



Universidad Autónoma de México
Facultad de Medicina
División de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
UMAE Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”
Centro Médico Nacional “La Raza”



**COMPARACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
POST-OPERADOS DE ACALASIA POR VIA ABIERTA Y
ENDOSCOPICA ABDOMINAL EN SUS DIFERENTES TECNICAS**

TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
PRESENTA:

DR. HUGO RIOS BARBA

ASESOR DE TESIS:

DR. SALVADOR FRANCISCO CAMPOS CAMPOS

MEXICO D.F. 2008



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. JESUS ARENAS OSUNA

División De Educación en Salud.

Dr. JOSE ARTURO VELAZQUEZ GARCIA

Jefe De Servicio De Cirugía General

DR HUGO RIOS BARBA

Médico Especialista en formación en Cirugía General

No protocolo: R-2008-3501-57

ÍNDICE

I.	RESUMEN.....	4
II.	ANTECEDENTES.....	6
III.	MATERIAL Y METODOS.....	13
IV.	RESULTADOS.....	16
V.	DISCUSION.....	20
VI.	CONCLUSION.....	25
VII.	BIBLIOGRAFIA.....	26
VIII.	ANEXOS.....	28

RESUMEN

COMPARACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST-OPERADOS DE ACALASIA POR VIA ABIERTA Y ENDOSCOPICA ABDOMINAL EN SUS DIFERENTES TECNICAS

OBJETIVO. Comparar la calidad de vida entre los pacientes post-operados de acalasia por vía abierta y endoscópica abdominal.

MATERIAL Y METODOS. Diseño transversal, descriptivo, observacional y abierto. Se aplicó el cuestionario SF-36 reproducido de su publicación por la SSA. A los pacientes incluidos en el estudio, calificándose de acuerdo al enfoque RAND previamente validado. Para el análisis estadístico se empleó estadística descriptiva y se realizó comparación entre grupos mediante U de Mann-Whitney. Una $p < 0.05$ fue considerada significativa.

RESULTADOS. Fueron incluidos 32 pacientes con una edad media de 45 años, 12 del género masculino y 20 del género femenino. Se identificaron 3 tipos principales de procedimientos anti-reflujo: Guarnier, Toupet y Nissen. No se observó diferencia entre los grupos de cirugía abierta y cirugía endoscópica abdominal en ninguno de los 8 conceptos de salud ni en las dos escalas compuestas.

CONCLUSIONES. No existen diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con acalasia operados por vía abierta o endoscópica abdominal. Sin embargo, se requieren estudios con mayor número de pacientes para confirmar este hallazgo. Es necesario el desarrollo de una escala específica para valorar la calidad de vida en pacientes con acalasia.

PALABRAS CLAVE. Calidad de vida, acalasia.

SUMMARY

COMPARISON OF QUALITY OF LIFE IN POSTOPERATIVE PATIENTS OF ACHALASIA BETWEEN OPEN SURGERY AND LAPAROSCOPIC SURGERY IN THEIR DIFFERENT TECHNIQUES

OBJECTIVE. Comparison of quality of life in postoperative patients of achalasia between open surgery and laparoscopic surgery in their different techniques

MATERIAL AND METHODS. A transversal, descriptive, observational and open design study. It applied the SF-36 questionnaire reproduced its publication by the SSA. For the patients included in the study, described as according to RAND approach previously validated. Statistical analysis was performed with descriptive statistics, was conducted by comparing groups with Mann-Whitney U. A $p < 0.05$ was considered significant.

RESULTS. They included 32 patients with an average age of 45 years, 12 of male and 20 female. It was identified 3 main types of anti-reflux procedures: Guarnier, Toupet and Nissen. There was no difference between groups of open surgery and endoscopic abdominal surgery in any of the 8 concepts of health or in the two composite scales.

CONCLUSIONS. There are no differences in quality of life related to health in patients with achalasia operated by endoscopic or open abdominal surgery. However, studies are required with larger number of patients to confirm this finding. It is necessary to develop a specific scale for assessing the quality of life in patients with achalasia.

KEY WORDS. Quality of life, achalasia

ANTECEDENTES

La acalasia es un trastorno de la motilidad esofágica caracterizado por la ausencia de peristalsis esofágica y relajación del esfínter esofágico inferior (E.E.I.), debido a los daños en el plexo mientérico. La enfermedad fue descrita por primera vez en 1674; por Sir Thomas Williams cuando informó sobre una enfermedad que se presentaba con bloqueo de los alimentos dentro del esófago de causa desconocida. Así mismo, propuso una opción de tratamiento válida todavía estos días que era la dilatación del esfínter con una herramienta de esa época que consistía en un hueso de ballena para realizar esto. La enfermedad fue denominada por primera vez como acalasia (Griego "falta de relajación") por Arthur Hurst a principios de 1927. (1)

Es una enfermedad rara que afecta a ambos sexos con una prevalencia de $<1/10,000$ y una incidencia entre 0.03 y $1/100,000$ por año. Puede ocurrir a cualquier edad, sin embargo se presenta con picos de incidencia en la 3ª y la 6ª década de vida. (1)

La acalasia primaria, más común en cualquier lugar excepto en el sur de América, es de etiología desconocida. (1)

Acerca de su fisiopatología, es causada por la degeneración del plexo mientérico de Auerbach; hay falta de neuronas inhibitorias necesarias para la coordinación de la relajación del esfínter esofágico inferior y las contracciones peristálticas del esófago.

Estas lesiones neurodegenerativas que se cree es de origen inflamatorio, posiblemente con origen de participación viral. Aunque se han notificado estudios que sugieren un origen genético, autoinmune o infeccioso para el origen de los daños neuronales, la causa exacta aún no se ha decidido. También se ha encontrado disminución del óxido nítrico, así como de VIP (peptido vasointestinal) provocando la falla en la relajación del E.E.I. (1, 2, 3.)

En la acalasia secundaria, la causa de la neurodegeneración que se conoce está asociada a la enfermedad de Chagas causados por *Tripanosoma Cruzi* endémico de América del Sur. (1, 2, 3.)

La falta de peristalsis esofágica y relajación del esfínter esofágico inferior, que imitan la acalasia (es decir, "pseudoacalasia") puede ser el resultado de otros procesos. La pseudoacalasia se considera que representa el 2-4% de los casos de la acalasia. Aunque el adenocarcinoma de la unión esófago-gástrica es la más común y más temida causa de pseudoacalasia. (1,2,)

El diagnóstico de la acalasia se basa primero en los síntomas y frecuentemente es confundida con entidades más comunes, como la enfermedad por reflujo gastroesofágico. El diagnóstico por lo general se retrasa 2 a 3 años desde el comienzo de los síntomas

La acalasia es una enfermedad progresiva que se presenta con síntomas de disfagia, tanto para alimentos líquidos como sólidos, con regurgitación, así como dolor en el pecho, después de las comidas.

La regurgitación de los alimentos no digeridos a menudo puede ser interpretada como enfermedad por reflujo gastroesofágico y con esto una demora en el diagnóstico de la enfermedad. La regurgitación en la acalasia se produce durante las comidas, o poco después de esta u horas más tarde, cuando el paciente cambia de posición y comenta regurgitación de los alimentos sin digerir. (1,2,)

Más sutilmente los síntomas incluyen la velocidad de la alimentación (a los interrogatorios, a menudo los pacientes se refieren como los últimos en terminar su comida, bromas por parte de familiares o amigos por sus hábitos de comida, etc.) estiramientos de lado a lado y movimiento como caminar alrededor de la mesa después de las comidas para lograr que el bolo alimenticio a través de un esófago aperistáltico pase al estómago. (1)

En consecuencia, cualquier denuncia de la disfagia debe incluir una evaluación de la historia de la dieta del paciente. Se debe conocer si el paciente experimenta dolor, la asfixia, vómitos con o comer; si el paciente requiere de los líquidos con la comida, es el último hasta el final de la comida, o se ve obligado a interrumpir una comida social, y si él o ella ha sido admitido al hospital por impactación alimentaria. Estas evaluaciones, además de una evaluación del estado nutricional del paciente, ayudan a determinar la forma en la disfagia y predecir si es grave así como la evaluación de las indicaciones de tratamiento quirúrgico. (1, 2,4)

En pacientes con rápido inicio de la disfagia (<6 meses), Pérdida de peso y la edad > 50 años, debe ser excluírse pseudoacalasia por el examen endoscópico y una tomografía axial computarizada.

La primera prueba de diagnóstico en pacientes con sospecha de enfermedad esofágica debe ser un trago de bario incluida una evaluación completa del estómago y duodeno.

La motilidad esofágica puede evaluarse mediante la observación de varios tragos de bario. (1, 2,4)

En cualquier paciente quejándose de disfagia, la endoscopia está indicada, incluso con un estudio radiográfico previo normal.

En muchos pacientes con síntomas de un trastorno esofágico, las pruebas radiológicas y endoscópicas estándar de evaluación fallan en demostrar una alteración estructural. En estas situaciones, las pruebas de la función esofágica son necesarias para identificar un trastorno funcional. (1, 2,4)

La manometría esofágica es una técnica ampliamente utilizada para examinar la función motora del esófago y sus esfínteres. La manometría está indicada cuando una anomalía motora del esófago se sospecha sobre la base de quejas de disfagia, odinofagia, dolor en el pecho o dolor retroesternal no cardíaco, y el trago de bario o la endoscopia no muestra una clara alteración estructural.

La Manometría se ha convertido en una herramienta esencial en la evaluación preoperatoria de los pacientes antes de la cirugía antirreflujo, que permite la selección del correspondiente procedimiento basado en la situación del paciente y en su función esofágica

La manometría ambulatoria de 24hrs, ha hecho el monitoreo ambulatorio de la función motora esofágica a lo largo de todo un ciclo circadiano posible. En comparación con la manometría Standard, la manometría esofágica ambulatoria proporciona más de 100 veces una mayor base de datos para la clasificación y cuantificación de la función motora esofágica anormal, y conduce a un cambio en el diagnóstico en una parte importante de los pacientes con síntomas sugestivos de un trastorno motor esofágico primario. (1, 2,4)

La impedancia esofágica que es una nueva tecnología recientemente introducida en el ámbito clínico permite la medición de la función esofágica por reflujo gastro-esofágico y de una forma que hasta ahora no ha sido posible. El método se basa en la medición esofágica intraluminal de la impedancia eléctrica y de la presión entre una serie de electrodos de impedancia y sensores de presión colocados durante el paso del bolo utilizando una sonda intraluminal. (5)

La impedancia intraluminal eléctrica es inversamente proporcional a la conductividad eléctrica de los contenidos intraluminales y de los cortes transversales de la zona. Comparado con la pared muscular, el aire tiene una baja conductividad eléctrica y por lo tanto un aumento de la impedancia. En contraste, la saliva o nutrientes muestran una mayor conductividad y, por tanto, causan una impedancia baja en la correspondiente medición de los segmentos. Por otra parte, la dilatación luminal resulta en una impedancia baja, un estrechamiento luminal causa un aumento de la impedancia (4)

La gammagrafía de tránsito esofágico permite ver el retraso en el paso del bolo alimenticio se ha demostrado en los pacientes con una variedad de trastornos motores

del esófago, incluida la acalasia, esclerodermia, espasmo esofágico difuso, esófago y cascanueces. (6)

Las actuales terapias para la acalasia pueden dividirse en 2 categorías: médicas y quirúrgicas.

No existe una terapia curativa en cualquiera de las categorías que puedan restablecer la peristalsis esofágica normal y permitir que el esfínter esofágico inferior pueda relajarse completamente. Sin embargo, los tratamientos han demostrado ser eficaces en la reducción de la presión del E.E.I., que es más importante, y ayuda en la mejora de los síntomas del paciente. Los tratamientos recomendados incluyen farmacoterapia, la inyección de toxina botulínica, la dilatación neumática, y cardiomiectomía.

De ellos, sólo la dilatación neumática y la miotomía quirúrgica pueden reducir significativamente la presión de reposo del E.E.I. y por lo tanto, puede considerarse como tratamientos definitivos y no paliativos.

Los resultados de un estudio aleatorio controlado (38 pacientes) comparando las dos modalidades de tratamiento sugieren que la miotomía quirúrgica como tratamiento primario da mejores resultados a largo plazo. Hay varias grandes series retrospectivas que informan de los resultados obtenidos con las dos modalidades de tratamiento. A pesar de las objeciones estos datos colectivos apoyan la miotomía como tratamiento inicial de elección, cuando es realizada por un cirujano de media capacidad y experiencia. (4)

Esta opinión se ve confirmada por la gran serie de 899 pacientes notificados por la Clínica Mayo que abarca un período de 27 años, y por la serie de Csendes y colegas de 100 pacientes seguidos durante 5 a 7 años después de la cirugía. Aunque se ha informado de que una miotomía anterior después de la dilatación con balón es más difícil, este no ha sido la experiencia de estos autores a menos que el cardias se ha roto. En esta situación, la intervención quirúrgica, ya sea inmediatamente o después de la curación del esófago puede ser difícil (4)

En este aspecto mencionaremos el aspecto quirúrgico del cual depende nuestro estudio en este caso sería el procedimiento de una miotomía quirúrgica el cual se ha diseñado para mejorar los síntomas de disfagia causada por un trastorno de la motilidad. Los resultados pueden mejorar profundamente la capacidad del paciente para ingerir alimentos, pero rara vez el retorno de la función a la normalidad.

El objetivo del tratamiento es aliviar la obstrucción funcional secundaria a la pérdida de la relajación del E.E.I. Cuando se realiza de manera adecuada (es decir, la reducción de la presión del esfínter a 10 mm Hg.), y de hecho en las primeras fases de la enfermedad, la miotomía aumenta los resultados en la mejoría sintomática con el ocasional retorno de la peristalsis esofágica. El procedimiento se puede realizar, ya sea abierto, laparoscópico o por toracotomía. (1, 2, 4)

En nuestro estudio valoraremos los pacientes con procedimiento por vía abdominal.

En un estudio Malthaner et al .reportaron los resultados a largo plazo de 35 pacientes con acalasia con un seguimiento de 10 años como mínimo con procedimiento de Cardiomiectomía de Heller más hemifunduplicatura tipo Belsey Mark encontrando que el reflujo gastroesofágico y sus secuelas son problemas significativos en los pacientes post-operados y con esto disminuyendo su calidad de vida encontrando necesario el realizar un procedimiento antireflujo en pacientes post-operados de cardiomiectomía para disminuir en un 10% menos las complicaciones del reflujo que en aquellos pacientes sin procedimiento antireflujo. (7)

Patti Et al. Sugirieron la valoración adecuada de los síntomas de disfagia de manera preoperatorio para elegir y realizar un procedimiento adecuado para el tratamiento de la acalasia y con esto obtener mejores resultados quirúrgicos a largo plazo disminuyendo la incidencia de disfagia y por ende una mejoría en la calidad de vida. (8)

Torquati et al investigaron el costo- efectividad a largo plazo de una miotomía esofágica más un procedimiento antireflujo tipo Dor comparándolo contra una miotomía sin procedimiento antireflujo encontrando resultados significativos con una disminución

del 90% de sintomatología de reflujo gastroesofágico postoperatorio sugiriendo con esto la mejora en la calidad de vida y supervivencia así como disminución de costos. (9)

De igual manera Omura Et al. Reportaron de 53 pacientes post-operados de cardiomiectomía Heller mas funduplicatura tipo Dor en este reporte la escala que utilizaron para valorar los resultados de la cirugía por parte de los pacientes fue simplemente en una escala de excelente, bueno, tolerable y malo. El 43% de estos pacientes reportaron mejoría de su disfagia clasificándola como excelente obteniendo una mejor calidad de vida. (10)

Este mismo procedimiento realizado en pacientes con esófago sigmoideo ha demostrado en un seguimiento con una media de 85 meses mejora reportada por los pacientes de excelente a buena a largo plazo obteniendo una mejor calidad de vida. Aquí la escala que se utilizó para valorar la calidad de vida de los pacientes fue reportar únicamente como excelente si el paciente no tenía síntomas, buena si el paciente tenía 2 síntomas y así sucesivamente. (11)

Wright Et al confirmaron la superioridad de una cardiomiectomía extendida de 1 a 2 cm. más sobre el estomago con un procedimiento antireflujo de tipo Toupet encontrando en un seguimiento durante casi 4 años mejoría significativa de la disfagia y con esto una calidad de vida mejor. En este reporte la escala para valorar la calidad de vida fue utilizada en cuanto a los síntomas como disfagia, dolor retroesternal, pirosis, regurgitación valorándolos con niveles de 0 a 5. (12)

Dentro de los estudios realizados para valorar la calidad de vida en pacientes con acalasia se han utilizado varias escalas para esto así como cuestionarios: entre ellas se encuentran las escalas de Visick, de deglución de Karnell. El cuestionario de M.D.A.D.I. (M.D. Anderson Dysphagia Inventory). (13, 14,17)

Así mismo se desarrollaron cuestionarios para valorara problemas de calidad de vida y alteraciones en el esófago en otros países como el cuestionario GERD-HRQL (Gastroesophageal reflux disease health related questionnaire of life). (15,16).

MATERIAL Y METODOS

Se diseñó un estudio transversal, retrospectivo, observacional, descriptivo y abierto en los pacientes post-operados de acalasia por vía abierta y endoscópica abdominal en sus diferentes técnicas, que fueron sometidos a este procedimiento en el período del 1° de enero del 2003 al 1° de enero del 2008, en el servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza.

Se invitó a los pacientes post-operados a participar del proyecto de investigación, mediante una explicación vía telefónica del motivo del estudio y así mismo se realizó la entrevista por esta misma vía para aplicar el instrumento: cuestionario SF-36 reproducido de su publicación por la Secretaría de Salud y Asistencia de México.

(Anexo 1).

En este estudio aplicamos el cuestionario SF-36 a nuestra población para evaluar el tema del estudio

El cuestionario fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el estudio de los resultados en la atención médica (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se trata de un cuestionario auto-administrado, aunque también se ha empleado mediante un entrevistador en entrevista personal, telefónica o mediante soporte informático. El tiempo estimado de término es de 5 a 10 minutos. Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior.

De acuerdo a esto obtendremos una estadística de los pacientes y valoraremos el procedimiento quirúrgico realizado y su eficacia a largo plazo en el cual se realizaría con pacientes que cuenten con un año posterior a su cirugía valorando de esta manera el mejor procedimiento por vía abierta contra endoscópica abdominal para el paciente y de igual manera cual mejora su calidad de vida.

La calificación de los cuestionarios fue realizada empleando el enfoque RAND.

Definición de las dimensiones y calificación de los temas:

1. Función Física: Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el auto cuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 ítems).
2. Rol físico: Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 ítems).
3. Dolor corporal: Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 ítems).
4. Salud General: Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 ítems).
5. Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems).
6. Función Social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 ítems).
7. Rol Emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 ítems).
8. Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 ítems).

ANALISIS DE DATOS.

Las respuestas de los pacientes fueron agrupadas para la construcción de los 8 conceptos o dominios y las dos escalas compuestas. Para el análisis fue empleado el paquete estadístico SPSS versión 15.

Los resultados se expresan en media \pm desviación estándar para variables continuas y frecuencias simples o proporciones para variables categóricas.

Se realizó comparación entre grupos mediante U de Mann-Whitney. Una $p < 0.05$ fue considerada significativa.

RESULTADOS

Se captaron un total de 47 pacientes post-operados de cardiomiectomía de Heller más procedimiento anti-reflujo en el servicio de Cirugía General en el Hospital de especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional La Raza en el período previamente mencionado.

De estos 47 se excluyeron 15 pacientes: 4 debido a que no se logró realizar el procedimiento quirúrgico debido a dificultades por la anatomía de la paciente. Y de 11 pacientes no se encontró los expedientes en el archivo clínico del Hospital o datos para localizarlos vía telefónica e invitarlos a participar en el estudio.

Se entrevistaron entonces un total de 32 pacientes mediante vía telefónica y aplicación del cuestionario SF-36 publicado por la S.S.A.

Tabla 1. Cuadro Demográfico de la población encuestada.

	TOTAL	QX ABIERTA	ENDOSCOPICA ABDOMINAL
EDAD	MEDIA 45	MEDIA 42	MEDIA 49
MASCULINO	12 (100%)	5 (42%)	7 (58%)
FEMENINO	20 (100%)	12 (60%)	8 (40%)
GUARNER	18 (100%)	13 (72%)	5 (28%)
TOUPET	6 (100%)	2 (33%)	4 (67%)
NISSEN	8 (100%)	2 (25%)	6 (75%)

Tabla 2

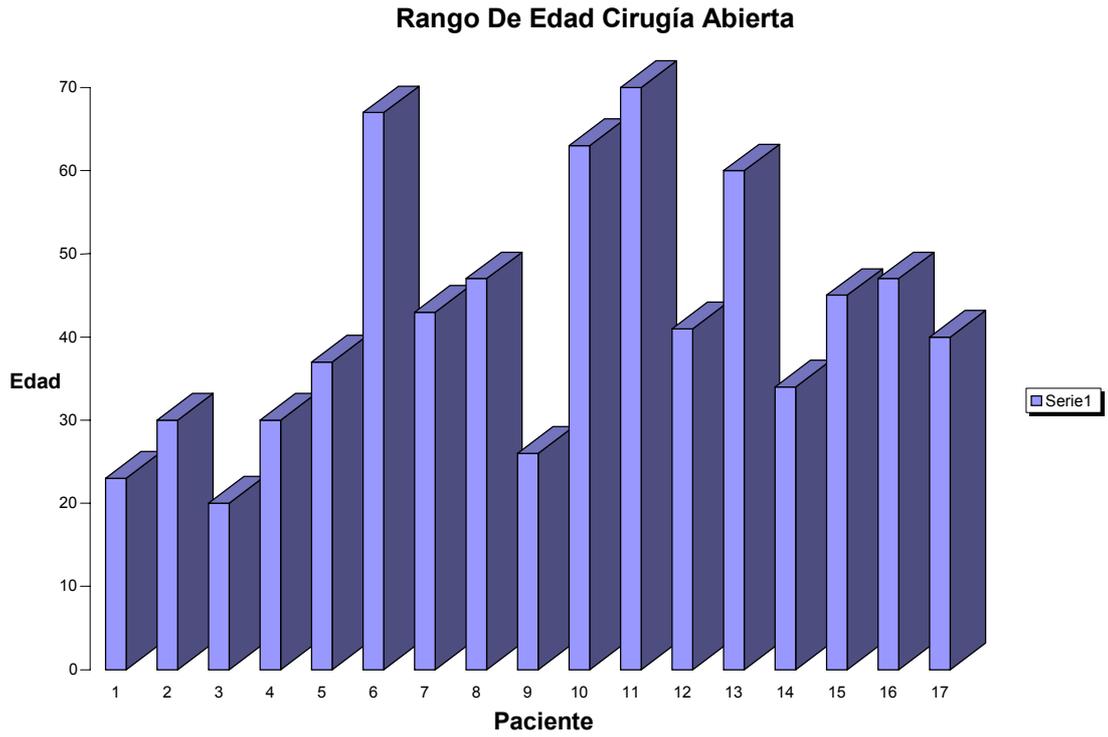


Tabla 3

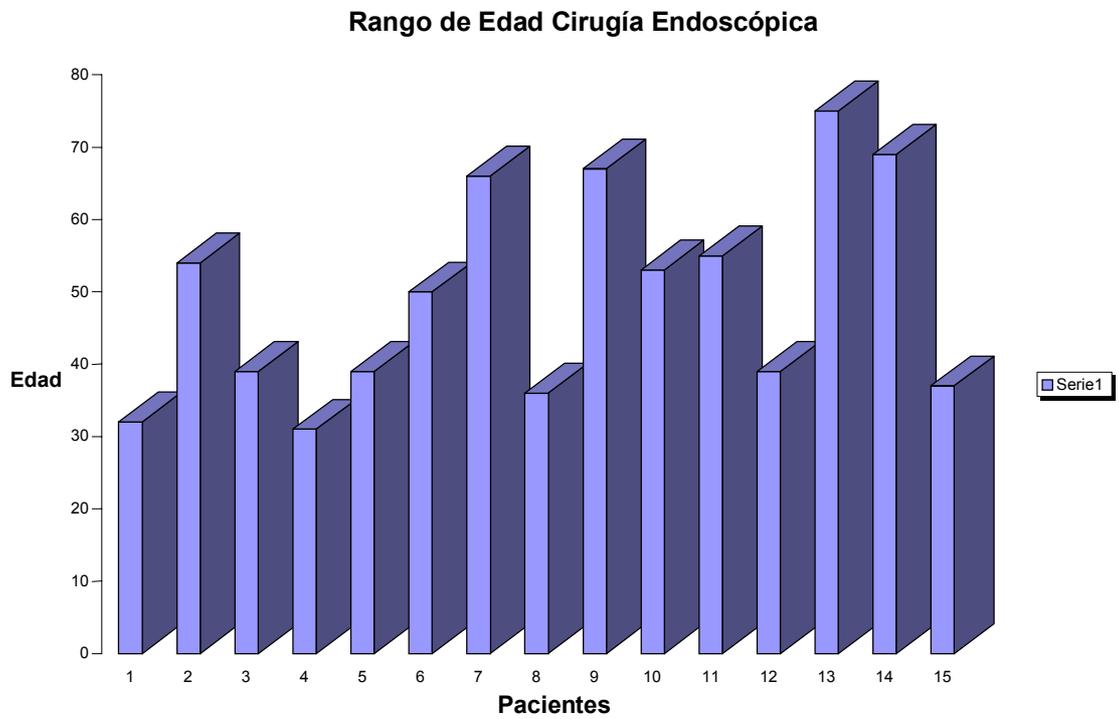


Tabla 4. Distribución por Género en la vía de abordaje quirúrgica.

		Tipo de Cirugía	
		Abierta	Endoscópica
		Género	Femenino
	Masculino	5	7

Dentro de la población estudiada fueron un total de 20 pacientes del sexo femenino y 12 del sexo masculino. Tabla 1

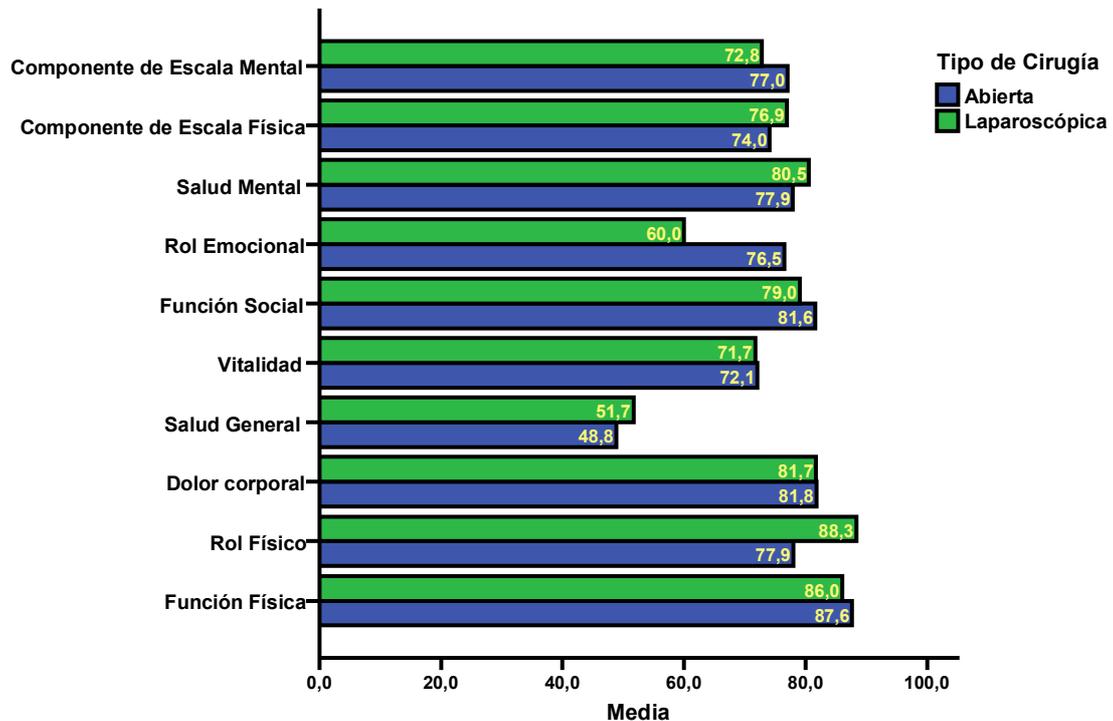
De acuerdo al tipo de procedimiento quirúrgico se encontró 12 pacientes del sexo femenino en el grupo de abierta contra 8 pacientes en el grupo de la vía endoscópica y 7 pacientes del sexo masculino en el grupo de endoscópica contra 5 del grupo de abierta, según se resume en la Tabla 1 y 4.

Tabla 5. Recuento de tipo de Funduplicatura en la vía abierta contra endoscópica.

		Tipo de Cirugía	
		Abierta	Endoscópica
		Tipo de Funduplicatura	Guarner
	Toupet	2	4
	Nissen	2	6

De los procedimientos anti-reflujo realizados se encontraron 3 tipos Guarnier, Toupet y Nissen. (Tabla 1 y 5).

Tabla 6. Calidad de Vida por parámetros de acuerdo al tipo de Cirugía.



El cuestionario de Vida SF-36 permite ver la calidad de vida de los pacientes encuestados por parámetros establecidos y evaluados mediante estos comparando entre los 2 tipos de abordaje quirúrgico. Teniendo en color azul a los pacientes con cirugía abierta y en color verde a los pacientes con cirugía vía endoscópica abdominal. (Tabla 6).

DISCUSION.

Dentro de los estudios realizados para valorar la calidad de vida en pacientes con acalasia se han utilizado varias escalas para esto así como cuestionarios:

Dentro de estas se encuentra la escala de Visick pero la cual valora mas la función en pacientes con procedimientos quirúrgicos del estomago y no en función del esófago.

Esta escala también ha sido utilizada en estudios previos para valorar la mejoría clínica en cardiomiectomía de Heller más procedimiento tipo Dor, Toupet, Nissen. ⁽¹³⁾

Otra escala utilizada en las publicaciones para valorar el grado de disfagia es la escala de deglución de Karnell o (S.P.S.S. Swallowing Performance Status Scale) utilizada en pacientes post-operados de laringectomía supraglótica ⁽¹⁴⁾

Se encuentran también estudios comparativos sobre escalas para valorar la calidad de vida en pacientes con padecimiento a nivel de esófago este es el caso donde se valora el cuestionario GERD-HRQL (Gastroesophageal reflux disease health related questionnaire of life) contra el cuestionario nombrado como gold-standard conocido como SF-36 cuestionario de salud que fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. El cuestionario está dirigido a personas de ≥ 14 años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica.

En este caso el cuestionario GERD-HRQL fué mejor y más fácil de entender por los pacientes. ^(15,16)

De igual manera se desarrollo un cuestionario para la disfagia en pacientes con cáncer de cabeza y cuello por parte de la universidad de Texas nombrado el M.D.A.D.I. (M.D. Anderson Dysphagia Inventory) el cual fue utilizado para valorar la afectación de la disfagia de los pacientes posterior a la realización de algún procedimiento oncológico a este nivel. (17)

La Organización Europea para la investigación y tratamiento del cáncer (E.O.R.T.C.) ha realizado varios cuestionarios o formularios para encontrar una manera de evaluar la calidad de vida en sus pacientes después del tratamiento oncológico quirúrgico en diferentes partes del cuerpo.

Dentro de estos han realizado el cuestionario E.O.R.T.C. Q.L.Q-OG25 diseñado para evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer de esófago, la unión esófago-gástrica y el estomago, donde reportan que el cuestionario ha sido para los pacientes muy fácil de entender y logra captar de manera adecuada sus síntomas así como evaluar con esto su calidad de vida de manera exacta acorde con la patología u órgano implicado. (18)

Estos cuestionarios han sido aplicados en diferentes países para valoración de la calidad de vida, en nuestro país se aplico el cuestionario EORTC QLQ-STO22 modificado por el Instituto Nacional de Cancerología para realizarse en nuestra población en pacientes con cáncer gástrico para lo cual fue diseñado primeramente. En este estudio validaron el uso de este cuestionario aplicándolo y encontrando que la mayoría de preguntas de este eran fáciles de entender por nuestra población y con esto se obtenía un verdadero resultado en cuanto a la calidad de vida del paciente así como los resultados de la cirugía ya que en nuestro país no se cuentan con escalas de calidad de vida acordes con nuestra población que nos permitan valorar esto así como herramientas clínicas. (19).

Con esto se logra ver que el cuestionario de calidad de vida SF-36 avalado para nuestra población como instrumento para valorar la calidad de vida no tuvo relevancia significativa para valorarla en este tipo de pacientes al no ser específico para una enfermedad como en este caso sería la acalasia. (13).

A diferencia de los cuestionarios referidos los cuales valoran si no es la enfermedad como tal si los síntomas relacionados con el órgano involucrado en este caso el esófago y con esto orientándonos a la mejora o persistencia de los síntomas los cuales continuarían afectando la calidad de vida de nuestros pacientes. (14, 17, 18,19).

Por ello este estudio nos sugiere el realizar una validación a un cuestionario apto para esta enfermedad en nuestra población para que se logre obtener un valor exacto de la calidad de vida de los pacientes.

De acuerdo a los resultados se encontró una prevalencia mayor por parte del sexo femenino con un total de 12 pacientes el 60% de estas en la cirugía abierta y en el sexo masculino con un total de 7 el 58% de estos en cirugía endoscópica abdominal. (Tabla 1 y 2). El promedio de edad fue de 45 años.

En cuanto al tipo de procedimiento anti-reflujo se identificaron 3 tipos principales de procedimientos: Guarner, Toupet y Nissen. Con un total de 18 procedimientos tipo Guarner, 6 Toupet y 8 Nissen. (Tabla 1, 4,5)

Dentro de estos procedimientos el tipo Guarner fue el más realizado en la vía abierta siendo realizado en 13 pacientes (72%). Y en la vía endoscópica abdominal de 15 procedimientos realizados de cardiomiectomía el tipo Nissen fue realizado en 6, para el tipo Guarner 5 y solo 4 para el tipo Toupet. (Tabla 1, 4,5)

Esto nos indica la prevalencia del procedimiento tipo Guarner como el más empleado en los pacientes operados por vía abierta y practicado por los Médicos adscritos al servicio de Cirugía General el cual indica que es considerado por parte de ellos como el que mejor ventajas obtiene en resolución del padecimiento del paciente. Y en cuanto a la vía endoscópica abdominal se encontró casi el mismo número de procedimientos para cada funduplicatura (Nissen 6, Guarner 5, Toupet 4) indicando en esto que probablemente debido al nuevo uso de la vía endoscópica abdominal como técnica de gold-standard para este padecimiento se comience a realizar una práctica sobre cada procedimiento para validar el más eficaz en este tipo de abordaje conforme se practica el tipo de abordaje.

En cuanto a la estadística descriptiva del presente se reveló una media de la calidad de vida de acuerdo al componente de escala física para la cirugía abierta de 74 contra 76.9 de la vía endoscópica abdominal. En cuanto al componente de escala mental la media para abierta fue de 77 contra 72.8 de la endoscópica abdominal. (Tabla 6).

Dentro del análisis estadístico realizado a través de la ayuda del programa SPSS versión 16 y con la prueba de U de Mann-Whitney y considerando un $p < 0.05$ significativa.

No se encontró diferencia significativa entre los dos tipos de abordaje (abierto contra endoscópico). Al igual que el procedimiento como se menciono de anti-reflujo con mayor prevalencia en el grupo de la vía abdominal abierta fue el Tipo Guarner. Y en la vía endoscópica fueron prácticamente el mismo número de procedimientos para los 3 tipos de funduplicatura.

En la tabla 7 se comparan los promedios obtenidos en cada concepto de salud y en ambas escalas compuestas por los dos grupos, no observándose diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 7 Promedios Obtenidos de Acuerdo al tipo de Procedimiento

Conceptos y Escalas Compuestas de Calidad de Vida	Tipo de Cirugía						p
	Total (n=32)		Abierta (n=17)		Laparoscópica (n=15)		
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica	
Función Física	86,88	14,85	87,65	16,78	86,00	12,85	0.317
Rol Físico	82,81	28,00	77,94	34,10	88,33	18,58	0.592
Dolor corporal	81,72	17,11	81,76	17,09	81,67	17,74	0.954
Salud General	50,16	14,17	48,82	12,81	51,67	15,89	0.513
Vitalidad	71,88	14,13	72,06	13,47	71,67	15,31	0.939
Función Social	80,39	15,03	81,62	12,59	79,00	17,75	0.923
Rol Emocional	68,75	34,84	76,47	30,65	60,00	38,21	0.202
Salud Mental	79,13	14,50	77,88	11,76	80,53	17,43	0.323
Componente de Escala Física	75,39	14,90	74,04	17,20	76,92	12,19	0.880
Componente de Escala Mental	75,04	15,68	77,01	13,81	72,80	17,79	0.450

CONCLUSION.

Nuestro centro hospitalario de tercer nivel el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza es un hospital de concentración en el cual se captan pacientes de diferentes estados así como de la misma ciudad de México con esta patología debido a esto se cuenta con un número considerable de pacientes que requieren de manejo quirúrgico y personal capacitado en esto.

Dentro de la patología de la acalasia se han encontrado actualmente avances en su manejo así como comparación entre las diversas técnicas quirúrgicas para su mejora en cuanto a su sintomatología ya que como se menciona el procedimiento es paliativo por que el problema de fondo de la patología no se resuelve.

En nuestro estudio valoramos la calidad de vida de acuerdo al procedimiento de cirugía abierta y endoscópica abdominal en sus diferentes técnicas esto en cuanto al procedimiento anti-reflujo realizado sin lograr obtener una relevancia estadística significativa entre ellas mediante este tipo de cuestionario el cual no se encontró como específico para valorar este tipo de patología ya que los síntomas principales del paciente en cuanto a si han desaparecido o prevalecen no son evaluados.

Dentro de los antecedentes mencionados en diferentes países del mundo se emplean escalas específicas para valorar la calidad de vida en este tipo de pacientes las cuales han reportado ser más fidedignas en cuanto a su información representada comparada contra escalas básicas de calidad de vida esto sería tal el caso de la SF-36.

Este estudio nos lleva a la conclusión de la necesidad de realizar una escala acorde a este tipo de patología o realizar la validación de una para ser aplicada en nuestro medio para obtener un adecuado valor de la calidad de vida del paciente y con esto lograr saber que procedimiento beneficia mejor a nuestro paciente y le brinda una mejor calidad de vida.

Referencias Bibliográficas

- 1- Pohl, Tutuian. **Achalasia: an Overview of Diagnosis and Treatment.** J Gastrointestin Liver Dis. 2007; 16 (3): 297-303.
- 2- Zaninotto G., Costantini M., Rizzetto C., Ancona E. **Acalasia: estrategias terapéuticas** Cir Esp 2004; 75 (3): 117-22
- 3- Park W., Vaezi M. **Ethiology and pathogenesis of achalasia: The Current Understanding.** Am J. Gastroenterol. 2005; 100: 1404-1414
- 4- Peters J., DeMeester T. **Esophagus and Diaphragmatic Hernia.** Schwartz Principles Of Surgery - 8th Ed. 2005 Chapter 24
- 5- Nguyen H, Souza-Domingues G., Lammert F. **Technological insights: Combined impedance manometry for esophageal motility testing-current results and further implications** World J Gastroenterol 2006; 12 (39): 6266-6273
- 6- Mariano G., Boni G., Barreca M., Bellini M., Fattori B., AlSharif A., Et al. **Radionuclide Gastroesophageal Motor Studies.** The Journal Of Nuclear Medicine. 2004; 45 (6): 1004-1028
- 7- Peters J. **An Antireflux Procedure Is Critical to the Long-term Outcome of Esophageal Myotomy for Achalasia.** Journal of Gastrointestinal Surgery 2001; 5 (1): 17-20.
- 8- Patti M., Dienel U., Molena D. **Esophageal Achalasia: Preoperative Assessment and Postoperative Follow-Up.** Journal of Gastrointestinal Surgery 2000; 11-12
- 9- Torquati A., Lutfi R., Khaitan L., Sharp K., Richards W. **Heller myotomy vs. Heller myotomy plus Dor fundoplication.** Surg. Endosc. 2006; 20: 389–393
- 10- Omura N., Kashiwagi H., Ishibashi I., Yano F., Tsuboi K., Kawasaki N., Suzuki Y., Et al. **Laparoscopic Heller myotomy and Dor fundoplication for the treatment of achalasia.** Surg Endosc 2006; 20: 210–213
- 11- Mineo T., Pompeo E. **Long-term outcome of Heller myotomy in achalasic sigmoid esophagus.** The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2004; 128 (3): 402-407
- 12- Wright S., Williams C, Pellegrini C, Oelschlager B. **Long-term outcomes confirm the superior efficacy of extended Heller myotomy with Toupet fundoplication for achalasia.** Surg Endosc 2007; 21: 713–718
- 13- García-Álvarez J., Ruiz-Vega A., Rodríguez-Wong U., Hernández-Reguero J. **Miotomía de Heller con funduplicatura laparoscópica (tratamiento endoquirúrgico de la acalasia).** Cir Ciruj 2007; 75: 263-269

- 14- Cabanillas R, Ortega C., Rodrigo J., Llorente L., Ortega P., Suárez C. **Resultados funcionales de la laringectomía supraglótica láser.** Acta Otorrinolaringol. Esp. 2005; 55: 156-160
- 15- 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: 141-145
- 16- Vilaguta G., Ferrera M., Rajmilb L., Rebolloc P., Permanyer-Miraldad G., Quintanae J., Et al. **El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos.** Gac Sanit. 2005; 19 (2): 135-50
- 17- Chen A., Frankowski R., Bishop-Leone J., Hebert T., Leyk S., Lewin J., Et al. **The Development and Validation of a Dysphagia-Specific Quality-of-Life Questionnaire for Patients with Head and Neck Cancer.** Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2001; 127: 870-876.
- 18- Lagergren P., Fayers P., Conroy T., Stein H., Sezer H, Hardwick R. **Clinical and psychometric validation of a questionnaire module, the EORTC QLQ-OG25, to assess health-related quality of life in patients with cancer of the esophagus, the esophago-gastric junction and the stomach** European Journal Of Cancer 2007; (43): 2066 –2073
- 19- Oñate L., Alcántara A., Alvarado S., Rojas E., Aiello V., Calderillo G. **Adaptation of the questionnaire EORTC QLQ-STO22 to measure quality of life from Mexican patients with gastric carcinoma.** BMC Cancer 2007, 7 (1): A36

ANEXOS 1

Tabla 1. Cuestionario de Salud SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

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 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 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
- 5 Nunca

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

Edad: _____

Sexo: _____

Cirugía: **ABIERTA**_____ **LAPAROSCOPICA**_____

Tipo de procedimiento antireflujo realizado: _____

Fecha de Cirugía: _____