

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ANTIREFLUJO

Servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del Hospital General
de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Zona 9
marzo-mayo de 2002.

SHIRLEY MELISSA CORDERO LEON

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, septiembre de 2002

INDICE DEL CONTENIDO

I.	Introducción	1
II.	Definición y Análisis del Problema	3
III.	Justificación	5
IV.	Objetivos	6
V.	Revisión Bibliográfica	7
VI.	Material y Métodos	25
VII.	Presentación de Resultados	29
VIII.	Análisis y Discusión de Resultados	45
IX.	Conclusiones	48
X	Recomendaciones	49
XI.	Resumen	50
XII.	Referencias Bibliográficas	51
XIII.	Anexos	55

I. INTRODUCCION

La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE), se caracteriza por la incompetencia del Esfínter Esofágico Inferior, el cual condiciona el reflujo de contenido de ácido gástrico hacia el esófago. (17). Alrededor de un 2% de los pacientes presentan esofagitis, debido a que la repetición de episodios de reflujo lesionan el epitelio esofágico. (15). El síntoma principal de la ERGE es la Pirosis y se estima que hasta el 20% de la población cursa con este síntoma. Aproximadamente un 10% de los pacientes que presentan ERGE tienen antecedentes de abuso de alcohol ó toman fármacos gastroerosivos (AINES).

Los pacientes que presenten una historia típica de ERGE deben ser manejados inicialmente con cambios higiénicos dietéticos, el tratamiento médico está dirigido a reducir la acidez mediante bloqueadores de los H_2 , e inhibidores de la bomba de protones, así como el uso de drogas que favorezcan la motilidad esofágica y gástrica como el uso de procinéticos. (8,15,30). Aunque el tratamiento médico es muy efectivo en controlar los síntomas y signos de la ERGE, aproximadamente el 80% de los pacientes tendrán recurrencia de los síntomas en los primeros 3 meses si la terapia es descontinuada. (15) Los tratamientos quirúrgicos usualmente son efectivos en controlar la ERGE severa. La funduplicatura de Nissen Videolaparoscópica fue más efectiva que el tratamiento médico y está indicada en aquellos pacientes que no respondieron a la terapia médica. (15,21).

Es por ello que la Calidad de Vida en pacientes con ERGE dependen de la gravedad de la enfermedad, el desempeño diario, el bienestar y la satisfacción vital, estos son los mejores predictores del uso de servicios de salud ambulatorios, los síntomas específicos alteran la calidad de vida y casi la mitad de los enfermos requieren tratamientos intermitentes o continuos. (4,39).

Existen diversos instrumentos para la medición y la evaluación de la ERGE, basándose en los síntomas específicos y síntomas acompañantes, deben realizarse mediante la valoración tanto objetiva como subjetiva del cambio producido por los mismos. (23). Con esta finalidad el médico Ernst Eyspach y colaboradores desarrollaron el Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal para valoración de enfermedades gastrointestinales crónicas, de complementación sencilla y breve, el cuestionario se divide en 3 estados (Físico, Psicoafectivo y Social), recoge información del impacto de la enfermedad con respecto a la vida cotidiana, emociones, sentimientos, tratamiento y desarrollo social.

El presente estudio es de tipo transversal-descriptivo en 50 pacientes, los cuales fueron sometidos a Cirugía antireflujo, se les aplicó el Test de Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal (ICVG) durante el período de Marzo a Mayo de 2002, la

metodología básica consistió revisar los archivos post-operatorios de los pacientes; dividirlos en ambos géneros y evaluación del test según tablas de valoraciones, medias y desviaciones estándar.

Entre los datos más sobresalientes , se encontró que la mayoría de los pacientes presentan buena calidad de Vida siendo el género femenino el que presentó un mayor porcentaje de 73.07% en comparación al género masculino con 70.83%. El género femenino fue el más afectado por la ERGE siendo el rango de edad más afectado entre los 51-60 años. Se consideró que el ICVG es un buen instrumento para valorar la calidad de vida , de fácil comprensibilidad y evaluación.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA:

La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) es un problema que se produce cuando el contenido ácido gástrico refluye al esófago. Esta es una condición clínica de alta prevalencia con amplio espectro sintomático. Estudios de la evolución de la ERGE demuestran que un 80% de los pacientes presentan una evolución favorable y son pasibles al tratamiento médico. (9). Los síntomas de la ERGE afectan mensualmente al 40% de la población adulta y el 24% de pacientes que consultan al médico y lo hacen con el temor de padecer un cáncer. Los síntomas específicos alteran marcadamente la calidad de vida y casi la mitad de los enfermos requieren tratamientos intermitentes o continuos. (5).

El tratamiento de la ERGE se basa actualmente en el empleo de drogas inhibitoras de la secreción ácida, especialmente los modernos inhibidores de la bomba de protones, la alta efectividad sintomática de estas drogas sumado a la morbilidad de la clásica cirugía antireflujo, relegó durante más de una década el tratamiento quirúrgico al manejo de las complicaciones de la enfermedad. (8-9). Se calcula que alrededor de un 20% de los pacientes tendrá mala respuesta al tratamiento médico y desarrollarán complicaciones (úlceras, estenosis, metaplasia columnar, hernia hiatal). El resurgimiento de la Laparoscopia en la última década permitió reproducir excelentes resultados de la Funduplicatura de Nissen, con una mínima mortalidad, rápida recuperación y reinserción laboral. (9).

La búsqueda de una terapéutica definitiva y de la mejor calidad de vida y de un mejor costo-beneficio apoyan al tratamiento quirúrgico antireflujo con abordaje laparoscópico, especialmente cuando se trata de pacientes jóvenes. (3-9).

Las enfermedades Gastrointestinales crónicas, (ERGE), presentan una tasa de mortalidad similar a la de la población en general. Las tasas de hospitalización y cirugía de estos trastornos dependen de la gravedad de la enfermedad y el desempeño diario, el bienestar y la satisfacción vital son los mejores predictores del uso de servicios de salud ambulatorios. (4).

Calidad de Vida es un concepto que refleja las actitudes, conductas físicas y emocionales de un individuo que se vincula a su estado de salud previo y actual. (4-5).

El interés de la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables, sin embargo la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evolución sistemática y científica es reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60s hasta convertirse hoy en un concepto muy utilizado en ámbitos muy diversos como lo son la salud, salud mental, educación, economía, política y el mundo de los servicios en general. (6-14).

En un primer momento , la expresión “Calidad de Vida” aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzo de los 60 el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos. (14).

La aplicación de mediciones de calidad de vida es importante para identificar los problemas de individuos o poblaciones y también para evaluar la calidad del servicio de salud proporcionado para mejorar los conocimientos sobre una determinada enfermedad y como medición de la eficacia terapéutica y del pronóstico. (4)

Existen instrumentos para obtener información detallada acerca de la calidad de vida, existe una amplia base de datos acerca de la recolección de datos en base a la misma, estos pueden realizarse a través de entrevistas o cuestionarios. Existen aproximadamente más de 800 instrumentos para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud; de los cuales únicamente sólo una fracción de los mismos son utilizados en cirugía y en las enfermedades gastrointestinales. (6). Existen 3 tipos de instrumentos para la medición de calidad de vida: Globales, Genéricos y Específicos para la enfermedad. (6-5-37).

Los instrumentos Globales incluyen la escala visual analógica, la escala graduada y de utilidad. Sus ventajas residen en su simplicidad, la facilidad para efectuarlas y su importancia para un análisis económico, aunque pueden no detectar pequeñas pero importantes diferencias. (5). Los instrumentos de tipo Genérico, abarcan el perfil de impacto de la enfermedad, las pruebas de bienestar general psicológico y sus ventajas residen en que permiten efectuar comparaciones entre enfermedades y detectar efectos no previstos. No obstante resultan instrumentos complejos para llevar a la práctica y pueden obviar cambios clínicos importantes. (5-6-42). Finalmente los instrumentos específicos de la enfermedad reflejan los problemas más importantes en poblaciones determinadas y pueden ser más sensibles a cambios con el tiempo ó el tratamiento, pero también son complejos y pueden ocultar efectos no previsibles. (5-6).

El presente estudio es de tipo transversal descriptivo, en el cual se evaluó la calidad de vida en pacientes que fueron sometidos a cirugía antireflujo en los servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica en el Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Zona 9 durante el período de marzo a mayo de 2002. El cual tiene como propósito establecer el estado de salud físico actual, así como el bienestar emocional y social de los pacientes.

III. JUSTIFICACIÓN:

Los pacientes que presentan manifestaciones esofágicas se dice que un 2-5% consultan tempranamente para realización de una evaluación endoscópica con el fin de aliviar los síntomas que les afectan y obtener un diagnóstico certero y definitivo acerca de su problema con el fin de resolverlo. (19).

La enfermedad por Reflujo Gastroesofágico es una condición clínica de alta prevalencia que afecta el tracto digestivo. Alrededor de un 10% de los pacientes presentan simples episodios de pirosis postprandiales hasta formas más severas con síntomas respiratorios y complicaciones como: la esofagitis ulcerativa, estenosis esofágica, esófago de Barrett y hernia hiatal además cabe mencionar las manifestaciones extraesofágicas como el dolor retroesternal o precordial de origen no cardíaco, asma bronquial, irritación permanente de la faringe, goteo retrofaríngeo, etc. (9-18-25) todos estos son signos y síntomas de una enfermedad crónica en los pacientes, los cuales tuvieron que someterse a la realización de pruebas mínimamente invasivas como lo son la manometría y la Phmetría esofágica las cuales determinan el pronóstico y tratamiento de dichos pacientes y cabe mencionar que la cirugía es la última opción a estos pacientes.(11-38).

Por ello es necesario que el profesional relacionado con la salud realice estudios que permitan conocer no solo el estado físico o de salud de un paciente sino su bienestar social y psicológico ante determinada enfermedad con la finalidad de mejorar el pronóstico de los mismos y evaluar la eficacia de los tratamientos a los que son sometidos con el fin de orientar a otros profesionales y a los pacientes ante una patología específica, además no existen estudios a nivel nacional que analicen o expliquen la calidad de vida en pacientes con enfermedades Gastrointestinales crónicas contribuyendo así a la apertura de más estudios con respecto a las patologías gastrointestinales.

IV. OBJETIVOS:

i. GENERAL:

1. Evaluar la Calidad de Vida en pacientes sometidos a cirugía antireflujo.

ii. ESPECIFICOS:

1. Determinar el estado de salud físico de los pacientes con cirugía antireflujo.
2. Establecer el estado general Psicológico de los pacientes sometidos a cirugía antireflujo.
3. Establecer el Estado Social de los pacientes sometidos a cirugía antireflujo.

V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

A. ANATOMIA Y FISIOLÓGIA ESOFÁGICA:

La función del esófago depende de la actividad de sus capas musculares y circular y longitudinal. Estas dos capas musculares muestran estructura estriada en el esófago proximal y lisa en los dos tercios distales. La zona estriada del esófago recibe innervación directa de los núcleos del nervio vago mediante fibras que terminan en las unidades motoras de las células motoras de las células musculares. El músculo liso del cuerpo del esófago es innervado por cuerpos simpáticos y parasimpáticos que ramifican los plexos intramural, mientéricos y submucoso. La activación de la parte muscular estriada se produce por nervios colinérgicos excitadores que son de origen central. Los nervios colinérgicos actúan a través de los receptores muscarínicos y son los únicos nervios motores de la capa longitudinal. En la circular existe una excitación nerviosa única, pero el músculo muestra respuestas diferentes frente al estímulo. (43).

1. RESPUESTAS TENSIONALES:

En el esófago se pueden observar tres tipos de ondas de presión. La peristalsis primaria es una onda propulsiva bien organizada que es desencadenada por la deglución voluntaria. La peristalsis secundaria se manifiesta con ondas peristálticas no controladas por la deglución que aparecen por lo general, luego de la dilatación esofágica, sea por un bolo retenido o por distensión activa del esófago. Las contracciones terciarias no son propulsivas y se observan luego de degluciones voluntarias o en forma espontánea entre degluciones. (43, 1).

2. ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR:

Se sabe que la unión esófago-gástrica se encuentra cerrada en estado de reposo y que se relaja durante la deglución, regurgitación y vómito. En la década de los 50 se pudo identificar un esfínter fisiológico que mantiene un tono basal por encima de la presión gástrica, que se relaja durante la deglución y que vuelve a contraerse una vez que ha pasado la onda peristáltica a través del mismo. (15). Los avances en el registro de las presiones esofágicas han aportado mayor exactitud y mejor comprensión del comportamiento del esfínter esofágico inferior. Los mecanismos de control responsables del mantenimiento del tono basal no son todavía bien conocidos (1). En el esfínter esofágico inferior (EEI) las presiones más altas registran en la zona posteroizquierda del mismo, durante la deglución que el esfínter se relaja para permitir el paso de contenidos el cual es propulsado hacia el estómago por medio de las ondas peristálticas. (1,26). Esta relajación se observa en más del 98% de las degluciones, permaneciendo abierto el Esfínter Esofágico Inferior de 6-9 segundos y esto es un reflujo fisiológico normal. La presión normal de reposo del EEI varía entre 13 y 26 mmHg cuando se sobrepasa esta presión existe lo que se llama entonces un reflujo patológico. (43).

B. ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO (ERGE):

La enfermedad por Reflujo Gastroesofágico se caracteriza por la incompetencia del esfínter esofágico inferior, la cual condiciona el reflujo de contenido gástrico hacia el esófago. (17). Alrededor del 10% de los norteamericanos padecen síntomas diarios de pirosis y alrededor del 2% de estos pacientes presentan esofagitis. La repetición de estos episodios de reflujo lesionan el epitelio esofágico causando la esofagitis. (15). La pirosis como síntoma central de la ERGE se produce cada vez que el contenido gástrico entra en contacto con esta porción esofágica inflamada. En muchas ocasiones el clínico puede confundir los síntomas de ERGE con aquellos de dispepsia, estableciendo erróneamente el diagnóstico. En este sentido, existe también el inconveniente de que la pirosis es un síntoma común entre la población general (en los estados Unidos, se estima que hasta el 20% de la población [50 millones] cursa con síntomas diarios de pirosis), por lo que el clínico de hoy suele recurrir a exámenes como la endoscopia para establecer con seguridad la presencia de daño esofágico (17).

Una hernia hiatal puede o no coexistir con el reflujo gastroesofágico, muchos pacientes con hernia hiatal no presentan ninguna evidencia de reflujo. (43) En muchos casos la causa principal del reflujo es un esfínter esofágico inferior defectuoso, esto puede estar exacerbado con una alteración del vaciamiento gástrico. Estos síntomas de pirosis pueden habitualmente ser controlados mediante medicamentos dirigidos a alcalinizar o suprimir la secreción de ácido gástrico. (15, 19). El grupo de pacientes con esofagitis por reflujo documentada que son dependientes del tratamiento médico, o que no pueden ser controlados con el mismo, presentan generalmente regurgitación y aspiración del contenido gástrico en la vía aérea y pueden ser tratados satisfactoriamente mediante procedimiento quirúrgico dirigido a recrear un esfínter esofágico inferior funcional.

La mayoría de los pacientes con síntomas de dispepsia o ERGE moderada prefieren no acudir a una consulta formal, pues consideran que sus “problemas de indigestión” son relativamente normales. Esto sucede no sólo en países como México, donde se puede argumentar que no existen las políticas y programas de educación para la salud idóneos, como en los Estados Unidos y varias naciones Europeas, donde se estima que menos del 50% de los pacientes con sintomatología crónica de Reflujo asiste a una consulta médica por ese motivo. (17,19,15).

En los últimos años se han venido identificando pacientes con ERGE que cursan con sintomatología extraesofágica, observándose que muchos de estos carecen de síntomas como pirosis o regurgitación. Por otro lado la ERGE ha venido asociándose cada vez más con sintomatología pulmonar, laringitis, estenosis subglótica y cáncer laríngeo, así como con otros síntomas

extraesofágicos tales como dolor precordial no cardíaco, erosión de la dentadura, sinusitis, faringitis y apnea nocturna. (18,29).

1. SÍNTOMAS Y DIAGNOSTICO:

El Reflujo Gastroesofágico provoca una típica sensación de ardor retroesternal que habitualmente es aliviada con antiácidos. Algunos pacientes experimentan síntomas de dolor precordial que son confundidos con dolor de origen cardíaco. El reflujo ácido puede ser aspirado al árbol traqueobronquial y provocar tos y sibilancias, en algunos pacientes se puede producir también disfagia. (9,15). Algunos pacientes pueden presentar síntomas de dispepsia funcional esta es una sintomatología que cursa de forma continua o intermitente con dolor o malestar en el epigastrio, distensión en abdomen superior, saciedad precoz y náusea, de tres o más meses de duración. Se estima que su prevalencia es alrededor del 25-30% en la población adulta y aunque solo uno de cada cuatro individuos demandan asistencia médica, esta patología presenta entre el 2-3% de todas las consultas del médico de atención primaria y entre el 10 y 20% de consultas al gastroenterólogo. (23,2)

Aproximadamente un 10% de los pacientes con síntomas dispépticos tienen antecedentes de abuso de Alcohol o toman fármacos gastroerosivos (AINES), potencialmente responsables de los síntomas. En un 40% de los pacientes dispépticos las exploraciones complementarias, fundamentalmente endoscopia alta encuentran causa etiológica orgánica de Reflujo Gastroesofágico. (23).

En los servicios de Gastroenterología de Washington D.C y en Cleveland, Ohio se examinó la influencia de tres posturas que aumentaban los eventos y la frecuencia del Reflujo gastroesofágico estas son: posición vertical y reclinación izquierda y derecha. Este estudio se realizó utilizando simultáneamente la manometría y la pH metría esofágica, la muestra fue de 40 pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico y pH metría anormal de 24 horas, se encontró que las diferentes influencias de postura se relacionan con el aumento de padecer Reflujo; el mayor porcentaje (89%) la posición de reclinación derecha seguida de la izquierda con un (69%) en la cual se encontró una presencia aumentada de gas que de Reflujo gástrico. Otros estudios demuestran que el ácido es mayor y produce síntomas de reflujo en la posición supina o vertical que en la posición prona. (26,33).

El diagnóstico de esofagitis por reflujo se puede obtener mediante la realización de una buena historia clínica. Para confirmar el diagnóstico y determinar la extensión de la lesión al epitelio esofágico son necesarios varios estudios: El

estudio principal es la Endoscopia digestiva alta. La demostración endoscópica de erosión de la mucosa o ulceración es evidencia suficiente de daño por reflujo. La endoscopia también es esencial para demostrar la presencia de un esófago de Barret, el cual es consecuencia del reflujo ácido y esta asociada a mayor riesgo de presentar adenocarcinoma de esófago. (15,43). La endoscopia alta se realiza con el paciente en posición supina mediante un videoendoscopio flexible y/o anestesia local o una sedación parcial, la evaluación se inicia observando la laringe se evalúa si hay o no presencia de eritema, edema, cuerdas vocales o presencia de nódulos, también la presencia de cambios fisiológicos como compresión anteroposterior, inclinación anormal y cambios estructurales como granulomas, estenosis, leucoplakia y carcinoma, más adelante se debe observar si hay presencia de hernia hiatal, lesiones en la mucosa esofágica, cambios en la estructura y si se nota esófago de Barret. (11).

La serie gastroduodenal se debe realizar si se sospecha una obstrucción. Antes de planear cirugía es importante realizar una manometría para estudiar el esfínter esofágico inferior y para evaluar la peristalsis del esófago. La ausencia de la peristalsis como se observa en la esclerodermia y en la acalasia pueden modificar el procedimiento quirúrgico de elección.(15). La manometría se realiza con un catéter número 8 canalizado el cual presenta cinco puertos radiales al mismo nivel y con una separación de un intervalo de 5 cm cada uno, el paciente puede encontrarse en posición supina y con anestesia local el paciente deglute el catéter. El catéter evalúa las diferentes presiones a lo largo del esófago así como las ondas peristálticas y la relajación de los esfínteres; el catéter puede ser ingerido en episodio de 5-10 degluciones y se dan conjuntamente con 5ml de agua para deglutir. (11).

La pH metría de 24 hrs documenta la presencia de reflujo, indicando una disminución en el pH del esófago a niveles ácidos (pH menor a 4.0). Este test es útil en pacientes con síntomas atípicos de reflujo, o en aquellos síntomas típicos, pero con una endoscopia normal. (15). Antes de realizar la pH metría esofágica de 5 a 7 días antes previo al examen se debe de suprimir todo tratamiento de supresión de ácido gástrico. El catéter consta con un sensor de 1.5 a 2.0 cm del esfínter esofágico inferior los cuales se encuentran espaciados por intervalos de 5 cms, se considera como el mejor método para monitorizar a los pacientes sin que interfiera con su vida cotidiana, esto se realiza en un período de 24 hrs, el paciente se lleva consigo una base de datos el cual está conformado con un programa de software en el cual se reportan eventos como número y duración de episodios de reflujo. (11,34). Este estudio se considera el estándar de oro y es el test diagnóstico en pacientes con ERGE, recientemente este estudio es realizado en síntomas atípicos de ERGE incluyendo asma, tos crónica, globo faríngeo, ronquera e irritación laríngea crónica, se ha demostrado que la microaspiración contribuye a estos síntomas, en un estudio realizado en Birmingham Alabama, acerca de la sensibilidad y especificidad de la pH metría de 24 hrs, se encontró que la medición del pH proximal tiene una excelente especificidad del 91% pero una sensibilidad del 55% para identificar una cantidad importante anormal del

reflujo, pero este estudio demuestra que cuando existe reflujo esofágico proximal hay microaspiración como causa de síntomas de reflujo. (38,40).

2. EFECTOS DE LA HERNIA HIATAL SOBRE LA BARRERA ANTIREFLUJO:

La mayor parte de los pacientes con ERGE intensa tienen una hernia hiatal deslizante, en la cual tanto la unión esofagogástrica como una porción del fondo gástrico hacen protusión a través del hiato en el diafragma crural hacia el interior del torax. Se ha encontrado que la susceptibilidad al reflujo gastroesofágico inducida por aumentos abruptos de la presión intrabdominal se correlaciona en gran medida con el tamaño de la hernia hiatal. Con frecuencia, la presión de reposos del esfínter esofágico inferior es baja en los pacientes que tienen hernias hiatales deslizantes grandes, y esta hipotensión del esfínter esofágico inferior predispone al reflujo gastroesofágico. La hernia hiatal también predispone al reflujo gastroesofágico. La hernia hiatal también predispone a reflujo a interrumpir los mecanismos extraesfinterianos antireflujo. Con una hernia hiatal grande, el esófago distal no está sujeto a la compresión externa de la presión abdominal que puede evitar el reflujo. Además los pilares diafragmáticos no pellizcan más el esófago distal durante la inspiración. En vez de esto, la aproximación de los pilares crea una bolsa de estómago dentro del tórax, que actúa como un reservorio de material para reflujo. (43).

Aunque es claro que la hernia hiatal contribuye a la ERGE en muchos pacientes, es difícil cuantificar la contribución precisa. Los clínicos reconocen que la hernia hiatal no siempre se relaciona con la ERGE y viceversa. Por último un estudio reciente demostró que la perfusión esofágica ácida, hace que el eje longitudinal del esófago se acorte, efecto que puede promover el desarrollo de una hernia hiatal deslizante. Esta observación hace surgir la posibilidad de que en algunos casos, la hernia hiatal podría ser un efecto más que una causa de la esofagitis por reflujo. (43).

Otros factores que contribuyen a la ERGE: las comidas condimentadas, bebidas alcohólicas, chocolates, mentas, comidas grasosas, frituras, café. Estudios demuestran que estos factores causan reflujo y dolor torácico de origen no cardíaco. Otros estudios demuestran que el fumar cigarrillos relajan el esfínter esofágico inferior produciendo reflujo, así como la obesidad y el embarazo. (1,29). El dolor torácico de origen no cardíaco es uno de los síntomas más comunes de la ERGE usualmente los pacientes presentan una sensación de quemadura a lo largo del pecho por detrás del esternón el cual se irradia hacia el cuello y la garganta este síntoma es más frecuente dos horas después de haber ingerido alimentos, el dolor puede ser confundido con un infarto cardíaco, esto muchas veces se puede corregir con hábitos alimenticios como ingerir alimentos 2-3 hrs antes de acostarse por las noches ó con el uso de medicamentos como los

inhibidores de la bomba de protones, bloqueadores de los H₂, ó procinéticos. (27,29).

C. ESÓFAGO DE BARRETT

En 1950 Norma Barrett describió la presencia de la mucosa gástrica en la porción distal del esófago y erróneamente identificó estas áreas como una porción tubular de mucosa gástrica desplazada cranealmente. En la actualidad sabemos que el esófago de Barret consiste en la existencia de áreas de metaplasia intestinal por encima de la unión esófago-gástrica, la importancia de esta enfermedad reside en su potencial para la transformación neoplásica. La definición actual de Barret en la que se exige la presencia de epitelio columnar especializado por encima de los 3 cm de la unión esófago-gástrica. (32).

En la actualidad sabemos que el esófago de Barrett consiste en la existencia de áreas de metaplasia intestinal por encima de la unión gastroesofágica. La importancia de esta enfermedad reside en su potencial para su transformación para la malignidad. La prevalencia de displasia en pacientes es de 8.5% con una incidencia anual de 5.7% siendo la principal causa la ERGE.

- a. Segmento corto de esófago de Barrett: Presencia de epitelio columnar con metaplasia intestinal circunferencial o en lengüetas mayor de 1 cm y menor de 3 cm. La clasificación consiste en Barret de bajo y alto grado. Existe mal pronóstico para lo que es Barret e alto grado de malignidad. La displasia se considera el primer paso en el proceso neoplásico. (19,31).
- b. Unión escamocolumnar: Es la demarcación de la mucosa superficial que existe entre los dos epitelios (esofágico y gástrico), presente en el esófago distal y visible en la endoscopia. (25).
- c. Unión Gastroesofágica: Morfológicamente, es el cambio en la forma del tracto digestivo que va de tubular a sacular, con presencia de pliegues gástricos. Manométricamente se localiza en el sitio del esfínter esofágico inferior. Anatómicamente, es la zona de reflexión peritoneal del estómago al diafragma. (19).

1. DIAGNOSTICO:

Generalmente el diagnóstico se realiza al momento de efectuar una endoscopia, con la toma de biopsias, el diagnóstico definitivo es por medio de la histología en la cual suele encontrarse metaplasia intestinal, específicamente células caliciformes. (25).

2. TRATAMIENTO:

El tratamiento médico consiste en métodos antireflujo. El tratamiento definitivo es quirúrgico, pero existen alternativas como lo son la mucocetomía y el laser que aún se encuentran en experimentación. (31).

D. MANIFESTACIONES ATÍPICAS O EXTRAESOFAGICAS DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO:

a. Manifestaciones broncopulmonares: Asma, bronquitis crónica, neumonitis por aspiración, apnea del sueño, atelectasia, colapso pulmonar, fibrosis intersticial y bronquiectasias. (19).

La prevalencia de ERGE en asmáticos varía del 34-89%. La exposición esofágica anormal al ácido y la incompetencia del esfínter esofágico inferior es más frecuente en asmáticos que en sujetos controles. Se ha establecido una correlación entre la gravedad del asma y la magnitud de Reflujo Gastroesofágico. Los mecanismos fisiopatológicos incluyen la broncoconstricción mediada por reflejo vagal inducido por la presencia del ácido en el esófago o la microaspiración pulmonar de contenido gástrico. La sospecha de asma asociada a ERGE se sugiere por el inicio del asma en la edad adulta, ausencia de historia familiar de asma, presencia de síntomas de reflujo antes del inicio del asma, broncoespasmo inducido o agravado por las comidas o el decúbito supino, tos ó broncoespasmo nocturno, pobre respuesta o empeoramiento del asma con el uso de beta-agonistas o teofilina o asma dependiente de esteroides. (18).

Solamente un tercio de los pacientes con asma relacionada con ERGE tienen esofagitis en el estudio endoscópico, por lo tanto, la prueba más útil para el diagnóstico de esta condición es la pHmetría esofágica de 24 hrs. (18).

b.Manifestaciones Otorrinolaringológicas: El dolor de garganta, disfonía y tos crónica son los síntomas más frecuentemente asociados con la ERGE. Con la pH metría esofágica de 24 hrs se ha detectado que en el 55 al 79% de los pacientes con esta sintomatología existe exposición esofágica anormal al ácido. La microaspiración del contenido gástrico es el mecanismo fisiopatológico más probable. Los datos clínicos sugieren que la ERGE asociada a sintomatología otorrinolaringológica son: presencia de pirosis o regurgitación, tos inducida por alimentos refluígenicos (grasa, chocolate, menta, alcohol), disfonía, principalmente por las mañanas, ganancia de peso antes del inicio de la tos. La prueba diagnóstica de elección es la pH metría esofágica de 24 hrs. (11,19).

E. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO:

Los pacientes con una historia típica de reflujo deben de ser manejados inicialmente con cambios higiénicos dietéticos. Deben evitar comidas o bebidas que pueden disminuir el tono del esfínter esofágico inferior. Estos incluyen: chocolate, menta, comidas grasosas, café y bebidas alcohólicas. Las comidas o bebidas pueden irritar ó inflamar la mucosa esofágica, como los cítricos, productos del tomate y la pimienta, estos deben ser evitados. La elevación de la cabeza mientras se duerme, el no recostarse después de las comidas y el no fumar son medidas que evitan el reflujo. (33,15).

El tratamiento médico está dirigido a reducir la acidez del material que refluye mediante bloqueadores de los H_2 , e inhibidores de la bomba de protones. El éxito del tratamiento está relacionado a la capacidad de provocar una alta inhibición del ácido. Entre los agentes inhibidores del ácido ó antagonistas de los H_2 se encuentran la cimetidina, ranitidina, famotidina. Entre los inhibidores de la bomba de protones (IBP), se encuentran el Lanzoprazol, Pantoprazol, Omeprazol ó Rabeprazol, han venido conquistando el lugar de agentes de primera elección dentro del manejo médico de la ERGE. Las ventajas que ofrecen los IBP sobre los antagonistas H_2 consisten en la capacidad de establecer una inhibición más rápida y profunda de la secreción de ácido clorhídrico, en la medida que no solo actúan sobre la liberación de la histamina, como es el caso de los segundos, sino que inhiben de una manera categórica la secreción de iones de hidrógeno al bloquear el mecanismo enzimático por la Hidrógeno-Potasio ATPasa. (8,30).

Estudios realizados en el Centro Universitario de Baudios en Lausana, Suiza, demostraron que pacientes que recibieron el tratamiento de Rabeprazol a una dosis de 20 mg durante las primeras 24 hrs fue mejor que la del omeprazol con una dosis de 20 mg. Actualmente se da una administración de 20 mg de Rabeprazol

c/24 hrs, 30 mg de lansoprazol c/24 hrs, 40 mg de Pantoprazol c/24 hrs y 20 mg de Omeprazol c/24 hrs. (30).

En teoría las drogas que favorecen la motilidad esofágica (incluyendo cisapride, metoclopramida y domperidona) mejoran la evacuación esofágica, disminuyen el tono del EEI y mejoran el vaciamiento gástrico. En los últimos 3 años se ha venido hablando de los efectos secundarios que produce el cisapride a nivel cardíaco como provocador de arritmias cardíacas. Existe ya a la venta una nueva alternativa que no produce efectos secundarios es llamado Perivan con dosis de 2.5 mg y 5 mg como procinético. (28).

Aunque el tratamiento médico es muy efectivo en controlar los signos y síntomas de ERGE, aproximadamente el 80% de los pacientes tendrán

recurrencia de los síntomas en los primeros 3 meses si la terapia es descontinuada. (15)

Los tratamientos quirúrgicos usualmente son efectivos en controlar el reflujo gastroesofágico severo. La fundoplicatura fue más efectiva que el tratamiento médico y está indicada en aquellos pacientes que no respondieron a la terapia. (15,21)

La cirugía videolaparoscópica está indicada en individuos jóvenes. Existen estudios comparativos acerca de la seguridad y la eficacia de la cirugía videolaparoscópica en pacientes ancianos y demostraron que la cirugía es el tratamiento efectivo y seguro en este tipo de pacientes. Estas cirugías se realizan en pacientes > de 65 años. La única contraindicación significativa es que los pacientes presenten un alto riesgo operatorio. (36).

La búsqueda de una terapéutica definitiva, de la mejor calidad de vida y de la mejor ecuación costo-beneficio, apoyan el tratamiento quirúrgico con abordaje laparoscópico. Una estricta selección y evaluación de los pacientes y un adecuado entrenamiento en cirugía laparoscópica y en cirugía del hiato esofágico son los pilares para obtener mejores resultados. Existen varias técnicas de cirugía antirreflujo: Thall, Toupet, Nissen, Belsey, Hill. La cirugía más conocida es la Fundoplicatura de Nissen. En 1955 Nissen incorpora la fundoplicatura de 360° esta y otros tipos de valvulopatías fueron modificadas a lo largo de los años. (9) En la década de los 80 cuando comienza a conocerse mejor la fisiopatología de la ERGE con la operación de Nissen modificada con un 90% de curación de la enfermedad. La cirugía antirreflujo es el único tratamiento que puede en forma definitiva corregir:

- a. La falla mecánica del esfínter esofágico inferior (esfínter interno) mediante la conformación de una válvula.
- b. El defecto de la crura diafragmática (esfínter externo), actualmente revalorizado en el mecanismo antirreflujo.
- c. La existencia de una hernia hiatal si existiese. (3,9,16)

F. INDICACIONES QUIRÚRGICAS:

- a.** Pacientes con esofagitis persistente o recurrente, asociado con síntomas, a pesar de un tratamiento médico óptimo.
- b.** La aparición de complicaciones de la enfermedad (úlceras, estenosis y metaplasia columnar).
- c.** Calidad de vida reducida, dependencia de drogas o efectos colaterales de las mismas y disfagia (50%) de los pacientes.
- d.** Los pacientes con mejor respuesta a los inhibidores de la bomba de protones son los mejores candidatos para la cirugía. Las hernias paraesofágicas puras (tipo II) ó mixtas (tipo III), son adecuadas para el abordaje laparoscópico.
- e.** Recidivas quirúrgicas pueden también ser resueltas por vía laparoscópica. (9,41).

La técnica de la Funduplicatura de Nissen incluye la movilización y la funduplicatura del fundus gástrico alrededor del Esfínter Esofágico Inferior. A medida que la presión aumenta en el estómago, crea un aumento de presión en la funduplicatura que cierra el EEI, evitando el reflujo. El procedimiento es realizado luego de la colocación de una bujía en el esófago como medida para prevenir una funduplicatura muy ajustada. La laparoscopia permite una visión clara de las estructuras anatómicas, menos dolor y rápida recuperación. Las complicaciones más frecuentes son sangrado o lesión de estructuras como el bazo, el esófago o el estómago (<5%), complicaciones respiratorias como atelectasias ó neumonías, otra complicación es la estenosis, dehiscencia. (43,10). En las cirugías de tipo Billroth I y Billroth II los pacientes presentan recidivas de ERGE (13,35).

G. CALIDAD DE VIDA

En 1947. La Organización Mundial de la Salud expandió la definición de Salud, la cual no solo únicamente incluía la enfermedad, sino comprendían aspectos psicológicos, mentales y bienestar social. Este modelo comprende lo que es Calidad de Vida, mediante la utilización de este concepto se puede obtener una pequeña evaluación de los pacientes, principalmente con enfermedades crónicas acerca del Estado Emocional (sentimientos) y como afecta la enfermedad su bienestar general. En la práctica médica resulta de mucho beneficio evaluar la calidad de vida ya que permite conocer la eficacia de los tratamientos y las distintas modalidades terapéuticas y en ocasiones costo-beneficio de distintas patologías. (42).

La Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de condiciones de vida de una persona (a), como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales (b), como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir calidad de vida definida como la calidad de condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta (c) y por último como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderada por escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (d). (14).

Los enfoques de evaluación del concepto son variados y podrían englobarse en dos tipos:

Enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la calidad de vida y para ello se han estudiado diferentes indicadores: Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.) ; psicológicos (miden reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales) y Ecológicos (miden al ajuste entre los recursos del sujeto y demandas del ambiente) y, Enfoques cualitativos que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente. (12,14).

En líneas generales la investigación sobre la calidad de vida es importante ya que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos que establece la planificación centrada en la persona y la adopción de modelos de apoyo y de técnicas de mejora de la calidad. En este sentido la calidad de vida puede ser utilizado para una serie de propósitos incluyendo, la evaluación de necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de sus programas y servicios humanos. (4,12).

En los últimos 10 años las investigaciones sobre Calidad de Vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos. Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida relacionada con la Salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el

concepto, como un modelo de referencia a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. En el terreno de la educación la investigación aún es escasa y existen muy pocos instrumentos para evaluar la percepción de niños y jóvenes sobre los efectos de la educación en su calidad de vida. Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con la Calidad de Vida en función de la etapa evolutiva, es decir que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. Ello ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo evolutivo: la infancia, adolescencia y vejez. En la infancia y la adolescencia los estudios consideran, en función de la edad, cómo repercuten situaciones especiales (la enfermedad crónica, asma , diabetes, por ejemplo) en la satisfacción percibida con la vida. En la tercera edad los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la calidad de vida, las actividades de ocio, tiempo libre, estado de salud físico y los servicios que reciben las personas mayores. (14,7).

H. CALIDAD DE VIDA EN PATOLOGÍA GASTROENTEROLOGICA CRÓNICA:

La calidad de vida en pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) dependen de la gravedad de la enfermedad, el desempeño diario, el bienestar y la satisfacción vital, estos son los mejores predictores del uso de servicios de salud ambulatorios. Los síntomas específicos alteran marcadamente la calidad de vida y casi la mitad de los enfermos requieren tratamientos intermitentes o continuos. (4,39)

Los síntomas de ERGE ocurren mensualmente en un 40% y diariamente en un 7% de la población en general. El 24% consultan al médico pensando que padecen una seria condición como el cáncer. Los síntomas específicos como dolor torácico, regurgitación, pirosis, estos síntomas han sido de gran importancia para realizar evaluaciones de Calidad de Vida en pacientes con ERGE. Estudios han demostrado que al realizar investigaciones comparativas entre medicamentos y utilizando Calidad de vida han obtenido óptimos resultados en las terapias de pacientes que padecen reflujo severo demostrando así porque es mejor utilizar inhibidores de bomba que antagonistas de los H_2 como tratamiento médico, estos estudios se realizan mediante la aplicación de instrumentos específicos. (24,39)

Muchas enfermedades crónicas han sido asociadas con un aumento en la mortalidad. La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que ha sido desarrollado de las necesidades de estimar el impacto acerca de las enfermedades crónicas. Las mediciones han sido estructuradas para predecir la función diaria, el bienestar social basado en actitudes subjetivas y en experiencias psicológicas, sociales y emocionales, han sido evaluadas predominantemente con las enfermedades crónicas. (5)

La construcción de la Calidad de Vida depende de cierto número de dominios los cuales están íntimamente relacionados , son 3 dominios: Físico, Social y Psicológico. El dominio físico comprende las actividades que realizan los pacientes, como cargar , realizar tareas que se requiere energía. El aspecto social de la calidad de vida comprende la capacidad que tiene el paciente de relacionarse e integrarse con los miembros de su familia, vecinos, el lugar donde trabaja. Finalmente el aspecto psicológico incorpora los aspectos emocionales y mentales y el bienestar, también incluye la depresión, ansiedad, miedo, enojo, alegría y tranquilidad. (5,6).

Los instrumentos que se utilizan para evaluar enfermedades gastrointestinales crónicas evalúan problemas específicos como:

Tiempo libre y Recreación:

- Viajes
- Comida/bebida
- Visitas a casas de amigos
- Vacaciones
- Pasatiempos y deportes

Relaciones interpersonales

- Intimidad y función sexual
- Imagen propia
- Relaciones con su familia e hijos o hermanos
- Relaciones con amigos

Dolor y malestar

- Dolor de pecho
- Dolor abdominal
- Retortijones o calambres abdominales
- Malestar estomacal
- Dolor rectal
- Dolor de espalda
- Dolor de cabeza

Bienestar General

- Energía
- Fatiga
- Sueño
- Control de sí mismo

(5,7,37)

Movilidad y cuidado de sí mismo

- Caminatas
- Salir a trotar o correr
- Escalar
- Comer
- Resistencia física

Emociones

- Cólera
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Felicidad
- Vergüenza
- Preocupación o miedo
- Abilidad para relajarse
- Frustración
- Depresión/tristeza
- Satisfacción

Trabajo y Educación

- Satisfacción
- Asistencia
- Concentración

Tratamiento

- Eficacia
- Efectos adversos

I. CLASIFICACION DE LOS INSTRUMENTOS EN CALIDAD DE VIDA

Existen más de 800 instrumentos que evalúan la medición de la calidad de vida y solamente una fracción de estos instrumentos son utilizados en estudios post quirúrgicos y en patología Gastrointestinal existen dos tipos de instrumentos: Genéricos y Específicos.
(6,12)

1. INSTRUMENTOS GENERICOS:

Estos instrumentos están basados en conceptos globales de calidad de vida. Este tipo de cuestionarios están designados a evaluar muchas dimensiones en el campo de la salud, muchas ventajas de los instrumentos genéricos es que admiten comparación entre enfermedades y detectar efectos no previstos. Existen básicamente dos tipos de cuestionarios genéricos: Perfiles de Salud y los índices de Salud. (4,5).

2. PERFILES DE SALUD:

Estos contienen un número de ítems los cuales están relacionados con aspectos de estatus de salud , las preguntas usualmente se obtienen mediante rangos; y cada rango se encuentra separado por un puntaje. En este rango encontramos la forma Sf- 36, el cual consiste en 36 preguntas, evalúa y mide 8 dimensiones de la salud en escalas. Evalúa la función física, social, emociones, salud mental, energía y vitalidad, dolor y percepción general de la salud, ha sido traducido a 40 idiomas y es utilizado en diversos estudios y existe la versión corta que es el Sf -12. (5,6).

J. INDICES DE SALUD:

a. ESPECIFICOS

Reflejan los problemas más importantes en poblaciones determinadas y pueden ser más sensibles a cambios con el tiempo o el tratamiento, pero también son complejos y pueden ocultar efectos no previsibles. (4) Algunas veces se utiliza de preferencia para evaluar también costo-beneficio de alguna patología específica. Existen varios índices entre ellos se encuentran: Rosser Index, Crohn's Disease activity index, Inflammatory Bowel Disease Questionnaire, Quality of life in Duodenal Ulcer patients, Gastrointestinal Quality of life Index y Quality of life Questionnaire in patients with Gastroesophageal Reflux Disease estos se encuentran escritos tal como aparecen en la literatura. (12,37).

Los pasos necesarios para desarrollar un instrumento genérico o específico de enfermedad incluyen la generación de los ítems, su selección y depuración ,

realización de prepruebas, las evaluaciones psicométricas y la adaptación en las distintas culturas. (4)

La aplicación de instrumentos de medición de calidad de vida en patología gastrointestinal se ha extendido de manera significativa. De este modo los pacientes pueden participar activamente en la selección de su tratamiento y ello mejora la aceptación de las terapias. Esto requiere combinar instrumentos genéricos con específicos de patología. El desarrollo de este tipo de procedimientos es necesario, además desde el punto de vista de investigación clínica, porque permite seleccionar el tipo y modalidad de terapia más eficaz además de acceder a una mayor comprensión acerca de la naturaleza y de los alcances de las patologías gastrointestinales crónicas. (4,22)

K. INSTRUMENTO INDICE DE CALIDAD DE VIDA GASTROINTESTINAL:

Se recurrió a una búsqueda en Medline desde 1966 hasta 1999. El índice de calidad de vida gastrointestinal fue desarrollado por Eyspach y colaboradores y es un cuestionario que contiene 36 ítems puntuados en escala de 5 puntos de Likert, que considera a los puntajes más elevados como indicadores de mejor calidad de vida (rango de 0-144). Su validez fue comprobada por una correlación razonable con el índice de calidad de vida de Spitzer y la escala de balance de afecto de Bradburn en 204 pacientes alemanes con distintas enfermedades gastrointestinales. Los pacientes con afecciones más graves tuvieron un puntaje de calidad de vida de 45, mientras que individuos sanos mostraron puntajes de 125.8. La confiabilidad en pruebas repetidas fue excelente y el concepto de cuestionario modular parece prometedor si demuestra ser psicométricamente en otras afecciones gastrointestinales, así como en la calidad de vida en pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico. (4,5,12).

Un grupo de 4 cirujanos y 3 metodistas utilizaron varios métodos para la medición y validación de un nuevo instrumento, El Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal, la idea original se obtuvo por un determinado número de preguntas aplicables a cualquier paciente con enfermedades gastrointestinales. El índice de calidad de vida gastrointestinal fue desarrollado en tres fases consecutivas. (12)

- a. Fase I:** Selección de las preguntas, evaluación y reducción de las mismas
- i.** Construcción de las preguntas para el grupo de estudio
- ii.** Aplicación del cuestionario a los pacientes y profesionales de la salud

- iii. Análisis de los resultados de acuerdo a la prevalencia de las respuestas y el impacto en la calidad de vida
- iv. Modificación y acortamiento del cuestionario.

- b. Fase II: Continuidad de la verificación y desarrollo del test preliminar
 - i. Aplicación del cuestionario modificado a pacientes
 - ii. Análisis de los resultados de acuerdo a la prevalencia de las respuestas y correlaciones de las mismas
 - iii. Promover modificaciones del cuestionario para la aplicación al grupo de estudio
 - iv. Definición, adaptación y calificación
 - v. Validación con el índice de calidad de vida de Spitzer, escala de afecto de Bradburn y nivel de actividad funcional
 - vi. Evaluación del cuestionario por 42 expertos gastroenterólogos.
- c. Fase III: Evaluación de la medición de las propiedades del Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal
 - i. Repetir la aplicación del cuestionario en pacientes internados en clínicas y centros de rehabilitación
 - ii. Utilizarlo con individuos normales para evaluar la validez
 - iii. Evaluación de los pacientes con síntomas de cálculos biliares antes y después de la videocolecistectomía para evaluar sensibilidad del test.

(5,12)

En la fase I se utilizó un cuestionario con 76 preguntas el cual fue aplicado a 70 pacientes y 53 parientes cercanos, el cuestionario preguntaba acerca de los síntomas físicos, emocionales y disfunción social relacionada con enfermedades gastrointestinales y acerca de sus tratamientos. Si los síntomas de disfunción estaban presentes, los pacientes indicaban esta importancia y la influencia en su calidad de vida y se evaluaba en una escala de 4 puntos. En esta fase de desarrollo los problemas que experimentaron, solamente una minoría del 25% tuvieron un impacto moderado en su calidad de vida. (12)

En la fase II del estudio surgen 32 ítems que presentaron un impacto moderado en la vida de los pacientes. Luego 20 ítems fueron agregados enfocándose en procesos sociales y bienestar general. Cada uno de los 44 ítems fue evaluado en una escala de 5 puntos denotando así la carga de la prueba en síntomas particulares de disfunción. El total de puntos se colocaron en rangos de 0-176 y las notas más altas representaban una mejor calidad de vida. Se incluyeron preguntas adicionales como información funcional, clínica y demográfica. Durante los meses de Octubre de 1989 y Marzo de 1990 un número de 204 pacientes con procesos malignos del esófago, estómago, vesícula biliar, páncreas, intestino

delgado, colon y recto completaron el cuestionario. Algunos pacientes presentaron patologías que limitan la calidad de vida como apendicitis y hemorroides y los pacientes que fueron excluidos eran los que presentaban hernias abdominales. (12)

Esta fase del estudio también fueron incorporados los estudios de validación. El test de validación se encuentra en la versión alemana del índice de calidad de vida de Spitzer y la escala de afecto de Bradburn la cual fue agregada al cuestionario. El paso final de la fase II es la verificación del contenido del cuestionario con usuarios potenciales, después de la evaluación y revisada la versión del índice de calidad de vida, contiene 24 preguntas que evalúan 8 órganos específicos y estas preguntas fueron analizadas por 42 cirujanos, médicos especialistas y profesionales de otros países como Canadá, Inglaterra, Alemania y Estados Unidos, evidenciando así la importancia y claridad de cada pregunta, adaptación y abordaje de cada pregunta para evaluar la calidad de vida en pacientes con patologías gastrointestinales. (5,12).

En la fase III el índice de calidad de vida es aplicado consecutivamente en pacientes sintomáticos con enfermedades gastrointestinales incluyendo cálculos biliares, inicialmente este cuestionario se aplicó a pacientes con cálculos biliares antes de la cirugía y luego en un período de 2-6 semanas después de la cirugía laparoscópica. Dos semanas después de la cirugía los pacientes aun presentaban algunos síntomas secundarios al procedimiento quirúrgico y seis semanas después de la cirugía los pacientes realizaban sus actividades normalmente, por lo que el test debería aplicarse de 2 a 6 semanas después de la cirugía videolaparoscópica. (5,12)

1. SELECCIÓN DEL ITEM Y CONTENIDO DE VERIFICACIÓN:

En la fase II del estudio 70% de los pacientes con enfermedades gastrointestinales indicaron síntomas de disfunción los cuales eran altamente correlacionados con los ítems (>0.60), en esta fase tuvieron alta prevalencia la depresión y tristeza (83-88%) y eran variables altamente correlativas (0.76), solamente la tristeza fue retenida en el cuestionario, este proceso se realizó al remover 21 preguntas del cuestionario, cualquiera de los ítems que se estimaron y calcularon debían de presentar impacto en la calidad de vida de los pacientes que presentaban enfermedad, se tomaron en cuenta síntomas y signos como: regurgitación, disfagia, aumento en la motilidad intestinal, diarrea, constipación, náusea y comer apresuradamente, estos síntomas y signos se agregaron a los ítems de enfermedad orgánica específica como contenido de verificación. Al final se presentó una prevalencia del 70% de los pacientes con enfermedad orgánica específica; para la versión en inglés se agregaron otros ítems como: dolor torácico, movimientos evacuatorios involuntarios, vida sexual y relaciones personales, estas

son utilizadas en pacientes que fueron intervenidos específicamente con cirugía videolaparoscópica. (12)

2. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD:

En estudios preliminares de validación que se realizaron en la fase II fueron realizados en 204 pacientes los cuales completaron 44 ítems (preguntas) del cuestionario. En esta etapa se dividió la muestra de acuerdo a los niveles de actividad diaria y comparado con la media de los datos del índice de calidad de vida gastrointestinal; para el análisis de la varianza y desviaciones estándar para esto se tomó en cuenta pacientes de la comunidad, confinados a su casa y pacientes en cama. La Dirección y la Magnitud fueron estadísticamente significativas para el análisis de las desviaciones estándar y varianza ($P < 0.0184$). Estos dos test de validez proporcionaron la evidencia preliminar del test de índice de calidad de vida gastrointestinal para evaluar la calidad de vida en pacientes con enfermedades gastrointestinales. (5,12)

Posteriormente se evaluaron y reevaluaron 25 pacientes estables, se estimó un coeficiente de correlación (0.92) el cual denota un alto nivel de confiabilidad, el cual fue relacionado con el intervalo de confianza en un rango de 0.77-0.97. (12)

Este estudio nos indica que la calidad de vida puede llegar a ser una entidad medible y utilizada en investigación y en la práctica médica. Los ítems (preguntas) fueron escogidas para reflejar en los pacientes la percepción del impacto de la enfermedad y su tratamiento. Los profesionales expertos de 4 países contribuyeron a realizar modificaciones sugestivas del cuestionario. El índice de Calidad de Vida Gastrointestinal está moderadamente correlacionado y establecido mediante mediciones genéricas (ya establecidas) como el índice de calidad de vida de Spitzer y la escala de balance de afecto de Bradburn, además el instrumento se puede utilizar en tres grupos principales de pacientes clínicos: ambulatorios en la comunidad, los que permanecen en casa y pacientes en cama. La intención original fue crear un instrumento sistema-específico (gastrointestinal). Este instrumento no es una herramienta definitiva de diagnóstico, sino que es una medición de percepción subjetiva para el bienestar del paciente; es un método apropiado, validado y potencialmente utilizado en calidad de vida y salud. Este cuestionario es principalmente utilizado en los hospitales de Alemania en pacientes con tratamientos quirúrgicos. Inicialmente el instrumento fue utilizado en Alemania, luego en Estado Unidos y por último en Canadá. (12)

VI. MATERIAL Y METODOS:

A. METODOLOGÍA

1. SUJETOS DE ESTUDIO:

La investigación se realizó a los pacientes que se sometieron cirugía antireflujo ante la evidencia clínica de Ph metría y manometría de reflujo patológico realizadas en los años de enero de 2000 a mayo de 2002 en los servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica en el IGSS Zona 9.

2. POBLACIÓN O MUESTRA DEL ESTUDIO:

En los servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica se contó con 50 casos, post cirugía antireflujo. Se tomó la totalidad de la población de ambos sexos, de todas las edades. El estudio se realizó de marzo a mayo de 2002.

3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- i. Hombres y mujeres a los cuales se les realizó cirugía antireflujo.
- ii. Pacientes que presenten Ph metría y manometría esofágica de reflujo patológico.
- iii. Pacientes afiliados al Seguro Social.

4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- i. Pacientes no afiliados al Seguro Social.
- ii. Pacientes que presenten manometría y pH metría normal en pacientes con reflujo.
- iii. Pacientes que presenten reflujo sin cirugía antireflujo.

5. METODO DE RECOLECCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA:

Se utilizaron los archivos de registros postoperatorios de los pacientes que consultaron anteriormente a los servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica.

Se siguieron los siguientes pasos: Primero se revisaron los archivos de registros postoperatorios donde se encuentran los datos generales de los pacientes, procedimientos que se les realizaron, diagnóstico y tratamiento de los mismos. Luego ya seleccionados los pacientes se procederá a citarlos para proporcionarles el cuestionario de índice de calidad de vida gastrointestinal, luego se diferenciarán en edad, sexo y tipo de cirugía antireflujo.

6. TIPO DE ESTUDIO:
Transversal, descriptivo

7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Medias y Desviaciones Estándar según las siguientes puntuaciones:

Items 1-36 presentan un valor de 0-4 puntos

RESPUESTAS	PUNTEO
Siempre	0
La mayoría del tiempo	1
Algunas Veces	2
Esporádicamente	3
Nunca	4

Tabla de Punteo para cada estado:

ESTADO FISICO	Mala Calidad de Vida < 44 puntos	Buena Calidad de Vida > 44 puntos
ESTADO PSICOAFECTIVO	Mala Calidad de Vida < 20 puntos	Buena Calidad de Vida > 20 puntos
ESTADO SOCIAL	Mala Calidad de Vida < 8 puntos	Buena Calidad de Vida > 8 puntos
ESTADO GENERAL	Mala Calidad de Vida < 77 puntos	Buena Calidad de Vida > 77 puntos

8. VARIABLES:

VARIABLE	CONCEPTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO
Calidad de Vida	Son las actitudes y conductas físicas, emocionales y sociales de un individuo que se vinculan con el estado de salud previo y actual.	Número de pacientes que hayan sido sometidos a cirugía antireflujo	Cualitativa	Boleta de recolección de datos y Cuestionario de índice de Calidad de Vida Gastrointestinal
Estado de Salud Físico	Estado en que el ser humano ejerce normalmente todas sus funciones.	Número de pacientes que fueron sometidos a cirugía antireflujo	Cualitativa	Boleta de recolección de datos y Cuestionario de índice de calidad de Vida Gastrointestinal
Estado Social	Inclinación natural al trato con otras personas, (familia ó amigos).	Pacientes que fueron sometidos a cirugía antireflujo	Cualitativa	Boleta de recolección de datos y Cuestionario de Calidad de Vida Gastrointestinal
Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico	Síndrome provocado por el paso repetido, sin esfuerzo de contenido gástrico al esófago.	Número de casos que fueron sometidos a cirugía antireflujo	Cualitativa	Boleta de recolección de datos
Funduplicatura de Nissen	Técnica que incluye la movilización del fondus del estómago alrededor del esfínter esofágico inferior, creando aumento de presión en el cierre del esfínter, evitando así el reflujo	Número de casos que fueron sometidos a cirugía videolaparoscópica antireflujo	Cualitativa	Boleta de recolección de datos
Estado General Psicológico	Estado que se centra en la conducta y comportamiento humano, así como en sus aptitudes y emociones.	Pacientes que fueron sometidos a cirugía antireflujo	Cualitativa	Boleta de recolección de datos y Cuestionario de índice de calidad de Vida Gastrointestinal.

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO 1

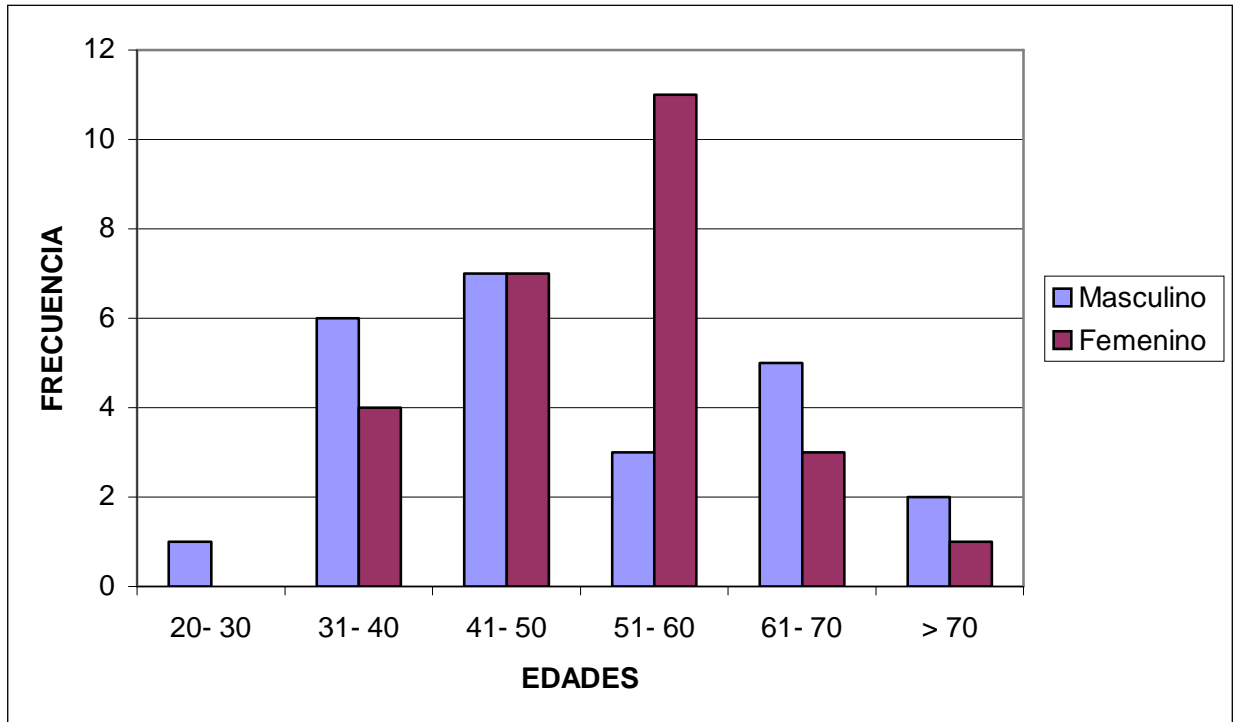
Distribución por rango de edades en 50 pacientes de ambos sexos a los cuales se les realizó cirugía antireflujo, Servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del H.G.E.C del I.G.S.S, período de marzo a mayo de 2002.

Edad	Masculino	Femenino	Total
20- 30	1	0	1
31- 40	6	4	10
41- 50	7	7	14
51- 60	3	11	14
61- 70	5	3	8
> 70	2	1	3
Total	24	26	50

Fuente: Boleta de Recolección de datos.

GRAFICA 1

Distribución por rango de edades en 50 pacientes de ambos sexos sometidos a cirugía antireflujo, Servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del H.G.E.C del I.G.S.S Z.9 , período de marzo a mayo de 2002.



Fuente: Cuadro No. 1

CUADRO 2

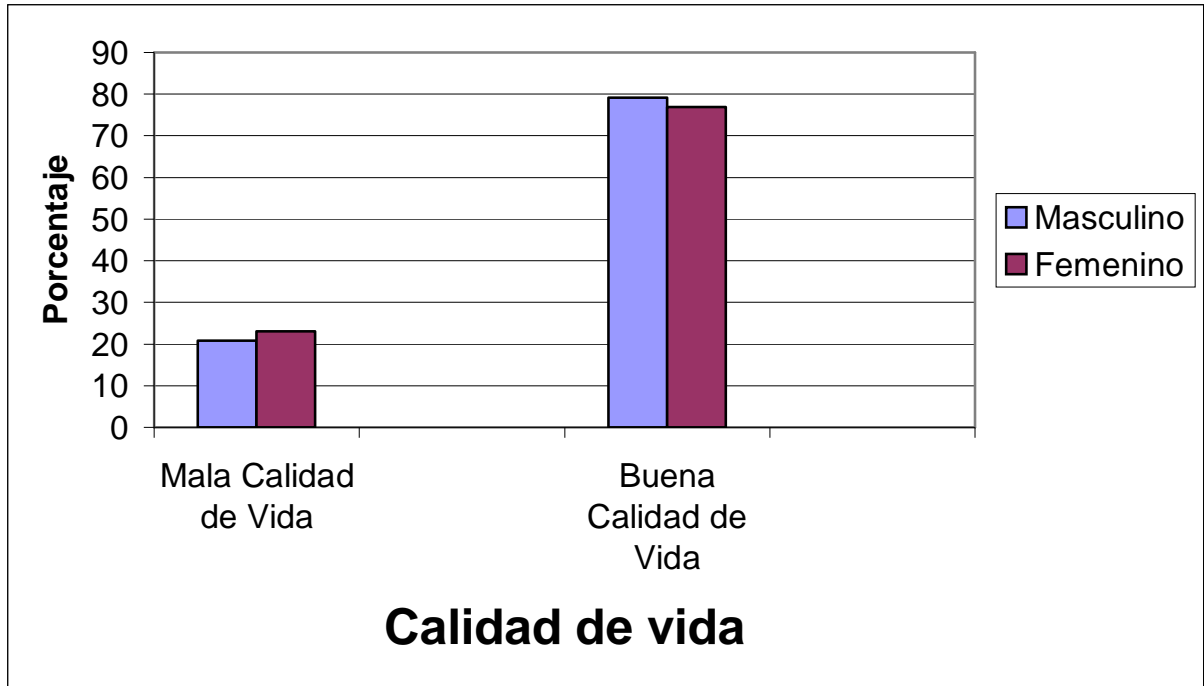
Distribución según Nivel de Calidad de Vida del Estado Físico en 50 pacientes de ambos sexos con Cirugía antireflujo, Servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del H.G.E.C del I.G.S.S Z.9, período de marzo a mayo de 2002.

ESTADO FISICO	Hombres	%	Mujeres	%	Total
Mala Calidad de Vida < 44 puntos	5	20.8	6	23.08	11
Buena Calidad de Vida > 44 puntos	19	79.16	20	76.92	39
TOTAL	24	100	26	100	50

Fuente: Ver Anexo Tabla 1.

GRAFICA 2

Comparación de las valoraciones en 50 pacientes de ambos sexos y Nivel de Calidad de Vida del Estado Físico, Servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del H.G.E.C del I.G.S.S Z.9, período de marzo a mayo de 2002.



Fuente: Cuadro No. 2

CUADRO 3

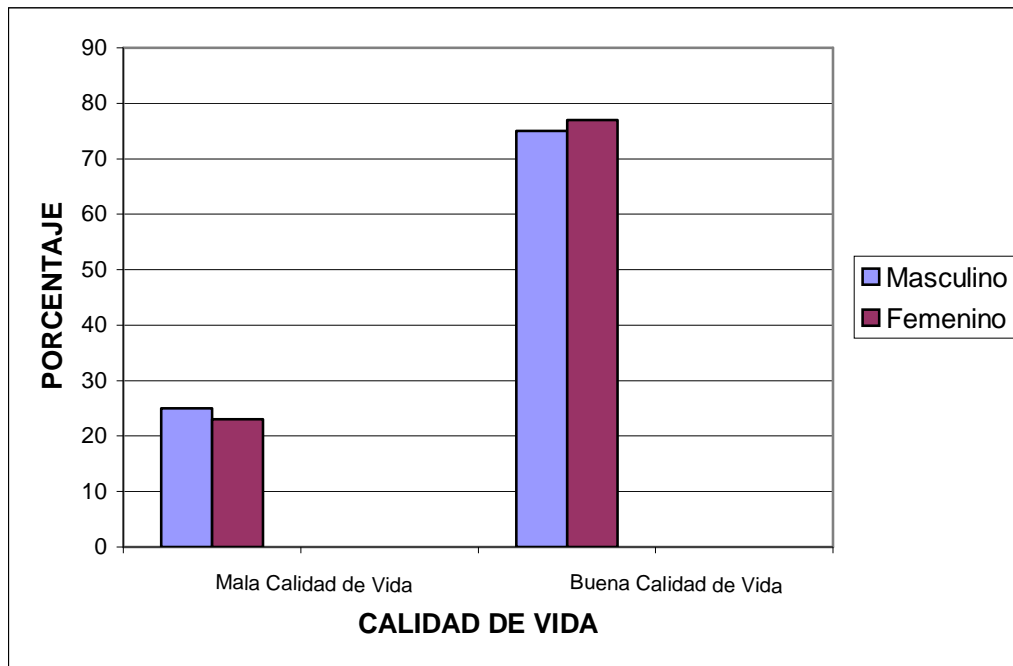
Distribución según nivel de calidad de vida del Estado Psicoafectivo en 50 pacientes de ambos sexos con Cirugía antireflujo , Servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del H.G.E.C del I.G.S.S Z. 9, período de marzo a mayo de 2002.

ESTADO PSICOAFECTIVO	Hombres	%	Mujeres	%	Total
Mala Calidad de Vida < 20 puntos	6	25	6	23	6
Buena Calidad de Vida > 20 puntos	18	75	20	77	38
TOTAL	24	100	26	100	50

Fuente: Ver Anexo Tabla 2

GRAFICA 3

Comparación de las valoraciones entre ambos sexos y Nivel de Calidad de Vida del Estado Psicoafectivo, Servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del H.G.E.C del I.G.S.S Z.9 período de marzo a mayo de 2002.



Fuente: Cuadro No. 3.

CUADRO 4

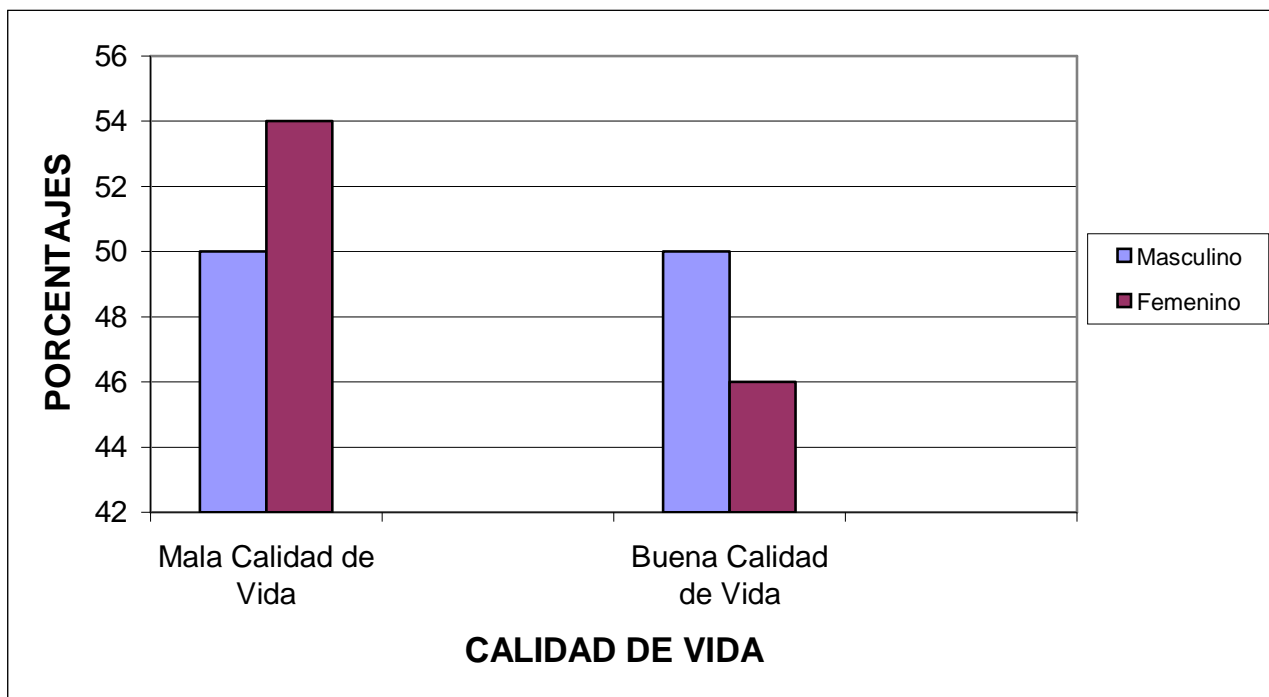
Distribución según Nivel de Calidad de Vida del Estado Social en 50 pacientes de ambos sexos con Cirugía antireflujo , Servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del H.G.E.C del I.G.S.S Z.9, período de marzo a mayo de 2002.

ESTADO SOCIAL	Hombres	%	Mujeres	%	Total
Mala Calidad de Vida < 8 puntos	12	50	12	54	14
Buena Calidad de Vida > 8 puntos	12	50	12	46	24
TOTAL	24	100	26	100	50

Fuente: Ver Anexo Tabla 3

GRAFICA 4

Comparación de las Valoraciones en 50 pacientes de ambos sexos y Nivel de calidad de Vida del Estado Social Servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del H.G.E.C. del I.G.S.S Z.9 período de marzo a mayo de 2002.



Fuente: Cuadro N0. 4

CUADRO 5

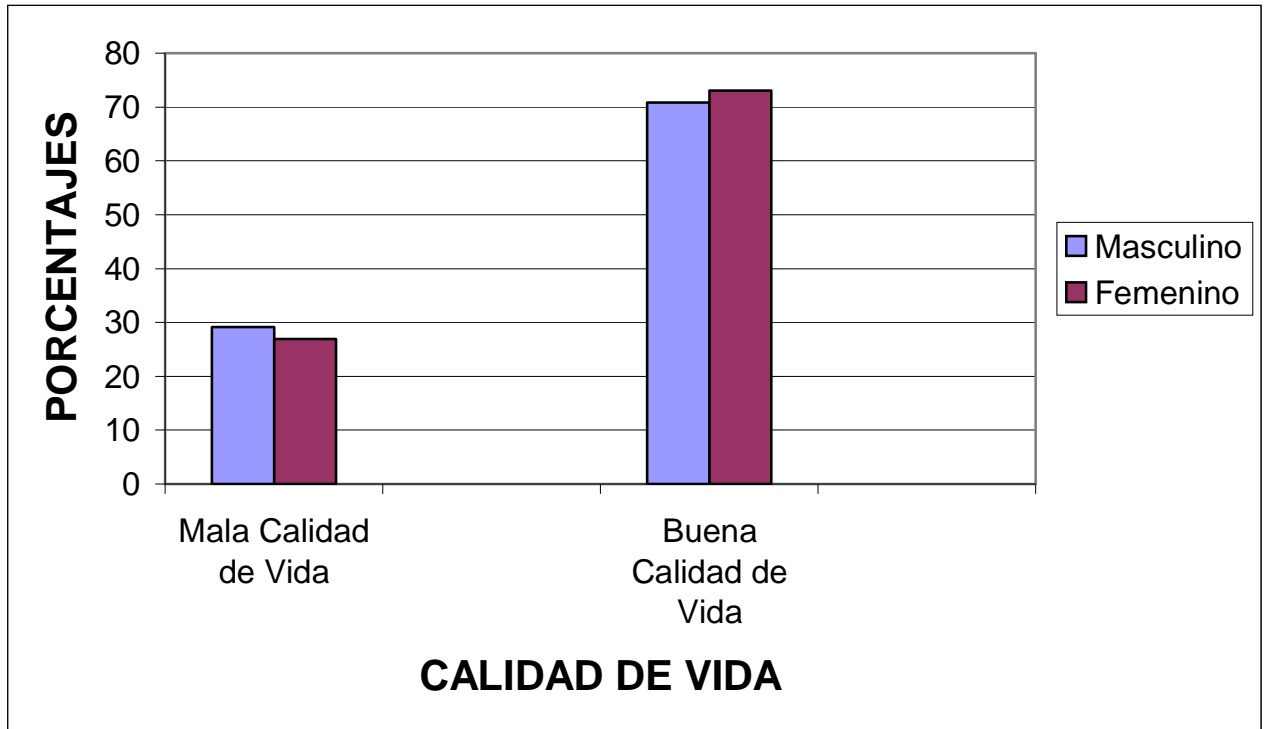
Distribución General y Nivel de Calidad de Vida General en 50 pacientes de ambos sexos con Cirugía antireflujo de los Servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del H.G.E.C del I.G.S.S Z.9, período de marzo a mayo de 2002.

ESTADO GENERAL	Hombres	%	Mujeres	%	Total
Mala Calidad de Vida < 77 puntos	7	29.16	7	26.92	14
Buena Calidad de Vida > 77 puntos	17	70.83	19	73.07	36
TOTAL	24	100	26	100	50

Fuente: Ver Anexo Tabla 5

GRAFICA 5

Comparación de las valoraciones en 50 pacientes de ambos sexos y Nivel de Calidad de Vida General en sometidos a Cirugía antireflujo Servicios de gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del H.G.E.C del I.G.S.S Z.9 período de marzo a mayo de 2002.



Fuente: Cuadro No. 5

CUADRO 6

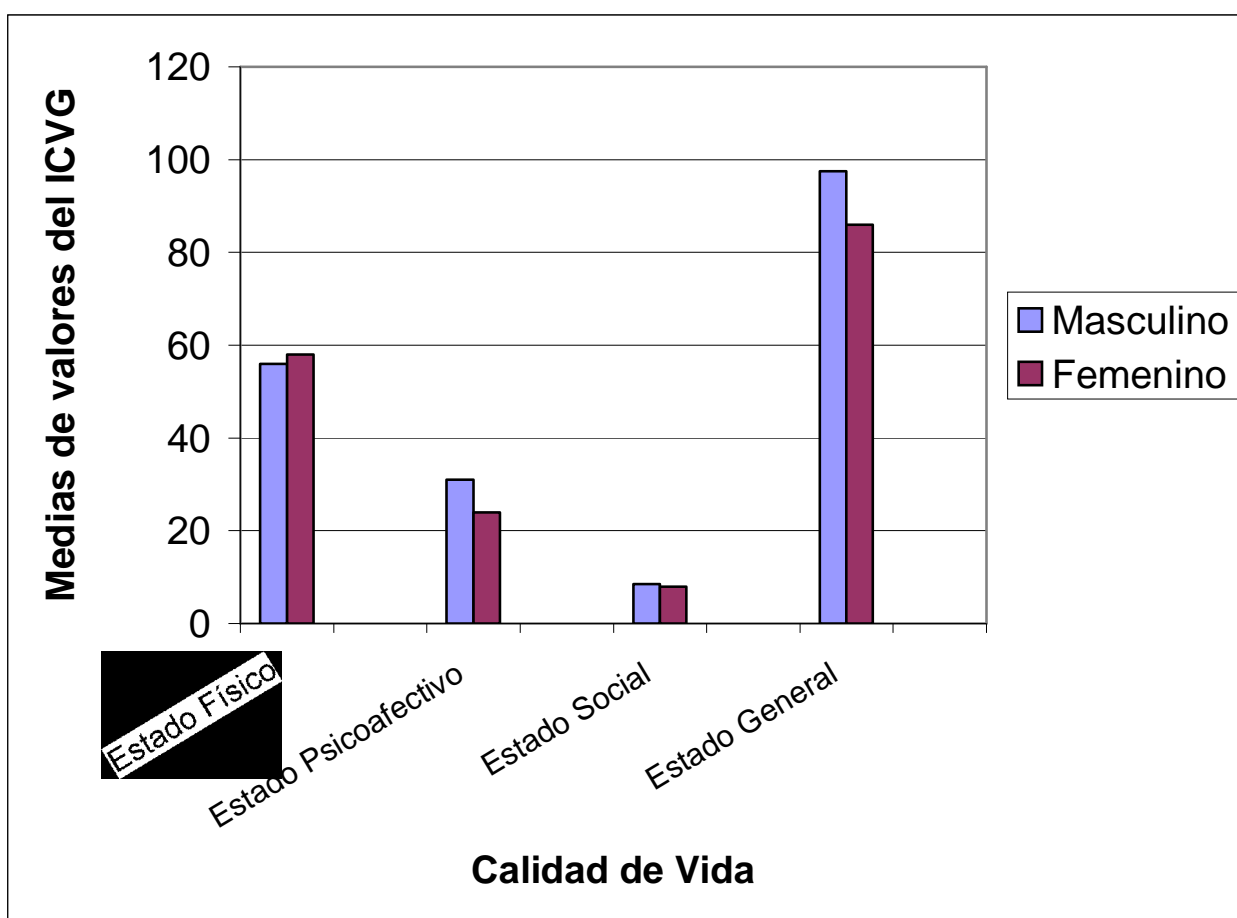
Distribución según Medias obtenidas en los estados Físico, Psicoafectivo, Social y General del Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal (items 1-36) en 50 pacientes de ambos sexos, Servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del H.G.E.C del I.G.S.S Z.9 período de marzo a mayo de 2002.

	Masculino		Femenino	
	Media	Des.Estándar	Media	Des.Estándar
Estado Físico	56	14.9340943	58	15.0844291
Estado Psicoafectivo	31	8.14975326	24	8.64549683
Estado Social	8.5	2.46570682	8	3.25556208
Estado General	97.5	22.2767	86	21.9522

Fuente: Test de Índice
de Calidad de Vida
Gastrointestinal

GRAFICA 6

Distribución según medias obtenidas en los Estados Físico, Psicoafectivo, Social y General del Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal en 50 pacientes de ambos sexos, Servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del H.G.E.C del I.G.S.S Z.9 período de marzo a mayo de 2002.



Fuente: Cuadro No. 6

CUADRO 7

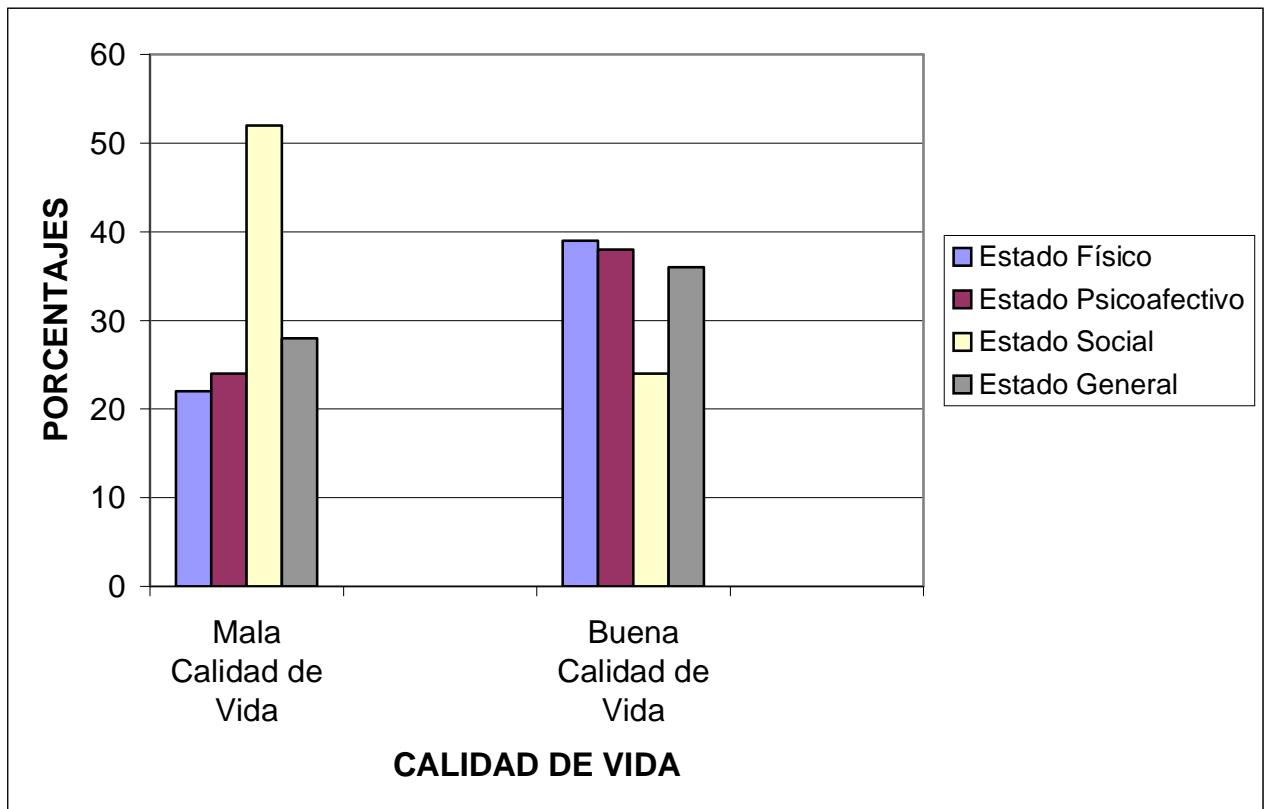
Comparación General y Porcentajes entre Buena y Mala Calidad de Vida en los Estados Físico, Psicoafectivo, Social y General en 50 pacientes de ambos sexos sometidos a Cirugía antireflujo Servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del H.G.E.C. del I.G.S.S. Z. 9 período de marzo a mayo de 2002.

	Mala Calidad de Vida	%	Buena Calidad de Vida	%	Total
Estado Físico	11	22	39	78	50
Estado Psicoafectivo	12	24	38	76	50
Estado Social	26	52	24	48	50
Estado General	14	28	36	72	50

Fuente: Test de Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal

GRAFICA 7

Comparación General entre Buena y Mala Calidad de Vida de los Estados Físico, Psicoafectivo, Social y General en 50 pacientes sometidos a Cirugía antireflujo Servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del H.G.E.C del I.G.S.S Z.9, período de marzo a mayo de 2002.



Fuente: Cuadro No. 7

CUADRO 8

Distribución por género y Calidad de Vida en 50 pacientes sometidos a Cirugía antireflujo, Servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del H.G.E.C del I.G.S.S Z.9, período de marzo a mayo de 2002.

	Masculino				Femenino				
	Mala Calidad	%	Buena Calidad	%	Mala Calidad	%	Buena Calidad	%	Total
	de Vida		de Vida		de Vida		de Vida		
Estado Físico	5	20.8	19	79.16	6	23.07	20	76.92	50
Estado Psicoafectivo	6	23.07	18	75	6	23	20	76.92	50
Estado Social	12	50	12	50	14	54	12	46	50
Estado General	7	29.16	17	70.83	7	26.92	19	73.07	50

Fuente: Test de Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La Calidad de Vida Gastrointestinal (ICVG) puede llegar a ser una entidad medible en la investigación y en la práctica médica. Los ítems con que consta el ICVG, reflejan las percepciones del impacto de la enfermedad con que viven los pacientes y es un instrumento el cual fue creado para sistemas específicos y en este caso fue utilizado en pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE). Nuestra investigación separó los ítems en tres Estados: Físico, Psicoafectivo y Social, luego en su conjunto para conocer el ICVG General.

El ICVG se ha comentado que no es una herramienta diagnóstica, pero sí es un instrumento para diferenciar moderadamente a pacientes con patologías gastroenterológicas y a individuos sanos. (4)

Los estudios realizados sobre ERGE demuestran que el género más afectado es el sexo femenino. En nuestra investigación, al valorar género se observó que los porcentajes son similares para ambos sexos, en cuanto a la necesidad de cirugía por reflujo. La distribución por edad fue similar, por lo que ambos grupos presentaron gran paridad en su conformación aunque en las edades de 51-60 años, predominó el género femenino. (Cuadro 1).

Al valorar las repuestas de los ítems del Estado Físico (ítems 1-22) no se obtuvieron diferencias de media entre ambos géneros, ya que los hombres presentaron una media de 56 puntos con una desviación estándar ± 14.93 , en tanto las mujeres presentaron una media de 58 puntos y una desviación estándar ± 15.08 . (Tabla 1). La puntuación que separaba una buena de una mala calidad de vida era de 44 puntos, los parámetros que obtuvimos en promedio < 44 puntos nos indica que los pacientes presentaban Mala Calidad de Vida y mayor a este puntaje presentaban Buena Calidad de Vida para el Estado Físico. Los porcentajes de Buena Calidad de Vida fueron similares en general para ambos sexos, encontrando que solo una cuarta parte de los pacientes se ubicaron dentro de los valores por debajo de 44 puntos que indicaban Mala Calidad de Vida. Al interrogar a los pacientes, la mayoría indicaron una mejoría significativa de la frecuencia de aparición de los síntomas, menor interferencia con su actividad diaria y laboral, así como la disminución de la utilización de medicamentos prescritos. Probablemente se observaría cambios significativos en la Calidad de Vida del Estado Físico que constatarían estos aspectos de haber valorado el ICVG previo a la cirugía, se hubiera observado cambios en forma significativa (Cuadro 2)

El segundo Estado del test corresponde al Psicoafectivo, en el cual no se obtuvieron diferencias de medias, se obtuvo en el género masculino una media de 31 puntos y una desviación estándar ± 8.14 y en el sexo femenino una media de 24 puntos con una desviación estándar de ± 8.64 . (Ver anexo Tabla 2). Las comparaciones entre ambas puntuaciones de los ítems (1-10) correspondía a 20 puntos como la mitad del punteo total, menor a esta cantidad representaba Mala calidad de Vida y mayor a dicha puntuación Buena Calidad de Vida. Aunque en ambos géneros en general su media correspondía a una Buena Calidad de Vida Psicoafectiva. La desviación estándar mantuvo a los pacientes masculinos en un rango de Buena Calidad de vida ; caso contrario al género femenino su desviación estándar las coloca en Mala Calidad de Vida. (Cuadro 3 y anexo Tabla 2). No se sabe la causa de esta tendencia, ya que los porcentajes en cuanto a número de pacientes y su buena calidad de vida fueron muy similares, hombres 75% y mujeres 77%, sin embargo podría explicarse que Psicoafectivamente el género femenino tiene mayor tendencia al desarrollo de patologías como depresión ó ansiedad. (7).

El Estado Social que es la tercera parte del test (ítems 1-4) tampoco presentó diferencias de medias para ambos géneros en tanto que el sexo masculino presentó una media de 8.5 puntos y una desviación estándar de ± 2.46 , el género femenino presentó una media de 8 puntos y una desviación estándar de ± 3.25 . (Tabla 3). Según la tabla de evaluación, el punteo de calidad de vida demuestra que para ambos sexos < 8 puntos significa Mala Calidad de Vida y > 8 puntos Buena Calidad de Vida. Al comparar ambos géneros el sexo masculino presentó un mayor porcentaje de buena calidad de vida (50%) y el femenino (46%).

Al valorar la media y desviación estándar para ambos grupos, estos pueden caer dentro de la mala calidad de vida en el Estado Social, sin embargo el bajo número de ítems evaluados, consideramos que favorece a este tipo de tendencia para crear un estado deficitario por lo que no se puede tomar como válido. (Cuadro 4 y anexo Tabla 3).

En general los pacientes según el test de ICVG presentan buena Calidad de Vida post- cirugía antireflujo, la media en general para los pacientes fue de 89 puntos, con una desviación estándar de ± 22.48 . Al correlacionar con la literatura estudios donde se ha utilizado el ICVG se muestra que los pacientes con actividades sin limitación presentan una media de 105 puntos y una desviación estándar de ± 12.5 y para pacientes con actividad limitada presentaron una media de 89 puntos con una desviación estándar de ± 16.5 y pacientes en cama presentaron una media de 45 puntos y una desviación estándar de ± 14.8 . En individuos normales el test ha demostrado valor de hasta medias en 125 puntos y desviación estándar de ± 13 (7) . El valor de media en general en nuestro estudio se ubica dentro de una Buena Calidad de Vida, sin embargo sus valores no son tan elevados al comparar con los obtenidos en los estudios en mención, lo cual puede explicarse que valorar el impacto real de la cirugía antireflujo se debe aplicar el ICVG previo a la cirugía y después de la misma para observar un cambio significativo. En investigaciones donde se ha realizado esto por ejemplo: dos

estudios diferentes de pacientes previos a una cirugía laparoscópica de colecistectomía presentaban un ICVG de 84 y 87 puntos y desviaciones estándar de ± 19.39 y 17.25 respectivamente, el cual varió después de la cirugía hasta un 102 y 104 puntos con desviaciones estándar ± 17.84 y 17.52 . Existe un porcentaje considerable de hasta una cuarta parte de pacientes que por su puntaje se ubican dentro de un estado de Calidad de Vida Gastrointestinal inadecuado, según el ICVG en nuestro estudio. Debería investigarse más a fondo las causas por las cuales este grupo de pacientes presentan déficit, lo cual puede explicarse en fallo quirúrgico (persistencia de reflujo), enfermedades asociadas (diabetes), cirugías pre o post que incidan en las respuestas del paciente, las cuales no se evaluaron por no ser objetos de nuestro estudio.

El ICVG resulta una herramienta útil en la práctica clínica en pacientes post-operados por ERGE y el presente estudio ha demostrado que es válido y específico a la percepción que tienen sobre su salud los pacientes con ERGE, su incorporación a las investigaciones médicas permiten evaluar los síntomas específicos asociado a la evaluación aspectos de bienestar individual y social. Este test de Calidad de vida permite considerar de forma fácil y adecuada la influencia de la enfermedad en la vida cotidiana y en actividades laborales de los pacientes.

IX. CONCLUSIONES

1. La Calidad de Vida en General de los pacientes sometidos a Cirugía antireflujo según el test de Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal es buena, presentando el género masculino (70.83%) y el femenino (73.07%).
2. El Estado de Salud Físico según el test de Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal en pacientes sometidos a cirugía antireflujo para ambos géneros es bueno, presentando el sexo masculino (79.16%) y el sexo femenino (76.92%).
3. El Estado General Psicoafectivo según el test de Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal en pacientes sometidos a cirugía antireflujo es buena en ambos géneros, presentando el sexo masculino (75%) y el sexo femenino (76.92%).
4. El Estado Social según el test de Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal en pacientes sometidos a cirugía antireflujo es buena para el género masculino.

X. RECOMENDACIONES

1. Aplicar el Test de Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal en los pacientes que serán sometidos a cirugía antireflujo, pre y post cirugía para conocer la evolución de la Calidad de Vida.
2. Promover en las Instituciones y personal de Salud, investigaciones en las cuales se apliquen las mediciones de calidad de vida, para identificar los problemas de individuos o poblaciones, evaluar la calidad del servicio proporcionado y mejorar los conocimientos sobre una determinada patología, como medición de la eficacia terapéutica y pronóstico.
3. Generalizar el uso del test de Índice de calidad de Vida Gastrointestinal en condiciones crónicas gastrointestinales que ameriten potencial cirugía.

XI. RESUMEN

El presente estudio de carácter transversal- descriptivo, titulado “Calidad de Vida en pacientes sometidos a Cirugía antireflujo”, se realizó en el Hospital General de Enfermedad Común del I.G.S.S, Z.9. Se revisaron 2 años de registros clínicos post- opeatorios, haciendo un total de 50 pacientes con diagnóstico de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE), los cuales fueron evaluados con el test de Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal (ICVG).

De los 50 pacientes evaluados con el test (ICVG), el género femenino fue más afectado por la ERGE con un rango de edad entre 51-60 años en comparación al género masculino. En los tres estados en que se encuentra dividido el test (Físico, Psicoafectivo y Social), el género masculino presenta mejor puntaje en calidad de vida que el femenino, aunque en la evaluación general del test (36 ítems) la mayoría de los pacientes presentaron buena calidad de vida, con una media de 89 puntos y una desviación estándar de ± 22.48 , una cuarta parte de pacientes presentan mala calidad de vida en general.

La aplicación de instrumentos específicos para la medición de la calidad de vida contribuyen a la evaluación de individuos con patologías determinadas, ayudan a mejorar la calidad del servicio que se presta y permiten la medición de eficacia de los tratamientos y pronóstico.

XII BIBLIOGRAFIA

1. Allen, Melvin et al. Mechanims of Gastroesophageal acid reflux and esophageal acid clearence in heartburn patients. The American Journal of Gastroenterology 1996 september; 91(9):1739-1743.
2. Benini, L. et al. Gastric emptying and Dyspeptic symptoms in patients with Gastro-Esophageal reflux. The American Journal of Gastroenterology 1996 july;91(7): 1351-1354.
3. Blomqvist, A. et al. Quality of life assessment after laparoscopic and open fundopli-cations. Scand Journal Gastroenterology 1996 november;31(11):1052-1058.
4. Borgaonkar, Irvine. Análisis de las Mediciones de la Calidad de vida en patología Gas-trointestinal crónica, Hamilton Canada: 2000. 444-454p.
5. Borgaonkar, Irvine. Quality of life measurement in Gastrointestinal and liver disorders. Gut 2000;136(47):444-454.
6. Camilleri, J. et al. Measurement of Quality of life in surgery. J.R. Coll.Edinb 1999 august;4:252-264.
7. Capelluto, E. et al. Quality of life after Laparoscopic fundoplication is close to that of a control group. Ann Chir 2001 june;126(5):440-444.
8. Castell, Donal.O. et al. Efficacy and safety of Lanzoprazole in the treatment of erosive Reflux, Esophagitis. The American Journal of Gastroenterology 1996 september; 91(9):1749-1757.
9. Cavadas, Demetrio. et al. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, Rol de la cirugía antireflujo Laparoscópica .Sector de cirugía esofago-gástrica, Servicio de Cirugía General. Hospital italiano de Buenos Aires.2002. 6p.
10. Demeester, TR. et al. Nissen Fundoplication of Gastroesophageal Reflux Disease, Evaluation of primary repair in 100 consecutive patients. Ann Surg 1997;204: 9-20.
11. Eubank, Thomas R. et al. Pharingeal Ph monitoring in 222 patients with suspected La-Ryngeal Reflux. Journal of Gastrointestinal Surgery 2001 march-april;5(2):183-191.
12. Eypasch, Ernst. et al. Gastrointestinal Quality of life index,Development,Validation and aplication of a new instrument. British Journal of Surgery 1995 february;82

(2):216-222.

13. Fujiwara, Yoshinori. et al. Gastroesophageal Reflux after distal Gastrectomy, possible Significance of the Angle of His. The American Journal of Gastroenterology 1998 January;93(1):11-15.
14. Gomez ,María. Sabeh, Eliana. Calidad de vida, evolución del concepto y su influencia en la Investigación y la práctica. Instituto Universitario de integración en la comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca: 2000. 5p.
15. Güitrón, Julian R. Society for Surgery of the Alimentary tract. Manchester, USA:1998 June. 24p.
16. Hinder, R.A. et al. Laparoscopic, Nissen fundoplication is an effective treatment for Gastroesophageal Reflux Disease. Ann Surg 1996;220:472-483.
17. Janssen-Cilag. A report from the VII European Gastroenterology week. Rome Italy: 2000 november. 23p.
18. Katz, Philip.O. Pulmonary manifestations of Gastroesophageal Reflux Disease. Practical Gastroenterology 2000 april;XXIV(4):27-30.
19. Kershenobich, David. et al. Esquemas de Manejo en Gastroenterología. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubiran. México-D.F: Masson, 1999. 242p. (2-60).
20. Klinger, P.J. et al. Antireflux Surgery in treatment of Esophageal Structures. Practical Gastroenterology 1999 april;XXIII(4):96p.
21. Kulwinders, Dua. et al. Self expanding metal esophageal stent with antireflux mechanism. Gastrointestinal Endoscopy 2001 may;53(6):603-613.
22. Martin, A. et al. Quality of life after proctocolectomy and ileo-anal anastomosis for Severe ulcerative colitis. The American Journal of Gastroenterology 1998 february; 93(2):166-169.
23. Mones, J. et al. Validación de la versión española de la Glasgow-Dyspepsia. Severity Score. Revista española de Enfermedades Digestivas 2001 December;93(3):164-9.
24. Moyer, C.A. et al. Measuring health related Quality of life in patients upper gastrointestinal Disease. Digest Disease 1998 sept-oct;16(5):315-324.
25. Nandurkar,S. et al. Barret's esophagus the long and short of it. The American Journal of Gastroenterology 1999 january;94(1):30-40.

26. Ott, David.J. et al. Correlation of lower esophageal mucosal ring and 24 hour Ph monitoring of the esophagus. The American Journal of Gastroenterology 1996 january; 91(1):61-64.
27. Ott, David.J. et al. Heartburn correlated to 24 hour Ph monitoring and radiographic examination of the esophagus. The American Journal of Gastroenterology 1997 octob; 92(11):1827-1831.
28. Paterson, William.G. et al. The effect of the cisapride in patients with Reflux, Esophagitis and ambulatory esophageal manometry/Ph metry study. The American Journal of Gastroenterology 1997 february;92(2):226-230.
29. Practical Gastroenterology. Gastroesophageal Reflux disease, Hiatal hernia and Heartburn a guide for patients. USA: 1999. 105-106p.
30. Ritcher, Joel.E. et al. Omeprazole Vrs Ranitidine/Metoclopramida, poorly responsive Symptomatic Gastroesophageal Reflux disease. The American Journal of Gastroenterology 1996 september;91(9):1766-1772.
31. Sharma, Pateek. et al. Dysplasia in short segment Barret's esophagus. The American Journal of Gastroenterology 1997 november;92(1):2012-2016.
32. Sharma, Pateek. et al. Normalization of esophageal Ph with high dose proton pump Inhibitor therapy, doesn't result in regression of Barret's esophagus. The American Journal of Gastroenterology 1997 april;92(4):582-585.
33. Shay, Stevens. et al. The effect of posture on Gastroesophageal Reflux event frequency and composition during fasting. The American Journal of Gastroenterology 1996 january;91(1):54-60.
34. Sigurjörn, Birgisson. et al. Endoscopic esophageal manometry. The American Journal of Gastroenterology 1996 may;91(5):1055.
35. Tanaka, Tzuneki. et al. Reflux esophagitis after total gastrectomy with jejunal pouch Reconstruction. Comparision of a long and short pouches. The American Journal of Gastroenterology 1997 may;92(5):821-824.
36. Thadeus, L.William. et al. Laparoscopic antireflux surgery in the Elderly. The American Journal of Gastroenterology 1998 march;93(3):351-353.
37. Turnbull, Geoffrey.K. et al. Quality of life in the inflammatory Bowel disease the interaction of disease, Activity with Psychosocial function. The American Journal of

Gastroenterology 1995 september;90(9):1450-1454.

38. Vaezi, Michael.F. et al. Reproducibility of proximal probe Ph parameters in 24 hour Ambulatory esophageal Ph monitoring. The American Journal of Gastroenterology 1997 ;92(5):825-829.
39. Vakil, Nimish. et al. Effect of push enteroscopy on transfusion requirements and Quality of life in patients with unexplained Gastrointestinal Bleeding. The American Journal of Gastroenterology 1997 march;92(3):425-428.
40. Wang, Hua. et al. Reproducibility and physiological characteristics of 24 hour ambulatory esophageal manometry/Ph metry. The American Journal of Gastroenterology 1996 march;91(3):492-497.
41. Wetscher, G. et al. Disfagia en pacientes con enfermedad de Reflujo Gastroesofágico sin estenosis esofágica. Tratamiento médico ó cirugía antireflujo?. American Journal of Surgery 1999;177:189-192.
42. Zobair, M.Younossi. et al. Quality of life assessments and chronic liver disease. The American Journal of Gastroenterology 1998 july;93(7):1037-1041.
43. Zuidema, George.D. et al. Shackelford's Surgery of the alimentary tract. Cirugía del Aparato Digestivo. 3rd.ed. Buenos Aires: Panamericana, 1997. 494p. (191-274).

XIII. ANEXOS

ANEXO I

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Afiliación: _____
Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____
Dirección: _____ Tel: _____
Tipo de Cirugía: _____ Dx: _____
Fecha Operatoria: _____ Fecha de Egreso: _____
Antecedentes: _____

Afiliación: _____
Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____
Dirección: _____ Tel: _____
Tipo de Cirugía: _____ Dx: _____
Fecha Operatoria: _____ Fecha de Egreso: _____
Antecedentes: _____

Afiliación: _____
Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____
Dirección: _____ Tel: _____
Tipo de Cirugía: _____ Dx: _____
Fecha Operatoria: _____ Fecha de Egreso: _____
Antecedentes: _____

Afiliación: _____
Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____
Dirección: _____ Tel: _____
Tipo de Cirugía: _____ Dx: _____
Fecha Operatoria: _____ Fecha de Egreso: _____
Antecedentes: _____

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Unidad de Tesis
Estudiante: Br. Shirley Melissa Cordero León

ANEXO II

Afiliación:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Residencia:

Fecha operatoria:

Fecha de egreso:

Tipo de cirugía:

Diagnóstico:

INDICE DE CALIDAD DE VIDA GASTROINTESTINAL CUESTIONARIO

Instrucciones: Conteste las siguientes preguntas, escoja una sola respuesta y rellénela ó márquela con una X, estas preguntas se refieren a hechos que usted haya experimentado en las últimas dos semanas, tome en cuenta sus sentimientos, aspecto físico y desarrollo social.

ESTADO FISICO:

1. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted ha tenido dolor abdominal?
☐ Siempre
☐ La mayoría del tiempo
☐ Algunas veces
☐ Esporádicamente
☐ Nunca
2. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted ha tenido sensación de llenura en el abdomen superior?
☐ Siempre
☐ La mayoría del tiempo
☐ Algunas veces
☐ Esporádicamente
☐ Nunca
3. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted ha tenido sensación de mucho gas en el abdomen?
☐ Siempre
☐ La mayoría del tiempo

- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

4. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted ha tenido problemas por excesivo paso de gas a través del ano?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

5. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted ha tenido problemas para erupcionar enérgicamente ó vomitar?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

6. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted ha tenido problemas con ruidos borboteantes del abdomen?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

7. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted ha tenido problemas por movimientos intestinales frecuentes?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

8. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted ha encontrado que comer es un placer?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

9. Debido a su enfermedad, hasta que punto ha restringido usted los tipos de comida que come?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

10. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas se ha sentido cansado o fatigado?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

11. Durante las últimas semanas usted se ha levantado en las noche?

- ☐ Todas las noches
- ☐ 5-6 noches
- ☐ 3-4 noches
- ☐ 1-2 noches
- ☐ Nunca

12. Cuánta fuerza física ha perdido usted por su enfermedad?

- ☐ Mucho
- ☐ Moderadamente
- ☐ Un poco
- ☐ Muy poco
- ☐ No en lo absoluto

13. Qué tan a menudo, durante las últimas 2 semanas usted ha tenido problemas de regurgitación de fluidos o comida?

- ☐ Muchísimo
- ☐ Mucho
- ☐ Poco
- ☐ Muy poco
- ☐ No en lo absoluto

14. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted se ha sentido inconfortable por la velocidad lenta con que traga los alimentos?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

15. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted ha tenido problemas para tragar alimentos?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

16. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted ha tenido problemas por movimientos intestinales urgentes?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

17. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted ha tenido problemas de diarrea?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

18. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted ha tenido problemas de constipación o estreñimiento?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente

☐ Nunca

19. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted ha presentado problemas de náusea?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

20. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted ha tenido problemas de sangrado en las heces (deposiciones)?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

21. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted ha presentado dolor torácico?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

22. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted ha tenido problemas de deposiciones incontroladas?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

ESTADO PSICOAFECTIVO:

1. Durante las últimas 2 semanas , cuántos problemas ha tenido usted con el tratamiento médico de su enfermedad?

- ☐ Muchísimo
- ☐ Mucho
- ☐ Poco

- ☐ Muy poco
- ☐ No en lo absoluto

2. Durante las últimas 2 semanas, que tan bien ha podido usted enfrentarse con el estrés de la vida diaria?

- ☐ Extremadamente poco
- ☐ Muy poco
- ☐ Moderadamente
- ☐ Bien
- ☐ Extremadamente bien

3. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted se ha sentido triste por estar enfermo?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

4. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted se ha sentido nervioso o ansioso por su enfermedad?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

5. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted se ha sentido feliz con la vida en general?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas Veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

6. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas usted se ha sentido frustrado por su enfermedad?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

7. Qué tan a menudo durante las últimas 2 semanas se ha sentido mal o enfermo?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo

- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

8. Desde que ha estado usted enfermo, ha tenido problemas por cambios en su apariencia?

- ☐ Mucho
- ☐ Moderadamente
- ☐ Un poco
- ☐ Muy poco
- ☐ No en lo absoluto

9. Debido a su enfermedad , hasta qué punto ha perdido usted su paciencia?

- ☐ Mucho
- ☐ Moderadamente
- ☐ Un poco
- ☐ Muy poco
- ☐ No en lo absoluto

10. Debido a su enfermedad, hasta que punto se siente usted incapaz?

- ☐ Sumamente incapaz
- ☐ Ligeramente incapaz
- ☐ Algo incapaz
- ☐ Un poco incapaz
- ☐ Apto

ESTADO SOCIAL:

1. Durante las últimas 2 semanas, que tan a menudo usted ha podido completar sus actividades normales diarias? (escuela, trabajo, casa).

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

2. Durante las últimas 2 semanas, qué tan a menudo ha podido tomar parte en actividades recreativas durante su tiempo libre?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Esporádicamente
- ☐ Nunca

3. Hasta que punto empeoraron sus relaciones personales con personas cercanas a usted (familia o amigos) debido a su enfermedad?

- ☐ Muchísimo
- ☐ Mucho
- ☐ Poco
- ☐ Muy poco
- ☐ No en lo absoluto

4. Hasta que punto se ha dañado su vida sexual debido a su enfermedad?

- ☐ Muchísimo
- ☐ Mucho
- ☐ Poco
- ☐ Muy poco
- ☐ No en lo absoluto

TABLA 1

Valoración de las respuestas del Estado Físico (ítems 1-22) del Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal en 50 pacientes de ambos sexos sometidos a Cirugía antireflujo, Servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del H.G.E.C del I.G.S.S Z.9 de marzo a mayo de 2002.

No.	Masculino	Femenino
1)	25	15
2)	40	27
3)	41	27
4)	42	32
5)	44	41
6)	45	44
7)	46	45
8)	47	49
9)	49	52
10)	52	54
11)	55	55
12)	55	58
13)	57	59
14)	61	59
15)	62	59
16)	63	59
17)	65	59
18)	68	59
19)	71	61
20)	71	62
21)	75	62
22)	80	63
23)	81	67
24)	82	71
25)		75
26)		77
Media	56	58
Des.Estándar	14.9340943	15.0844291

Fuente: Test de Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal

TABLA 2

Valoración de las respuestas del Estado Psicoafectivo (ítems 1-10) del Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal en 50 pacientes de ambos sexos, sometidos a Cirugía antireflujo, Servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del H.G.E.C del I.G.S.S Z.9 de marzo a mayo de 2002.

No.	Masculino	Femenino
1)	15	10
2)	15	12
3)	18	13
4)	18	14
5)	20	14
6)	20	20
7)	23	21
8)	26	21
9)	28	22
10)	29	23
11)	29	23
12)	31	24
13)	31	24
14)	33	25
15)	34	25
16)	34	25
17)	36	26
18)	36	27
19)	36	30
20)	37	34
21)	38	35
22)	38	36
23)	40	36
24)	40	38
25)		39
26)		39
Media	31	24
Des.Estándar	8.14975326	8.64549683

Fuente: Test de Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal.

TABLA 3

Valoración de las respuestas del Estado Social (ítems 1-4) del Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal en 50 pacientes de ambos sexos sometidos a Cirugía antireflujo, Servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del H.G.E.C del I.G.S.S Z.9 de marzo a mayo de 2002.

No.	Masculino	Femenino
1)	3	3
2)	5	5
3)	6	6
4)	8	6
5)	8	7
6)	8	7
7)	8	7
8)	8	8
9)	8	8
10)	8	8
11)	8	8
12)	8	8
13)	9	8
14)	9	8
15)	10	9
16)	10	10
17)	11	10
18)	11	12
19)	11	12
20)	11	12
21)	12	12
22)	12	12
23)	12	12
24)	14	14
25)		16
26)		16
Media	8.5	8
Des.Estándar	2.46570682	3.25056208

Fuente: Test de Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal.

TABLA 4 Valoración de las respuestas del Estado Físico, Psicoafectivo y Social (ítems 1-36) del Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal en 50 pacientes de ambos sexos, sometidos a Cirugía antireflujo, Servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del H.G.E.C del I.G.S.S Z.9 período de marzo a mayo de 2002.

No.	Masculino	Femenino
1)	49	36
2)	63	45
3)	69	53
4)	70	56
5)	73	62
6)	77	68
7)	77	74
8)	79	80
9)	86	81
10)	90	84
11)	96	85
12)	97	85
13)	98	86
14)	103	86
15)	104	88
16)	109	89
17)	111	89
18)	113	96
19)	113	99
20)	114	105
21)	119	106
22)	124	109
23)	130	109
24)	130	113
25)		114
26)		120
Media	97.5	86
Des.Estándar	22.2767507	21.9522559

Fuente: Test de Índice de Calidad de Vida gastrointestinal

TABLA 5

Valoración de las respuestas del Estado General (ítems 1-36) del ICVG en 50 pacientes sometidos a Cirugía antireflujo en los Servicios de Gastroenterología y Cirugía Videolaparoscópica del H.G.E.C del I.G.S.S Z.9 período de marzo a mayo de 2002.

No.	General
1)	36
2)	45
3)	49
4)	53
5)	56
6)	62
7)	63
8)	68
9)	69
10)	70
11)	73
12)	74
13)	77
14)	77
15)	79
16)	80
17)	81
18)	84
19)	85
20)	85
21)	86
22)	86
23)	86
24)	88
25)	89
26)	89
27)	90
28)	96
29)	96
30)	97
31)	98
32)	99
33)	103
34)	104
35)	105
36)	106
37)	109
38)	109
39)	109
40)	111
41)	113
42)	113
43)	113
44)	114
45)	114
46)	119
47)	120
48)	124
49)	130
50)	130
Media	89
Des.Estándar	22.4876928

Fuente: Test de ICVG

