



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"

"DR. ANTONIO FRAGA MOURET"

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN PACIENTES CON  
SUSTITUCION ESOFAGICA POR PATOLOGÍA BENIGNA COMPARADA CON  
CONTROLES SANOS, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO  
MEDICO LA RAZA

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN

CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA:

LUIS ISRAEL MIRANDA ALANIS

ASESOR:

DR. ERICK SERVIN TORRES

DR. JESUS ARENAS OSUNA



MÉXICO, D. F.

2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

---

Dr. Jesús Arenas Osuna  
Jefe de la División de Educación en Salud

---

Dr. José Arturo Velázquez García  
Titular del Curso Universitario en Cirugía General

---

Dr. Luis Israel Miranda Alanis.  
Residente de Cirugía General

NO. DE REGISTRO: R-2009-3501-64

## ÍNDICE

Resumen.....	4
Antecedentes científicos.....	7
Material y métodos.....	13
Resultados.....	14
Discusión.....	19
Conclusiones.....	23
Biografía.....	24
Anexos.....	27

**RESUMEN:** CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD (CVRS) EN PACIENTES CON SUSTITUCION ESOFAGICA POR PATOLOGÍA BENIGNA COMPARADA CON CONTROLES SANOS, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA (HECMN)

**Objetivo:** Evaluar la CVRS en pacientes con sustitución esofágica por patología benigna.

**Diseño:** Estudio transversal, comparativo en el HECMN La Raza, del 1 de enero 2004 al 31 de agosto 2009., con una intervención en dos grupos, Se aplicó el cuestionario CVRS y los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva, T Student con el programa SPSS versión 15.

**Resultado:** 41 pacientes sometidos a sustitución esofágica y 41 sujetos sanos; rango de edad: pacientes 21-79 años. La reconstrucción esofágica con estomago fue mas empleada (53,7%), causa mas común de reconstrucción esofágica: acalasia (29.3%). En la CVRS: función física, rol físico y salud general son menores comparados con sujetos sanos ( $p < 0,05$ ). Sin cambios significativos en dolor corporal, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

**Conclusiones:** La CVRS en los pacientes es menor en el componente de la escala física ( $p < 0,05$ ), con diferencia significativa para función física, rol físico y salud general; en comparación con sujetos sanos. En la escala emocional sin diferencia significativa así como en dolor corporal, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

**Palabras clave:** calidad de vida relacionada a la salud, sustitución esofágica.

**SUMMARY:** HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE (HRQL) IN PATIENTS WITH TO ESOPHAGEAL SUBSTITUTION BY COMPARED BENIGN PATHOLOGY TO HEALTHY CONTROLS, IN THE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA (HECMN)

**Objective:** To evaluate if the HRQL in patients with esophageal substitution by benign pathology is smaller to the observed one in healthy controls.

**Design** Cross-sectional and comparative study in patients with esophagectomy put under esophageal substitution in HECMN la Raza, of the 1 of January 2004 to the 31 of August 2009. Studies with an intervention in two groups becomes (experimental and control), are desired to know if there are differences between the groups, for which raises a hypothesis resistance. In order to calculate the sample size, one is due to consider: Error  $\alpha$  or type I (security of the study) and error  $\beta$  or type II (power or statistical power). The used values are  $\alpha = 0.05$  (level of confidence 95%) and  $\beta = 0.20$  (power of 80%).

**Result** 41 patient's submissive esophageal substitution and 41 healthy subjects; age rank: patients 21-79 years, healthy 20-80 years. The esophageal reconstruction with stomach but was used (53.7%), common cause but of esophageal reconstruction: achalasia (29.3%). In the HRQL: physical function, physical roll and general health smaller are compared with the healthy subjects ( $p < 0.05$ ). Without significant changes in corporal pain, vitality, social function, emotional roll and mental health.

**Conclusions** The HRQL in the patients is smaller in the component of the physical scale ( $p < 0.05$ ), with significant difference for physical function, physical roll and general health; in comparison with healthy subjects. In the emotional scale without significant difference as well as in corporal pain, vitality, social function, emotional roll and mental health.

**Key words:** health-related quality of life (HRQL), esophageal substitution.

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La Sustitución esofágica es la continuidad del tubo gastrointestinal que se realiza posterior a esofagectomía, mediante la elevación gástrica, interposición de colon o de yeyuno.<sup>1,2</sup> Los pacientes con sustitución esofágica presentan una serie de síntomas y sensaciones subjetivas muy particulares que hacen a estos enfermos diferentes del resto de la población, sana o enferma.<sup>3</sup> Ya no se trata sólo de medir la supervivencia del enfermo, se trata de conocer cómo vive este enfermo.

El esófago es afectado por lesiones de carácter benigno, que obedecen a múltiples causas, y por cáncer, cuyo tratamiento es fundamentalmente quirúrgico.<sup>4</sup> La esofagectomía es un procedimiento que se realiza en pacientes con lesiones de carácter benigno: tales como acalasia, lesiones por cáusticos, trauma quirúrgico, funduplicaturas fallidas, lesiones por cuerpos extraños. La realización de una esofagectomía se realiza infrecuentemente, por lo que existe poca información respecto a sintomatología a largo plazo y la calidad de la vida después de la reconstrucción del esófago.<sup>5,6,7,8</sup> El síntoma que se presenta más comúnmente de los pacientes con sustitución esofágica es la disfagia la cual tiene una importante influencia en la calidad de vida del paciente.<sup>7,8</sup>

Las principales indicaciones para realizar una esofagectomía son la obstrucción esofágica, pérdida de la continuidad del tracto digestivo superior y en pocos casos el sangrado de tubo digestivo alto.

Los síntomas que refieren los pacientes con lesiones benignas del esófago y que alteran su calidad de vida son la disfagia, pirosis, regurgitación, dolor y episodios de broncoaspiración.

Los pacientes con lesiones benignas sometidos a esofagectomía en general reportan una pobre calidad de vida, pero sólo en algunas de sus dimensiones. En un estudio previo,



realizado con el instrumento SF 36, sólo 2 de las 8 áreas que comprende el instrumento, mostraron descensos en la calidad de vida estadísticamente significativos (salud general y función física;  $P < 0.01$ ), comparado con la población general. A estos pacientes cuando se compara con o sin otra comorbilidad, se encontró algunas diferencias en el dolor corporal ( $P < 0.05$ ) y en la salud mental ( $P < 0.02$ ).<sup>7,8.</sup>

En los pacientes con cáncer de esófago se presenta un deterioro en todos los aspectos de la calidad de vida, excepto en la función emocional después de una cirugía radical de esófago. También antes de primer año de la cirugía recuperan todos los aspectos de calidad de vida preoperatorios excepto la salud general y el dolor. La esofagectomía además, produce algunas desventajas en el rol físico, social y funcional durante los primeros 6 meses postoperatorios.<sup>9.</sup>

Diversos estudios han demostrado que la resección y posterior reconstrucción esofágica pueden ser realizadas con mínima morbilidad y muy bajo riesgo de mortalidad postoperatoria. Además los síntomas postquirúrgicos son mínimos y bien tolerados expresados por el hecho de que el 79% de los pacientes reportan realizar comidas de forma normal y la CVRS es comparable con el de la población general por edad y sexo.<sup>9, 19</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió hace ya varias décadas la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o discapacidad. El modelo “biosicosocial” en medicina enmarca aspectos referidos al bienestar del paciente, como sus relaciones interpersonales, su comportamiento, el entorno en el que se desenvuelve y sus relaciones sociales, en lo que se conoce con el nombre de Calidad de Vida (CV).<sup>20</sup>

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es el impacto que percibe el individuo en su capacidad para vivir una vida satisfactoria, en relación con su estado de

salud-enfermedad. Es la valoración que hace el paciente del bienestar físico, emocional y social, luego del diagnóstico y/o tratamiento. Incluye la evaluación funcional física, emocional, cognitiva, social, percepciones de salud y bienestar y de las perspectivas futuras.<sup>21.</sup>

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud se ha convertido en los últimos años en la medida estándar en ensayos clínicos para realizar mediciones de la efectividad de intervenciones que vayan más allá de las medidas epidemiológicas tradicionales de mortalidad y morbilidad. Un aspecto central en el desarrollo y utilización de estas medidas es evaluar los niveles de calidad de vida obtenidos en estudios de grupos de pacientes con enfermedades específicas, en comparación con el nivel promedio de estas medidas en la población (país, estado), ajustadas por edad y sexo.<sup>22.</sup>

La rigurosidad psicométrica de los instrumentos actuales ha permitido la incorporación del concepto de evaluación de la calidad de vida, o lo que otros autores refieren como calidad de vida relacionada con la salud, y lo ha convertido en la unidad fundamental para la medición de resultados en investigaciones dentro de este campo. Aunque no existe consenso, la calidad de vida relacionada con la salud se mide por medio de la función física, del estado psicológico, de la función y la interacción sociales, y de los síntomas físicos. El espectro de indicadores para la medición de dichos resultados incluye cinco dominios principales: a) mortalidad, b) morbilidad, c) incapacidad, d) incomodidad e e) insatisfacción.<sup>21.</sup>

Para evaluar la CVRS se utilizan instrumentos de medición, que son habitualmente cuestionarios que incluyen aspectos físicos, emocionales, cognitivos, sociales, las percepciones de salud/bienestar y las perspectivas futuras. Estos instrumentos deben ser confiables, validados para una determinada población, sensibles, prácticos e

interpretables. Se clasifican en genéricos y específicos. Los genéricos evalúan la CVRS de una población general o de un subgrupo demográfico y/o una cultura y los específicos están más orientados a una determinada enfermedad o problema de salud.<sup>20-22.</sup>

El interés por el estudio de la calidad de vida es cada vez mayor, tanto en grupos de enfermos con patologías crónicas como en la población general sana. La calidad de vida ha cobrado más importancia desde el momento en que el número de pacientes y patologías crónicas han aumentado y se ha exigido un tratamiento más integral.<sup>20,23.</sup>

En un estudio realizado por Young y Col. Sobre los resultados funcionales y la calidad de vida en reconstrucción esofágica en enfermedades benignas, se estudiaron 81 pacientes, demostraron que la función física, la salud general y la función social estaban disminuidas en comparación con la población general. Así como también demostraron que el dolor corporal, el rol físico, el rol emocional y la salud mental eran similares a los de la población general.<sup>6</sup>

Se han desarrollado instrumentos de medición basados en datos objetivos relacionados con la enfermedad, se sabe que la sensación de salud percibida por el propio sujeto puede diferir de los parámetros denominados objetivos. Esto ocurre con los enfermos con sustitución esofágica donde a pesar de presentar disminución en su estado de salud objetiva, la salud percibida no parece ser muy diferente a la de población general. Con el reconocimiento de que, para comparar el estado de salud de las poblaciones de diferentes países se requiere de instrumentos estandarizados, en 1991 se inició el proyecto conocido como “Evaluación internacional de la calidad de vida” (International Quality of Life Assessment Project, IQOLA) para traducir, adaptar y probar la aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado Encuesta de Salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey). Inicialmente, este instrumento se usó en el

estudio de resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS), donde se demostró su validez y confiabilidad.<sup>21</sup>

El Cuestionario SF-36 es uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados y evaluados, fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos.<sup>20-23</sup>

El SF36 ha sido evaluado en más de 400 artículos y en multitud de estudios realizados, por lo que se convierte en uno de los instrumentos con mayor potencial. La ventaja del SF-36 es su facilidad, su comodidad, una adecuada sensibilidad y que está suficientemente validado, está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. El cuestionario final cubre 8 subescalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.<sup>20</sup>

El presente estudio utilizó la versión 1.1 autorizada para usarse en México, con el fin de medir el estado funcional de una muestra de individuos del país.<sup>21,22.</sup> Como lo demuestra Zúñiga y Col. con la estandarización y aplicación del cuestionario SF36 a la población mexicana con 257 individuos.

El SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas. El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son: a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud mental

(SM). Además de los ocho conceptos de salud, la SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud.<sup>20-22.</sup>

La versión autorizada de la SF-36 para su uso en México siguió un procedimiento estandarizado de traducción/retraducción por expertos bilingües; asimismo, se hicieron análisis por grupos focales representativos y se llevó a cabo una evaluación formal de la calidad de cada traducción. La SF-36 es un instrumento autoaplicado, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud).<sup>21-22..</sup>

El propósito de esta revisión es en analizar calidad de la vida relacionada a la salud en los pacientes que experimentaron esofagectomía y posterior reconstrucción esofágica. El método clásico para determinar y evaluar de una forma válida el impacto de la enfermedad en la vida diaria del individuo y en la sensación de bienestar es la administración de cuestionarios. A través de éstos se pone de manifiesto que el estado de salud de los pacientes no siempre se corresponde con los datos que proporcionan las medidas biológicas habitualmente utilizadas para su evaluación clínica, y que los índices de actividad de la enfermedad no siempre son buenos predictores de la calidad de vida de los pacientes.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **❖ OBJETIVO GENERAL**

Evaluar si la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con sustitución esofágica por patología benigna es menor a la observada en controles sanos en el HECMN La Raza, en un período de tiempo comprendido entre el 1º Enero del 2004 y el 31 Agosto del 2009, para lo cual se diseñó un estudio transversal y comparativo. Se inicio con la revisión de los registros de los pacientes del servicio de Cirugía General del HECMNR intervenidos quirúrgicamente en el periodo que comprende entre el 01 de enero del 2004 a 31 de Agosto del 2009.

De la libreta de programación quirúrgica del servicio de cirugía general se registraron los nombres y afiliación, se solicitó el expediente clínico al Archivo de la Unidad. Se identificaron la fecha de cirugía, técnica empleada, el diagnostico preoperatorio. Por vía telefónica se realizó el contacto y se citaron a la consulta externa del Departamento de Cirugía General para que rellenaran el cuestionario .de calidad de vida SF36 VERSION VALIDADA PARA MÉXICO. El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva utilizando el Programa SPSS versión 15. Se utilizo la t de Student para realizar la comprobación de medias entre ambos grupos.

## RESULTADOS

La muestra se constituyó con 82 casos; 41 pacientes con sustitución esofágica y 41 sujetos sanos.

En los pacientes con sustitución esofágica el rango de edad fue de 21 a 79 años con un promedio de edad de 50.2 años; en cuanto al género fueron: mujeres 18 (43.9%) y hombres 23 (56.1%).

En los sujetos sanos el rango de edad fue de 20 a 80 años con un promedio de edad de 47.1 años; en cuanto al género: mujeres 23 (56.1%) y hombres 18 (43.9%).

	Grupo			
	Sustitución esofágica		Sujetos sanos	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
Edad (años)	50,27	13,64	47,15	15,30

La sustitución esofágica empleada fue: ascenso gástrico en 22 (53%), trasposición de colon 16 (39%) e interposición de colon 3 (7.3%).

Los diagnósticos preoperatorios que indicaron el procedimiento quirúrgico fueron: acalasia 12 (29.3%), estenosis distal de esófago 11 (26.8%), perforación esofágica durante cirugía laparoscópica de hiato esofágico 6 (14.6%), quemadura esofágica por ingestión de cáusticos 5 (12.2%), esófago de Barret 5 (12.2%), perforación esofágica por endoscopia y por plastia diafragmática 2 (4.9%).

		Grupo			
		Sustitución esofágica		Sujetos sanos	
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
Género	Femenino	18	43,9%	23	56,1%
	Masculino	23	56,1%	18	43,9%
Tipo de Cirugía	Sujetos sanos	0	0%	41	100,0%
	Ascenso gástrico	22	53,7%	0	,0%
	Transposición de colon	16	39,0%	0	,0%
	Interposición de colon	3	7,3%	0	,0%
Enfermedad Primaria	Sujetos sanos	0	,0%	41	100,0%
	Acalasia	12	29,3%	0	,0%
	Lesión por cáusticos	5	12,2%	0	,0%
	Perforación esofágica	2	4,9%	0	,0%
	Esófago de Barret	5	12,2%	0	,0%
	Perforación por laparoscopia	6	14,6%	0	,0%
	Estenosis distal	11	26,8%	0	,0%

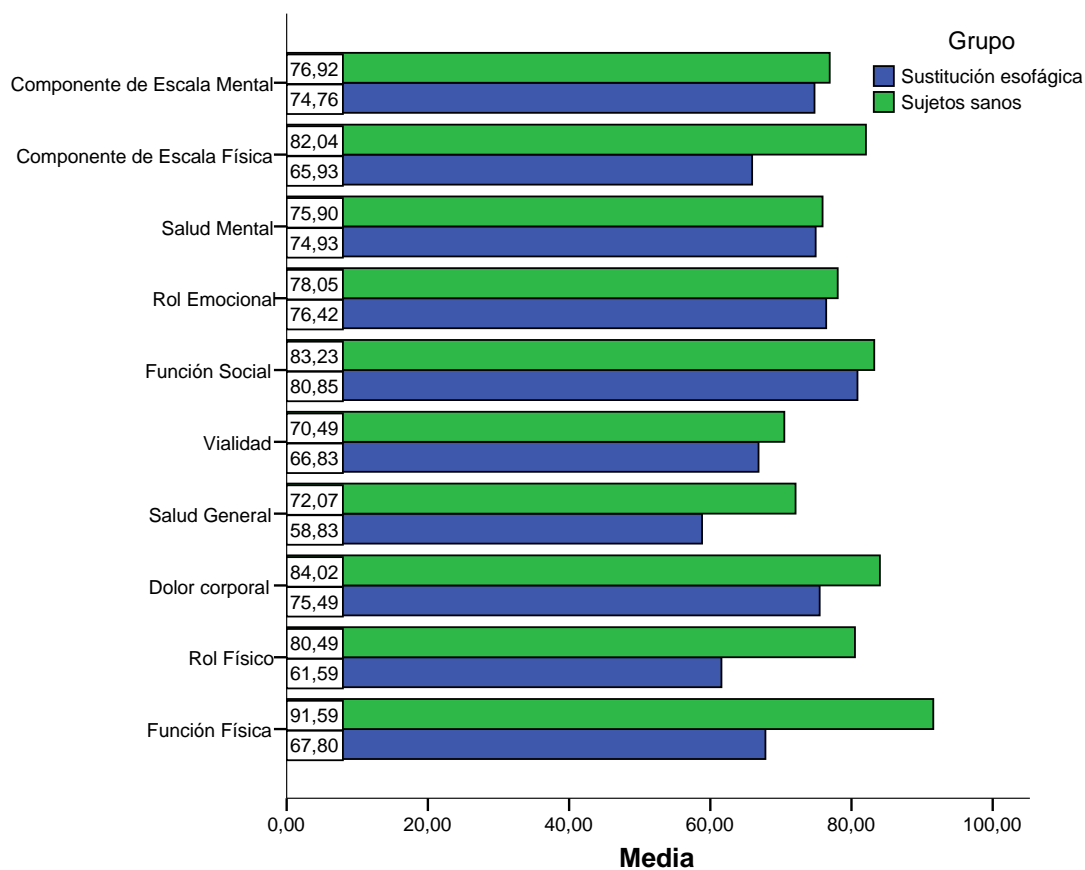
Calidad de vida relacionada a la salud.

La autovaloración en la calidad de vida fue aplicada a 41 pacientes con sustitución esofágica por patología benigna de esófago y a 41 sujetos sanos.

Cada una de las 8 aéreas conceptuales de la calidad de vida fue computada para cada paciente y sujeto sano.



	Grupo			
	Sustitución esofágica		Sujetos sanos	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
Función Física	67,80	26,53	91,59	14,25
Rol Físico	61,59	39,57	80,49	32,84
Dolor corporal	75,49	22,26	84,02	23,18
Salud General	58,83	14,75	72,07	13,74
Vialidad	66,83	16,35	70,49	19,26
Función Social	80,85	23,05	83,23	16,68
Rol Emocional	76,42	30,95	78,05	28,49
Salud Mental	74,93	15,95	75,90	19,67
Componente de Escala Física	65,93	22,06	82,04	16,38
Componente de Escala Mental	74,76	18,55	76,92	15,64



La función física (actividades diarias), el rol físico (habilidad para el trabajo), la salud general (percepción de la salud) presentaron diferencia significativa entre los pacientes con sustitución esofágica y sujetos sanos.

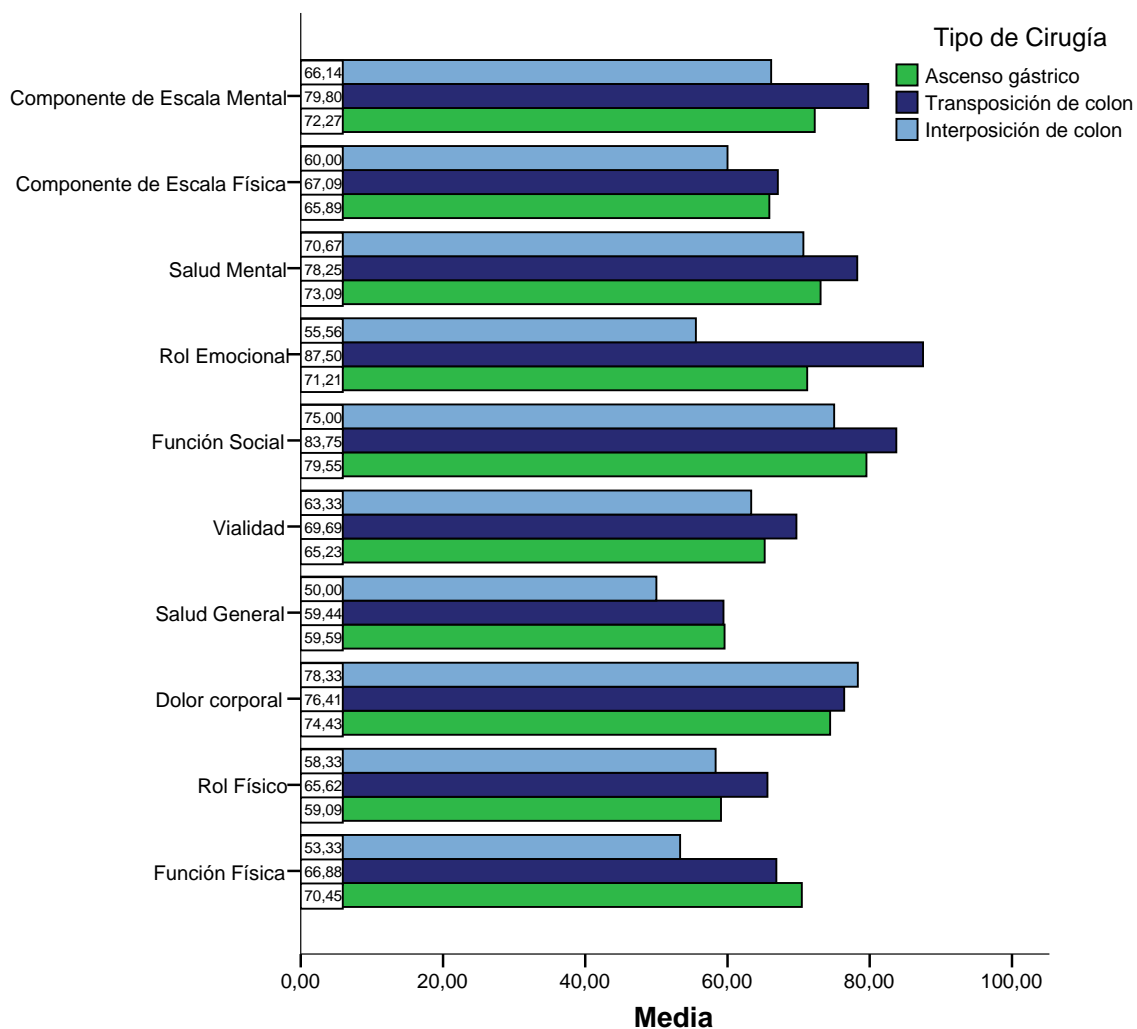
El dolor corporal (dolor), vitalidad (energía/fatiga), función social (actividades sociales), rol emocional (problemas emocionales), salud mental (nerviosismo/depresión), fue similar en sujetos sanos y pacientes con sustitución esofágica.

El componente de Escala Física presento diferencia significativa no así el componente de la Escala Mental.

	Grupo	
	Sustitución esofágica	Sujetos sanos
	(A)	(B)
Función Física		A
Rol Físico		A
Dolor corporal		
Salud General		A
Vialidad		
Función Social		
Rol Emocional		
Salud Mental		
Componente de Escala Física		A
Componente de Escala Mental		

En cuanto a la calidad de vida relacionada a la salud no hubo diferencias tomando en cuenta el tipo de sustitución esofágica (ascenso gástrico, transposición de colon e interposición de colon) a todos se les realizo esofagectomía trashiatal.

	Tipo de Cirugía					
	Ascenso gástrico		Transposición de colon		Interposición de colon	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
Función Física	70,45	26,59	66,88	26,70	53,33	30,14
Rol Físico	59,09	37,44	65,63	42,70	58,33	52,04
Dolor corporal	74,43	20,99	76,41	24,22	78,33	29,30
Salud General	59,59	14,54	59,44	14,98	50,00	18,03
Vialidad	65,23	11,07	69,69	21,41	63,33	22,55
Función Social	79,55	22,67	83,75	24,41	75,00	25,00
Rol Emocional	71,21	34,57	87,50	23,96	55,56	19,25
Salud Mental	73,09	14,56	78,25	16,78	70,67	24,44
Componente de Escala Física	65,89	20,94	67,09	23,30	60,00	31,55
Componente de Escala Mental	72,27	16,75	79,80	20,18	66,14	22,39



## **DISCUSIÓN**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió hace ya varias décadas la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o discapacidad, pero esto no ha sido suficiente para definir los resultados de los tratamientos en términos de supervivencia y complicaciones.

Esta definición es relevante para pacientes con patología esofágica, particularmente para aquellos a los que se les ha realizado una sustitución esofágica.

En el presente estudio investigamos la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) en pacientes sometidos a sustitución esofágica a causa de patologías benignas en esófago. Para medir la CVRS utilizamos el SF-36 que es un instrumento válido y confiable para medir la calidad de vida.

Las encuestas que enfocan la medición de diferentes aspectos del estado de salud deben ser cortas, aplicables a diversos grupos poblacionales, preferiblemente autoadministradas, y sus resultados deben presentar de manera clara los aspectos de salud medidos. La SF-36 tiene el potencial de cumplir con estos requerimientos; además, permite la evaluación multidimensional del concepto de salud e incluye aspectos de incapacidad, incomodidad e insatisfacción, componentes todos de la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud.

La información se procesó en una base de datos computarizada y se manipuló con el paquete estadístico SPSS 15, donde se correlacionaron las variables a medir en el cuestionario de calidad de vida.

Los hallazgos de esta encuesta demuestran, en promedio, la percepción de buena salud de los participantes. La función física (actividades diarias), el rol físico (habilidad para el trabajo), la salud general (percepción de la salud) presentaron diferencia significativa entre los pacientes con sustitución esofágica y sujetos sanos. El dolor corporal (dolor),

vitalidad (energía/fatiga), función social (actividades sociales), rol emocional (problemas emocionales), salud mental (nerviosismo/depresión), fue similar en sujetos sanos y pacientes con sustitución esofágica.

El componente de Escala Física presento diferencia significativa no así el componente de la Escala Mental.

En la literatura la función física, la salud general y la función social fueron disminuidas comparadas con la población general. El dolor corporal, el rol físico, la vitalidad y el rol emocional y la escala mental fueron similares entre los pacientes y la población general.<sup>6.19</sup>

No hubo diferencia significativa en relación a la edad, el sexo, diagnostico inicial y tipo de reconstrucción, en ninguna de las 8 áreas conceptuales, con resultados similares a los reportados en la literatura.<sup>6.19</sup>

La medición de la calidad de vida después de una cirugía tan extensa como la esofagectomía y la posterior reconstrucción esofágica, es importante debido a las implicaciones tan ásperas de la cirugía sobre la calidad de vida de los pacientes. Comparando la calidad de vida, desde el punto de vista de la reconstrucción esofágica no hay diferencias entre los tipos de reconstrucción: ascenso gástrico, trasposición de colon e interposición de colon.

La calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con esofagectomía es menor a la de la población sana, porque estos pacientes deben aprender a vivir con su patología y sus limitantes, lo que afecta otras esferas de su vida, como lo vimos en las diferentes subescalas del test de calidad de vida.

Los órganos que se utilizan para sustituir al esófago como lo son el estómago y el colon, no fueron diseñados anatómicamente para continuar su funcionamiento dentro del tórax, se convierten en un largo conducto que tiene como propósito el paso de los alimentos y líquidos para dar continuidad al tubo digestivo. Las dos funciones fundamentales del esófago son el transporte del bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago y la prevención del flujo retrógrado del contenido gastrointestinal. La función de transporte se realiza mediante las contracciones peristálticas de la faringe y el esófago, asociadas con la relajación de los esfínteres esofágicos superior e inferior. El flujo retrógrado es evitado por los dos esfínteres esofágicos, que se mantienen cerrados entre cada movimiento deglutorio. Esta fisiología esofágica se pierde al realizar la esofagectomía y sustitución esofágica de ahí que se pueda entender que tanto el estómago como el colon nunca podrán cumplir con las funciones totales del esófago.<sup>1,2</sup> Por el contrario, todos ellos adolecen de falta de peristaltismo efectivo y ausencia de una barrera fisiológica contra el reflujo. A pesar de esos inconvenientes, los órganos de repuesto disponibles permiten a la mayoría de los pacientes comer de modo muy satisfactorio.<sup>16</sup>

El seguimiento por la consulta externa, reporta como principal síntoma la disfagia, la evaluación postquirúrgica fue a través de endoscopia, secundaria a estenosis de la anastomosis cervical, la que se trata inicialmente con dilataciones por vía endoscópica y en algunos caso es necesario realizar una plastia en la anastomosis cervical.

También presentan acidez que requiere de manejo con antiácidos, disfonía y tos secundaria a reflujo, tos que en ocasiones interfiere con el habla.

Es necesario el cambio en sus hábitos de alimentación al realizar de entre 3 hasta 6 comidas al día, en la mayoría de los pacientes el tamaño de la comida es menor comparada con la preoperatoria, los pacientes no recuperan el peso de antes de la

cirugía, algunos desarrollan síndrome de dumping, otros mas su principal molestia es la diarrea y el dolor tipo cólico.

Lin, en su estudio reportó con un seguimiento promedio de 47 meses en sujetos con lesiones benignas, el 77% requirió de una dilatación esofágica; sin embargo, el 65% recibe una dieta sin restricciones en la visita de seguimiento más reciente, y el 4% presentó disfagia intensa con necesidad de dilataciones regulares.

El 60% negó síntomas de reflujo, 32% presentaron reflujo ocasional después de comer, el 7% presentó reflujo nocturno y debía dormir con la cabecera de la cama elevada.

Se observó el síndrome post gastrectomía manifestado por dolor tipo cólico y diarrea postvagotomía en el 49%, pero las molestias fueron temporales en la mayoría de los casos, y se resolvieron después del primer año desde la intervención.<sup>24</sup>

La esofagectomía para la enfermedad benigna es generalmente considerada un tratamiento de último recurso. Aunque el principal objetivo de la reconstrucción es restaurar la deglución normal con mínima morbilidad y mortalidad, el potencial de las complicaciones de la disfagia, retraso en el vaciamiento gástrico, el reflujo, la aspiración y el dumping pueden influir negativamente en todos los resultados funcionales a largo plazo y por lo tanto modificar la calidad de vida.<sup>16</sup>

## **CONCLUSIONES**

De acuerdo a los datos obtenidos y a los análisis estadísticos realizados, podemos concluir que:

Los puntajes obtenidos al evaluar la Calidad de vida de ambos grupos, indican que para todas las subescalas, el grupo experimental alcanzó puntuaciones inferiores que las obtenidas por los individuos del grupo control. Sin embargo, la diferencia en la Calidad de vida es significativa sólo para las subescalas correspondientes a Función física, Rol físico y Salud general (95%).

La calidad de vida relacionada a la salud en los pacientes con sustitución esofágica es menor en el componente de la escala física ( $p < 0,05$ ). Con diferencia significativa para función física, el rol físico y la salud general; en comparación con los sujetos sanos.

En el componente de la escala emocional no hay diferencia significativa así como en dolor corporal, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

Los pacientes con sustitución esofágica pueden llevar un estilo de vida muy similar a la de los pacientes sanos.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Zinner M, Ashley S, Maingot's Abdominal Operations, 2000, 11th Ed. Chapter 10. Surgical Procedures to Resect and Replace the Esophagus.
2. Fischer J. Mastery of Surgery, 2007 5th Edition, Volume I, VII The Gastrointestinal Tract. The Esophagus. Lippincott Williams & Wilkins
3. Brunicaudi F. Schwartz's Surgery; 2007 Part II. Chapter 24. Esophagus and Diaphragmatic Hernia, The McGraw-Hill Companies.
4. Jiménez A, Leiva R, Rodríguez R. Sustituciones esofágicas: una experiencia. Hospital Militar Central "Carlos J. Finlay. Rev Cubana Med Milit 2001;30(1):11-4
5. Parameswaran R. McNair A, Avery K, Berrisford R, Wajed S, et al. The Role of Health-Related Quality of Life Outcomes in Clinical Decision Making in Surgery for Esophageal Cancer: A Systematic Review. Annals of Surgical Oncology. 2000;15(9):2372–2379.
6. Young M, Deschamps C, Allen M, Miller D, Trastek V, Schleck C, et al. Esophageal Reconstruction for Benign Disease: Self-Assessment of Functional Outcome and Quality of Life. Ann Thorac Surg 2000;70:1799–1802) 2000 by The Society of Thoracic Surgeons.
7. Bothreau H, Munoz-Bongrand, Lambert B, Montemagno S, et al. Esophageal reconstruction after caustic injury: is there still a place for right coloplasty? The American Journal of Surgery.2007:660–664.
8. Blazeby J, Farndon J, Alderson D. A Prospective Longitudinal Study Examining the Quality of Life of Patients with Esophageal Carcinoma. CANCER, 2000: volumen 88, No 8.

9. Blazeby J, Williams M, Brookes S, Alderson D, Farndon J. Quality of life measurement in patients with oesophageal cancer . Gut 1995; 37: 505-508
10. De Boer A, Van Lanschot. Van Sandick , Hulscher J, et al. Quality of Life After Transhiatal Compared With Extended Transthoracic Resection for Adenocarcinoma of the Esophagus. J Clin Oncol 2004;22:4202-4208.
11. Kuwano H, Ikebe M, Baba K, Kitamura K, et al. Operative Procedures of Reconstruction after Resection of Esophageal Cancer and the Postoperative Quality of Life. World J. Surg. 1993;17, 773-776.
12. Gradauskas P, Rubikas R, Saferis V. Changes in quality of life after esophageal resections for carcinoma. Clinic of Thoracic Surgery, Institute for Biomedical Research, Kaunas University of Medicine, Lithuania. 2006; 42(3).
13. Barbier PA, Luder PJ, Schupfer G, Becker CD, Wanger HE. Quality of life and Patterns on recurrence following transhiatal Esophagectomy for Cancer: Result of Prospective follow-up in 50 patients. World J. Surg. 1988;12,270-276.
14. Baba M, Aikou T, Natsugoe S, Kusano C, Shimada M, Kimura S, et al. Appraisal of Ten-Year Survival following Esophagectomy for Carcinoma of the Esophagus with Emphasis on Quality of Life. World J. Surg.1997: 21, 282–286.
15. McLarty AJ, Deschamps C, Trastek VF, Allen MS, Pairolero PC, Harmsen.WS.Esophageal Resection for Cancer of the Esophagus: Long-Term Function and Quality of Life. Ann Thorac Surg 1997;63:1568-1571 The Society of Thoracic Surgeons
16. Headrick JR, Nichols FC, Miller DL, Allen MS, Trastek VF, Deschamps C, et al. High-Grade Esophageal Dysplasia: Long-Term Survival and Quality of Life After Esophagectomy. Ann Thorac Surg 2002;73:1697–703) The Society of Thoracic Surgeons.

17. Schmidt CE, Bestmann B, Kuchler T, Phil D, Schmid A, Kremer B. Quality of Life Associated with Surgery for Esophageal Cancer: Differences between Collar and Intrathoracic Anastomoses *World J. Surg.* 2004; 28, 355–360, 2004.
18. Moraca RJ, Low DE. Outcomes and Health-Related Quality of Life After Esophagectomy for High-Grade Dysplasia and Intramucosal Cancer. *Arch Surg.* 2006; 141:545-551.
19. Grabowski K, Kusztal M.. Long-term quality of life and symptoms of patients who underwent esophageal reconstruction employing intestinal pedicle grafts. *The American Journal of Surgery.* 2004: 422–426
20. Arostegui I, Núñez V. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form–36 (SF-36). *Estadística Española.* 2008. Vol. 50, Núm. 167, págs. 147 a 192.
21. Zúniga M, Genny T, Carrillo J, Gandek B, Medina M. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México.* 1999 vol.41, no.2.
22. Durán A, Gallegos C, Salinas G, Martínez H. Hacia una base normativa mexicana en la medición de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud Pública de México.* 2004 vol.46, no.4.
23. Ferriols R, Ferriols F, Almiñana A, Magraner G. Calidad de vida en Oncología Clínica. *Farm Hosp* 1995; 19 (6): 315-322.
24. Lin J, Mark D. Iannettoni. Esofagectomía transhiatal *Surg Clin N Am* 2005, 593 – 610



## **ENCUESTA DEL ESTADO DE SALUD SF-36**

La Encuesta del Estado de Salud SF-36 para su uso en México se puede reproducir con permiso del Health Assessment Lab, New England Medical Center, 750 Washington Street, NEMC #345, Boston, MA, 02111. Derechos Reservados © Health Assessment Lab. El permiso para el uso de la Encuesta puede ser solicitado al primer autor de este artículo.

**Instrucciones:** esta encuesta le pide su opinión acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué tan bien puede hacer usted sus actividades normales. Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

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

Escalas de respuesta:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

2. *Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general ahora?*

Escalas de respuesta:

- Mucho mejor ahora que hace un año.
- Algo mejor ahora que hace un año.
- Más o menos igual ahora que hace un año.

- Algo peor ahora que hace un año.
- Mucho peor ahora que hace un año.

3. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal.

*¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?*

- Escalas de respuesta:
- Sí, me limita mucho.
- Sí, me limita un poco.
- No, no me limita en absoluto.

Opciones de pregunta:

- a. Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos.
- b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar fútbol o beisbol.
- c. Levantar o llevar las compras del mercado.
- d. Subir varios pisos por la escalera.
- e. Subir un piso por la escalera.
- f. Doblarse, arrodillarse o agacharse.
- g. Caminar más de diez cuadras.
- h. Caminar varias cuadras.
- i. Caminar una cuadra.
- j. Bañarse o vestirse.

4. Durante el *último mes*, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales *a causa de su salud física*?

Escalas de respuesta:

- Sí
- No

Opciones de pregunta:

- a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.
- b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.
- c. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.
- d. Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, ha requerido de mayor esfuerzo).

5. Durante el *último mes*, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales *a causa de algún problema emocional* (como sentirse deprimido o ansioso)?

Escalas de respuesta:

- Sí
- No

Opciones de pregunta:

- a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.
- b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.
- c. Ha hecho el trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre.

6. Durante el *último mes*, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales

con la familia, amigos, vecinos o grupos?

Escalas de respuesta:

- Nada.
- Un poco.
- Más o menos.
- Mucho.
- Demasiado.

7. ¿Cuanto dolor *físico* ha tenido usted durante el *último mes*?

Escalas de respuesta:

- Ningún dolor.
- Muy poco.
- Poco.
- Moderado.
- Severo.
- Muy severo.

8. Durante el *último mes*, ¿cuánto *el dolor* le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

Escalas de respuesta:

- Nada.
- Un poco.
- Más o menos.
- Mucho.
- Demasiado.



9. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted *durante el último mes*. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo *durante el último mes*?

Escalas de respuesta:

- Siempre.
- Casi siempre.
- Muchas veces.
- Algunas veces.
- Casi nunca.
- Nunca.

Opciones de pregunta:

- a. Se ha sentido lleno de vida?
- b. Se ha sentido muy nervioso?
- c. Se ha sentido tan decaído que nada podía alentarlos?
- d. Se ha sentido tranquilo y sosegado?
- e. Ha tenido mucha energía?
- f. Se ha sentido desanimado y triste?
- g. Se ha sentido agotado?
- h. Se ha sentido feliz?
- i. Se ha sentido cansado?

10. Durante el *último mes*, ¿cuánto tiempo *su salud física o sus problemas emocionales* han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

Escalas de respuesta:

- Siempre.

- Casi siempre.
- Algunas veces.
- Casi nunca.
- Nunca.

11. ¿Qué tan CIERTA o FALSA es *cada una* de las siguientes frases para usted?

Escalas de respuesta:

- Definitivamente cierta.
- Cierta.
- No sé.
- Falsa.
- Definitivamente falsa.

Opciones de pregunta:

- a. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente.
- b. Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco.
- c. Creo que mi salud va a empeorar.
- d. Mi salud es excelente.

*Salud Pública de México / vol.41, no.2, marzo-abril de 1999 Zúñiga MA y col.*

## ESCALAS DEL ESTADO DE SALUD E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS BAJOS Y ALTOS. ENCUESTA DE SALUD SF-36

Conceptos	No. de preguntas	Significado de los resultados	
		Bajo	Alto
Funcion física	10	Mucha limitacion para realizar todas las actividades físicas Incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las mas vigorosas, sin limitantes debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física	Ningun problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy severo y extremadamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debido a dolor
Salud general	5	Evalua la salud personal como mala y cree que probablemente empeorara	Evalua la salud personal como excelente
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energia todo el tiempo
Funcion social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningun problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud mental	5	Sensacion de nerviosismo y depresion todo el tiempo	Sensacion de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transicion de salud notificada	1	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año

Nota: traduccion adaptada y modificada de The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36).<sup>18</sup>