

**Research Article**

DOI: <http://dx.doi.org/10.22192/ijamr.2021.08.11.001>

## **Calidad de vida de pacientes posoperados de funduplicatura por laparoscopia en el Centro Médico Naval.**

**Cesar Ernesto Sánchez Méndez\***

**Manuel Alejandro Hernández Rojas**

**Alex Simon Mendoza**

**Gerardo Rodarte Cajica**

**Gustavo Leal Mérida**

Servicio de Cirugía General, Centro Medico Naval, Ciudad de México, México

\*Autor para correspondencia. 5to And Manuela Canizares, Num 71, U. Hab. CTM VI Culhuacan, C. P. 04480, Alcaldía Coyoacan, Ciudad de México. México.

Telefono: (55) 7565-9149

Correo electrónico: [medcesarmendez@gmail.com](mailto:medcesarmendez@gmail.com) (C. E. Sánchez Méndez)

### **Texto principal**

#### **Palabras clave**

Cirugía antirreflujo laparoscópica, calidad de vida, síntomas residuales posfunduplicatura

#### **Antecedentes**

La cirugía antirreflujo laparoscópica es una adecuada alternativa terapéutica para la enfermedad por reflujo gastroesofágico por su mínima invasión, recuperación temprana y un periodo libre de la enfermedad a corto y mediano plazo, sin embargo una minoría de pacientes posoperados continúan con síntomas que los obligan a seguir bajo tratamiento médico a largo plazo, por ello es importante evaluar el éxito terapéutico-quirúrgico que se verá reflejado en la calidad de vida del paciente.

#### **Objetivo**

Determinar la calidad de vida de pacientes posoperados por funduplicatura laparoscópica en el Centro Medico Naval.

#### **Pacientes y métodos**

Se estudió a 28 pacientes a los tres años de posoperados de funduplicatura por laparoscopia debido a enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Centro Médico Naval para valorar situación médica asociada a enfermedad por reflujo gastroesofágico desde la ausencia de síntomas hasta la persistencia, recidiva o empeoramiento de los mismos. Las variables fueron escala de Visick, síntomas residuales; (disfagia, pirosis, regurgitación y singulto, salivación y distensión abdominal).

#### **Resultados**

Se encontró que el sexo predominante fue el femenino respecto al masculino con una relación de 1.8:1, el rango de edad fue de 40 a 49 años. La calidad de vida de

pacientes posoperados de funduplicatura por laparoscopia mediante la escala de Visick fue de Buena (Grado II con 46.5%) y Excelente (grado I con 34.61%). En los pacientes posoperados que cursaban con síntomas asociados a enfermedad por reflujo gastroesofágico fueron los más frecuentes: la disfagia (70.58%), seguida del reflujo alimenticio en (52.94%) y pirosis (29.41%).

### **Conclusiones**

La calidad de vida de los pacientes posoperados de funduplicatura por laparoscopia obtenidos en nuestro Centro Médico Naval son comparables con los estándares reportados en otros nosocomios y aquellos pacientes que quedan con síntomas residuales, la mayoría son controlables mediante manejo conservador con cambios en el estilo de vida y dieta.

La evaluación de la calidad de vida, aunque un concepto muy heterogéneo siempre desempeña un gran método de evaluación de los resultados de algún procedimiento quirúrgico, cabe resaltar que es muy importante la percepción del paciente, el impacto que tuvo el resultado posoperatorio en la recuperación de su calidad de vida.

---

## **INTRODUCCIÓN**

La enfermedad por reflujo gastroesofágico se define como el ascenso del contenido gástrico o gastroduodenal por arriba de la unión gastroesofágica, que causa síntomas y complicaciones esofágicas, que afecta la calidad de vida del paciente. Siendo los síntomas típicos la pirosis y la regurgitación<sup>3</sup>. Fue identificada como problema clínico en 1935 por Winklestein y como causa de esofagitis en 1946 por Allison.

La tos crónica, el asma, la laringitis crónica o algunos otros desordenes respiratorios altos se comprenden dentro de los síntomas extraesofágicos y en los síntomas atípicos se incluye la dispepsia, dolor epigástrico, distensión, eructos o náusea; el dolor retroesternal o la disfagia pueden considerarse como síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico complicada con estenosis o desordenes motores del esófago e incluso malignidad<sup>8</sup>.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

No existen cifras epidemiológicas sobre la enfermedad por reflujo gastroesofágico; sin embargo, de acuerdo a los datos típicos de regurgitación y pirosis existen rangos de 0.1% a 20% en países industrializados<sup>4</sup>.

El estudio internacional DIGEST estimo que los síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico tienen una prevalencia de 7.7%; la pirosis se presenta en un 13.5% (síntoma más frecuente) y la regurgitación 10.2%.

En una revisión sistemática se identificó una prevalencia del 10 al 20% en el mundo oriental con mayor afección en Asia, la incidencia en el mundo occidental es de aproximadamente 0.5% por año. Respecto a Latinoamérica acerca de la epidemiología de enfermedad por reflujo gastroesofágico, se dispone de una revisión sistemática que reporta una prevalencia de 11.9% a 31.3%, con una variabilidad amplia en los resultados probablemente debida a la falta de estandarización de las escalas de diagnóstico usadas en cada región<sup>2</sup>.

Existen limitaciones en la estimación de la prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico dado que los pacientes con evidencia objetiva de esta patología y sus complicaciones (esofagitis, esófago de Barret o adenocarcinoma) no siempre tienen regurgitación y pirosis; y esta última no siempre es lo suficientemente grave como para ser indicativo de enfermedad por reflujo gastroesofágico y por ser los síntomas en un inicio tolerables por el paciente.

## FISIOPATOLOGÍA

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es un desorden multifactorial, relacionada principalmente con una falla en los mecanismos antirreflujo, los componentes de la enfermedad por reflujo gastroesofágico que pueden estar involucrados, solos o combinados pueden ser; una barrera antirreflujo defectuosa (un esfínter esofágico inferior mecánicamente alterado o relajaciones inapropiadas del mismo, hernia hiatal), retraso en el vaciamiento gástrico y del aclaramiento esofágico<sup>6</sup>.

Las principales causas son la incompetencia del esfínter esofágico inferior, relajaciones transitorias del esfínter, perístasis esofágica insuficiente, alteraciones en la resistencia de la mucosa gástrica, retraso en el vaciamiento gástrico y trastornos de la motilidad antroduodenales con anatomía hiatal y gastroesofágica alterada.

Los cambios anatómicos incluyen la apertura de los pilares del hiato diafragmático, ligamento frenoesofágico laxo y acortamiento esofágico. Algunos factores como el estrés, obesidad, embarazo y dieta, así como medicamentos, pueden agravar el reflujo.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas clásicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico son la pirosis y regurgitación. La pirosis se describe típicamente como una sensación de ardor en el área retroesternal, que se experimenta con mayor frecuencia en el período postprandial.

La pirosis se considera molesta si se presentan síntomas leves dos o más días a la semana, o si se presentan síntomas moderados a severos más de un día a la semana.

La regurgitación se define como la percepción del flujo de contenido gástrico con reflujo en la boca o en la hipofaringe. Otros síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico incluyen disfagia, dolor de pecho, sialorrea, odinofagia,

síntomas extraesofágicos como la tos crónica, ronquera, sibilancias<sup>10</sup>.

La disfagia se asocia con la pirosis prolongada debido a la esofagitis por reflujo, pero puede ser indicativa de una estenosis esofágica; la odinofagia es un síntoma inusual, pero su presencia es sugerente de una úlcera esofágica. El dolor torácico puede simular a la angina de pecho, se describe como una compresión o ardor que se encuentra en la parte inferior y se irradia a la espalda, el cuello, la mandíbula o los brazos, el dolor puede durar desde minutos hasta horas y puede resolverse espontáneamente o con antiácidos, generalmente ocurre después de las comidas, despierta a los pacientes del sueño y puede verse agravado por el estrés emocional. Los pacientes con dolor torácico inducido por reflujo también pueden tener síntomas típicos de reflujo.

## DIAGNÓSTICO

Pacientes con síntomas clásicos: el diagnóstico de la enfermedad de reflujo gastroesofágico a menudo puede basarse en los síntomas clínicos solo en pacientes con síntomas clásicos como la pirosis o la regurgitación. Sin embargo, los pacientes pueden requerir una evaluación adicional si tienen características de alarma, factores de riesgo para el esófago de Barrett o imágenes gastrointestinales anormales realizadas para evaluar sus síntomas. El 40 y el 90% de los pacientes con síntomas sugestivos de enfermedad por reflujo gastroesofágico tienen una respuesta sintomática a los inhibidores de la bomba de protones, la respuesta a la terapia antisecretora no es un criterio de diagnóstico para la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Pacientes sin síntomas clásicos: se pueden observar otros síntomas (dolor en el pecho, tos crónica, ronquera, sibilancias y náuseas), pero no son suficientes para realizar un diagnóstico clínico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en ausencia de los síntomas clásicos de la pirosis y la regurgitación.

Se requiere una evaluación adicional en pacientes seleccionados con sospecha de enfermedad de reflujo gastroesofágico para descartar etiologías alternativas, confirmar el diagnóstico y evaluar las complicaciones. La endoscopia digestiva alta está indicada en pacientes con sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico para evaluar características de alarma, debe realizarse para detectar el esófago de Barret en pacientes con factores de riesgo, las biopsias deben dirigirse a cualquier área de sospecha de metaplasia, displasia, anomalías visuales o en su ausencia de las anteriores debe tomarse de la mucosa normal para evaluar la esofagitis.

La endoscopia superior no es necesaria para hacer un diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico, puede detectar manifestaciones esofágicas del mismo (metaplasia de Barret, esofagitis erosiva), puede descartar una neoplasia maligna del tracto gastrointestinal superior y puede descartar otras etiologías en pacientes con síntomas de reflujo que son refractarios a un ensayo de terapia con inhibidores de la bomba de protones.

La endoscopia superior puede ser normal en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico o puede haber evidencia de esofagitis en diversos grados. Entre los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico no tratados, aproximadamente el 30% tendrá esofagitis endoscópica. La gravedad y la duración de los síntomas se correlacionan mal con la gravedad de la esofagitis. En contraste con la esofagitis infecciosa e inducida por medicación que tiende a estar en el esófago proximal, las ulceraciones que se observan en la esofagitis péptica suelen ser de forma irregular o lineal, son múltiples y se encuentran en el esófago distal. Otros hallazgos endoscópicos en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico de larga evolución incluyen estenosis pépticas, metaplasia de Barret y adenocarcinoma de esófago.

La esofagitis erosiva se clasifica de acuerdo con su gravedad para guiar el manejo. Se han diseñado varios esquemas de clasificación endoscópica para disminuir la variabilidad interoperatoria de la endoscopia en la evaluación de la gravedad de la esofagitis péptica.

De estos, la clasificación de Los Ángeles es la clasificación más evaluada para la esofagitis y es la más utilizada.

- Clasificación de Los Ángeles: califica la gravedad de la esofagitis por el grado de anomalía de la mucosa y las complicaciones se registran por separado. En este esquema de clasificación, una ruptura de la mucosa se refiere a un área de desprendimiento adyacente a una mucosa más normal en el epitelio escamoso con o sin exudado suprayacente.

- Grado A: una o más rupturas de la mucosa cada 5 mm de longitud

- Grado B: al menos una rotura de la mucosa > 5 mm de largo, pero no continua entre las partes superiores de los pliegues de la mucosa adyacente.

- Grado C: al menos una ruptura de la mucosa que es continua entre las partes superiores de los pliegues de la mucosa adyacente, pero que no es circunferencial.

- Grado D - Rotura de la mucosa que involucra al menos tres cuartos de la circunferencia.

Clasificación de Savary-Miller: es históricamente la clasificación de esofagitis más ampliamente referenciada.

- Grado I - Uno o más puntos rojizos no confluentes, con o sin exudado

- Grado II - Lesiones erosivas y exudativas en el esófago distal que pueden ser confluentes, pero no circunferenciales

-Grado III - Erosiones circunferenciales en el esófago distal, cubiertas por exudado hemorrágico y pseudomembranoso.

-Grado IV: complicaciones crónicas como úlceras profundas, estenosis, cicatrización o metaplasia de Barret.

Histología: aproximadamente dos tercios de los pacientes con síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico y sin hallazgos endoscópicos visibles tienen evidencia histológica de lesión esofágica que responde a la supresión ácida. Sin embargo, la histología no es específica y se pueden observar resultados similares en pacientes con esofagitis eosinofílica. El hallazgo histológico más observado es la dilatación de los espacios intercelulares observados en la microscopía electrónica de transmisión. Otras características histológicas incluyen la presencia de neutrófilos y eosinófilos, canales vasculares dilatados en las papilas de la lámina propia, engrosamiento de la capa de células basales con células escamosaspálidas, distendidas y elongación de las papilas del epitelio. La inflamación provocada por citosinas estimula los eventos histopatológicos en el desarrollo de la esofagitis. La inflamación linfocítica y los espacios intercelulares dilatados se producen en la profundidad del epitelio, no en la superficie luminal, y se inician los cambios regenerativos (hiperplasia de células basales, elongación papilar) antes del desarrollo de la necrosis de la superficie.

Manometría esofágica: en pacientes con sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico con dolor torácico y/o disfagia y una endoscopia superior normal, se debe realizar una manometría esofágica para excluir un trastorno de la motilidad esofágica. La manometría es útil para garantizar que las sondas de pH ambulatorias se coloquen correctamente pero no puedan diagnosticar la enfermedad por reflujo gastroesofágico. También se utiliza para evaluar la función peristáltica antes de la cirugía antirreflejo<sup>5</sup>.

Monitoreo ambulatorio del pH esofágico: se usa para confirmar el diagnóstico en aquellos con síntomas persistentes para monitorear la

adecuación del tratamiento en aquellos con síntomas continuados. La monitorización ambulatoria del pH se puede realizar con un catéter colocado transnasalmente o con un dispositivo inalámbrico en forma de cápsula que se fija a la mucosa esofágica distal. La monitorización del pH esofágico con impedancia se prefiere a los estudios de pH cableados o inalámbricos y la sonda de pH tradicional, ya que tiene la ventaja de detectar un reflujo débilmente ácido además del reflujo ácido. El electrodo de pH tipo catéter se coloca a 5 cm por encima del límite superior definido de forma manométrica del esfínter esofágico inferior. En el caso del dispositivo inalámbrico, la cápsula de pH se fija 6 cm proximal a la unión escamocolumnar definida endoscópicamente. Las pruebas se llevan a cabo tradicionalmente durante un período de 24 horas y se recomienda a los pacientes que consuman una dieta sin restricciones.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Incluye esofagitis infecciosa, esofagitis por medicamentos y esofagitis eosinofílica. Otras causas de disfagia incluyen anillos esófagos y peristalsis alterada debido a un trastorno de la motilidad esofágica. La disfagia progresivamente lenta para sólidos con obstrucción esofágica episódica sugiere una estenosis o un cáncer esofágico. La odinofagia puede deberse a esofagitis infecciosa o inducida por medicamentos.

La acidez estomacal frecuente también puede deberse a hipersensibilidad al reflujo o acidez funcional. Los pacientes con hipersensibilidad al reflujo tienen una exposición normal al ácido, pero una asociación de síntomas positivos con el ácido o un reflujo débilmente ácido.

## **TRATAMIENTO MEDICO**

La frecuencia y la gravedad de los síntomas pueden guiar el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Los síntomas se consideran leves, moderados y graves en función de si afectan la calidad de vida. Los síntomas pueden ser intermitentes (menos de dos episodios

por semana) o frecuentes (dos o más episodios por semana). Nuestro enfoque de manejo para pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico se basa en la frecuencia y la gravedad de los síntomas y la presencia de esofagitis erosiva o esófago de Barret en la endoscopia superior.

En pacientes con síntomas leves e intermitentes (menos de dos episodios por semana) y sin evidencia de esofagitis erosiva, se sugiere una terapia escalonada que implica aumentar gradualmente la potencia de la terapia hasta que se logre el control de los síntomas en intervalo de dos a cuatro semanas. En pacientes que no tienen tratamiento previo, inicialmente se recomienda modificaciones en el estilo de vida y en la dieta, antihistamínicos, se sugiere antiácidos concomitantes y/o alginato de sodio según sea necesario si los síntomas ocurren menos de una vez por semana.

Para los pacientes con síntomas continuos a pesar de estas medidas, se aumenta la dosis de los antihistamínicos a dos veces al día durante un mínimo de dos semanas. Si los síntomas persisten, se discontinúan los antihistamínicos y se inician los inhibidores de la bomba de protones una vez al día en una dosis baja y luego a dosis estándar si es necesario. Una vez que se controlan los síntomas, el tratamiento debe continuarse durante al menos ocho semanas. Aunque se han utilizado varias modificaciones de la dieta y el estilo de vida en una práctica clínica, revisiones sistemáticas de ensayos aleatorios que evaluaron el impacto de estas medidas en la enfermedad por reflujo gastroesofágico concluyó que solo la pérdida de peso y la elevación del extremo de la cabecera de la cama mejoraron los síntomas. También se sugiere abstenerse de asumir una posición supina después de las comidas y evitar las comidas dos o tres horas antes de acostarse.

En pacientes con esofagitis erosiva y con síntomas frecuentes (dos o más episodios por semana) y/o síntomas graves que afectan la calidad de vida, se emplea una terapia de reducción para optimizar el alivio de los síntomas. El enfoque de reducción comienza con agentes

antisecretores potentes y luego implica incrementos de dosis, disminuyendo la potencia de la terapia hasta que los síntomas definen el tratamiento necesario para el control de los síntomas. Se inicia con los inhibidores de bomba de protones a dosis estándar una vez al día durante ocho semanas, además del estilo de vida y la modificación de la dieta, posteriormente, se disminuye la supresión de ácido a dosis bajas de inhibidor de bomba de protones y luego a antihistamínicos si los pacientes tienen síntomas leves o intermitentes<sup>7</sup>.

Antiácidos: no previenen la enfermedad por reflujo gastroesofágico, su función se limita al uso intermitente para aliviar los síntomas leves, generalmente contienen una combinación de trisilicato de magnesio, hidróxido de aluminio o carbonato de calcio, que neutralizan el pH gástrico, lo que disminuye la exposición de la mucosa esofágica al ácido gástrico durante los episodios de reflujo. Los antiácidos comienzan a aliviar la acidez estomacal en cinco minutos, pero tienen un efecto de corta duración de 30 a 60 minutos.

Agentes de superficie y alginatos: el sucralfato un agente de superficie, se adhiere a la superficie de la mucosa, promueve la curación y protege de la lesión péptica por mecanismos que no se comprenden completamente. El alginato de sodio es un polisacárido derivado de las algas marinas que forma una goma viscosa que flota dentro del estómago y neutraliza la bolsa de ácido postprandial en el estómago proximal, también se usan como terapia complementaria en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico refractaria.

Antagonista del receptor de histamina 2: disminuyen la secreción de ácido al inhibir el receptor de histamina 2 en la célula parietal gástrica. Sin embargo, el desarrollo de taquifilaxis dentro de las dos a seis semanas posteriores a su iniciolimita su uso. Tienen un inicio de acción más lento, alcanzando concentraciones máximas 2,5 horas después de la dosificación, pero una duración de acción significativamente mayor de 4 a 10 horas, también son más efectivos para disminuir la frecuencia y la gravedad de los

síntomas de acidez estomacal en comparación con los antiácidos.

Los inhibidores de bomba de protones: son los inhibidores más potentes de la secreción de ácido gástrico al unirse de manera irreversible e inhibir la bomba de hidrógeno-potasio (H-K) ATPasa, son más efectivos cuando se toman 30 minutos antes de la primera comida del día porque la cantidad de H-K-ATPasa presente en la célula parietal es mayor después de un ayuno prolongado. Los inhibidores de bomba de protones en dosis estándar durante ocho semanas alivian los síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico y curan la esofagitis en hasta el 86% de los pacientes con esofagitis erosiva. Proporcionan un alivio más rápido de los síntomas y son más efectivos. Las limitaciones de los inhibidores de la bomba de protones incluyen un costo más alto en comparación con los antihistamínicos y los posibles efectos secundarios<sup>1</sup>.

### **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:**

Previo a considerar el tratamiento quirúrgico es indispensable tener la documentación objetiva de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Esto se obtiene mediante endoscopia que demuestra daño a la mucosa evidenciado como esofagitis, estenosis o esófago de Barret. En ausencia de evidencia endoscópica la pH-metría de 24 horas es el estudio de elección.

Todos los pacientes candidatos a cirugía deben tener una endoscopia preoperatoria. La pH-metría está indicada en pacientes valorados para cirugía que no tengan evidencia de daño a la mucosa en la endoscopia.

La manometría preoperatoria es de utilidad para descartar un trastorno motor del esófago que contraindique la cirugía (por ejemplo, la acalasia), se recomienda que se incluya en la valoración preoperatoria sin embargo no hay evidencia concluyente que se deba realizar en todos los pacientes.

Pueden ser considerados para tratamiento quirúrgico paciente con diagnóstico objetivo de enfermedad por reflujo gastroesofágico y alguna de las siguientes:

- ) Pacientes que decidan tratamiento quirúrgico, aunque tenga buena respuesta al tratamiento con medicamentos (debido a la calidad de vida, uso prolongado de medicamentos).
- ) Pacientes jóvenes o con expectativa de vida mayor a 10 años.
- ) Pacientes con regurgitación no controlada con la supresión del ácido.
- ) Pacientes con síntomas asociados a reflujo no ácido.
- ) Pacientes con hernia hiatal gigante (>5 cm).
- ) Pacientes con neumonía por aspiración.

Además de las condiciones mencionadas otras indicaciones para tratamiento quirúrgico pueden incluir a pacientes que tienen manifestaciones extraesofágicas de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Las complicaciones asociadas como estenosis, también es indicación para cirugía antirreflujo; en el caso del esófago de Barret la indicación de cirugía es clara cuando el paciente tiene síntomas asociados como pirosis y regurgitaciones. En el caso de estar completamente asintomático la indicación es más controvertida. Hasta la fecha no se ha demostrado que la cirugía se asocie a disminución en el riesgo de cáncer a largo plazo.

El alivio de los síntomas respiratorios generalmente se puede lograr mediante la funduplicatura en pacientes que también tienen síntomas típicos de reflujo.

Se han descrito diversos procedimientos antirreflujo para el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, los procedimientos más comunes (la funduplicatura de Nissen, Nissen Rosetti y la reparación de Hill) afirman que se trata de una tasa de éxito del 85% para aliviar los síntomas y curar la esofagitis. La mortalidad a largo plazo del tratamiento quirúrgico es bastante

baja. Muchos enfoques quirúrgicos se centran en restaurar un equivalente fisiológico al esfínter esofágico inferior normal.

La funduplicatura de Nissen en muchas series ha sido superior a otros procedimientos, con una mejoría sintomática en 85-90% de los pacientes, este procedimiento originalmente involucraba el pasaje del fondo gástrico detrás del esófago para rodear los 5 cm distales del esófago. Varios estudios observacionales de la funduplicatura laparoscópica tipo Nissen demuestran una seguridad comparable, eficacia a corto plazo y satisfacción del paciente, así como estadías hospitalarias más cortas y tiempos de recuperación que con la operación abierta. Las complicaciones más comúnmente informadas para los procedimientos laparoscópicos fueron lesiones gástricas o esofágicas, lesiones esplénicas o esplenectomía, neumotórax, hemorragia, neumonía, fiebre, infecciones de heridas, distensión abdominal y disfagia. Estas complicaciones mayores fueron poco frecuentes. Algunos estudios han sugerido que el abordaje laparoscópico se ha asociado con una incidencia relativamente alta de disfagia postoperatoria en comparación con un abordaje abierto. No se entiende bien por qué esto puede ocurrir. Puede atribuirse, al menos en parte, a la dificultad para determinar la holgura de la envoltura en la laparoscopia, por esta razón, muchos cirujanos construyen la envoltura sobre una guía esofágica (48 a 60 Fr) para garantizar un "floppie" adecuado. El tipo de procedimiento realizado también puede ser un determinante de la disfagia postoperatoria<sup>1</sup>

Modificaciones de Nissen: una modificación común es una envoltura del fundus de 360 grados sin ligadura de los vasos gástricos cortos (Nissen-Rosetti).

Funduplicatura Toupet: se usa una envoltura posterior parcial de 270 grados para pacientes con anomalías motoras graves asociadas.

Funduplicatura de Dor: envoltura anterior parcial de 180 grados obtenida por vía laparoscópica.

## CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Disfagia: la mayoría de los pacientes tienen algún grado de disfagia postoperatoria y requieren un período de ingesta dietética modificada que consiste principalmente en líquidos de 2 a 12 semanas. El predictor más frecuente de disfagia postoperatoria es la presencia de disfagia preoperatoria. Tales pacientes deben ser aconsejados adecuadamente antes de la cirugía.

Algunos pacientes describen una sensación de "adherencia" en la parte inferior o media del tórax que atribuyen erróneamente a la enfermedad de reflujo gastroesofágico recurrente.

La disfagia que persiste durante más de 12 semanas requiere una evaluación, que generalmente comienza con un trago de bario para evaluar la colocación anatómica de la funduplicatura.

La causa de los síntomas persistentes en estos pacientes no está clara, pero puede implicar factores anatómicos, funcionales y psicológicos. La pequeña migración de la funduplicatura en una dirección cefálica puede resultar de una movilización esofágica inadecuada o de un esófago acortado no reconocido. Sin embargo, no está claro si estos hallazgos están asociados con síntomas y, por lo tanto, pueden explicar la disfagia. Un paciente asintomático puede ser seguido expectante. Los pacientes con síntomas de disfagia o reflujo percibido deben someterse a manometría, pruebas de pH y endoscopia para comprender el impacto, si lo hay, de la migración cefálica. Los síntomas tienden a disminuir con el tiempo en la mayoría de los pacientes. En pacientes con síntomas persistentes graves, a pesar de los enfoques de tratamiento anteriores y que han documentado gastroparesia la piloroplastia, botox pilórico y dilatación neumática pilórica son opciones en pacientes seleccionados.

Cirugía de revisión: aproximadamente del 5 al 10% de los pacientes necesitarán cirugía de revisión después de la funduplicatura laparoscópica. Las razones más frecuentes para la

revisión son la acidez estomacal y la disfagia recurrentes, y el factor predictivo más frecuente de disfagia postoperatoria fue la disfagia preoperatoria.

## SEGUIMIENTO POSOPERATORIO

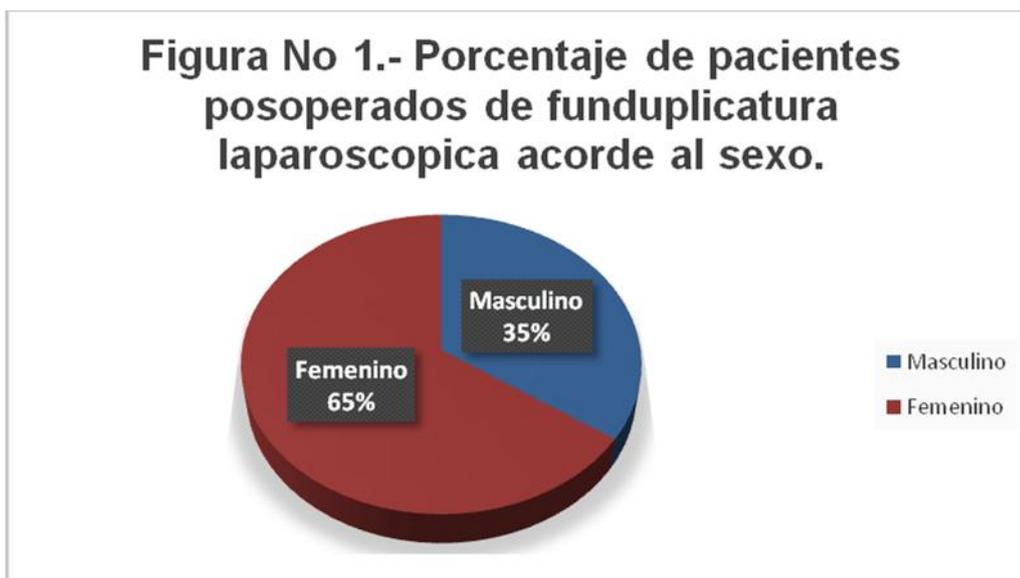
En los últimos años, varios estudios han puesto énfasis en evaluar los resultados postoperatorios, especialmente en la presencia de sintomatología residual posterior a la cirugía y su impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Aunque el éxito de la cirugía se evalúa mediante el control de los síntomas asociado a enfermedad por reflujo gastroesofágico, es común que la presencia y la intensidad de la sintomatología residual se interprete como fracaso. La recuperación de la calidad de vida desde el punto de vista del paciente como parte los resultados de

los procedimientos realizados es una piedra angular en la medición subjetiva del éxito terapéutico.

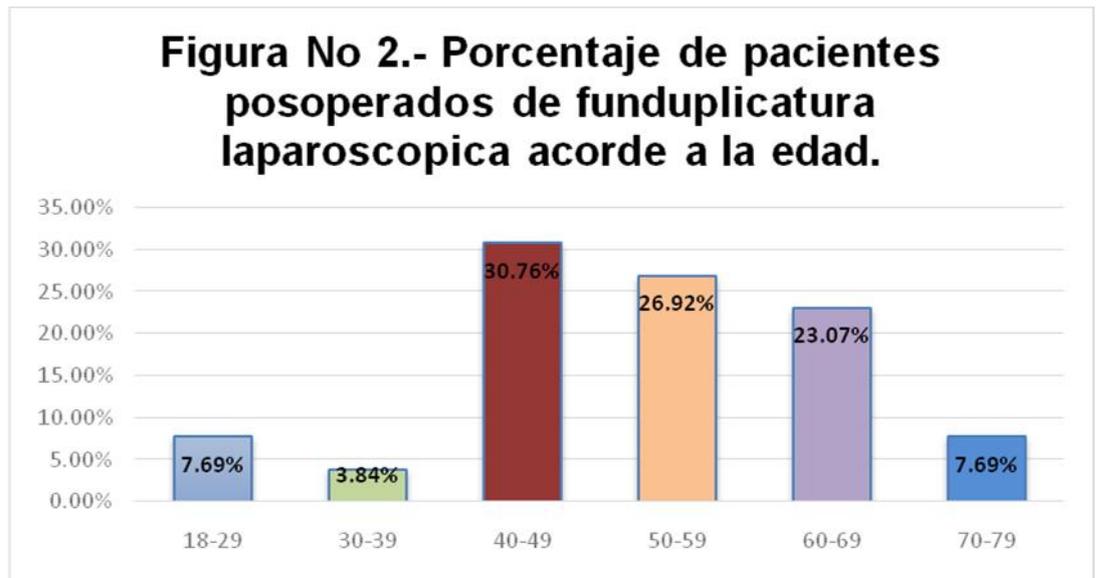
La evaluación de la calidad de vida mediante la escala de Visick en pacientes operados de cirugía antirreflujo por laparoscopia, consta de las siguientes categorías:

- I. Excelente (Asintomático)
- II. Buena. (Síntomas que se controlan fácilmente con medidas generales como cambios en la dieta)
- III. Moderada. Síntomas moderados no controlados, pero no tienen intervención con su vida socioeconómica.
- IV. Mala. Síntomas moderados no controlados, que tienen impacto con su vida socioeconómica.
- V. Muy mala. Síntomas importantes, más intensos que antes de la cirugía<sup>9</sup>.



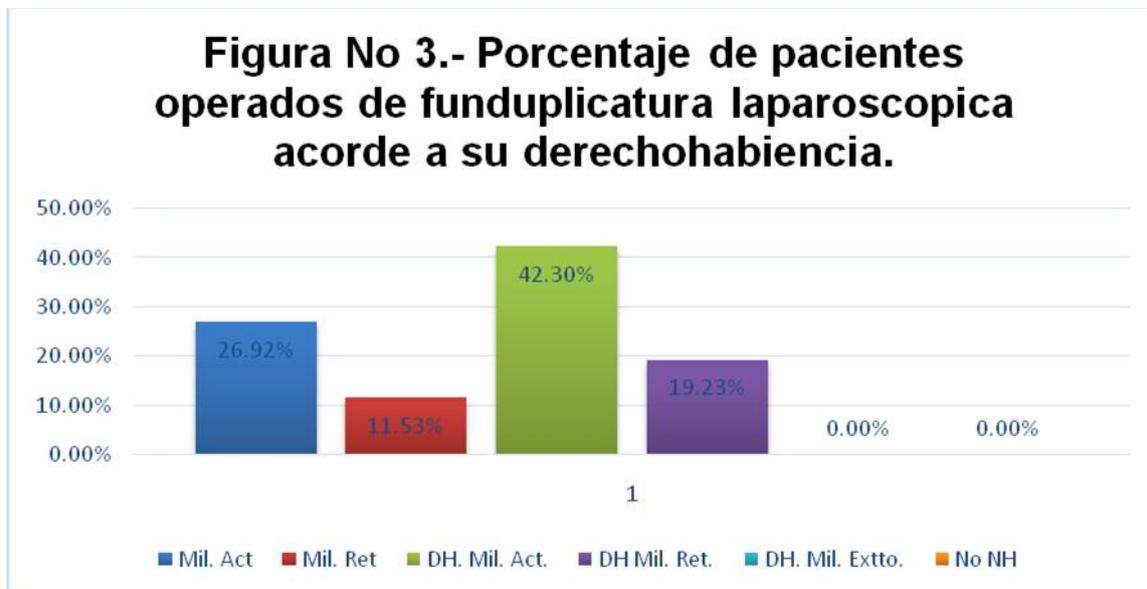
Fuente: formato de recolección de datos

En la figura No 1.- Se observa que el sexo de los pacientes posoperados de funduplicatura por laparoscopia encuestados fueron femeninas con 65% y masculinos con 35%.



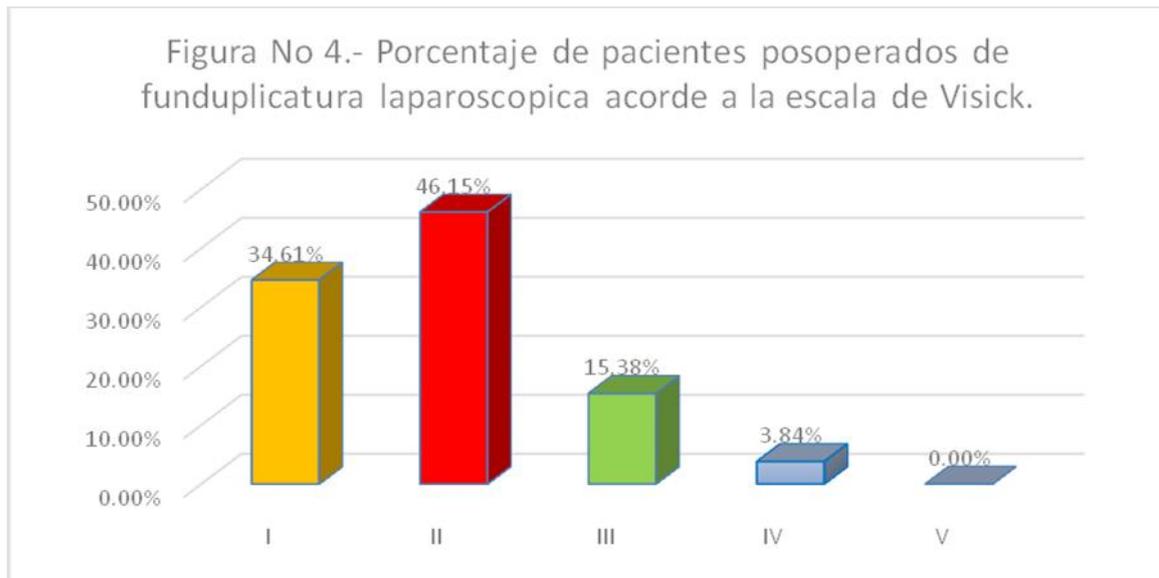
Fuente: formato de recolección de datos

En la figura No 2.- Se observa la distribución por edad de los pacientes posoperados de funduplicatura por laparoscopia que participaron en el estudio siendo el rango de edad de 40 a 49 años con 30.76%, con 26.92% de 50 a 59 años, con 23.07% de 60 a 69 años, con 7.69% los de 70 a 79, con 7.69% de 19 a 29% y con 3.84% los de 30 a 39 años.



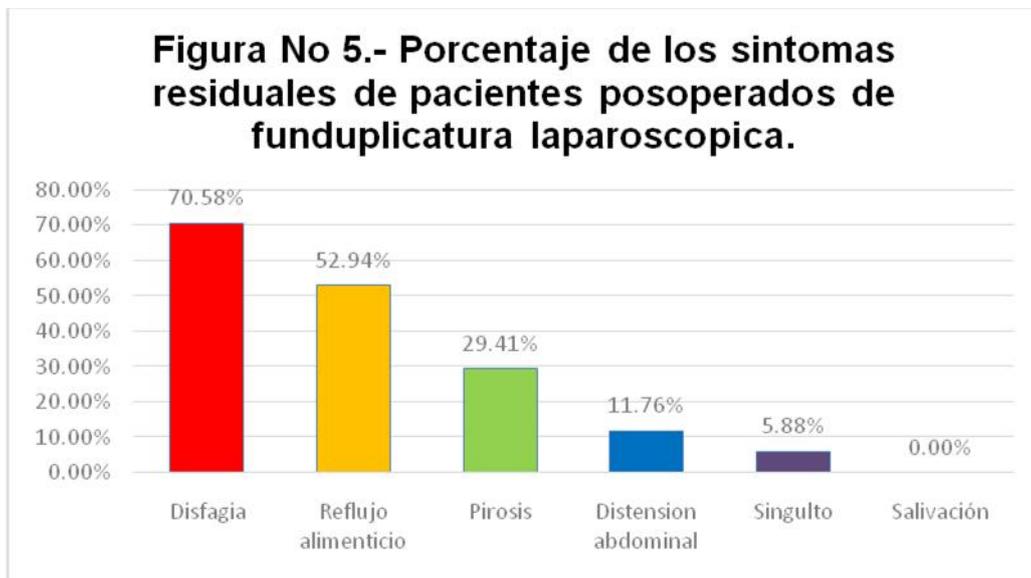
Fuente: formato de recolección de datos

En la figura No 3.- Se observa la distribución por derechohabiencia de los pacientes posoperados de funduplicatura por laparoscopia que participaron en el estudio siendo los derechohabientes de militares en el activo más frecuente con 42.30%, seguido de militares activos con 26.92%, derechohabientes de militar retirado con 19.23%, militar retirado con 11.23% y 0% de derechohabiente de militar extinto y 0% de no derechohabiente.



Fuente: formato de recolección de datos

En la figura No 4.- Se observa la distribución de la presencia de síntomas residuales mediante la escala de Visick de los pacientes posoperados de funduplicatura por laparoscopia que participaron en el estudio, con 46.5% en grado II, 34.61% en grado I, con 15.38% con grado III, con 3.84% en grado IV y con 0.0% en grado V.



Fuente: formato de recolección de datos

En la figura No 5.- Se observa el porcentaje de cada uno de los síntomas residuales en pacientes posoperados de funduplicatura por laparoscopia que participaron en el estudio, cursando con disfagia el 70.58%, seguido de reflujo alimenticio en 52.94%, pirosis en 29.41%, distensión abdominal con 11.76%, singulto con 5.88% y salivación con 0%.

## Protección de personas y animals

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

## Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

## Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Fuentes de financiamiento

Los autores declaran el uso de recursos propios para llevar a cabo la investigación.

## REFERENCIAS

- 1.- De Jesús González-Izquierdo, J., Jesús Hernández-Aguilar, T., Palomares-Chacón, U. R., Fernando Castelltor Hernández, L., Víctor, J., Navarro, P., & Anaya-Prado, R. (2015). Tratamiento actual de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Cirujano General*, 37(2), 38–43. Retrieved from [www.medigraphic.com/cirujanogeneralwww.medigraphic.org.mxwww.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.com/cirujanogeneralwww.medigraphic.org.mxwww.medigraphic.org.mx)
- 2.- de Mezerville Cantillo, L., Cabas Sánchez, J., Contreras, F., Castellanos García, L. F., Dondis C., J. E., Galdámez, J., ... Remes-Troche, J. M. (2014). Guía práctica de la asociación centroamericana y del caribe de gastroenterología y endoscopia digestiva (ACCGED) para el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). *Acta Gastroenterologica Latinoamericana*.
- 3.- Del, M. D. F. J. (2014). Diagnóstico y manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. 1–47.
- 4.- Fuchs, K. H., Babic, B., Breithaupt, W., Dallemagne, B., Fingerhut, A., Furnee, E., ... Zaninotto, G. (2014). EAES recommendations for the management of gastroesophageal reflux disease. *Surgical Endoscopy*. <https://doi.org/10.1007/s00464-014-3431-z>
- 5.- Galindo, G., Vassalle, J., Marcus, S. N., & Triadafilopoulos, G. (2013). Multimodality evaluation of patients with gastroesophageal reflux disease symptoms who have failed empiric proton pump inhibitor therapy. *Diseases of the Esophagus*. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2050.2012.01381.x>
- 6.- Huerta-Iga, F., Bielsa-Fernández, M. V., Remes-Troche, J. M., Valdovinos-Díaz, M. A., & Tamayo-de la Cuesta, J. L. (2016). Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: recomendaciones de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. *Revista de Gastroenterología de Mexico*. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.04.003>
- 7.- Iwakiri, K., Kinoshita, Y., Habu, Y., Oshima, T., Manabe, N., Fujiwara, Y., ... Shimosegawa, T. (2016). Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease 2015. *Journal of Gastroenterology*. <https://doi.org/10.1007/s00535-016-1227-8>
- 8.- Olmos, J. a, Piskorz, M. M., & Vela, M. F. (2016). Revisión sobre enfermedad por reflujo. *Acta Gastroenerol Latinoam*.
- 9.- Prieto-Díaz-Chávez, E., Medina-Chávez, J. L., Brizuela-Araujo, C. A., González-Jiménez, M. A., Mellín-Landa, T. E., Gómez-García, T. S., ... Vásquez, C. (2014). Calidad de vida y grado de satisfacción de pacientes postoperados de funduplicatura de Nissen laparoscópica. *Revista de Gastroenterología de Mexico*. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2013.11.003>

- 10.- Sollano, J. D., Romano, R. P., Ibañez-Guzman, L., Lontok, M. A. D. C., de Ocampo, S. Q., Policarpio, A. A., ... Bocobo, J. C. (2015). Clinical practice guidelines on the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD). Phillipine Journal of Internal Medicine.

Access this Article in Online	
	Website: <a href="http://www.ijarm.com">www.ijarm.com</a>
	Subject: Medical Sciences
Quick Response Code	
DOI: <a href="https://doi.org/10.22192/ijamr.2021.08.11.001">10.22192/ijamr.2021.08.11.001</a>	

How to cite this article:

Cesar Ernesto Sánchez Méndez, Manuel Alejandro Hernández Rojas, Alex Simon Mendoza, Gerardo Rodarte Cajica, Gustavo Leal Mérida. (2021). Calidad de vida de pacientes posoperados de funduplicatura por laparoscopia en el Centro Médico Naval. Int. J. Adv. Multidiscip. Res. 8(11): 1-13.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22192/ijamr.2021.08.11.001>