. (5)

El tratamiento médico, basado en los modernos inhibidores de la bomba de protones (IBP), es efectivo para controlar la pirosis y la esofagitis, pero no modifica las causas fisiopatológicas que generan el reflujo ni los síntomas mecánicos. Si a esto sumamos otros factores como costos del tratamiento, efectividad, efectos farmacológicos colaterales e insatisfacción por tratamientos prolongados y - reiterados, encontraremos las razones por las cuales el tratamiento quirúrgico se perfila como una buena opción tanto para el medico como para los pacientes. (4)

En el 2006 se realizó el Consenso de Montreal definiendo a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) como la condición que se desarrolla cuando el reflujo del contenido gástrico genera síntomas que afectan el bienestar del paciente y/o complicaciones. El fallo de la de la barrera antirreflujo permite el reflujo anormal del contenido gástrico al esófago. Su falla mecánica es causada por un esfínter esofágico inferior (EEI) defectuoso, falla en el vaciamiento gástrico o falta en la perístasis esofágica (1-6)

En el 2012 se realiza el consenso mexicano definiendo a la ERGE como el ascenso del contenido gástrico o gastroduodenal por arriba de la unión gastroesofágica, causando síntomas y/o daño estructural afectando el bienestar y la calidad de vida de los individuos que la padecen. (7)

Recientemente, los estudios se han centrado en evaluar los resultados postoperatorios, especialmente la presencia de sintomatología residual posterior a la cirugía y su impacto en la calidad de vida de los pacientes en el corto plazo.

Se ha considerado que los indicadores de esta última medición y el grado de satisfacción del paciente son, hoy en día, una forma importante de estimar el resultado de la cirugía antirreflujo, ya que por mucho tiempo la persistencia de los síntomas gastroesofágicos en pacientes postoperados de funduplicatura han sido considerados sinónimo de fallo quirúrgica. (8)

Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue realizar una evaluación a mediano - largo plazo de los resultados de la funduplicatura de Nissen mediante el cuestionario Gastro-intestinal Quality of Life (GIQLI) (8)

## **Calidad de vida**

Tradicionalmente la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha centrado en métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos, o simplemente empleando el uso de indicadores epidemiológicos (tasas) para caracterizar una población. Sin embargo, existía un vacío instrumental para medir la calidad de vida o estado de salud individual en función de la definición de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud. (9, 10, 11)

La evaluación de la calidad de vida (QoL por sus siglas en inglés), se ha considerado como evaluación controversial ya que mide la percepción de síntomas y el seguimiento de estos pacientes, siendo todo de forma subjetiva. Se han desarrollado distintas herramientas para pacientes con manifestaciones gástricas, debido a la importancia que tiene la QoL y los eventos quirúrgicos. En 1995 surge en Alemania el índice de calidad de vida gastrointestinal (Gastrointestinal Quality of Life Index: GIQLI), el cual incluye 36 preguntas divididas en cinco partes: Síntomas, disfunción física, disfunción emocional, disfunción social, y el efecto del tratamiento médico, con una subdivisión en la función del intestino grueso, tracto gastrointestinal superior, y meteorismo. La encuesta incluye 36 preguntas, y las calificaciones de las respuestas van de 0 a 4, y el puntaje total va de 0 a 144, encontrándose un resultado satisfactorio puntajes arriba de 86. (11)



## **Antecedentes históricos**

En 1951 Allinson, considerado el iniciador de la cirugía antirreflujo estableció la verdadera relación entre la hernia hiatal y la ERGE, enfatizando sobre la necesidad de colocar la unión gastroesofágica en posición normal intraabdominal para garantizar su mejor funcionamiento. A partir de este momento aparecen numerosas técnicas, consistentes en fijar el estómago y la unión esofagogástrica a la pared anterior del abdomen o a una estructura retroperitoneal lo suficientemente fuerte para mantenerla en esa posición.

En 1955, Rudolf Nissen empleó por primera vez la funduplicatura de 360° en el tratamiento quirúrgico del reflujo gastroesofágico y al año siguiente publicó sus resultados iniciales. El éxito indiscutible de la funduplicatura de Nissen para el control de la enfermedad se vio empañado por la aparición de complicaciones como: disfagia, distensión abdominal, imposibilidad para eructar y vomitar, lo que obligó a realizar modificaciones en la técnica para disminuir su incidencia. (12)

Las modificaciones propuestas por DeMeester y Donahue fueron crear una funduplicatura laxa ("floppy Nissen"), reducida de tamaño (de 4-6 cm a 1-2 cm de longitud), con sección de los vasos cortos y realizada bajo calibración con una bujía, las que lograron reducir los problemas iniciales. (13,14)

Entre 1962 y 1963 Dor y Toupet describieron sus conocidos hemi-Nissen.

El primero propuso uno anterior y el segundo uno posterior.

En 1965 Rossetti describe una modificación a la técnica de Nissen, en la cual, la funduplicatura se realiza con la pared anterior del fundus gástrico sin requerir de la ligadura y sección de los vasos cortos. (15)

En 1991, el belga Bernard Dallemagne llevó a cabo la primera funduplicatura de Nissen por laparoscopia (16). Este abordaje agregó a los buenos resultados de la cirugía antirreflujo en cuanto al control de los síntomas, las ventajas inherentes a la cirugía laparoscópica tales como: disminución del dolor postoperatorio, corta estancia hospitalaria y la reincorporación precoz a las actividades habituales entre otras. Esto permitió que esta técnica quirúrgica ganara popularidad y aceptación (17)

Por esta razón el tratamiento quirúrgico, que a comienzos de la década de los años noventa aparecía como la última posibilidad terapéutica para los pacientes portadores de la ERGE por lo cual se ha convertido en la opción terapéutica más atractiva desde la década de los 90 (18,19)

Recientemente, los estudios se han centrado en evaluar los resultados postoperatorios, especialmente la presencia de sintomatología residual posterior a la cirugía y su impacto en la calidad de vida de los pacientes en el corto plazo.

Se ha considerado que los indicadores de esta última medición y el grado de satisfacción del paciente son, hoy en día, una forma importante de estimar el resultado de la cirugía antirreflujo, ya que por mucho tiempo la persistencia de los síntomas gastroesofágicos en un paciente posfunduplicación han sido considerados sinónimo de fallo quirúrgico.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El conocimiento de la calidad de vida de los pacientes postoperados de funduplicatura laparoscópica nos ayuda a entender el panorama que viven los pacientes en la vida diaria a nivel de los hábitos intestinales, a nivel psicológico, emocional, social y física. Así mismo es útil para identificar los problemas del paciente y brindarle una atención multidisciplinaria, en conjunto con servicios como psicología, rehabilitación, nutriología, gastroenterología, etc.

## **JUSTIFICACIÓN**

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una entidad patológica que puede tener desde un curso asintomático hasta síntomas que tienen una repercusión negativa en el bienestar del paciente, una vez sometido a cirugía es importante conocer que tanta mejoría han experimentado y como ha impactado el procedimiento quirúrgico en su calidad de vida.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el impacto en la calidad de vida en pacientes que han sido sometidos a funduplicatura laparoscópica por enfermedad por reflujo gastroesofágico en comparación con aquellos quienes sufren enfermedad por reflujo gastroesofágico y no han sido sometidos a tratamiento quirúrgico?

## **OBJETIVOS**

Determinar la calidad de vida de los pacientes sometidos a funduplicatura laparoscópica en el Hospital Juárez de México mediante una encuesta validada, estandarizada para evaluar la calidad de vida a nivel gastrointestinal.

Objetivos particulares: entrevistar a pacientes vía telefónica o en la consulta externa para evaluar la calidad de vida del paciente.

## **HIPÓTESIS**

### **Hipótesis nula**

Ho: No existe diferencia en la calidad de vida de los pacientes sometidos a una funduplicatura laparoscópica en el Hospital Juárez de México, con respecto a los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico que no han sido operados.

### **Hipótesis alternativa**

H1: Existe diferencia en la calidad de vida de los pacientes sometidos a una funduplicatura laparoscópica en el Hospital Juárez de México, con respecto a los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico que no han sido operados.

# **METODOLOGÍA**

## **Diseño de investigación**

Recolección retrospectiva, observacional y transversal. Serie consecutiva. Periodo: marzo 2013- febrero 2016.

Sede de aplicación: departamento de cirugía general del Hospital Juárez De México.

# **MATERIALES Y MÉTODOS**

## **Universo de estudio**

Todos los pacientes operados de funduplicatura laparoscópica por reflujo gastroesofágico y aquellos con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico que no han sido operados en el periodo de marzo de 2013 a febrero del 2016.

## **Tamaño de la muestra**

53 pacientes postoperados de funduplicatura laparoscópica por enfermedad por reflujo gastroesofágico quienes contestaron cuestionario GIQLI.

18 pacientes con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en espera de tratamiento quirúrgico.

### **Criterios de inclusión**

Todos los pacientes con diagnóstico inicial de enfermedad por reflujo gastroesofágico y a quienes posteriormente se les realizó funduplicatura laparoscópica y aquellos con diagnóstico de ERGE sin tratamiento quirúrgico.

Pacientes operados de marzo del 2013 a febrero del 2016.

Pacientes que desean contestar el cuestionario.

### **Criterios de no inclusión**

Se descartó a los pacientes con diagnóstico de acalasia.

Pacientes con antecedentes de reintervención de funduplicatura laparoscópica o abierta realizada en otros hospitales o en el mismo servicio de cirugía general del Hospital Juárez de México.

Pacientes operados de funduplicatura por vía abierta.

Pacientes que no deseen contestar el cuestionario.

### **Criterios de exclusión**

Pacientes que no contesten el cuestionario completo.

## **Criterios de eliminación**

Pacientes que no se localizaron.

## **DEFINICION DE VARIABLES**

### **Variables dependientes**

#### *Tipo de funduplicatura*

DC: técnica quirúrgica empleada para evitar el reflujo gastroesofágico misma que emplea el fondo gástrico

DO: evaluado por el instrumento GIQLI realizado por el medico mediante interrogatorio directo.

NM: cuantitativa continua

#### *Calidad de vida*

DC: es un concepto que hace alusión a varios niveles de generalización pasando por sociedad, comunidad, hasta el aspecto físico y mental, por lo tanto, el significado de calidad de vida es complejo, contando con definiciones desde sociología, ciencias políticas, medicina, estudios del desarrollo

DO: evaluado por el instrumento GIQLI realizado por el medico mediante interrogatorio directo.

NM: cuantitativa continua

## **Variables independientes**

### *Sexo*

DC: condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.

DO: obtenido de acuerdo a lo documentado en su expediente clínico

NM: cualitativo nominal

### *Edad*

DC: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

DO: obtenido de acuerdo a lo documentado en su expediente clínico.

NM: cuantitativo continuo

### *Tiempo desde el procedimiento quirúrgico*

DC: lapso desde la realización de cirugía hasta la entrevista

DO: obtenido de acuerdo a lo documentado en su expediente clínico

NM: cualitativo nominal



*Inhibidor de bomba de protones*

DC: grupo de fármacos que inhiben la producción de ácido gástrico

DO: obtenido de acuerdo a lo documentado en su expediente clínico

NM: cualitativo nominal

## **ANALISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizara estadística descriptiva estimando media mediana y desviación estándar de la población, las variables cualitativas se expresaran en porcentajes.

Se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov (K-S), debido a que la muestra supera los 30 pacientes y se estableció una distribución no paramétrica, por lo que se utilizó la t de Student para comparación de medias.

Se estableció un error alfa de 5% y una posibilidad de error beta de 20% para tener resultados con una potencia de 80% y un intervalo de confianza al 95% y se consideraron estadísticamente significativos valores de P iguales o menores de 0.05%. Todos los análisis fueron efectuados utilizando un programa comercialmente disponible (SPSS versión 23)

## **Recursos**

Se solicitó apoyo al servicio de estadística y archivo clínico del hospital Juárez de México para la obtención de expedientes de pacientes que cursaron con el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico y a los cuales se les practicó cirugía, durante un periodo de 3 años (marzo del 2013 a febrero del 2016) y en aquellos que acudieron a la consulta de cirugía general para valoración de misma patología. Se utilizaron recursos materiales y de personal para la búsqueda de información en expedientes.

## **Aspectos éticos y de bioseguridad**

Dado que el estudio se realizara de forma retrospectiva y transversal, la información requerida se obtendrá de expedientes clínicos, por lo cual no tendrá implicaciones éticas ni experimentales, excepto la confidencialidad de la información proporcionada por cada paciente.

## **Recolección de datos**

Se revisaron expedientes clínicos para identificar a pacientes diagnosticados con enfermedad por reflujo gastroesofágico atendidos en la consulta de cirugía general del hospital Juárez de México postoperados y no operados pero candidatos a tratamiento quirúrgico.

Se buscaron también los dictados quirúrgicos para determinar el tipo de cirugía realizada en los pacientes ya sometidos a tratamiento quirúrgico.

Una vez obtenidos estos datos se les pidió a los pacientes que contestaran el cuestionario GIQLI durante sus consultas de seguimiento o por vía telefónica en aquellos quienes no se captaron en la consulta externa.

Se usó una escala validada para evaluación de calidad de vida a nivel gastrointestinal: Gastrointestinal Quality of Life index (GIQLI), con uso en cirugía general y gastroenterología, con la cual se evalúa el bienestar físico, la digestión, hábitos intestinales, bienestar mental, consta de 36 reactivos y se basa en una escala de 0 a 4 (0 muy mala, 1 mala, 2 regular, 3 buena, 4 muy buena) aceptándose como efecto satisfactorio puntuaciones por arriba de 86 en la suma global, así como la presencia de síntomas residuales.

## RESULTADOS

Se realizó el presente estudio en el hospital Juárez de México, donde se realizaron 53 funduplicaturas laparoscópicas en el periodo de marzo del 2013 a febrero del 2016, en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Se operaron 23 hombres y 30 mujeres, lo cual corresponde a 43.4 % y 56.6% respectivamente.

La media de edad en los pacientes ya operados fue de 45 años.

Se encontró también que 28-3% de los pacientes ya operados aun presentan sintomatología que mejora con la ingesta de inhibidor de bomba de protones.

El tiempo transcurrido desde la cirugía abarca un lapso de 36 a 4 meses.

El tipo de funduplicatura mas realizada correspondió a la técnica de Nissen con 37 (69.8%) procedimientos seguida de 16 Nissen Rossetti (31.1%).

La calidad de vida en pacientes funduplicados es muy buena (44.4%) y buena (33.3%)

En la consulta externa se detectaron 18 pacientes en espera de tratamiento quirúrgico, todos bajo tratamiento con inhibidores de bomba de protones.

Entre los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico no operados se encontró que la edad de la mayoría de nuestra población se encuentra entre los 29 y 39 años de edad. La media y la mediana fueron de 39,5 y 39,00 respectivamente.

De estos 38.8% son hombres y 61.1% mujeres

La calidad de vida fue muy buena en 44.4%, buena en 33.3% y regular en 22.2%, todos reportaron la ingesta de inhibidor de bomba de protones.

La comparación entre los pacientes operados y no operados arroja que hay mayor número de pacientes de sexo femenino correspondiendo al 57.7% de la población estudiada.

Se observó un valor de t de Student para la asociación de calidad de vida y cirugía de  $-0.227$  (IC  $-0.415$   $-0.788$ ), por lo que se determina que no existe significancia estadística en cuanto a calidad de vida y realización de cirugía

(valor de  $p < 0.05$ ) Aunque debemos de tomar en cuenta que los pacientes no operados se encuentran en tratamiento con inhibidor de bomba de protones.

Se encontró un valor de t de Student para la asociación de sexo y cirugía de  $-0.330$  (IC  $-0.318$   $-0.227$ ), por lo que se determina que no existe significancia estadística en cuanto al sexo y cirugía. (valor de  $p < 0.05$ )

Se documentó un valor de t de Student para la asociación de edad y cirugía de  $1.909$  (IC  $-0.291$   $13.178$ ), por lo que se determina que no existe significancia estadística en cuanto al edad y cirugía (valor de  $p < 0.05$ )

### **Comprobación de hipótesis**

La hipótesis nula ( $H_0$ ) plantea que no existe no existe diferencia en la calidad de vida de los pacientes sometidos a una funduplicatura laparoscópica en el Hospital Juárez de México, con respecto a los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico que no han sido operados.

Durante el análisis estadístico se encontró un valor de  $t$   $-0,227$  (IC  $-0,415$   $-0,788$ ), la cual determina que no existe diferencia estadísticamente significativa para la calidad de vida y cirugía, por lo que se rechaza la hipótesis alternativa ( $H_1$ ) y se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ ).

## Pacientes operados

### DISTRIBUCIÓN DE GÉNERO DE PACIENTES OPERADOS

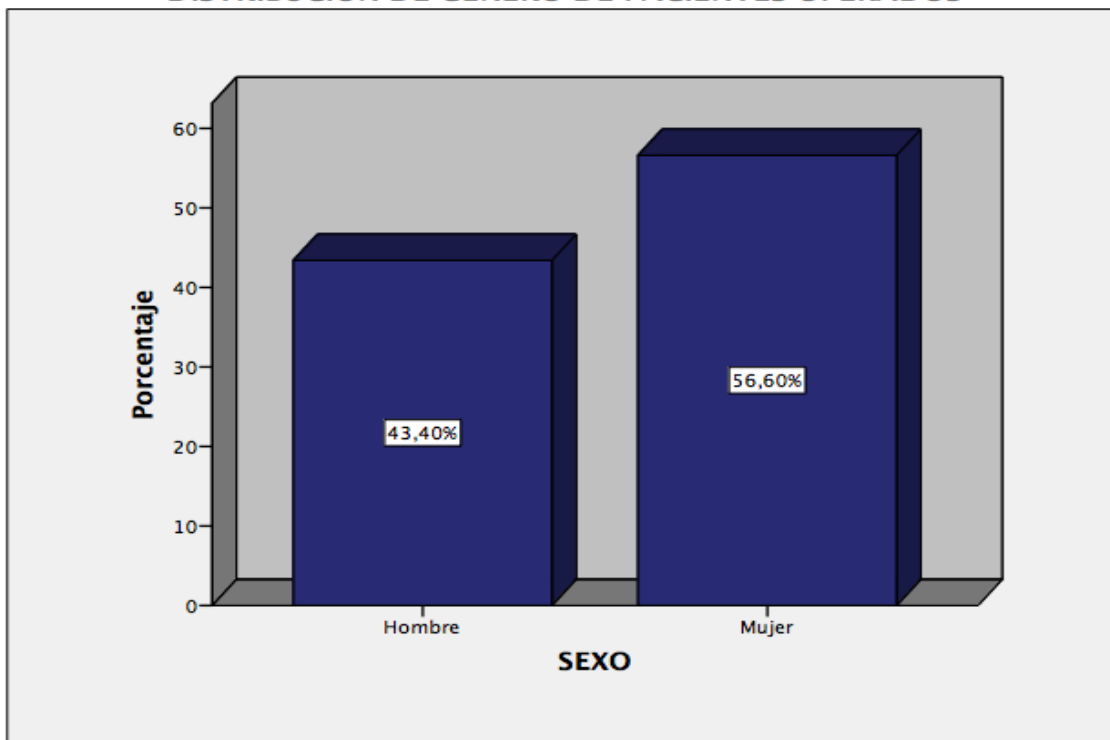


Figura1: Pacientes operados de funduplicatura laparoscópica 43% hombres y 56% mujeres.

### DISTRIBUCION DE GÉNERO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre	23	43,4	43,4	43,4
Mujer	30	56,6	56,6	100,0
Total	53	100,0	100,0	

### EDAD

N	53
Media	45,94
<u>Mediana</u>	48,00
<u>Moda</u>	51
<u>Desviación estándar</u>	13,073
<u>Varianza</u>	170,901

### USO DE INHIBIDOR DE BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES OPERADOS

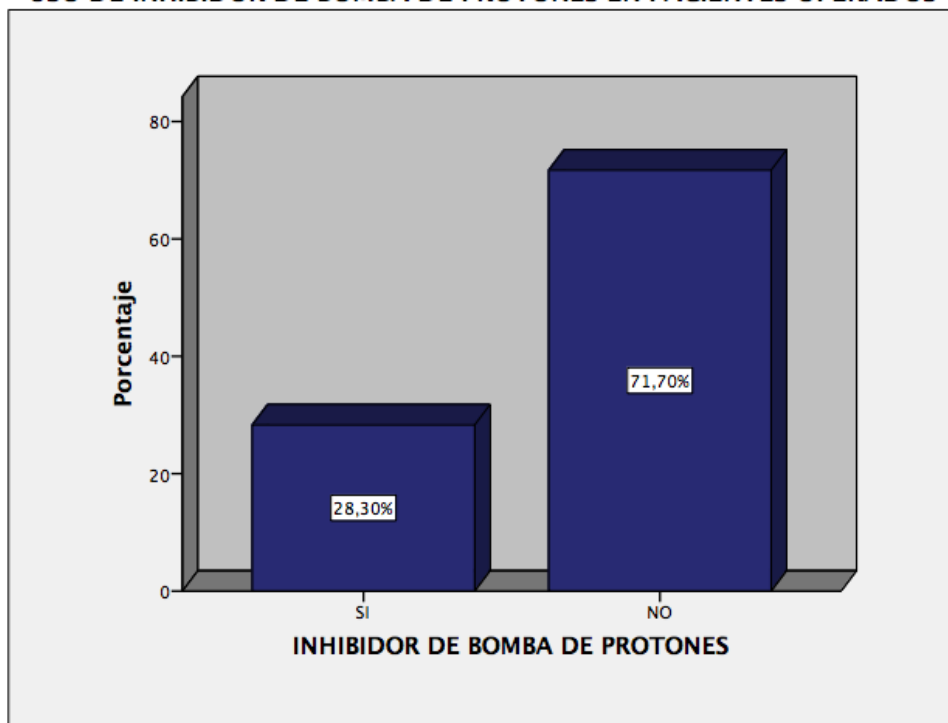


Figura 2: De los pacientes funduplicados 28,3% aun usan inhibidor de bomba de protones.

### INHIBIDOR DE BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES OPERADOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	15	28,3	28,3	28,3
NO	38	71,7	71,7	100,0
Total	53	100,0	100,0	



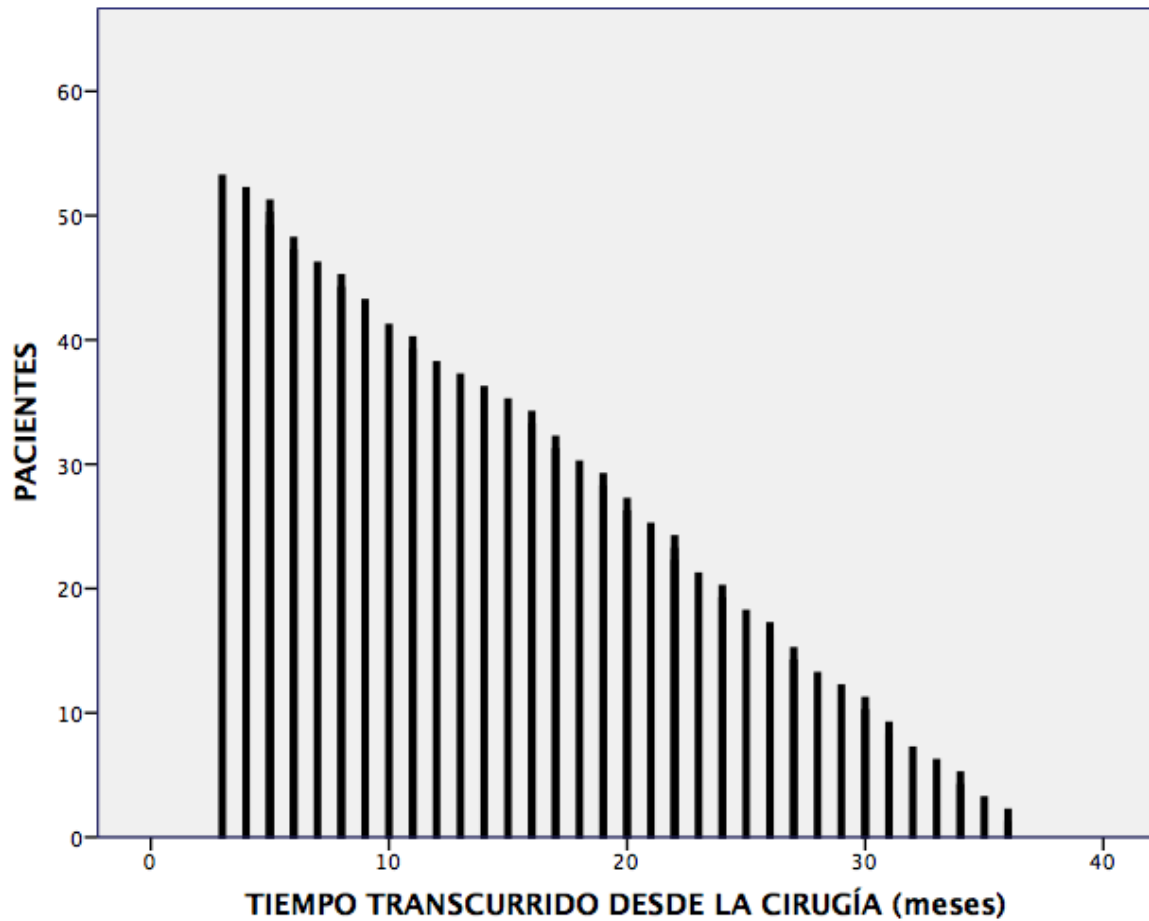


Figura 3: La distribución de los pacientes de acuerdo al tiempo después de la cirugía se midió en meses.

**TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA CIRUGÍA  
(meses)**

N	53
<b>Media</b>	<b>19,45</b>
Mediana	20,00
Moda	20,00
Desviación estándar	9,869
Varianza	97,406

### TIPO DE FUNDUPLICATURA REALIZADA

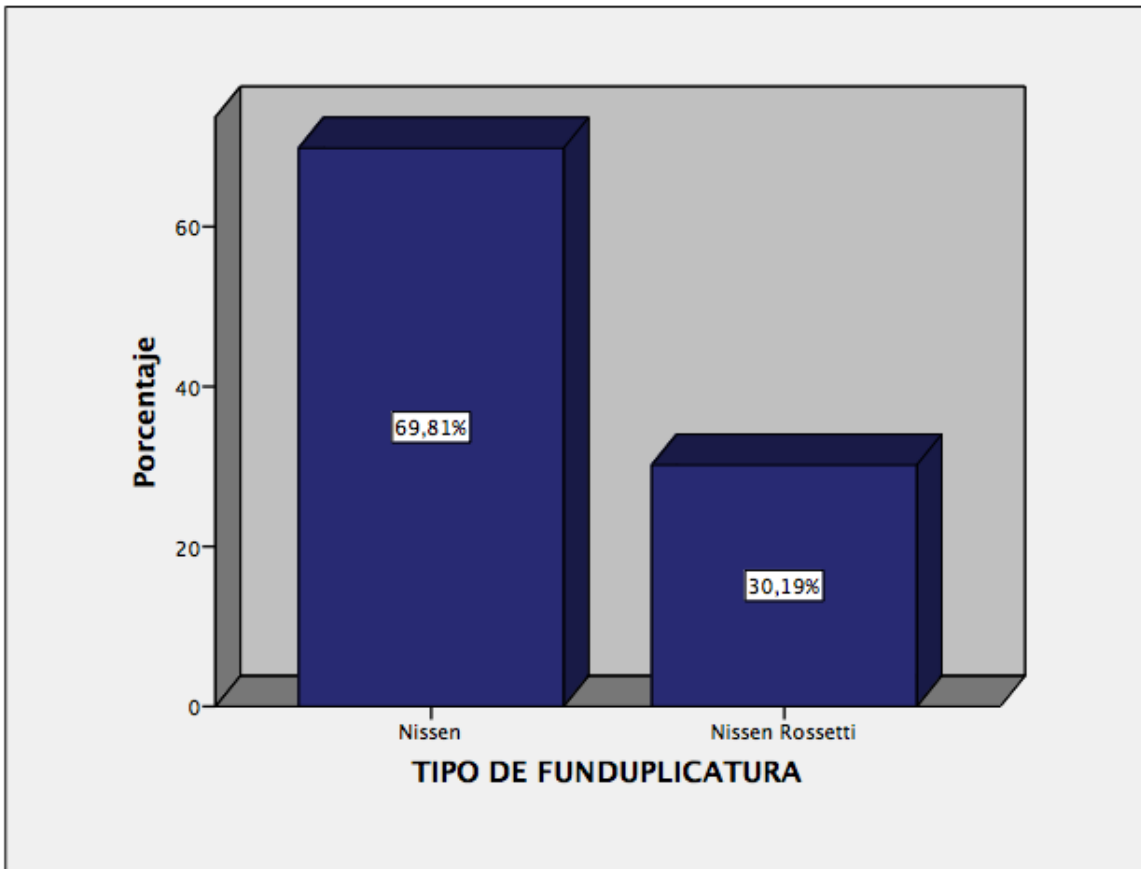


Figura 4: El tipo de funduplicatura mas realizada en nuestra institución fue la tipo Nissen con 69.8%, mientras que la tipo Nissen Rossetti correspondió al 30,19%.

### TIPO DE FUNDUPLICATURA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nissen	37	69,8	69,8	69,8
Nissen Rossetti	16	30,2	30,2	100,0
Total	53	100,0	100,0	

### DISTRIBUCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES OPERADOS

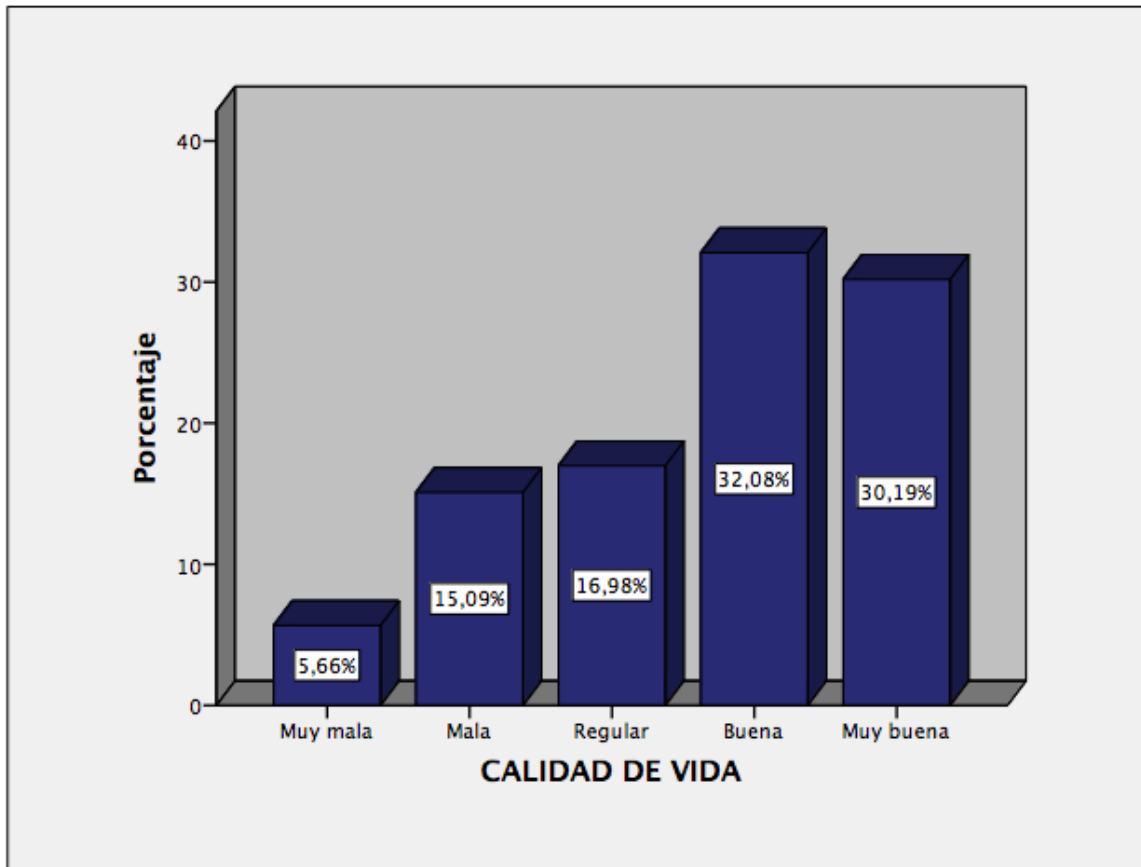


Figura 5: Este grafico muestra la calidad de vida en pacientes postoperados, se aprecia que quienes se han practicado cirugía presentan una calidad de vida de buena a muy buena.

### CALIDAD DE VIDA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy mala	3	5,7	5,7	5,7
Mala	8	15,1	15,1	20,8
Regular	9	17,0	17,0	37,7
Buena	17	32,1	32,1	69,8
Muy buena	16	30,2	30,2	100,0
Total	53	100,0	100,0	

## Pacientes no operados

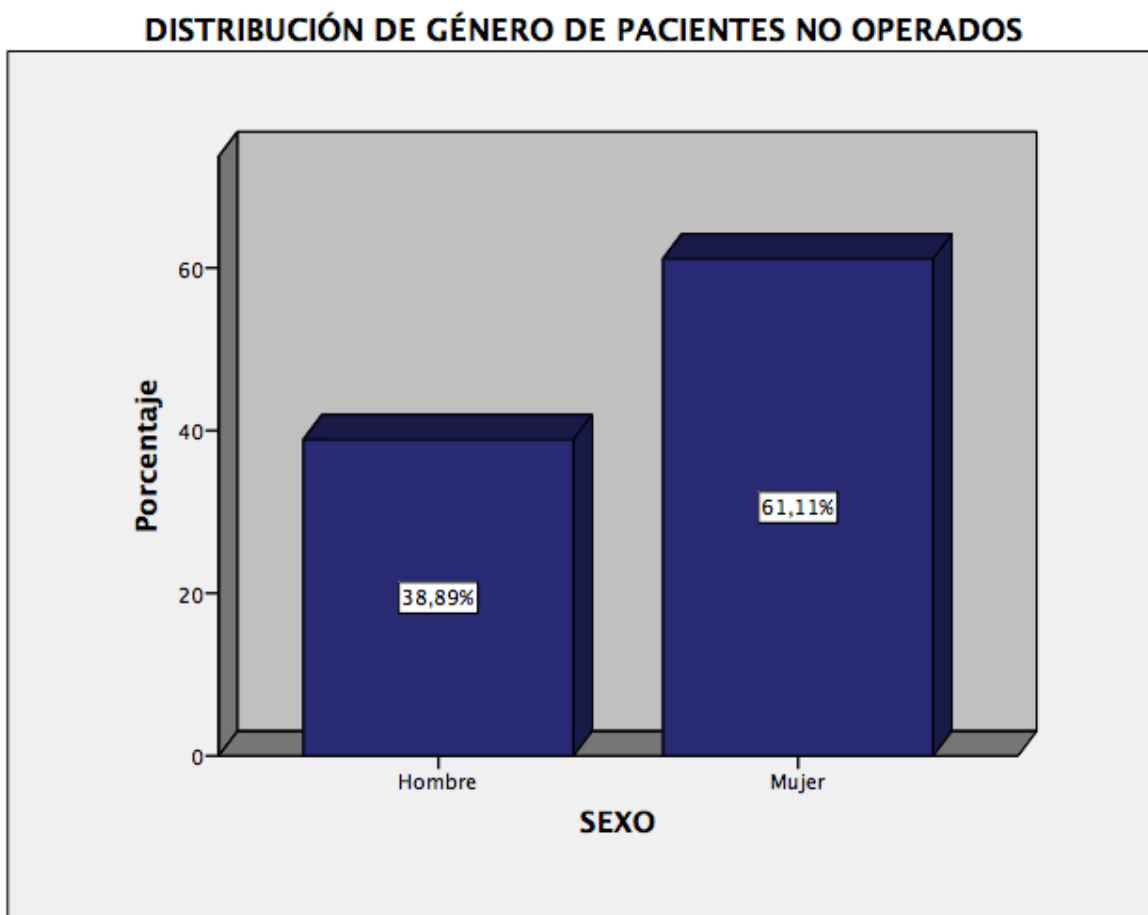


Figura 6: Representación gráfica del género de los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico en quienes no se ha realizado tratamiento quirúrgico.

### SEXO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre	7	38,9	38,9	38,9
Mujer	11	61,1	61,1	100,0
Total	18	100,0	100,0	

**DISTRIBUCION DE PACIENTES NO OPERADOS POR EDAD**

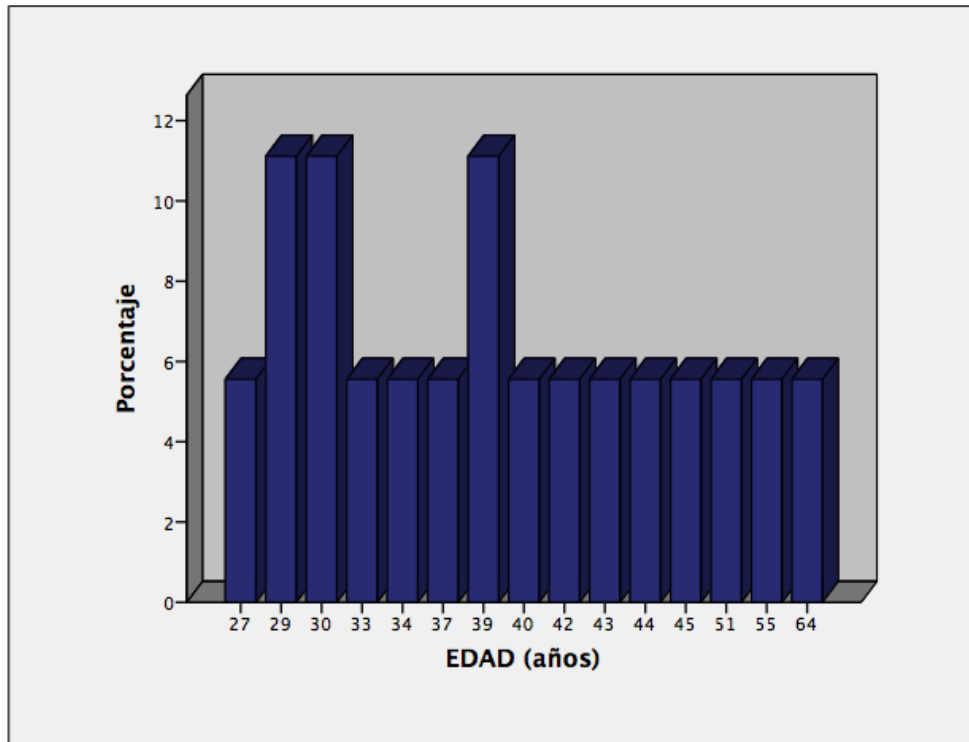


Figura 7: Gráfico que representa la mayor frecuencia de edad de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, se observa que la mayor parte de población afectada que acude a nuestra institución se encuentra entre los 29 y 39 años de edad.

**EDAD**

N	18
	0
Media	39,50
Mediana	39,00
Moda	29
Desviación estándar	9,937
Varianza	98,735

### DISTRIBUCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES NO OPERADOS

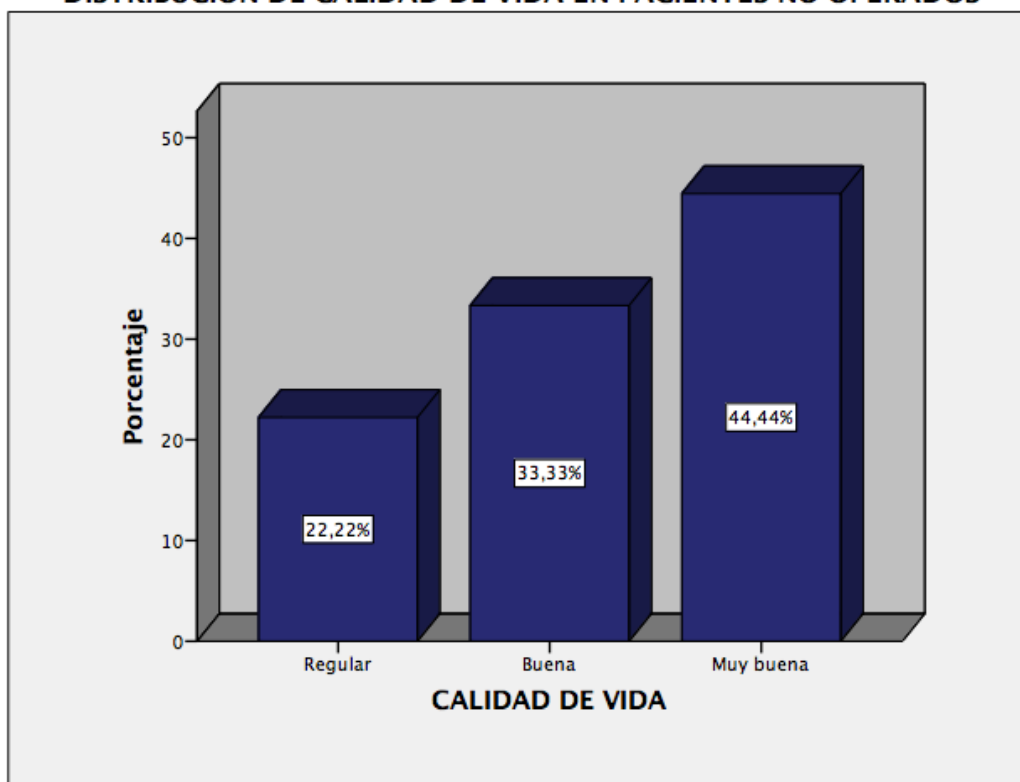


Figura 8: Los pacientes en espera de tratamiento quirúrgico tienen una calidad de vida buena (33,3%) o muy buena (44.44%) tomando en cuenta que todos toman inhibidor de bomba de protones.

### CALIDAD DE VIDA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Regular	4	22,2	22,2	22,2
Buena	6	33,3	33,3	55,6
Muy buena	8	44,4	44,4	100,0
Total	18	100,0	100,0	

## Resultados comparativos entre pacientes operados y no operados

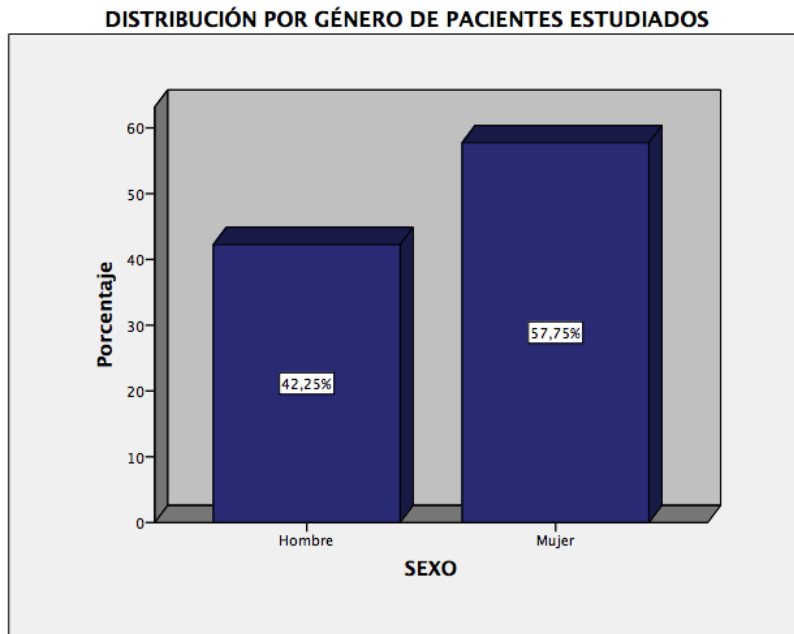


Figura 9: Este grafico muestra el porcentaje de sexo entre los pacientes estudiados, operados y no operados, se observa que el porcentaje del género femenino es mayor con un porcentaje de 57,7%.

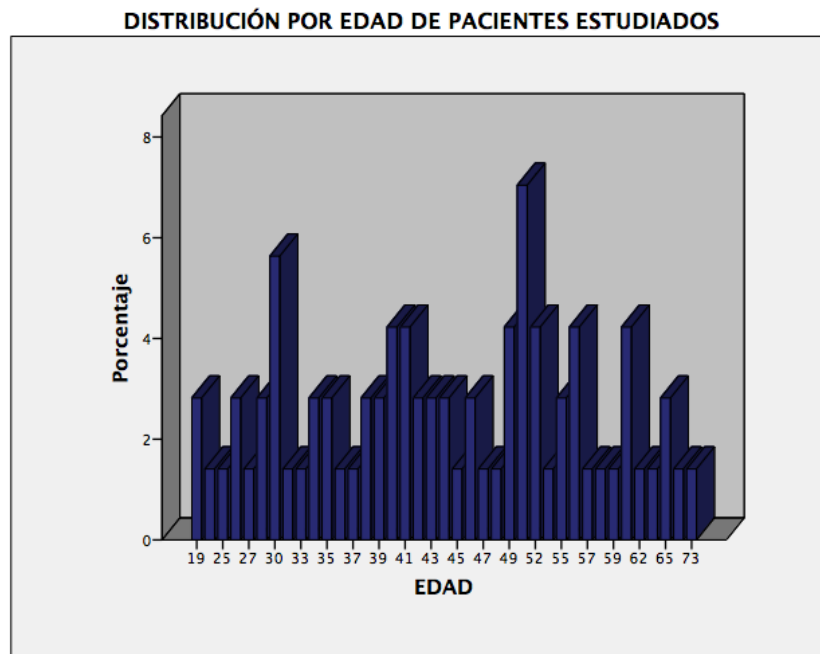


Figura 10: Representación gráfica de la edad del total de pacientes estudiados.

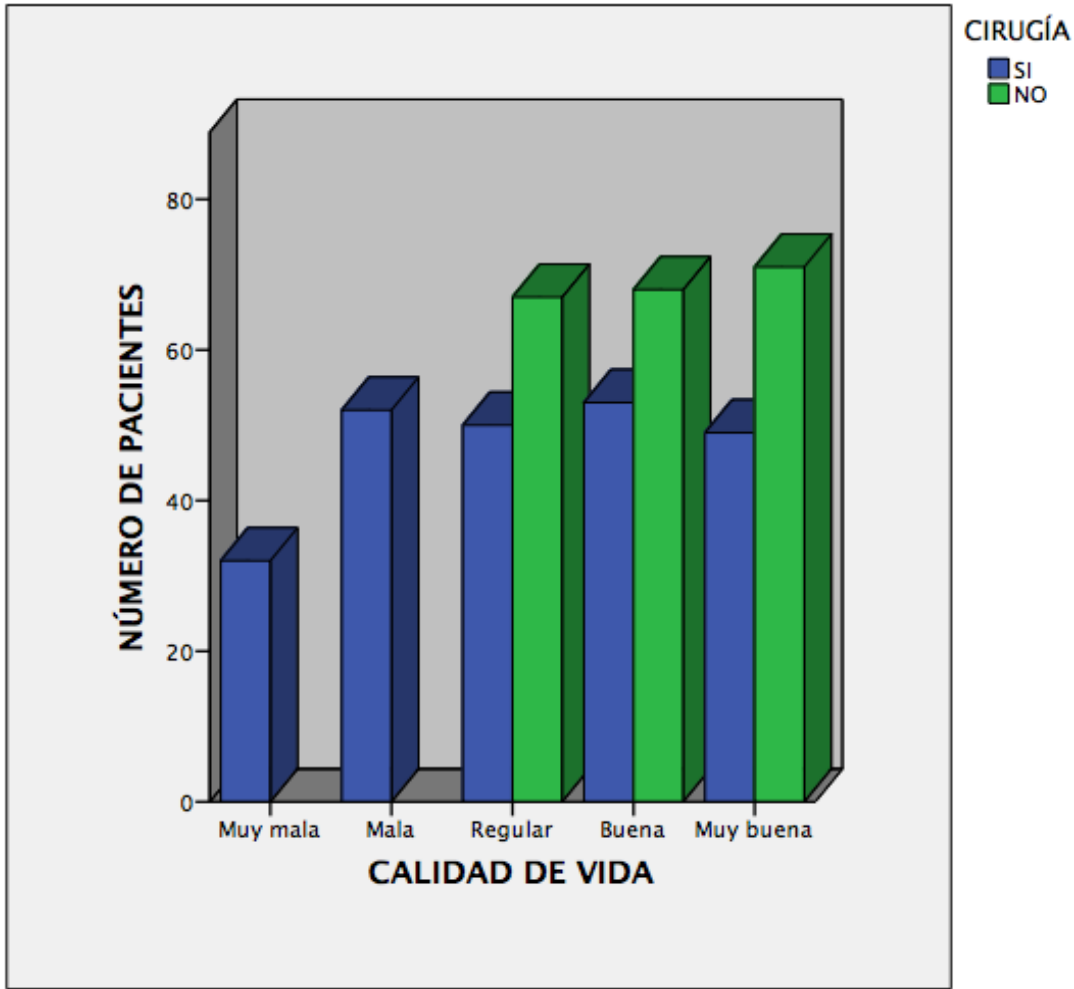


Figura 11: Se encontró un valor de t de Student para la asociación de calidad de vida y cirugía de  $-0,227$  (IC  $-0,415$   $-0,788$ ), por lo que se determina que no existe significancia estadística en cuanto a calidad de vida y realización de cirugía (valor de  $p < 0,05$ ) Aunque debemos de tomar en cuenta que los pacientes no operados se encuentran en tratamiento con inhibidor de bomba de protones.



## Prueba t de Student

### Estadísticas de grupo

	CIRUGÍA	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
SEXO	SI	53	1,57	,500	,069
	NO	18	1,61	,502	,118

### Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene de calidad de varianzas	Prueba T de Student para la igualdad de medias								
		F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
SEXO	Se asumen Varianzas iguales	,539	,465	-,330	69	,742	-,045	,137	-,318	,227
	No se asumen varianzas iguales			-,330	29,335	,744	-,045	,137	-,325	,234

Se encontró un valor de T de Student para la asociación de sexo y cirugía de -,330 (IC -,318 - ,227), por lo que se determina que no existe significancia estadística en cuanto al sexo y cirugía. (valor de  $p < 0.05$ )

### Estadísticas de grupo

	CIRUGÍA	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
EDAD SI		53	45,94	13,073	1,796
NO		18	39,50	9,937	2,342

### Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene		prueba t para la igualdad de medias						
	calidad de varianzas		T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
	F	Sig.						Inferior	Superior
Se asumen varianzas iguales	2,561	,114	1,909	69	,060	6,443	3,376	-,291	13,178
No se asumen varianzas iguales			2,183	38,511	,035	6,443	2,951	,472	12,415

Se encontró un valor de t de Student para la asociación de edad y cirugía de 1,909 (IC -,291 - ,13,178), por lo que se determina que no existe significancia estadística en cuanto al edad y cirugía (valor de  $p < 0.05$ )

## DISCUSION

Se observó que la mayor parte de los pacientes evaluados corresponden a sexo femenino.

La calidad de vida de los pacientes operados en su mayoría se encuentra entre buena y muy buena después de la cirugía.

Al comparar los resultados de calidad de vida con los pacientes que no han sido operados se observa una mejor calidad de vida en los últimos, sin embargo los datos no son estadísticamente significativos probablemente debido a que la muestra de pacientes no operados es menor y a que el grupo de pacientes no operados que al momento se encuentran en protocolo quirúrgico están recibiendo todos IBP.

No se encontraron diferencias estadísticas en cuanto a la edad y sexo al momento de comparar a los pacientes operados con los no operados.

El análisis estadístico determinó que no existe diferencia estadísticamente significativa para la calidad de vida y cirugía, por lo que se rechaza la hipótesis alternativa (H1) y se acepta la hipótesis nula (H0). Aunque debemos de tomar en cuenta el hecho que todos los pacientes en espera de tiempo quirúrgico están bajo tratamiento con inhibidor de bomba de protones.

## **CONCLUSIONES**

Este estudio abre la posibilidad de comparar el uso de inhibidores de bomba de protones en relación con la calidad de vida en pacientes que ya han sido operados de funduplicatura laparoscópica, también en aquellos que a pesar de su uso y ya han sido operados continúan reportando una mala calidad de vida.

Este estudio muestra un aceptable grado de satisfacción en los pacientes intervenidos de reflujo gastroesofágico por laparoscopia, que se refleja en los resultados del estudio de calidad de vida.

Estos resultados deberán completarse con estudios prospectivos comparativos de calidad de vida pre y postoperatoria y la relación de esta con el uso de inhibidor de bomba de protones.

## **CONFLICTO DE INTERESES**

No se presentaron conflictos de intereses durante la realización de esta tesis por parte del autor.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Guidelines for Surgical Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD). SAGES
- 2.- Review: Pathophysiology of gastro-oesophageal reflux disease Aliment Pharmacol Ther 2012; 26, 149-160
- 3.- Dent J, El-Serag H B, Wallander M A, Johansson S. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: A systematic review. Gut 2005; 54: 710-7
- 4.- 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: 1. <http://www.guiasgastro.net/>
- 5.- Velarde-Ruiz-Velasco et al. Guía para el diagnóstico de ERGE Rev Med MD 2014; 2: nov-ene-88:93
- 6- Bahena-Aponte JA et al. Estado actual de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y su tratamiento quirúrgico, Rev Hosp Gral Dr. M Gea González 2007;8 (1):25-33

- 7.- F. Huerta-Igaa J.L. Tamayo-de la Cuesta, A. Noble-Lugoc, J.M. Remes-Troche d, M.A. Valdovinos-Díaz E. R.I. Carmona-Sánchez. Consenso mexicano de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Parte I, Revista de Gastroenterología de México. 2012;77 (4):193---213
- 8.- E. Prieto-Díaz-Chávez, J.L. Medina-Chávez, Calidad de vida y grado de satisfacción de pacientes postoperados de funduplicatura de Nissen laparoscópica, Revista de gastroenterología de México, Vol. 79, No 2 2014, pag 74-78
- 9.- C. Del Rey, «El tratamiento y la calidad de vida.,» Epidemiología clínica, pp. 153-166, 2009.
- 10.- Badia y A. García, «La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados en salud.,» LA investigación de Resultados en Salud, pp. 67-78, 2000.
- 11.- Badia y X. Carné, «La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico.,» Med Clinic, pp. 550-556, 1998.
- 12.- Nissen R. Eine einfache operation zur beeinflussung der refluxoesophagitis. Schweiz Med Wochenschr. 1956; 86: 590-92.
- 13.- DeMeester T R, Bonavina L, Albertucci M. Nissen fundoplication for gastroesophageal reflux disease. Ann Surg. 1986; 204(1): 9-20.
- 14.- Donahue P E, Samelson S, Nyhus L M, Bombeck T. The Floppy Nissen fundoplication. Arch Surg. 1985; 120: 663-68.

15.- Rossetti M, Hell K. Fundoplication for the treatment of gastroesophageal reflux in hiatal hernia. World J Surg. 1977; 1:439-44.

16.- Dallemagne B, Weerts J M, Jeahes C, Markiewicz S, Lombard R. Laparoscopic Nissens fundoplication: preliminary report. Surg Laparosc Endosc. 1991; 1(3): 138-43.

17.- Dallemagne B, Weerts J, Jeahes C, Markiewicz S. Results of laparoscopic Nissen funduplication. Hepato-Gastroenterology. 1998; 45: 1338-43.

18.- Cuschieri A, Hunter J, Wolfe B, Swanstrom L L, Hutson W. Multicenter prospective evaluation of laparoscopic antireflux surgery. Surg Endosc. 1993; 7: 505-10.

19-. Melguizo B M, Ruiz M. Reflujo gastroesofágico. Revista Colombiana de Cirugía. 1990; 5: 25-30.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
Selección del tema	█	█						
Delimitación del tema		█						
Preguntas de investigación		█						
Objetivos de investigación		█	█					
Justificación		█	█					
Hipótesis		█	█	█				
Diseño de investigación		█	█	█				
Cronograma		█	█	█	█			
1ra entrega de avances		█	█	█	█			
Marco teórico		█	█	█	█	█		
Selección de instrumentos		█	█	█	█	█		
Recolección de datos		█	█	█	█	█	█	
Trabajo de campo		█	█	█	█	█	█	
Análisis de información		█	█	█	█	█	█	
Entrega de resultados		█	█	█	█	█	█	
Correcciones		█	█	█	█	█	█	█
Entrega de tesis		█	█	█	█	█	█	█



## ANEXOS

Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI),					
					EDAD
NOMBRE DEL PACIENTE	TIPO DE LESION		TRATAMIENTO		AÑO
Preguntas	1. Todo el tiempo	2. Casi todo el tiempo	3. Algunas veces	4. Raramente	5. Nunca.
1. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido dolor de estómago o de abdomen?					
2. Durante las 2 últimas semanas ¿Ha sentido sensación de plenitud abdominal (o sentirse lleno)?					
3. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido distensión abdominal (sensación de tener muchos gases en el estómago)?					
4. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido escape de ventosidades (gases)?					
5. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido fuertes eructos?					
6. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido ruidos llamativos en el estómago o abdomen?					
7. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido la necesidad de evacuar con mucha frecuencia?					
8. Durante las 2 últimas semanas ¿ha gozado o ha sentido placer comiendo?					
9. Durante las 2 últimas semanas ¿con qué frecuencia ha renunciado usted a comidas que le gustan como consecuencia de su estado de salud actual?					

10. Durante las 2 últimas semanas ¿cómo ha sobrellevado las tensiones diarias?					
	1. Todo el tiempo	2. Casi todo el tiempo	3. Algunas veces	4. Raramente	5. Nunca.
11. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido triste o deprimido?					
12. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido nervioso o con miedo?					
13. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido satisfecho con su vida en general?					
14. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido frustrado?					
15. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido cansado o fatigado?					
16. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido indispuesto?					
17. Durante la última semana ¿se ha despertado por la noche?					
18. ¿En qué medida le ha provocado su estado de salud actual cambios molestos en su apariencia o aspecto físico?					
19. Como consecuencia de su estado de salud actual, ¿en qué medida ha empeorado su vitalidad?					
20. Como consecuencia de su estado de salud actual, ¿en qué medida ha perdido su aguante o resistencia física?					
21. Como consecuencia de su estado de salud actual, ¿en qué medida ha sentido disminuida su forma física?					
22. Durante las 2 últimas semanas, ¿se ha sentido contrariado o molesto por el tratamiento médico de su estado de salud actual?					
23. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha podido llevar a cabo sus actividades cotidianas (por ejemplo, estudios, trabajo, labores domésticas)?					
24. Durante las 2 últimas semanas, ¿se ha sentido capaz de participar en actividades de recreo y tiempo libre?					

25. ¿En qué medida se han alterado las relaciones con sus personas cercanas (familia o amigos)					
26. ¿En qué medida ha resultado perjudicada su vida sexual como consecuencia de su estado de salud actual?					
27. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha sentido que la comida o los líquidos le subían a la boca (regurgitación) ?					
28. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido incomodidad por comer lento o despacio?					
29. Durante las 2 últimas semanas ¿ha tenido problemas para comer la comida?					
30. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha sentido la necesidad de tener que evacuar con urgencia, de repente?					
31. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido diarrea?					
32. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido estreñimiento?					
	SI	NO			
32.1. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha defecado dos o menos veces por semana?					
32.2. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido heces escasas?					
32.3. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido heces duras en más del 25% de los casos?					
32.4. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha necesitado pujar en más del 25% de las defecaciones)?					
33. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido náuseas?					
34. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido sangre en las heces?					
35. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido acidez de estómago?					
36. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido problemas para contener las heces?					