



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN - MANAGUA
HOSPITAL ESCUELA DR. ALEJANDRO DAVILA BOLAÑOS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL**

*“Calidad de vida de pacientes con acalasia posterior a miotomía de Heller
laparoscópica en el servicio de cirugía general del Hospital Militar Escuela
Alejandro Dávila Bolaños en el periodo de mayo 2015 a mayo 2020”*

Autora:

Dra. Jenniffers Tatiana Ortiz Ebanks.

Residente de Cirugía.

Tutor:

Mayor y Dr. Carlos Ramiro Romero Manfut

Especialista en Cirugía General y laparoscopia avanzada

Managua, 12 Enero de 2021



DEDICATORIA

Mis dos ángeles en el cielo, Américo y Mary



OPINION DEL TUTOR

La comida desempeña un papel crucial en las interacciones sociales. La alteración en la capacidad de deglutir tiene un gran impacto negativo en la calidad de vida. A pesar de su carácter paliativo y aunque no es eficaz al 100% contra todos los síntomas relacionados con el trastorno de la motilidad esofágica, el tratamiento quirúrgico de la acalasia es una operación gratificante para el cirujano, que tiene la oportunidad de ofrecer a su paciente la posibilidad de recuperar una vida social normal.

La miotomía laparoscópica de Heller se asocia con la mayor supervivencia ajustada a la calidad y, en tanto no haya un tratamiento médico que sea capaz de restablecer un peristaltismo esofágico normal, la miotomía laparoscópica seguirá siendo la mejor opción a largo plazo para los pacientes seleccionados para cirugía.

Con este trabajo se pretende crear un precedente y crear conciencia sobre el manejo multidisciplinario que esta patología exige por el impacto en la vida cotidiana del paciente, dejando atrás solo la mejoría de los síntomas e incluyendo la mejoría física, psíquica y social en los pacientes que padecen de acalasia

No existe un cuestionario específico utilizado para esta patología, dado que en hospital Militar es una práctica que ha venido en aumento, consideramos importante este tema para mejorar la atención de nuestros pacientes, ya que calidad de vida involucra el bienestar del paciente los cuales son importantes para nuestra institución, determinando características de nuestra población y en un futura realizar un cuestionario ajustado a la patología y a factores presentes en pacientes con enfermedades motoras primarias del esófago

En los últimos años en la medicina y el campo quirúrgico no es la excepción ha tenido auge la calidad de vida como variable de publicaciones medicas a nivel mundial, y en nuestro servicio brindamos excelencia quirúrgica con calidez humana.



AGRADECIMIENTOS

Primero agradecer a Dios por ser el pilar fundamental, a mis padres por el apoyo brindado durante estos 4 años, a mi hija por comprender y a mis maestros por guiarme



RESUMEN

Con el objetivo de conocer cuál es la calidad de vida de los pacientes con acalasia posterior a miotomía de Heller laparoscópica, sus características clínicas y comorbilidades en el servicio de cirugía general del H.M.E.D.A.D.B. en el periodo de mayo 2015 a mayo 2020, se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. Fueron analizados los datos sobre las características sociodemográficas y antecedentes clínicos, estudios de imágenes, cuestionario clínico. Del análisis y discusión de los resultados obtenidos, se alcanzaron las siguientes conclusiones: La edad más común estadísticamente fue de 30 a 39 años, el 60% de los pacientes eran del sexo femenino, la procedencia urbana se observó en el 84% de la población, el 48% poseían escolaridad superior y 36% no tenían ningún tipo de ocupación, el 52% de la población poseían el antecedente de tabaquismo y 48% presentaron antecedente de alcoholismo, el 16% de la población poseía antecedente de hepatopatía y de diabetes de manera equivalente. La pirosis, la plenitud y el reflujo fueron los principales síntomas asociados. El cuestionario aplicado en el post quirúrgico con el objetivo de evaluar la respuesta clínica, permitió en una media una adecuada respuesta con una media mayor a 70 considerándose como una correcta mejoría clínica asociada al procedimiento quirúrgico



Índice

Portada.....	1
Dedicatoria.....	2
Opinión del tutor.....	3
Agradecimientos.....	4
Resumen.....	5
Índice.....	6
I. Introducción.....	9
II. Antecedentes	10
Estudios Internacionales	11
Estudios Nacional	11
III. Justificación.....	12
Originalidad	12
Conveniencia institucional	12
Relevancia Social.....	12
Valor Teórico	12
Relevancia Metodológica	12
IV. Planteamiento del Problema	13
Caracterización	13
Delimitación.....	13
Formulación	13
Sistematización	13
V. Objetivos	14
Objetivo General	14
Objetivos Específicos.....	14
VI. Marco Teórico	15



Anatomía	15
Relaciones anatómicas	16
Vascularización	18
Fisiología de esófago y unión gastroesofágica.....	20
Acalasia.....	22
Diagnóstico.....	24
Técnica quirúrgica	27
Tratamiento	28
Evaluación de calidad de vida.....	31
VII. Diseño Metodológico	33
Tipo de estudio.....	33
Área de estudio	33
Universo	33
Muestra	33
Tipo de muestreo	33
Criterios de Inclusión/Exclusión	33
Unidad de Análisis	34
Obtención de la información.....	34
Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos e Información.....	34
Lista de variables por objetivo	34
Matriz de Operacionalización de Variables	35
Plan de Tabulación y Análisis Estadístico	41
Resultados	42



VIII.	Discusión.....	51
IX.	Conclusiones.....	54
X.	Recomendaciones.....	56
XI.	Referencias Bibliográficas.....	57
XII.	Anexo.....	59



INTRODUCCIÓN

La acalasia es una enfermedad comprendida dentro del grupo de trastornos motores del esófago. Es un trastorno que se caracteriza por un aumento de las presiones del esfínter esofágico inferior, con imposibilidad de relajación completa del mismo y ausencia de peristaltismo del cuerpo esofágico, en las últimas etapas de la enfermedad.

Los cuestionarios que miden la calidad de vida relacionados a una enfermedad buscan capturar los aspectos físicos, mentales, sociales y emocionales que producen una condición en particular, midiendo su impacto en los individuos. Para medir la calidad de vida existen cuestionarios específicos por enfermedad, los cuales combinan la severidad de la enfermedad con el impacto social y emocional, dificultando la medición real del impacto en la calidad de vida.

El cuestionario de calidad de vida gastrointestinal GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index) para su aplicación en pacientes operados del aparato gastrointestinal es ampliamente usada por gastroenterólogos y cirujanos digestivos, permitiendo una mejor comprensión clínica y pronóstica de la condición de los pacientes post quirúrgicos.

En nuestro medio el seguimiento a estos pacientes se puede considerar de manera incipiente y con algunos sectores no interrogados en el periodo post quirúrgico, conllevando a una no prevención de las posibles repercusiones postquirúrgicas, por lo cual un interrogatorio en las condiciones clínicas postquirúrgicas nos permite un mejor pronóstico de los pacientes el cual es el fin de este estudio para una sugerencia de implementación de seguimiento a los pacientes post quirúrgicos de acalasia por miotomía de Heller.

ANTECEDENTES

Estudios Internacionales

Montiel y colaboradores en su estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal el cual incluía 26 pacientes, concluyó que el método quirúrgico más utilizado fue a predominio del laparoscópico, siendo la técnica de Heller-Dor el procedimiento de elección. Hubo una sola complicación posoperatoria: la fistula esofágica. La mortalidad de la serie en este periodo asociada a intervención quirúrgica fue nula, la presentación clínica inicial más frecuente en pacientes con presencia de disfagia en un 46% de los casos y 34% regurgitaciones, en cuanto al tipo de acalasia según el grado el 50% fue grado II y en el 46,2% grado III (Montiel, Rojas, & et-al, 2020)

Roque González y colaboradores, en su estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo, donde fueron incluidos 101 pacientes. Las edades oscilaban entre 18 y 78 años con una media de 47 años. No se evidenció diferencia significativa respecto al sexo. El tiempo medio de evolución de los síntomas fue de 62 meses, con una media de 3,3 en la escala de disfagia y una presión de reposo del esfínter esofágico inferior (mmHg) $38,7 \pm 16,8$, se obtuvo un GIQLI inicial de $85,3 \pm 20,4$ que aumentó al año a $131,6 \pm 10,5$ (Roque, Martinez, & et-al, 2019)

Rodríguez y colaboradores en su estudio descriptivo de corte transversal realizado a 38 pacientes post quirúrgicos de miotomía en la aplicación de cuestionario de GIQLI, la mayoría de los pacientes eran del sexo femenino, se observó una media de edad de 43 años, se observó mejoría clínica en los ítems de síntomas y disfunción emocional, no se observó adecuado entendimiento en el acápite de efectos del tratamiento, se evidencio mejoría significativa post quirúrgica a los 3 meses (Rodríguez, Moreno, & et-al, 2018)



Roberto Oleas en su estudio observacional, analítico, longitudinal prospectivo, de tipo ensayo clínico diagnóstico, que incluyó a 30 pacientes concluyó el 60% de los pacientes eran mujeres, la edad media en años era de 48; se observó en un 56% de la población poseer un nivel académico superior, con una media de 24 meses de evolución de los síntomas, con un promedio de 3 valoraciones clínicas previas a procedimiento, los síntomas clínicos mas observados en más de un 90% de la población fue reflujo, pirosis (Roberto-Oleas, 2018)

Federico Roesch y colaboradores, en su estudio descriptivo de corte transversal que incluía a 11 pacientes, concluyó que la edad promedio de los pacientes fue de 41.7 ± 7.69 años, respecto al sexo se evidenció preferencia en los varones con el 63.64%. El tiempo promedio de la enfermedad fue de 2.5 ± 1.38 años. Todos los pacientes recibieron tratamiento médico y endoscópico sin éxito. El diagnóstico fue corroborado por: esofagograma, endoscopia y manometría. A los 11 pacientes se les realizó miotomía de Heller y funduplicatura. El tiempo quirúrgico fue de 140.4 ± 26.2 min. El promedio días/estancia fue de 3.7 ± 1.4 días. La evolución posoperatoria fue satisfactoria en todos los casos y sin mortalidad perioperatoria. El seguimiento promedio fue de 3.8 ± 2.3 años (Roesch-Dietlen & et-al, 2013)

Estudios Nacionales

No se encontraron estudios a nivel nacional

No se encontraron estudios en el Hospital Militar Dr. Alejandro Dávila Bolaños.



JUSTIFICACIÓN

Originalidad: el generar información propia de nuestra población, permite el desarrollar medidas de acción y pronóstico, a su vez de implementación de protocolos actualizados y personalizados según las condiciones propias de cada paciente.

Conveniencia institucional: Es importante destacar la pertinencia de esta problemática a nivel institucional ya que la implementación de este procedimiento como alternativa terapéutica y la respuesta de los mismos permitirá estadísticas propias de nuestra población.

Relevancia Social: el identificar los factores asociados al igual que las características clínicas de los pacientes los cuales necesitan este procedimiento permite el desarrollar alternativas preventivas y terapéuticas.

Valor Teórico: El aporte científico de este estudio permitirá obtener información propia y veraz, así como el propósito de este estudio sirva de base para crear protocolos de acción postquirúrgicos de los pacientes.

Relevancia Metodológica: la realización de este estudio permitirá determinar estadísticas, frecuencias e impactos que se permita comprar con estudios internacional para y las cifras propias de nuestra población nacional.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Caracterización

En Nicaragua la alternativa terapéutica para la acalasia mediante la miotomía de Heller, se encuentra en constante desarrollo, por lo cual su posterior evolución es determinante para comprender las principales necesidades de vigilancia ulterior.

Delimitación

El Hospital Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, posee un ingreso al servicio de cirugía general, donde la acalasia no es la excepción, al ser tratadas con miotomía de Heller el comprender las características posteriores permite poseer información que sirva de fundamento para mejorar la calidad de los pacientes.

Formulación

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesto, se plantea la siguiente pregunta: ¿cómo es la calidad de vida de pacientes con acalasia posterior a miotomía de Heller laparoscópica en el servicio de cirugía general del Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños en el periodo de mayo 2015 a mayo 2020?

Sistematización

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio?
2. ¿Cuáles son las principales comorbilidades y hallazgos clínicos en los pacientes objeto de este estudio?
3. ¿Cuáles son los resultados del cuestionario GIQLI en la población de estudio?
4. ¿Cuáles son las principales condiciones de calidad de vida en la población de estudio asociado al cuestionario GIQLI?



OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer cuál es la calidad de vida de los pacientes con acalasia posterior a miotomía de Heller laparoscópica, sus características clínicas y comorbilidades en el servicio de cirugía general del H.M.E.D.A.D.B. en el periodo de mayo 2015 a mayo 2020

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio
2. Identificar las principales comorbilidades y hallazgos clínicos en los pacientes objeto de este estudio.
3. Detallar los resultados del cuestionario GIQLI en la población de estudio.
4. Describir las principales condiciones de calidad de vida en la población de estudio asociado al cuestionario GIQLI

MARCO TEÓRICO

La acalasia es una enfermedad comprendida dentro del grupo de trastornos motores del esófago. Es un trastorno que se caracteriza por un aumento de las presiones del esfínter esofágico inferior, con imposibilidad de relajación completa del mismo y ausencia de peristaltismo del cuerpo esofágico, en las últimas etapas de la enfermedad.

Se trata de una entidad poco frecuente, con una prevalencia para la forma idiopática de 0,03 a 1 por 100.000 habitantes por año en todo el mundo y una incidencia de 0,4 a 0,6 por 100.000 habitantes. Puede verse a cualquier edad, aunque predomina entre los 20 a 40 años, presentándose con igual frecuencia en ambos sexos. Fue descrita por primera vez por Willis en 1674, tratando al paciente con dilatación con un hueso de ballena.

ANATOMIA

El esófago es el sector del tubo digestivo interpuesto entre la faringe y el estómago. Se inicia en la extremidad inferior de la faringe y desde allí desciende pasando por la porción inferior del cuello, el mediastino posterior, el diafragma, y la región celíaca, donde desemboca en el estómago a nivel del orificio denominado *cardias*. En su recorrido se dirige oblicuamente hacia abajo y a la izquierda, ya que mientras su sector inicial ocupa una posición medial, su sector inferior se encuentra a 2 cm. a la izquierda de la línea media.

En sentido anteroposterior describe una curva cóncava hacia delante, y en sentido transversal, presenta un eje sinuoso, primero desviado a la izquierda (hasta la 4ª vértebra dorsal), luego se incurva a la derecha, por la presencia del cayado aortico, llegando hasta la línea media. A nivel de la 7ª vértebra dorsal se inclina nuevamente hacia la izquierda hasta llegar al estómago. Mide aproximadamente unos 25-28cm de largo. El esófago presenta tres estrechamientos anatómicos:



- ✓ Cricofaríngeo, a nivel de la 6ª vertebra cervical o a los 12 - 15cm. desde la arcada dentaria en las mujeres o 14- 16cm en los hombres.
- ✓ Aorticobronquico: a los 23-29 cm de la arcada dentaria en los hombres o a los 22-27 cm. en las mujeres.
- ✓ Diafragmático: a nivel del hiato diafragmático, a los 40 cm. aproximadamente, de la arcada dentaria.

Asimismo, se consideran tres estrechamientos secundarios:

- Retroesternal
- Cardíaco
- Supradiafragmático

La importancia de los tres estrechamientos principales radica en que constituyen el lugar donde asientan la mayor parte de las patologías del esófago (impactación de cuerpo extraño, estenosis caústica o cáncer) La pared del esófago esta constituida por una capa interna formada por mucosa y submucosa, resistente, espesa y flexible. La capa muscular consta de un sector interno de fibras dispuestas en sentido circular y un sector externo de fibras longitudinales, entre ambas capas existe tejido areolar, que constituye un excelente plano de decolamiento.

A nivel del sector inferior del esófago se encuentra el esfínter esofágico inferior (EEI), formado por fibras musculares del esófago distal. En cuanto al revestimiento del esófago esta constituido por epitelio escamoso, pasando a epitelio columnar en los 2 últimos cm. del esófago abdominal, si bien pueden encontrarse islas de epitelio columnar a cualquier nivel del esófago.

RELACIONES ANATOMICAS

Orificio Superior: se relaciona por delante con el borde inferior del cartílago cricoides, hacia atrás con la 6ª vértebra cervical.



Porción cervical: Hacia delante se encuentra en relación con la tráquea y el nervio recurrente izquierdo. El nervio recurrente derecho se relaciona con el borde derecho del esófago. Estas tres estructuras (esófago, tráquea y recurrentes) se encuentran envueltos por la vaina visceral del cuello. Hacia atrás presenta relación con la aponeurosis prevertebral y la columna vertebral, a través del espacio retrovisceral. Por último hacia los lados, se relaciona por intermedio de la vaina visceral, con los lóbulos de la tiroides, con el paquete neurovascular de cuello y con la arteria tiroidea inferior.

Porción torácica: Situado en el mediastino posterior, se relaciona hacia delante con la tráquea, la carina y el origen del bronquio fuente izquierdo, con los ganglios intertraqueobronquiales, con la arteria bronquial y pulmonar derecha, con el pericardio. Hacia atrás, esta aplicado sobre la columna vertebral hasta la 4^a vértebra dorsal, desde allí, se aleja del raquis pasando a tener relación con la aorta torácica descendente, con la vena ácigos mayor, con el conducto torácico, colocado a lo largo del borde derecho de la aorta, con los fondos de saco pleurales interácigosesofágicos e interaorticoesofágicos, con la vena ácigos menor y las primeras arterias intercostales derechas. A la derecha se relaciona con el cayado de la ácigos a la altura de la 4^a vértebra dorsal, por arriba y debajo de esta se relaciona con la pleura y pulmón derecho y con el recurrente derecho que pasa por debajo del cayado de la ácigos para ubicarse luego un poco en su cara posterior. A la izquierda, también a la altura de la 4^a vértebra dorsal, el esófago esta cruzado por el cayado de la aorta. Por encima de esta entra en relación con la pleura y el pulmón izquierdo, de los que está separado por la subclavia izquierda y el conducto torácico. Por debajo del cayado de la aorta, entra en relación con la aorta torácica descendente, la que luego se ubica por detrás del esófago. El vago izquierdo llega al esófago por debajo del bronquio fuente izquierdo, descendiendo luego por su cara anterior. Más allá del pedículo pulmonar, se relaciona con el ligamento triangular del pulmón.

Porción diafragmática o hiato esofágico: El hiato esofágico se encuentra situado a arriba y a la izquierda del aórtico, se trata de un verdadero trayecto entre dos

espesos bordes musculares, formado básicamente a expensas del pilar derecho del diafragma, con algunas fibras de refuerzo que llegan desde el pilar izquierdo. El esófago está unido al diafragma, en su pasaje por este, por fibras musculares y sobre todo por una membrana anular conjuntiva, la membrana freno-esofágica. Esta membrana está constituida por los siguientes elementos:

- Pleura
- Fascia endotorácica
- Fascia freno-esofágica
- Fascia transversal(endoabdominal)
- Peritoneo

Porción abdominal: Presenta una longitud de 2 a 4 cm. A este nivel el esófago se encuentra cubierto por peritoneo por su cara anterior, la cual se relaciona además con la cara posterior del hígado. Su cara posterior se apoya sobre el pilar izquierdo del diafragma, la rama interna de la arteria diafragmática inferior izquierda pasa a aproximadamente 1 cm. del orificio esofágico. A través del diafragma se relaciona con la aorta, que se encuentra por detrás y a la derecha y con el pulmón izquierdo en su sector más declive. El borde izquierdo se corresponde por arriba con el ligamento triangular izquierdo del hígado, el borde derecho está flanqueado por el epiplón menor. El esófago abdominal termina en el estómago a nivel del cardias. El ángulo agudo formado por la unión esófago con la tuberosidad mayor del estómago, se denomina ángulo de His, correlacionado desde el lado mucoso con la válvula de Gubaroff.

VASCULARIZACION

Arterial: La vascularización arterial del esófago proviene de 6 fuentes. Tres fundamentales, constituidas por las arterias tiroideas inferiores, las arterias bronquicas y la arteria gástrica izquierda. Los vasos secundarios están representados por 2 o 3 ramos originados directamente de la aorta descendente, ramos inconstantes originados de las arterias intercostales y ramos de la arteria diafragmática inferior izquierda.



Clásicamente se ha considerado al esófago como un órgano crítico desde el punto de vista de su vascularización, sin embargo, hay quienes plantean que en realidad la vascularización del esófago parece pobre, siendo esta suficiente de acuerdo al escaso metabolismo del mismo, por lo cual se plantea que las dehisencias anastómicas serían secundarias a un defecto técnico y no de la vascularización.

Venosa en cuanto al drenaje venoso, se produce por venas sistémicas a nivel de los dos tercios superiores y por el sistema porta en el tercio inferior, existiendo numerosas anastomosis entre las venas esofágicas que drenan a las venas sistémicas y las drenan al sistema portal. Las venas de la unión esofagogástrica merecen especial atención. La vena diafragmática inferior izquierda puede desembocar en la vena suprarrenal izquierda, en la cava inferior o ambas. Cuando desemboca totalmente en esta última, pasa por delante del esófago. La vena gástrica izquierda comienza en la mitad de la curvatura menor, llegando hasta a 2 – 3 cm. del hiato esofágico, donde recibe de 1 a 3 tributarias del esófago. Desde aquí se incurva hacia la derecha y abajo, llegando a la vena porta en la mayoría de los casos, o bien se dirige hacia atrás para drenar en la vena esplénica.

Linfática los vasos linfáticos corren en forma longitudinal a nivel de la submucosa, penetrando luego en la muscular y desde allí se dirigen a las cadenas ganglionares regionales. Los linfáticos del esófago cervical se dirigen a las cadenas yugulocarotídeas, supraclaviculares, paratraqueales superiores y recurrentes. El esófago torácico drena en la región posterior a los grupos mediastinales posteriores, intercostales y paraesofágicos, y en el sector anterior, en los grupos traqueales, subcarinales, hiliares, paracardiales y celíacos. Por último, los linfáticos de la unión esofagogástrica, siguen a las arterias coronaria estomáquica y sus ramos esofágicos y a la esplénica y sus ramas.

INERVACIÓN

La inervación del esófago puede ser dividida en intrínseca y extrínseca. La inervación intrínseca está dada por los plexos de Meissner y Auerbach, los que se encuentran situados en el espesor de la pared esofágica. La inervación extrínseca

proviene de una fuente cerebroespinal originada en los pares craneanos IX , X y XI, simpática y parasimpática, representada por ramas del nervio neumogástrico. Este se conecta a lo largo de todo el esófago con ramos cervicales, mediastinales y abdominales superiores de la cadena simpática.

FISIOLOGIA DEL ESOFAGO Y LA UNION GASTROESOFAGICA

Si se considera su función, se puede dividir al esófago en tres sectores: el esfínter esofágico superior, el cuerpo del esófago y el esfínter esofágico inferior (EEI). De la actividad coordinada de estos tres sectores resulta una motilidad adecuada del esófago.

Esfínter Esófago Superior: Está formado por el músculo cricofaríngeo y un sector del constrictor inferior y del esófago superior. Recibe su inervación motora directamente del tallo encefálico. Mide aproximadamente 2.5 – 4.5 cm. de longitud, medido por manometría. Permanece en contracción tónica, con una presión de reposo de alrededor de 100 mm Hg. Las funciones de este esfínter son: prevenir el paso de aire de la faringe hacia el esófago y el reflujo de contenido esofágico hacia la faringe.

Cuerpo Esófago: Se inicia unos 4-6cm. por debajo del cricofaríngeo y se extiende 12-14 cm. hasta la región del esfínter esofágico inferior. Carece de actividad motora en reposo. Cuando pasa el alimento a través del esfínter esofágico superior, se inicia una contracción el sector superior del esófago que progresa en sentido distal hasta el estómago. Estas ondas peristálticas viajan a 3 – 4 cm./ seg. y duran entre 3 y 4.5 segundos, con una amplitud de 60 a 140 mmHg. en el sector inferior. La onda iniciada por la deglución se denomina peristaltismo primario, el secundario es aquel que resulta de la estimulación de receptores sensoriales en el cuerpo del esófago por alimento que no ha sido eliminado por las ondas primarias, o debido a reflujo gastroesofágico. Las ondas terciarias son contracciones no propulsoras que pueden ocurrir en cualquier nivel del esófago. No tienen función fisiológica, observándose en general en ancianos o personas con trastornos de la motilidad esofágica.



Esfínter Esofágico Inferior: Constituye una unidad funcional con la crura diafragmática y el fondo gástrico, que favorece el ingreso del bolo alimenticio al estómago, protege al esófago del reflujo de contenido gástrico y permite la eliminación de aire como mecanismo fisiológico de descompresión gástrica. Elemento esencial en la protección del esófago contra el reflujo. Se pueden identificar 2 componentes: -intrínseco: músculo liso del EEI. -extrínseco: pilar derecho del diafragma. El esfínter intrínseco es aquel sector de 3-4 cm. contraído tónicamente, que se topografía próximo a la unión gastroesofágica.

La presión de reposo varía entre 15 a 25 mmHg. por arriba de la presión intragástrica. Debido a su función, permitir el pasaje del bolo alimenticio, el esfínter se relaja entre 5 –10 segundos, recuperando luego su presión de reposo. Se plantea que la relajación depende de neurotransmisores no adrenérgicos, no colinérgicos, como el polipéptido intestinal vasoactivo y el óxido nítrico. El EEI puede caracterizarse por su longitud, presión de reposo.

Actuarían como estimulantes de la contracción: acetil colina, gastrina, motilina, dopamina, alfa adrenérgicos, histamina, serotonina, prostanglandina F, somatostatina, PP, sustancia P, indometacina, metoclopramida, cisapride, proteínas. Se mencionan como inhibidores de la contracción: glucagón, óxido nítrico, secretina, dopamina, beta-adrenérgicos, progesterona, VIP, prostanglandina A, colecistokinina, polipéptido inhibidor gástrico, nicotina, xantinas, morfina, grasas.

Componente extrínseco: La relación funcional entre el hiato y el esófago parte de un origen embriológico común. El diafragma está compuesto por un sector costal que se origina en los mioblastos que forman el sector lateral de la pared y se inserta en las costillas y un sector crural que proviene del mesenterio dorsal del esófago y se inserta en la columna. Este último, el diafragma crural y especialmente el pilar derecho, forma el hiato esofágico. La contracción diafragmática origina un incremento de la presión del EEI, durante la inspiración

tranquila aumenta la presión del EEI en 10 a 20 mmHg., pero aumentar hasta 100 mmHg. Con la contracción máxima del diafragma

ACALASIA

La palabra 'acalasia' es un neologismo de origen griego, acuñado por el médico inglés Sir Edwin Cooper en 1913, y significa: sin calidad de relajación. La acalasia es una enfermedad que se manifiesta clínicamente por disfagia para sólidos y para líquidos, regurgitación esofágica, dolor retroesternal, tos, broncoaspiración, neumonía, acidez estomacal y pérdida de peso. Su fisiopatología corresponde a la ausencia de peristalsis esofágica e insuficiente relajación del esfínter esofágico inferior. Estas anomalías motoras se deben a la pérdida de las neuronas mioentéricas que coordinan la peristalsis esofágica y la relajación del esfínter esofágico inferior.

Fue descrita por primera vez por Sir Thomas Willis en 1674. Aunque actualmente se considera idiopática, se han comenzado a considerar como posibles causas las alteraciones autoinmunitarias y la predisposición genética; además, las infecciones por virus herpes y por virus herpes zóster se han implicado como causas probables. Su incidencia anual oscila entre 0,3 y 1,63 por 100.000 personas en adultos, con una prevalencia anual de 10 en 100.000 habitantes. Afecta por igual a los dos sexos, y el grupo etario más afectado es el de 30 a 60 años. El diagnóstico se sospecha por los síntomas que presenta el paciente, de los cuales la disfagia es el más importante. Se confirma por medio de la endoscopia de las vías digestivas altas, el esofagograma y la manometría de alta resolución.

ETIOPATOGENIA

Se han propuesto varias etiologías de la acalasia: incluyendo el estrechamiento de los pilares del diafragma, presión por el pulmón, torcimiento del esófago inferior y fibrosis mediastínica circundante al esófago inferior. Sin embargo los estudios farmacológicos y pruebas de motilidad, demostraron que la base de la acalasia se encuentra en uno o más defectos neurales. En general se observa una



degeneración celular ganglionar mientérica que se asocia con inflamación crónica del músculo liso esofágico. En las formas idiopáticas, se han demostrado asociaciones lesionales motoras en la parte proximal del estómago y disfunciones del sistema nervioso autónomo, siendo aún desconocida la causa de estas alteraciones. Se han propuesto varios mecanismos para explicar estas alteraciones: autoinmunidad, degeneración primaria de neuronas centrales, periféricas o ambas y agentes infecciosos neurotróficos, o la sumatoria de todos estos factores. Se ha propuesto también que se trate de una neuropatía difusa dada su asociación con otras disfunciones autonómicas, como la gastroparesia.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El síntoma dominante es la disfagia, tanto para sólidos como para líquidos, relatando a veces que la disfagia se exagera con la ingestión de líquidos fríos y el estrés. Se pueden observar episodios de disfagia paradójal o bien el paciente refiere la necesidad de realizar diferentes maniobras para aliviar su disfagia. Habitualmente los pacientes consultan luego de un largo período, en el cual los síntomas van aumentando de intensidad, pudiendo al inicio presentarse en forma intermitente para luego ser permanente. Puede observarse también dolor torácico (33-50% de los casos) y pérdida de peso.

La pirosis se observa en casi la mitad de los pacientes, planteándose que esta se debe a la fermentación bacteriana de los alimentos retenidos en el esófago dilatado. El 60-90% de los pacientes presentan regurgitaciones, las que al inicio pueden ser frecuentes y de pequeñas cantidades, disminuyendo el número de episodios y aumentando su volumen a medida que avanza la enfermedad. Pueden presentarse síntomas de broncoaspiración recurrente (10–15% de los casos). Debemos destacar que lo que se regurgita es el contenido de la bolsa esofágica, no contenido gástrico, pero la presentación clínica y consecuencias son similares. Siempre deberá descartarse una pseudoacalasia secundaria a patología maligna gastroesofágica, los elementos de sospecha serán el inicio de la enfermedad más allá de los 35 años, la evolución menor a un año y una pérdida de peso mayor de

7,5 Kg en este período, aunque su valor de predicción positivo es bajo debiendo recurrirse siempre a los estudios imagenológicos y endoscópicos

ETAPAS EVOLUTIVAS

Pueden identificarse tres etapas evolutivas:

a. Hiperactividad e hipertrofia de la capa circular del esófago. No hay contracciones con secuencia peristáltica, pero todavía pueden impulsar el bolo alimenticio a través del cardias. Aún no hay dilatación esofágica. Ondas de contracción no sincronizadas en la manometría

b. Moderada: dilatación esofágica entre 4-6 cm. Se pierde la capacidad de contracción del músculo esofágico.

c. Severa: la dilatación es mayor a los 6 cm., el esófago ya no se contrae y puede adquirir un aspecto tortuoso

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de acalasia se realiza mediante estudios radiológicos, endoscópicos y manometría.

Radiografía simple de tórax: En etapas precoces puede no mostrar alteraciones. Sin embargo en estadios avanzados, pueden observarse: ensanchamiento mediastinal sobre todo a derecha, nivel hidroaéreos esofágico, desaparición del espacio claro retrocardíaco, ausencia de cámara gástrica, o alteraciones pulmonares secundarias a neumonitis

Esofagogastroduodeno: La imagen característica será la de un esófago dilatado, que termina hacia su sector más distal en forma de huso o “pico de pájaro”, con contracciones terciarias del cuerpo esofágico o ausencia de contracciones, los bordes son regulares. En el estudio contrastado deben evaluarse tres zonas: la supraestenótica, la estenosis propiamente dicha, definiendo las características de la misma, es decir la longitud (larga o corta), si es regular o irregular y si es central o excéntrica, y por último la zona infraestenótica.

La etapa evolutiva de la enfermedad de acuerdo a la estadificación de Rezende:

- ✓ Grado 1 - forma inicial con cuerpo esofágico con diámetro menor a 4 cm.
- ✓ Grado 2 – esófago dilatado con diámetro entre 4-7 cm.
- ✓ Grado 3 - diámetro esofágico entre 7-10 cm.
- ✓ Grado 4 – diámetro mayor a 10 cm.

Esta estadificación tiene además implicancias terapéuticas, dado que en los pacientes que se presentan con una dilatación grado 4, se plantea como tratamiento quirúrgico a la esofagectomía. Permite además la evaluación postoperatoria del paciente.

Fibroesofagogastroscofia: El estudio endoscópico revelará un esófago dilatado, con mucosa friable y ulceraciones, secundarias a la retención de alimentos y secreciones. En el sector distal se observará una dificultad al pasaje del endoscopio debido a la contracción del EEI, pero que puede vencerse al ejercer presión sobre él. Deberá siempre evaluarse además la presencia de neoplasia maligna del esófago, ya sea por estar frente a una pseudoacalasia y porque 7% de los pacientes desarrollan un carcinoma epidermoide luego de 15-25 años

Manometría esofágica: con ayuno de 12 horas, dejando toda la medicación que pueda alterar la motilidad esofágica. Se utiliza una sonda de varios canales (4 u 8) conectada a un sistema manométrico estándar, transductores de presión incorporados en la sonda o externos, y sistemas de registro gráfico

El sondaje se realiza por vía nasal. Una vez colocada la sonda manométrica, se miden las presiones en distintos puntos del esófago.

- EEI:

- Localización y longitud.

- Tono (presión basal): se establece como normal una presión entre 10 y 20mmHg

- Relajación en respuesta a la deglución.

- Cuerpo esofágico:

- Presión intraesofágica basal.
- Contracción esofágica (amplitud, morfología, duración y propagación).
- EES
- Tono(presión basal).
- Relajación en respuesta a la deglución.
- Coordinación faringo-esofágica (contracción faríngea y relajación del EES) en respuesta a la deglución.

El estudio manométrico es el de mayor valor en el diagnóstico de esta patología los hallazgos diagnósticos son los siguientes:

- ✓ ausencia de peristaltismo del segmento distal del esófago.
- ✓ ondas peristálticas de amplitud baja, que disminuyen a medida que progresa la enfermedad.
- ✓ pueden medirse presiones altas a nivel del cuerpo esofágico, por retención de alimentos y secreciones
- ✓ pueden observarse presiones elevadas del EEI, > 35 mmHg, aunque es más característica la relajación incompleta del EEI, la que se observa en más del 80% de los casos

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico de la acalasia fue descrito inicialmente por Ernest Heller en 1913, la cual incluía una miotomía anterior y otra posterior, luego fue modificada a solo miotomía anterior. El abordaje puede ser transtoracico o transabdominal, ya sea de forma abierta o laparoscópica. Sin embargo, desde los comienzos de la década de los 90 se ha recomendado el acceso mínimamente invasivo, preferentemente abdominal, ya que se acompaña de menos dolor post operatorio, una estancia hospitalaria más corta y menos morbilidad. El tratamiento quirúrgico de la Acalasia se acompaña de una serie de controversias o puntos de discusión

La miotomía esofágica efectuada de forma abierta se considera un tratamiento muy efectivo, con resultados satisfactorios a largo plazo, incluso tras 15 años de seguimiento. Por ello, sus resultados deben ser utilizados como referencia a la que se debe comparar cualquier nueva alternativa.

Técnica quirúrgica

Posición del paciente en Trendelenburg inverso y con las piernas abiertas. El cirujano se ubica entre las piernas. Un ayudante maneja la cámara a su derecha y otro a la izquierda

Se utilizó una técnica que emplaza cinco trócares en "M", Se inicia la disección del hiato esofágico por vía del pilar derecho, liberación del esófago abdominal, preservando ambos nervios neumogástricos.

Se carga el esófago abdominal con cinta hilera, lo que permite -mediante tracción caudal de la unión esofagogástrica- exponer ampliamente la cara anterior del esófago, sobre la que se emplaza una miotomía de 6 cm de extensión, prolongándola 2 cm hacia el estómago.

Se realiza en forma sistemática una prueba de indemnidad de la mucosa esofágica mediante inyección de azul de metileno por la sonda nasoesofágica o bien mediante insuflación del esófago, que permite objetivar la herniación de la mucosa esofágica.

Se asocia un procedimiento antirreflujo tipo Tipo toupe

Para el cual el cirujano procederá a la exploración de la cavidad abdominal y a la colocación del separador hepático. Posteriormente, se lleva a cabo la disección de la pars flácida del epiplón menor y la membrana frenoesofágica, habitualmente con el terminal laparoscópico del

Una vez identificado el lóbulo caudado y el pilar derecho del diafragma, el cirujano procederá a realizar la disección roma con los gráspes del espacio retroesofágico, hasta identificar la “v” de los pilares y el pilar izquierdo. En este momento, pasará un drenaje de Penrose para suspender el esófago. El siguiente paso será el cierre posterior de los pilares, para lo que se emplearán o bien los dos portas y suturas irreabsorbibles de 2 ó 3 ceros. El siguiente paso es la funduplicatura propiamente dicha, para lo que el fundus gástrico es pasado por detrás del esófago y suturado por delante del mismo con dos o tres puntos. Esta sutura envolverá total (360°) o parcialmente el esófago (270°). Previamente se pasa una sonda de Faucher para calibrar el diámetro esofágico. En este paso puede ser también requerido los dos portas. A veces se da un último punto de desde la vertiente hepática del fundus al pilar derecho para evitar la migración torácica de la funduplicatura. Dependiendo del desarrollo de la intervención, el cirujano puede dejar un drenaje aspirativo del tipo Jackson-Pratt. Por último, procederá a completar el cierre del orificio de entrada del trocar de Hasson con un punto de sutura de hilo reabsorbible del 1. Habitualmente el cierre de piel se realiza con agrafes.

TRATAMIENTO: Los tratamientos más eficaces son la dilatación por balón neumático y la miotomía quirúrgica

El tratamiento con relajantes del músculo liso es ineficaz en la acalasia. Otras opciones terapéuticas más duraderas son el debilitamiento o la ablación del EEI, que puede ser endoscópica (toxina botulínica, dilatación con balón neumático), quirúrgica (laparoscópica, toracoscópica, miotomía abdominal a cielo abierto) y más recientemente la cirugía endoscópica transluminal a través de orificios naturales (NOTES, por las siglas del inglés) y la POEM (miotomía endoscópica transoral). Los tratamientos más eficaces son la dilatación por balón neumático y la miotomía quirúrgica. Su eficacia es comparable en los estudios aleatorizados controlados con seguimiento de hasta cinco años. La POEM se efectúa por endoscopia y por lo tanto representa un refinamiento de la miotomía quirúrgica.

- **Tratamiento farmacológico**



El tratamiento farmacológico para la acalasia es principalmente con nitratos y bloqueantes de los canales de calcio. Estos medicamentos reducen la presión del EEI y alivian la disfagia, con escaso o ningún efecto sobre la relajación del EEI o el peristaltismo esofágico. Tanto la forma sublingual como la oral tienen efectos colaterales prohibitivos, entre otros cefalea y mareos. Los bloqueantes de los canales de calcio tienen efecto máximo 20-45 minutos después de su toma, con duración del efecto de 30 - 120 minutos. El efecto máximo de los nitratos es de tres a 27 minutos después de su toma, con duración del efecto de 30 - 90 minutos.

Un estudio de observación informó que la mayoría de los pacientes tratados con nifedipina tuvieron mejoría de los síntomas que persistía en el seguimiento a un año. Otros fármacos, como la loperamida, el cimetroplum y el sildenafil disminuyen la presión del EEI, pero no alivian la disfagia en los pacientes con acalasia.

Inyección de toxina botulínica por vía endoscópica (ITBE)

La toxina botulínica (botox) es un potente inhibidor de la liberación de acetilcolina y su inyección en el EEI debería mitigar la estimulación colinérgica y descender la presión del EEI. En una serie de validación inicial, 31 pacientes con acalasia recibieron inyecciones de botox. La ITBE logró eficacia (disminución de la puntuación de Eckardt a 3 o menos) en el 70% de los pacientes a los 18 meses, aunque el 40% necesitó más de una inyección. La literatura médica no es uniforme con respecto a la dosis (25-100 U), la técnica y la programación.

Dilatación neumática

La dilatación neumática es un procedimiento radioscópico que se lleva a cabo con un balón de alto calibre lleno de aire para el desgarramiento de las fibras musculares del EEI y es un tratamiento establecido y bien validado para la acalasia. Antes de la llegada del MHL y la ITBE, la dilatación neumática era la primera intervención que se efectuaba para evitar la cirugía a cielo abierto para la acalasia. Esta técnica es de bajo costo y eficaz, aunque preocupa su durabilidad.



Efectos adversos

La incidencia de efectos adversos graves después de POEM es baja y no se han registrado muertes. Algunos efectos adversos poco importantes son:

- Pequeñas lesiones accidentales de la mucosa sobre el túnel submucoso que se cierran fácilmente con grapas endoscópicas durante el procedimiento.
- Neumomediastino, neumotórax, neumoperitoneo, o neumoperitoneo tenso durante el procedimiento fácilmente solucionado con un *angiocath* o una aguja de Veress
- Hemorragia intraprocedimiento que se controla a través de hemostasia endoscópica.

Estos incidentes se producen en el 10-25% de los casos, y su incidencia disminuye con la experiencia.

Los efectos adversos intra y peri procedimiento de gravedad moderada son la aspiración del contenido de la luz (habitualmente durante la intubación) y el neumotórax sintomático que exige drenaje. Los efectos adversos tardíos se suelen producir a las 24-48 horas del procedimiento. Son de gravedad moderada, como la hemorragia que exige una nueva endoscopia para la hemostasia, y raras veces, en casos graves, intervención quirúrgica o taponamiento con balón de Blakemore.

Otros efectos adversos tardíos son la dehiscencia del cierre del túnel y problemas cardiopulmonares, como neumonía o fibrilación auricular. Actualmente, POEM es un procedimiento muy seguro en manos expertas.



Evaluación de calidad de vida

El estado de salud de los pacientes se ha medido clásicamente a través de una evaluación objetiva por parte de un individuo externo, el médico. Hoy en día se ha agregado a este enfoque una visión subjetiva del mismo paciente para evaluar su estado de salud, permitiendo que sea el mismo paciente el que califique su nivel de bienestar desde un punto de vista multidimensional. La evaluación de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) recoge información sobre diversas dimensiones del paciente (física, emocional y social), de forma estandarizada, en un momento determinado.

Vamos a entender CVRS como “estado de salud, estado funcional o evaluación de necesidades”, ya que muchos autores sugieren no homologarlo a la calidad de vida general, sino considerarlo parte de ella. La CVRS nos permite medir la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas, basado en la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad y de los cuidados médicos. La medición de la calidad de vida se emplea cada vez más en el campo de la gastroenterología y cirugía digestiva, para valorar la evolución de ciertas enfermedades y comprobar la eficacia de tratamientos médicos y quirúrgicos. La medición de la calidad de vida se aplica no sólo a enfermedades crónicas tales como la enfermedad intestinal crónica o hepatopatías, sino también a la cirugía digestiva, a los trasplantes o a los procesos oncológicos

Los cirujanos utilizan medidas lo más objetivas posible para evaluar a los pacientes, y en los casos en que los datos son subjetivos, utilizan técnicas que estandarizan la información y la hacen más manejable como los cuestionarios y las escalas. Ante la necesidad de una herramienta validada específica gastrointestinal se creó el cuestionario *Gastrointestinal Quality of Life Index* (GIQLI). Este cuestionario fue creado en Alemania, en un estudio de 3 fases donde se realizó su confección y validación. Los resultados se publicaron en el año 1995 en su idioma original y en inglés, ya que fue traducido por sus autores originales. Más tarde fue traducido al español neutro por Quintana y colaboradores



(España, año 2001), quienes la aplicaron a 353 pacientes en entrevistas pre y postoperatorias, comparándola con la escala genérica SF-36. El grupo español concluyó que GIQLI era una herramienta más sensible al cambio que SF-36.

El cuestionario GIQLI ha cobrado importancia y difusión en los últimos años por las ventajas que ofrece para ser respondido (autoreporte, sencillo, no requiere tiempo prolongado) y aporta datos genéricos de calidad de vida y específicos sobre síntomas gastrointestinales, siendo ampliamente usado en gastroenterología y cirugía digestiva alta y baja. Es necesario utilizar esta escala en pacientes operados del aparato gastrointestinal, para mejorar nuestras evaluaciones y obtener cifras comparables a nivel mundial. El hecho de que este cuestionario esté traducido al español, no nos permite aplicarlo con igual validez en la población nicaragüense, por las diferentes características socioculturales y lingüísticas, por esto es necesaria la adaptación transcultural del instrumento, proceso aprobado por los creadores del GIQLI original

El GIQLI es un test muy aceptado para patologías gastrointestinales que se compone de 36 preguntas en 5 dominios u aspectos de la esfera del paciente. Los dominios son los siguientes:

- Síntomas gastrointestinales (19 preguntas)
- Disfunción emocional (5 preguntas)
- Disfunción física (7 preguntas)
- Disfunción social (4 preguntas)
- Valoración subjetiva del tratamiento si procede (1 pregunta).

Cada pregunta tiene 5 opciones que el paciente elige, desde el 0 (peor puntuación, peor opción) a 4 (mejor puntuación, mejor opción). El rango del test varía desde 0 (puntuación mínima) a 144 (puntuación máxima).

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

De acuerdo al método de investigación el presente estudio fue observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.

Área de Estudio

El área de estudio de la presente investigación, estuvo centrada en los pacientes ingresados con diagnóstico de acalasia para realización de miotomía de Heller laparoscópica en el servicio de cirugía general del Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños en el periodo de mayo 2015 a mayo 2020.

Universo

La población de estudio correspondió a pacientes ingresados con diagnóstico de acalasia para realización de miotomía de Heller laparoscópica en el servicio de cirugía general en el periodo comprendido.

Muestra

No se calculó muestra será la totalidad de la población de estudio se incluyeron 25 pacientes.

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo fue no selectivo correspondiente a la totalidad de la muestra obtenida.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años.
- ✓ Pacientes con trastornos esofágicos crónicos.
- ✓ Pacientes capaces de completar el cuestionario

Criterios de exclusión

- ✓ Incapacidad de completar el cuestionario: retraso psicomotor
- ✓ Pacientes con otras comorbilidades gastrointestinales.

- ✓ Pacientes con patología oncológica

Unidad de Análisis:

Fue primario, con la obtención información en la entrevista de los pacientes post quirúrgicos de miotomía de Heller por acalasia a los 3 meses ulterior a la cirugía en la consulta externa de cirugía general del Hospital Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo comprendido.

Obtención de la información

La información se obtuvo en la entrevista de los pacientes post quirúrgicos de miotomía de Heller por acalasia a los 3 meses ulterior a la cirugía en la consulta externa de cirugía general del Hospital Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo de mayo 2015 a mayo 2020.

Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos e Información

La presente investigación utilizó al *Paradigma Socio-Crítico*, de acuerdo a esta postura, todo conocimiento depende de las prácticas de la época y de la experiencia. Se realizó previa coordinación con autoridades, la citas a los pacientes post quirúrgicos en consulta externa, previa filtración según criterios de inclusión/exclusión. Se llenó el instrumento de recolección.

Lista	de	variables	por	objetivo
Objetivo 1		Objetivo 3		
Edad		Clínicos		
Sexo		Sociales		
Procedencia		Conductuales		
Escolaridad				
Ocupación				
Objetivo 2		Objetivo 4		
Comorbilidad		Abierta		
IMC				
Antecedentes No patológicos				

Matriz de Operacionalización de Variables: Objetivo General: Conocer cuál es la calidad de vida de los pacientes con acalasia posterior a miotomía de Heller laparoscópica, sus características clínicas y comorbilidades en el servicio de cirugía general del H.M.E.D.A.D.B. en el periodo comprendido

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Categorías Estadísticas	
<u>Objetivo Específico</u> 1 Describir las características sociodemográficas de la población en estudio	Características Socio-Demográficas De las pacientes	1.1 Edad	1.1. Tiempo transcurrido del nacimiento a la fecha.	Cuantitativa	Menor 20 20 a 29 30 a 39 40 a 49 50 a 59
		1.2 Sexo	1.2. Característica gonadal de nacimiento	Cualitativa	Hombre Mujer
		1.3 Procedencia	1.3. Ubicación de residencia actual.	Cualitativa	Urbana Rural



Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Categorías Estadísticas	
<p><u>Objetivo Especifico</u></p> <p><u>1</u></p> <p>Describir las características sociodemográficas de la población en estudio</p>	<p>Características Socio-Demográficas De las pacientes</p>	<p>1.4 Escolaridad</p> <p>1.5 Ocupación</p>	<p>1.4. Nivel académico de la madre</p> <p>1.5. Cargo laboral que posee</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p>	<p>Analfabeta</p> <p>Primaria</p> <p>Secundaria</p> <p>Universitaria</p> <p>Según Resultados</p> <p>Ama de casa</p> <p>Obreros</p> <p>Militares</p> <p>Profesor</p> <p>Jubilado</p> <p>Ninguno</p>

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
Objetivo Especifico 2 Identificar las principales comorbilidades y hallazgos clínicos en los pacientes objeto de este estudio	Características Asociadas al diagnóstico y evolución	Comorbilidades	Diabetes	Dicotómica	Si
			Hipertensión Arterial		No
			Reumatopatía		
			Hepatopatía		
		Índice de Masa corporal	Sana	Cualitativa	Desnutrido
			Relación de peso entre la talla al cuadrado		Normopeso
		Antecedentes no patológicos		Dicotómica	Sobrepeso
					Obesidad
					Si
					No
		Fumado			
		Alcoholismo			
		Droga			
		Otra			

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas	
<u>Objetivo Especifico 2</u> Identificar las principales comorbilidades y hallazgos clínicos en los pacientes objeto de este estudio	Características Asociadas al diagnóstico y evolución	Examen de Imagen que orienta al diagnóstico.	Ultrasonido	Dicotómica	Si No	
			Tomografía	Dicotómica	Si No	
			Dato Clínico	Dicotómica	Si No	
		Sintomatología		- Pirosis		
				- Plenitud		
				- Reflujo		
		- Distensión				
		- Dolor Abdominal				
		- Nausea/Vomito				

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
<u>Objetivo Especifico 2</u> Detallar los resultados del cuestionario GIQLI en la población de estudio	Detallar resultados por acápite estructurados en cuestionario	Sintomatológico Conductual Social Laboral	Respuestas cerradas de frecuencia sobre puntaje 1. Todo el tiempo 2. La mayoría del tiempo 3. Algunas veces 4. Unas pocas veces 5. Nunca	Cuantitativa	1 al 5



Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
<u>Objetivo Especifico 4</u> Describir las principales condiciones de calidad de vida en la población de estudio asociado al cuestionario GIQLI	Resultado posterior a cuestionario	Hallazgos en entrevista	Variante cuantitativa	Cuantitativa	Dependiente

Plan de Tabulación y Análisis Estadístico

Plan de Tabulación

Se realizaron los *Análisis de Contingencia* que corresponde, según la naturaleza y calidad de las variables incluidas. Por tanto, los cuadros de salida se limitarán a especificar la Tabla de Contingencia con porcentajes de totales, Para este plan de tabulación se determinarán aquellas variables que se relacionarán por medio del Análisis de Contingencia, generando un índice de confiabilidad de 95% y factor de error predictivo de 5%

Plan de Análisis Estadístico

A partir de los datos recolectados, se diseñará la base datos correspondiente, utilizando el software estadístico SPSS, v. 28 para Windows. Posterior a la realización del control de calidad de los datos registrados, se realizarán los análisis estadísticos pertinentes. De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables cuantitativas y cualitativas guiada por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos, se realizarán los análisis descriptivos y de correlación correspondientes a las variables nominales y/o numéricas, entre ellos: El análisis de frecuencia, estadísticas descriptivas según cada caso, tablas de 2x2. Además, se realizarán gráficos del tipo: pastel o barras de manera univariadas para variables de categorías en un mismo plano cartesiano, barras de manera univariadas para variables dicotómicas, que permitan describir la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano.

Consideraciones éticas:

- ✓ Se solicitará permiso al sub-director docente del hospital, explicándole verbalmente en qué consiste la investigación para la revisión de expedientes, y se aplicará el cuestionario
- ✓ No se mencionarán los nombres de los pacientes en estudio.
- ✓ No se registrarán los nombres de los profesionales de salud que intervengan en algún momento en la atención de los pacientes en estudio.



RESULTADOS

En la tabla de edades 10 pacientes concordante con el 40.0% tenían entre 30 a 39 años, 7 pacientes (28.0%) tenían entre 40 a 49 años, 4 pacientes equivalente al 16.0% tenían entre 50 a 59 años y 4 pacientes de un 16.0% tenían entre 20 a 29 años. (Ver tabla #1)

Se encontró que un 60.0% de 15 pacientes eran del sexo femenino y el 40.0% con 10 pacientes eran del sexo masculino. (Ver tabla #1)

El total encontrado en la tabla de procedencia urbana fue de 84,0% con equivalencia a 21 pacientes y de origen rural fue de un 16,0% que corresponde a 4 pacientes. (Ver tabla #1)

Respecto a la escolaridad 12 pacientes lo cual concuerda con el 48,0% eran de escolaridad superior, 8 personas (32.0%) poseían escolaridad secundaria, 3 pacientes concordante con 12% poseían escolaridad primaria y 2 pacientes que representa un 8% no poseían ningún nivel académico. (Ver tabla #1)

Se encontró que un 36.0% no tenían ningún tipo de ocupación era equivalente a 9 pacientes, el 24.0% eran obreros que corresponde a 6 pacientes, el 16.0% que eran 4 jubilados, el 12.0% semejante a 3 pacientes eran amas de casa, el 8.0% respecto a 2 pacientes eran militares y 1 paciente perteneciente al 4.0% era profesor. (Ver tabla #1)

Respecto a los antecedentes personales no patológicos, 13 personas equivalente al 52.0% poseían el antecedente de tabaquismo, 12 personas equivalente al 48.0% presentaron antecedente de alcoholismo, ninguna persona presentó el antecedente de toxicomanías, y 3 personas concordante con un 12% el uso de otras sustancias. (Ver tabla #2)

Lo que respecta a antecedentes patológicos personales se encontró que 4 pacientes correspondiente al 16.0% presentaron Diabetes, la hipertensión arterial crónica se observó en 3 pacientes (12%), ningún paciente poseía antecedente de reumatología. La hepatopatía se observó en el 16% de la población estudiada lo cual concuerda con 4 pacientes (Ver tabla #3)

De los pacientes objeto de estudio, al referirse al índice de masa corporal se encontró que 16 equivalente a un 64% tenían sobrepeso, 7 pacientes concordante con un 28.0% tenían Normopeso y 2 pacientes reflejado en un 8% tenían obesidad, ningún paciente poseía bajo peso. (Ver gráfica #1)

Al evaluar los signos y síntomas asociados al diagnóstico, se observó que 22 pacientes concordante con el 88% de la población presentaron síntomas de pirosis. Se encontró que 8 pacientes correspondiente al 32.0% presentaron plenitud. El reflujo se observó en 18 pacientes lo cual equivale a 72%. Un total de 60.0% semejante a 15 pacientes presentaron distensión. El dolor abdominal se presentó en 10 pacientes lo que respecta al 40%. Por otra parte 6 pacientes equivalente al 24.0% presentaron náuseas y vomito. (ver tabla #4)

Se encontró que solo 22 pacientes correspondiente al 88.0% se les realizó USG y a 3 pacientes concordante con el 12% no se realizó. (Ver gráfica #2)

En la tabla de dolor abdominal se encontró que 8 pacientes del 32.0% presentaron dolor algunas veces, 7 pacientes semejante al 28.0% raramente presentaron dolor, 6 pacientes respecto al 24.0% nunca presentaron ningún dolor, 3 pacientes equivalente al 12.0% casi todo el tiempo presentaron dolor y 1 paciente correspondiente al 4.0% presentaron dolor todo el tiempo. (Ver tabla #5)

Se encontró que 10 pacientes del 40.0% algunas veces tenían el estómago lleno, 7 pacientes semejante al 28.0% raramente tenían el estómago lleno, 4 pacientes respecto al 16.0% nunca tuvieron el estómago lleno, 3 pacientes equivalente al



12.0% casi todo el tiempo tenían el estómago lleno y 1 paciente correspondiente al 4.0% tuvo el estómago lleno casi todo el tiempo. (Ver tabla #5)

En la tabla de Distención Abdominal se encontró que 9 pacientes del 36.0% presentaron Distención Abdominal algunas veces, 7 pacientes semejante al 28.0% raramente presentaron Distención Abdominal, 5 pacientes respecto al 20.0% nunca presentaron ningún tipo de Distención Abdominal, 3 pacientes equivalente al 12.0% casi todo el tiempo presentaron Distención Abdominal y 1 paciente correspondiente al 4.0% presentó Distención Abdominal todo el tiempo. (Ver tabla #5)

Se encontró que 8 pacientes del 32.0% raramente tenían escape de gases por el año, 8 pacientes semejante al 32.0% nunca tuvieron escape de gases por el año, 7 pacientes respecto al 28.0% algunas veces tenían escape de gases por el año, 1 paciente equivalente al 4.0% casi todo el tiempo tenía escape de gases por el año y 1 paciente correspondiente al 4.0% tuvo escape de gases por el año casi todo el tiempo. (Ver tabla #5)

En la tabla de fuertes eructos se encontró que el 48.0% de 12 pacientes algunas veces presentaron fuertes eructos, el 20.0% respecto a 5 pacientes raramente presentaron fuertes eructos, el 16.0% semejante a 4 pacientes nunca presentaron fuertes eructos y el 16.0% equivalente a 4 pacientes presentaron casi todo el tiempo fuertes eructos. (Ver tabla #5)

Se encontró que 11 pacientes del 44.0% raramente presentaron ruidos llamativos de abdomen, 6 pacientes equivalentes al 24.0% nunca presentaron ruidos llamativos de abdomen, 5 pacientes semejante al 20.0% algunas veces presentaron ruidos llamativos de abdomen y 3 pacientes respecto al 12.0% casi todo el tiempo presentaron ruidos llamativos de abdomen. (Ver tabla #5)



En la tabla de defeca con mucha frecuencia se encontró que 12 pacientes del 48.0% nunca defecaron con frecuencia, 10 pacientes con 40.0% raramente defecaron con frecuencia, 2 pacientes respecto al 8.0% algunas veces defecaron con mucha frecuencia y 1 paciente correspondiente al 4.0% casi todo el tiempo defeco con mucha frecuencia. (Ver tabla #5)

Se encontró que 8 pacientes del 32.0% todo el tiempo se sintieron bien al comer, 8 pacientes con 32.0% casi todo el tiempo se sintieron bien al comer, 5 pacientes equivalente a 20.0% algunas veces se sentían bien al comer, 3 pacientes respecto al 12.0% raramente se sentían bien al comer y un paciente semejante al 4.0% todo el tiempo se sintió bien al comer. (Ver tabla #5)

Se encontró que el 44.0% con 11 pacientes renuncio a algo de comida, el 32.0% respecto a 8 pacientes renuncio a un poco de comida, el 12.0% con 3 pacientes no renuncio a nada de comida, el 8.0% equivalente a 2 pacientes renuncio a mucha comida y el 4.0% respecto a 1 paciente renuncio muchísimo a comida. (Ver tabla #5)

En la tabla de sobre llevado por el estrés diario se encontró que 13 pacientes del 52.0% presento síntomas regulares, 8 pacientes semejante al 32.0% presento síntomas buenos, 3 pacientes equivalente al 12.0% presento síntomas muy buenos y 1 paciente con 4.0% presento síntomas muy malos. (Ver tabla #5)

Se encontró que el 60.0% con 15 pacientes raramente estuvieron tristes, el 32.0% respecto a 8 pacientes algunas veces estuvieron tristes, el 4.0% con 1 paciente nunca estuvo triste y el 4.0% equivalente a 1 paciente estuvo triste casi todo el tiempo. (Ver tabla# 6)



Se encontró que el 44.0% con 11 pacientes raramente estuvieron nerviosos, el 32.0% respecto a 8 pacientes algunas veces estuvieron nerviosos, el 16.0% con 4 pacientes nunca estuvieron nerviosos y el 8.0% equivalente a 2 pacientes estuvieron nerviosos casi todo el tiempo. (Ver tabla #6)

Con un total de 44.0% correspondiente a 11 pacientes casi nunca estuvieron satisfechos con sus vidas, el 28.0% equivalente a 7 pacientes casi todo el tiempo estuvieron satisfechos con sus vidas, el 12.0% igual a 3 pacientes algunas veces estuvieron satisfechos con sus vidas, el 12.0% igual a 3 pacientes todo el tiempo estuvieron satisfechos con sus vidas y el 4.0% con 1 paciente raramente estuvo satisfecho con su vida. (Ver tabla #6)

Se encontró que el 48.0% con 12 pacientes raramente estuvieron frustrados, el 40.0% respecto a 10 pacientes algunas veces estuvieron frustrados, el 8.0% con 2 pacientes nunca estuvieron frustrados y el 4.0% equivalente a 1 paciente estuvo frustrado casi todo el tiempo. (Ver tabla #6)

Con un total de 48.0% correspondiente a 12 pacientes raramente estuvieron cansados, el 28.0% equivalente a 7 pacientes algunas veces se sintieron cansados, el 16.0% igual a 4 pacientes nunca estuvieron cansados, el 8.0% igual a 2 pacientes se sintieron cansados casi todo el tiempo. (Ver tabla #6)

Se encontró que el 56.0% con 14 pacientes raramente se sintieron enfermos, el 20.0% respecto a 5 pacientes nunca se sintieron enfermos, el 8.0% con 4 pacientes algunas veces se sintieron enfermos y el 8.0% equivalente a 2 pacientes se sintieron enfermos casi todo tiempo. (Ver tabla #6)

Con un total de 48.0% correspondiente a 12 pacientes nunca despertaron por molestia digestiva, el 32.0% equivalente a 8 pacientes raramente se despertaron por molestia digestiva, el 12.0% igual a 3 pacientes algunas veces se despertaron

por molestia digestiva, el 8.0% igual a 2 pacientes se despertaron por molestia digestiva casi todo el tiempo. (Ver tabla #6)

El total de 13 pacientes del 52.0% la enfermedad no cambio nada de su aspecto, 9 pacientes con 36.0% la enfermedad cambio un poco su aspecto y a 3 pacientes respecto al 12.0% la enfermedad cambio bastante su aspecto. (Ver tabla #7)

Se encontró que el 52.0% con 13 pacientes no disminuyo su energía, el 44.0% respecto a 11 pacientes disminuyo un poco su energía, el 4.0% con 1 paciente disminuyo bastante su energía. (Ver tabla #7)

Se encontró que el 68.0% con 17 pacientes no disminuyo nada su resistencia física, el 28.0% respecto a 7 pacientes disminuyo un poco su resistencia física, el 4.0% con 1 paciente disminuyo bastante su resistencia física. (Ver tabla #)

El total de 13 pacientes del 64.0% no empeoro su capacidad de ejercicio, 6 pacientes con 24.0% su capacidad de ejercicio empeoro un poco, 1 paciente equivalente al 4.0% su capacidad de ejercicio empeoro mucho, 1 paciente con 4.0% su capacidad de ejercicio empeoro bastante y a 1 pacientes respecto al 4.0% su mala capacidad de ejercicio fue alta. (Ver tabla #7)

El total de 8 pacientes del 32.0% se molestaron un poco por su tratamiento, 6 pacientes con 24.0% se molestaron mucho por su tratamiento, 4 pacientes equivalente al 16.0% se molestaron muchísimo por su tratamiento, 4 pacientes con 16.0% no se molestaron por su tratamiento y a 3 pacientes respecto al 12.0% se molestaron algo por su tratamiento. (Ver tabla #7)

Se encontró que el 44.0% con 11 pacientes todo el tiempo realizaron sus actividades cotidianas, el 20.0% respecto a 5 pacientes raramente realizaron sus actividades cotidianas, el 16.0% con 4 pacientes nunca realizaron sus actividades cotidianas, el 12.0% semejante a 3 pacientes casi todo el tiempo realizaron sus



actividades cotidianas y el 8.0% equivalente a 2 pacientes algunas veces realizaron sus actividades cotidianas. (Ver tabla #7)

Se encontró que el 44.0% con 11 pacientes todo el tiempo fueron capaces de realizar actividades recreativas, el 20.0% respecto a 5 pacientes nunca fueron capaces de realizar actividades recreativas, el 16.0% con 4 pacientes algunas veces fueron capaces de realizar actividades recreativas, el 12.0% semejante a 3 pacientes raramente fueron capaces de realizar actividades recreativas y el 8.0% equivalente a 2 pacientes casi todo el tiempo fueron capaces de realizar actividades recreativas. (Ver tabla #7)

Con un total de 64.0% correspondiente a 16 pacientes no altero su relación con personas cercanas, el 24.0% equivalente a 6 pacientes altero algo su relación con personas cercanas, el 8.0% igual a 2 pacientes altero muchísimo su relación con personas cercanas y el 4.0% igual a 1 paciente altero un poco su relación con personas cercanas. (Ver tabla #8)

El total de 13 pacientes del 52.0% no ha perjudicado su vida sexual, 8 pacientes con 32.0% ha perjudicado algo su vida sexual, 2 pacientes equivalente al 8.0% ha perjudicado un poco su vida sexual, 1 pacientes con 4.0% ha perjudicado muchísimo su vida sexual y a 1 pacientes respecto al 4.0% ha perjudicado mucho su vida sexual. (Ver tabla #8)

Se encontró que el 44.0% con 11 pacientes raramente presentaron reflujo o regurgitación, el 28.0% respecto a 7 pacientes algunas veces presentaron reflujo o regurgitación, el 16.0% con 4 pacientes nunca presentaron reflujo o regurgitación, el 12.0% semejante a 3 pacientes casi todo el tiempo presentaron reflujo o regurgitación. (Ver tabla #8)



Se encontró que el 36.0% con 9 pacientes raramente tuvieron incomodidad por comer lento, el 28.0% respecto a 7 pacientes nunca tuvieron incomodidad por comer lento, el 24.0% con 6 pacientes algunas veces tuvieron incomodidad por comer lento, el 12.0% semejante a 3 pacientes casi todo el tiempo tuvieron incomodidad por comer lento. (Ver tabla #8)

El total de 10 pacientes del 40.0% nunca tuvieron problemas para tragar alimentos, 8 pacientes con 32.0% raramente tuvieron problemas para tragar alimentos, 6 pacientes equivalente al 24.0% algunas veces tuvieron problemas para tragar alimentos, 1 pacientes con 4.0% casi todo el tiempo tuvieron problemas para tragar alimentos. (Ver tabla #8)

Se encontró que el 48.0% con 12 pacientes raramente presentaron necesidad de defecar fuerte, el 44.0% respecto a 11 pacientes nunca presentaron necesidad de defecar fuerte, el 8.0% con 2 pacientes algunas veces presentaron necesidad de defecar fuerte. (Ver tabla #8)

Se encontró que el 44.0% con 11 pacientes raramente presentaron diarrea, el 40.0% respecto a 10 pacientes nunca presentaron diarrea, el 12.0% con 3 pacientes algunas veces presentaron diarrea y el 4.0% semejante a 1 paciente casi todo el tiempo presento diarrea. (Ver tabla #8)

Con un total de 10 pacientes del 40.0% raramente tuvieron estreñimiento, 9 pacientes con 36.0% nunca tuvieron estreñimiento, 5 pacientes equivalente al 20.0% algunas veces tuvieron estreñimiento y a 1 paciente respecto al 4.0% casi todo el tiempo tuvo estreñimiento. (Ver tabla #8)



El total de 12 pacientes del 48.0% nunca presentaron sangre de posiciones, 7 pacientes con 28.0% raramente presentaron sangre de posiciones, 3 pacientes equivalente al 12.0% algunas veces presentaron sangre de posiciones y a 3 pacientes respecto al 12.0% casi todo el tiempo presentaron sangre de posiciones. (Ver tabla #8)

Se encontró que el 36.0% con 9 pacientes nunca presentaron acidez estomacal, el 36.0% con 9 pacientes raramente presentaron acidez estomacal, el 16.0% con 4 pacientes algunas veces presentaron acidez estomacal y el 12.0% semejante a 3 pacientes casi todo el tiempo presentaron acidez estomacal. (Ver tabla #8)

Con un total de 13 pacientes del 52.0% nunca presentaron escape de posiciones, 9 pacientes con 36.0% raramente presentaron escape de posiciones, 3 pacientes equivalente al 12.0% algunas veces presentaron escape de posiciones. (Ver tabla #8)

De manera global el cuestionario tuvo una media de 75, esto evaluado a 100 puntos, concordando en una mejoría de calidad de vida post quirúrgica de los pacientes sometidos a este procedimiento



DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Referente a las características sociodemográficas el 40.0% de los pacientes tenían edad entre 30 a 39 años, lo cual no difiere en gran medida con los hallazgos de Rodríguez y colaboradores donde la media de edad fue de 43 años

Respecto al sexo se encontró que un 60.0% de las pacientes eran del sexo femenino, lo cual concuerda con Rodríguez y colaboradores donde la mayoría de los pacientes eran del sexo femenino, al igual que Roberto Oleas donde el 60% de los pacientes eran mujeres, pero discrepa de los resultados obtenidos por Federico Roesch y colaboradores, que evidenció preferencia estadística en los varones con el 63.64%. o con Roque González y colaboradores que no se evidenció diferencia significativa respecto al sexo.

Respecto a la procedencia el 84% eran del sector urbano, así como el 36% de los pacientes no poseía ocupación laboral, el 64% de los pacientes estudiados tenían sobrepeso; dichas variables no fueron considerados por los investigadores consultados. Roberto Oleas observó en un 56% de la población poseer un nivel académico superior datos similares encontrados por mi persona en la población de estudio 48% de la población era de escolaridad superior

Respecto a los antecedentes personales no patológicos el 52% poseían el antecedente de tabaquismo y 48% antecedente de alcoholismo, la diabetes por su parte fue el antecedente patológico más observado, dichos antecedentes no fueron valorados por otros estudios consultados.

Al evaluar los signos y síntomas asociados al diagnóstico, se observó que el 88% de la población presentaron síntomas de pirosis, seguida del 32% que presentaron plenitud, lo cual no se corresponde con los hallazgos de Montiel y colaboradores



que concluyeron que la disfagia se observó en un 46% de los casos y 34% presentó regurgitaciones, pero se asemejan a los hallazgos de Roberto Oleas donde los síntomas clínicos más observados en más de un 90% de la población fue reflujo y pirosis.

El dolor abdominal y la sensación de estómago se presentaron algunas veces (en el 32% y 40% respectivamente) el 36% se asociaron a síntomas de distensión abdominal de orden de algunas veces, el escape de gases por el ano en el 32% de los pacientes lo refirió como raramente lo cual se asemeja a los valores encontrados por Ramírez y Moreno, donde el 40% de los pacientes presentaban mejoría clínica a los síntomas iniciales

La respuesta de fuertes eructos que se reflejó con mayor frecuencia estadística fue algunas veces en el 40% de la población, en la presencia de ruidos llamativos en el abdomen lo más reflejado fue la respuesta raramente en el 44%, al evaluar la frecuencia aumentada de las defecaciones se reflejó más la opción de nunca en el 48% de los entrevistados con lo cual posee similitud con Marinello donde la respuesta clínica se observa en la mejoría de las deposiciones y ausencia de ruidos llamativos

Un tercio de la población entrevistada refirió sentirse bien al comer todo el tiempo, equivalente a los pacientes que optaron por renunciar a algún alimento por su enfermedad, el 52% de los pacientes presentó síntomas regulares a las 2 semanas de procedimiento quirúrgico con mejoría clínica significativa concordante con Marinello cuya respuesta en acápites mental, físico y sintomatológico presentaron mejoría sustancial en los pacientes

En la respuesta emocional más del 60% de los pacientes raramente se asoció a tristeza o nervioso, la mitad de los encuestados raramente se sintieron frustrados o cansados lo cual se ve reflejado en la satisfacción de su vida en el 44% de los entrevistados y en el 56% de los mismos que raramente se sintieron enfermos



En la respuesta clínica la mitad de los entrevistados nunca despertaron por molestia digestiva, el 52% no cambio nada de su aspecto, ni disminuyó su energía, el 68.0% con por su parte no disminuyó nada su resistencia física., lo cual se refleja con los hallazgos de Ramírez donde la respuesta física no se observó modificada en gran medida

Al evaluar el cuestionario en sus diferentes acápite, se evidenció mejoría en los acápite de dolor corporal y rol emocional, la salud mental fue evaluada con una correcta respuesta y la función social presento a mejor respuesta post quirúrgica en su totalidad lo cual se asemeja a los resultados de Rodríguez y colaboradores se observó mejoría clínica en los ítems de síntomas y disfunción emocional; de manera global el cuestionario tuvo una media de 75 con puntaje sobre 100, concordando en una mejoría de calidad de vida post quirúrgica de los pacientes sometidos a este procedimiento lo cual concuerda con Roque Gonzalez con un puntaje GIQLI de $85,3 \pm 20,4$



CONCLUSIONES

1. La edad más común estadísticamente fue de 30 a 39 años, el 60% de los pacientes eran del sexo femenino, la procedencia urbana se observó en el 84% de la población, el 48% poseían escolaridad superior y 36% no tenían ningún tipo de ocupación
2. Referente a antecedentes personales el 52.0% de la población poseían el antecedente de tabaquismo y 48.0% presentaron antecedente de alcoholismo, por su parte el 16% de la población poseía antecedente de hepatopatía y de diabetes de manera equivalente. La pirosis, la plenitud y el reflujo fueron los principales síntomas asociados
3. Las escalas de rol físico y vitalidad, al igual que la salud mental fueron acápites del cuestionario que presentaron mejoría evidente, la transición y la función social no se vio modificada en gran medida, se observó en general mejoría en los acápites de cuestionario
4. El cuestionario aplicado en el post quirúrgico con el objetivo de evaluar la respuesta clínica, permitió en su media una adecuada respuesta con mejoría clínica asociada al procedimiento quirúrgico en los acápites emocional, mental, físico y sintomatológico



RECOMENDACIONES

Al Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños

1. Incentivar la continua investigación, al igual que el seguimiento de los pacientes post quirúrgicos permitiendo mejorar alternativas terapéuticas y procedimentales para los pacientes
2. Crear una base de datos de estos pacientes al igual que incentivar los grupos de común diagnóstico que permite la interacción de pacientes con igual diagnóstico y así brindar apoyo psicológico
3. Realizar cuestionario el cual debe modificarse y adaptarse específicamente a la patología previo a realizar procedimiento quirúrgico para luego obtener comparativo en el pre quirúrgico y el postquirúrgico

A los residentes

1. Continuar la investigación del desarrollo y evolución de estos pacientes, así como permita crear datos para estudios de índole analítica tanto procedimental o terapéutica.
2. Estimular el deseo científico respecto a la respuesta clínica sea sobre estudios analíticos asociados a procedimientos quirúrgicos o técnicas quirúrgicas.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Borráez, B., & Patti, M. (2015). Miotomía de Heller por vía laparoscópica: un procedimiento seguro. *Revista Colombiana de Cirugía*, 182-187.
- Burdiles, P., Korn, O., & et-al. (2014). Tratamiento quirúrgico de la acalasia esofágica Experiencia en 328 pacientes. *Revista Chilena de Cirugía*, 46-51.
- Castillo, J., Pacheco, F., & et-al. (2017). Tratamiento actual de la acalasia, reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Metro ciencia*, 25-30.
- Evelyn-Dorado. (2016). Manejo mínimamente invasivo de la acalasia: la cirugía como la opción más efectiva. *Asociaciones Colombianas de Gastroenterología*, 96-99.
- Montiel, A., Rojas, B., & et-al. (2020). Manejo quirúrgico de la acalasia esofágica en el Hospital Central del IPS durante el periodo enero 2016 a diciembre 2018. *Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Cirugía General. Paraguay*, 16-19.
- Morales, J., Gutierrez, U., & et-al. (2019). Acalasia desde la perspectiva del cirujano. *Revista Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo*, 94-99.
- Prieto, R., & et-al. (2019). Acalasia, una visión actual. *Revista Colombiana de Cirugía*, 171-178.
- Quesada, V., Vargas, F., & et-al. (2018). Acalasia: abordaje diagnóstico y terapéutico. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 1-8.
- Ramos, R., Villanueva, A., & et-al. (2017). Calidad de vida en pacientes con acalasia esofágica operados por videolaparoscopia. *Revista Cubana de Cirugía: Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso*, 2-8.
- Roberto-Oleas. (2018). Calidad de vida en pacientes con Trastornos Esofágicos Crónicos: validación del cuestionario "Northwestern Esophageal Quality of Life Scale" en pacientes del Instituto Ecuatoriano de Enfermedades



Digestivas. *Universidad de Especialidades Espíritu Santo de Ecuador*, 11-21, 30-38.

Rodríguez, T., Moreno, N., & et-al. (2018). Adaptación transcultural del cuestionario de calidad de vida gastrointestinal GIQLI (Gastrointestinal de vida gastrointestinal GIQLI (Gastrointestinal de vida gastrointestinal GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index) para su aplicación en pacientes . *Revista de Cirugía: Hospital Clínico Universidad de Chile*, 287-292.

Roesch-Dietlen, F., & et-al. (2013). Miotomía de Heller y funduplicatura laparoscópica en la acalasia. Una experiencia retrospectiva. *Academia Mexicana de cirujanos*, 38-43.

Roque, R., Martinez, M., & et-al. (2019). Calidad de vida y evolución clínica después de miotomía de Heller con funduplicatura de Dor. *Revista Cubana de Cirugía*, 55-64.

Trejo-Mares, B. e.-a. (2017). ACALASIA: REPORTE DE UN CASO EN EL ESTADO DE MÉXICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. *Revista Argentina de Medicina*, 126- 129.



ANEXO

Tabla #1: Características sociodemográficas

Características sociodemográficas			
Variable	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Edad	20 a 29 años	4	16.0
	30 a 39 años	10	40.0
	40 a 49 años	7	28.0
	50 a 59 años	4	16.0
	Total	25	100.0
Sexo	Femenino	15	60.0
	Masculino	10	40.0
	Total	25	100.0
Procedencia	Urbana	21	84.0
	Rural	4	16.0
	Total	25	100.0
Escolaridad	Analfabeta	2	8.0
	Primaria	3	12.0
	Secundaria	8	32.0
	Superior	12	48.0
	Total	25	100.0
Ocupacion	Ama de casa	3	12.0
	Obrero	6	24.0
	Militar	2	8.0
	Profesor	1	4.0
	Jubilado	4	16.0
	Ninguna	9	36.0
	Total	25	100.0

Fuente: ficha de recolección

n: 25

Tabla #2: Antecedentes personales no Patológicos

Antecedentes personales no Patológicos			
Variable	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Tabaquismo	Si	13	52.0
	No	12	48.0
	Total	25	100.0
Alcoholismo	Si	12	48.0
	No	13	52.0
	Total	25	100.0
Toxicomanias	No	25	100.0
	Total	25	100.0
Otras	Si	3	12.0
	No	22	88.0
	Total	25	100.0

Fuente: ficha de recolección

n: 25

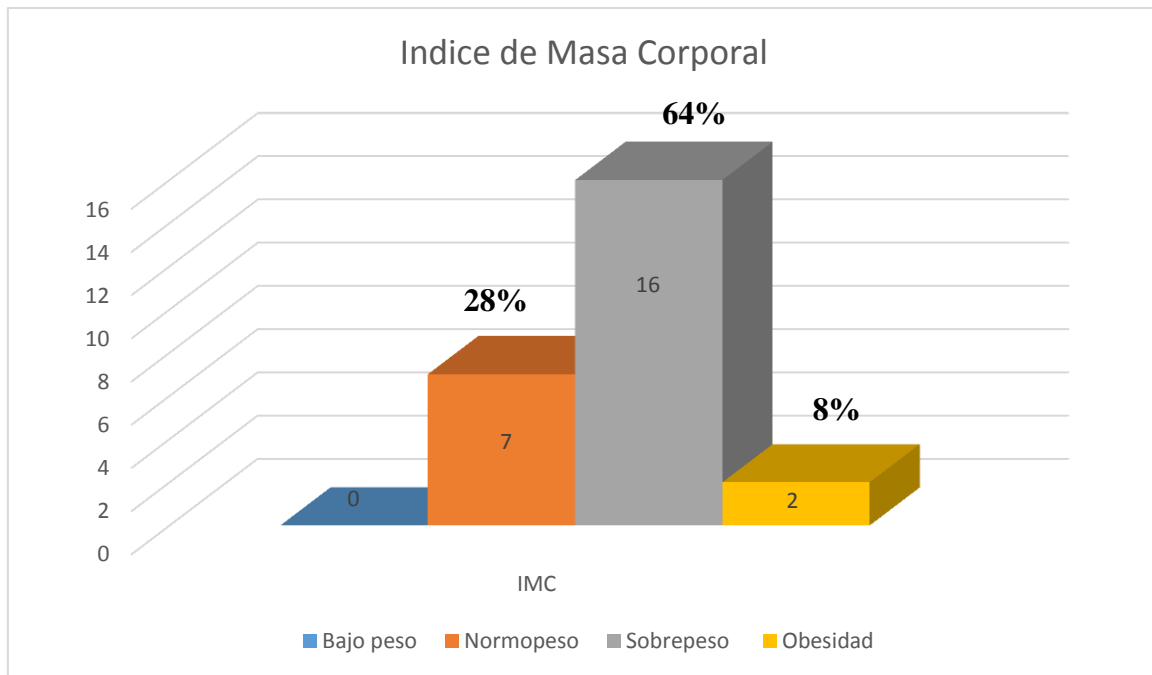
Tabla #3: Antecedentes patológicos personales

Antecedentes patológicos personales			
Variable	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes	Si	4	16.0
	No	21	84.0
	Total	25	100.0
Hipertensión Arterial Sistémica	Si	3	12.0
	No	22	88.0
	Total	25	100.0
Reumopatía	No	25	100.0
	Total	25	100.0
Hepatopatía	Si	4	16.0
	No	21	84.0
	Total	25	100.0

Fuente: ficha de recolección

n: 25

Gráfica #1: Índice de masa corporal



Fuente: ficha de recolección

n: 25

Tabla #4: Signos y síntomas asociados

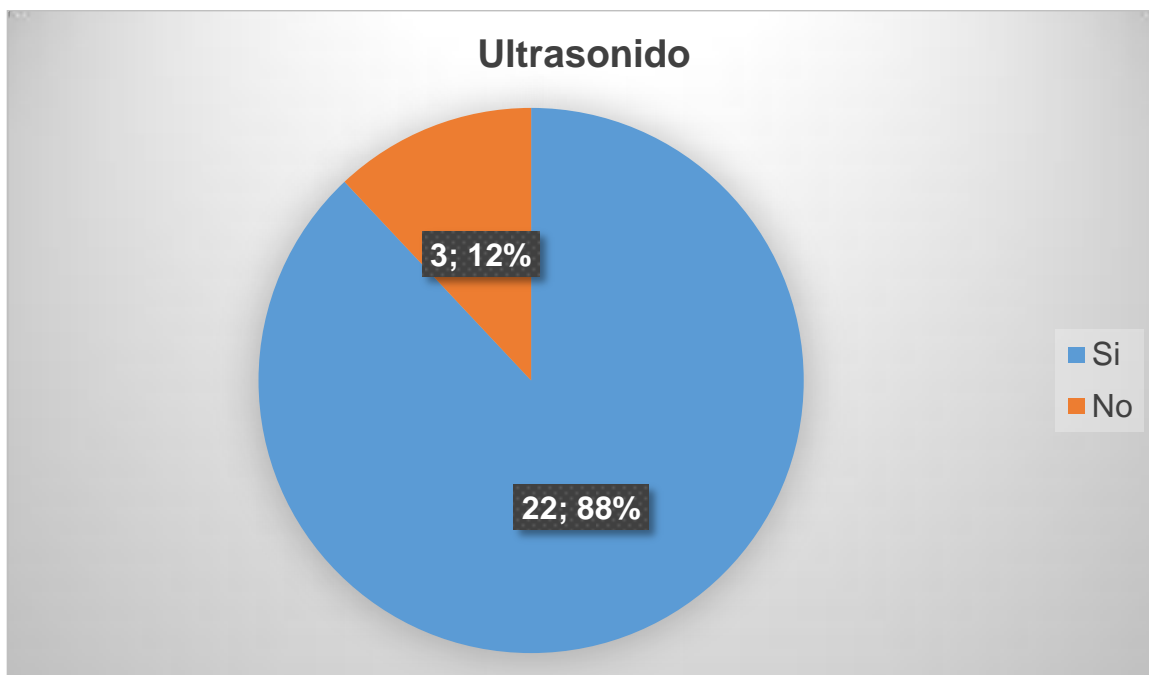
Signos y síntomas asociados			
Variable	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Pirosis	Si	22	88.0
	No	3	12.0
	Total	25	100.0
Plenitud	Si	8	32.0
	No	17	68.0
	Total	25	100.0
Reflujo	Si	18	72.0
	No	7	28.0
	Total	25	100.0
Distensión	Si	15	60.0
	No	10	40.0
	Total	25	100.0

Dolor abdominal	Si	10	40.0
	No	15	60.0
	Total	25	100.0
Nausea y/o vómitos	Si	6	24.0
	No	19	76.0
	Total	25	100.0

Fuente: ficha de recolección

n: 25

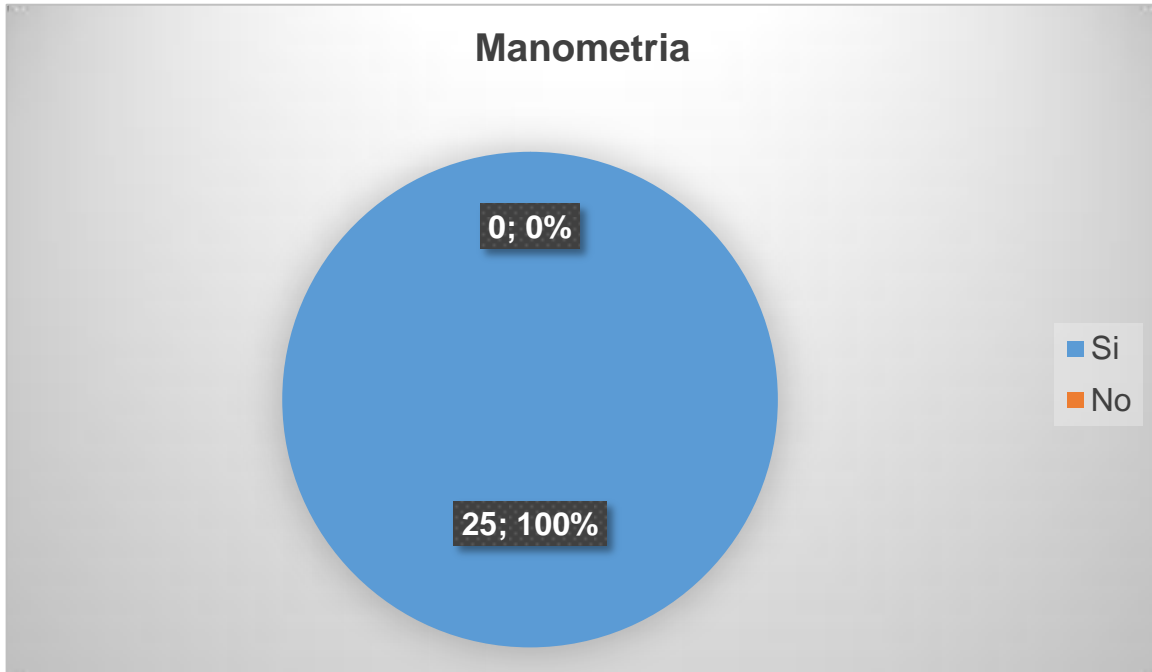
Gráfica#2: Ultrasonido



Fuente: ficha de recolección

n: 25

Gráfica#4: Manometria



Fuente: ficha de recolección

n: 25

Tabla 5: Cuestionario Gijl

Fuente: ficha de recolección

n: 25

Tabla 6: Cuestionario GIGI

Cuestionario GIGLI					
Variable	Todo el tiempo	Casi todo el tiempo	Algunas veces	Raramente	Nunca
Últimas 2 Semanas					
Se ha sentido triste o deprimido	0	1	8	15	1
Se ha sentido nervioso o con miedo	0	2	8	11	4
Se ha sentido satisfecho con su vida en general	3	7	3	11	1
Se ha sentido frustrado	0	1	10	12	2
Se ha sentido cansado o fatigado	0	2	7	12	4
Se ha sentido enfermo	0	2	4	14	5
Últimas Semana					
	Cada noche	5 – 6 noches	3 – 4 noches	1 – 2 noches	Nunca
Ha despertado por la noche con molestia digestiva por su enfermedad	0	2	3	8	12

Fuente: ficha de recolección

n: 25

Tabla 7: Cuestionario Gigl

Cuestionario GIGLI					
Variable	Mucho	Bastante	Alto	Un poco	Nada
Última Semana					
En qué medida su enfermedad le ha provocado cambios molestos en su aspecto	0	3	0	9	13
En qué medida ha disminuido su energía	0	1	0	11	13
En qué medida ha disminuido su resistencia física	0	1	0	7	17
En qué medida ha empeorado su capacidad de ejercicio	1	1	1	6	16
Últimas 2 Semanas	Muchísimo	Mucho	Algo	Un poco	Nada
Se ha sentido molesto por el tratamiento	4	6	3	8	4
Últimas 2 Semanas	Todo el tiempo	Casi todo el tiempo	Algunas veces	Raramente	Nunca
Ha podido realizar sus actividades cotidianas	11	3	2	5	4
Se ha sentido capaz de realizar actividades recreativas	11	2	4	3	5

Fuente: ficha de recolección

n: 25

Tabla 8: Cuestionario Gigl

Cuestionario GIGLI					
Variable	Muchísimo	Mucho	Algo	Un poco	Nada
Consecuencia de su enfermedad					
Se ha alterado las relaciones con personas cercanas	2	0	6	1	16
En qué medida ha perjudicado su vida sexual	1	1	8	2	13
Últimas 2 Semanas	Todo el tiempo	Casi todo el tiempo	Algunas veces	Raramente	Nunca
Ha sentido reflujo	0	3	7	11	4
Ha sentido incomodidad por comer lento	0	3	6	9	7
Ha sentido problemas para tragar la comida	0	1	6	8	10
Ha sentido la necesidad de defecar con urgencia	0	0	2	12	11
Ha sentido diarrea	0	1	3	11	10
Ha sentido estreñimiento	0	1	5	10	9
Ha sentido nauseas	0	0	2	14	9
Ha tenido sangre en las deposiciones	0	3	3	7	12
Has tenido acidez estomacal	0	3	4	9	9
Ha tenido escape en las deposiciones	0	0	3	9	13

Fuente: ficha de recolección

n: 25



FICHA DE RECOLECCIÓN

“ Calidad de vida de pacientes con acalasia posterior a miotomía de Heller laparoscópica en el servicio de cirugía general del Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños en el periodo de mayo 2015 a mayo 2020”

Objetivo 1

Edad: Menor 20 años () 20 – 29 años () 30–39 años () 40 – 49 años () 50 – 59 años ()

Sexo: Femenino () Masculino ()

Procedencia: Urbana () Rural ()

Escolaridad: Analfabeta () Primaria () Secundaria () Superior ()

Ocupación: Ama de casa () Obrero () Militar () Profesor () Jubilado() Ninguna ()

Objetivo 2

Antecedentes Personales Patológicos: Fuma () Alcohol () Droga () Otra ()

Comorbilidad: Ninguna () DM2 () HTA() Reumatopatía () Hepatopatía ()

IMC: Desnutrido () Normopeso () Sobepreso () Obesidad ()

Ultrasonido: Si () No () **TAC:** Si () No ()

Dato Clínico: Pirosis () Plenitud () Reflujo () Distensión () Dolor Abdominal ()
Nausea/Vomito ()



	Durante las 2 últimas semanas:	Todo el tiempo	Casi todo el tiempo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1	¿Ha tenido dolor abdominal?					
2	¿Ha tenido la sensación de “estómago lleno”?					
3	¿Ha tenido hinchazón o distensión abdominal?					
4	¿Ha tenido escape de gases por ano?					
5	¿Ha tenido fuertes eructos?					
6	¿Ha tenido ruidos llamativos en el abdomen?					
7	¿Ha tenido que defecar con mucha frecuencia?					
8	¿Se siente bien al comer?					
	Durante las 2 últimas semanas:	Muchísimo	Mucho	Algo	Un poco	Nada
9	¿Con qué frecuencia ha renunciado a comidas que le gustan, como consecuencia de su enfermedad?					
	Durante las 2 últimas semanas:	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
10	¿Cómo ha sobrellevado el estrés diario?					
	Durante las 2 últimas semanas:	Todo el tiempo	Casi todo el tiempo	Algunas veces	Raramente	Nunca
11	¿Se ha sentido triste o deprimido/a?					
12	¿Se ha sentido nervioso/a o con miedo?					
13	¿Se ha sentido satisfecho/a con su vida en general?					
14	¿Se ha sentido frustrado/a?					
15	¿Se ha sentido cansado/a o fatigado/a?					
16	¿Se ha sentido enfermo/a?					
	Durante la última semana:	Cada noche	5 o 6 noches	3 o 4 noches	1 o 2 noches	Nunca
17	¿Ha despertado por la noche por molestias digestivas?					
	Como consecuencia de su enfermedad:	Mucho	Bastante	Alto	Un poco	Nada
18	¿En qué medida su enfermedad le ha provocado cambios molestos en su aspecto físico?					
19	¿En qué medida ha disminuido su energía?					
20	¿En qué medida ha disminuido su resistencia física?					
21	¿En qué medida ha empeorado su capacidad de ejercicio?					
	Durante las 2 últimas semanas:	Muchísimo	Mucho	Algo	Un poco	Nada
22	¿Se ha sentido molesto/a por el tratamiento de su enfermedad?					
	Durante las 2 últimas semanas:	Todo el tiempo	Casi todo el tiempo	Algunas veces	Raramente	Nunca
23	¿Ha podido llevar a cabo sus actividades cotidianas (por ej.: estudios, trabajo, labores domésticas)?					
24	¿Se ha sentido capaz de participar en actividades recreativas y de tiempo libre?					
	Como consecuencia de su enfermedad:	Muchísimo	Mucho	Algo	Un poco	Nada
25	¿En qué medida se han alterado las relaciones con sus personas cercanas (familia o amigos)?					
26	¿En qué medida ha resultado perjudicada su vida sexual?					
	Durante las 2 últimas semanas:	Todo el tiempo	Casi todo el tiempo	Algunas veces	Raramente	Nunca
27	¿Ha tenido reflujo o regurgitación?					
28	¿Ha sentido incomodidad por comer lento?					
29	¿Ha tenido problemas para tragar la comida?					
30	¿Ha sentido la necesidad de tener que defecar con urgencia?					
31	¿Ha tenido diarrea?					
32	¿Ha tenido estreñimiento?					
33	¿Ha tenido náuseas?					
34	¿Ha tenido sangre en las deposiciones?					
35	¿Ha tenido acidez estomacal?					
36	¿Ha tenido escape de las deposiciones?					



N°	Actividades semanales.	AÑO 2020															
		Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
		Semanas.				Semanas.				Semanas.				semanas			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Entrega de carta de autorización en el Hospital	■															
2	Obtención y filtración de información estadístico.		■														
3	Planteamiento del problema.			■													
4	Planteamiento de objetivos				■												
5	Clasificación de variables					■											
6	Planteamiento del esquema del marco teórico.						■										
7	Desarrollo del marco teórico							■									
8	Planteamiento de hipótesis.								■								
9	Desarrollo de introducción, antecedentes, justificación.									■							
10	Elaboración de instrumento de investigación.										■						
11	Elaboración de diseño metodológico.											■					
12	Elaboración de cronograma y presupuesto												■				
13	Corrección de trabajo													■			
14	Impresión de trabajo														■		
	Realizado por:																

Cronograma de Actividades



Presupuesto

N° Art.	Descripción	Cantidad	Precio por unidad.	Precio total de unidad tributaria
1	Lapicero de tinta.	3	6	18
2	Hoja blanca, tamaño carta	25	0.5	12.5
3	Resaltador	1	15	15
4	Marcadores permanente	3	15	45
5	Calculadora	1	50	50
6	Engrapadora	1	51	51
7	Impresiones	46	10	460
8	Fotocopias	70	1	70
9	Transporte	36	2.5	90
10	Impresión de protocolo final	2	200	200
Total				1011.5



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tema: “Calidad de vida de pacientes con acalasia posterior a miotomía de Heller laparoscópica en el servicio de cirugía general del Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños en el periodo de mayo 2015 a mayo 2020”

Objetivo: Conocer cuál es la calidad de vida de los pacientes con acalasia posterior a miotomía de Heller laparoscópica, sus características clínicas y comorbilidades en el servicio de cirugía general del H.M.E.D.A.D.B. en el periodo comprendido

Yo _____, certifico que he sido informado con veracidad y claridad con respecto a la investigación académica que la Dra. Jennifers Tatiana Ortiz Ebanks me ha invitado a participar; por lo cual libre y espontáneamente he decidido colaborar de forma activa, conozco de la autonomía para decidir retirarme de la investigación cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, además que se respetará la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada.

Autorizo usa la información dada por mi persona para los fines que la investigación persigue.

Firma del sujeto de investigación