

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"
"DR. ANTONIO FRAGA MOURET"

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A
HEPATICOEYUNOANASTOMOSIS CON Y DE ROUX POR LESIONES DE LA VIA BILIAR
DURANTE UNA COLECISTECTOMIA.

ESTUDIO EN PACIENTES DE LA UMAE "DR. ANTONIO FRAGA MOURET"

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL GRADO DE MEDICO ESPECIALISTA EN:

CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA:

DRA. MARTHA GABRIELA RIVERA OLVERA

ASESOR:

DR. ERICK SERVIN TORRES



MÉXICO D.F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”
“DR. ANTONIO FRAGA MOURET”**

Dr. Jesús Arenas Osuna
Division de Educación en Salud

Dr. Arturo Velásquez García
Titular del curso universitario en Cirugía General

Dra. Martha Gabriela Rivera Olvera
Médico residente de IV año

ÍNDICE

Resumen.....	4
Antecedentes.....	6
Objetivo.....	9
Material y método.....	10
Resultados.....	13
Discusión.....	17
Conclusiones.....	21
Bibliografía.....	22
Anexos.....	24

RESUMEN

Antecedentes: La hepaticoyeyunoanastomosis con Y de Roux es el procedimiento estándar para reparar lesiones de vía biliar, reporta una morbilidad del 25%, mortalidad de 13% y recurrencia del 25%, actualmente el estudio de los pacientes no sólo debe tomar las referencias clínicas para determinar el estado de salud de, sino también la calidad de vida que incluye factores sociales, psicológicos, físicos y funcionales; son pocos los estudios existentes que evalúan la calidad de vida en los pacientes a quienes se realizó derivación biliodigestiva y los resultados son discrepantes. El SF-36 es una encuesta de calidad de vida que proporciona un perfil del estado de salud y se ha aplicado en pacientes con derivaciones biliodigestivas.

Objetivo: Conocer el impacto en la calidad de vida de los pacientes sometidos a hepaticoyeyunoanastomosis con y de Roux

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Recolecto información de expedientes clínicos y aplicó la encuesta SF-36 a los pacientes sometidos a hepaticoyeyunoanastomosis en los últimos 5 años.

Resultados: Se estudiaron 37 pacientes con un puntaje promedio de la calidad de vida de 66.53, la escala medida más baja fue la salud general con 54.91 puntos, el área psicológica también se encontró afectada; el rol físico presentó un puntaje promedio de 58.78, sin afectar de igual manera la función física (77.70) y la transición posterior a la cirugía presentó 75 puntos.

Conclusiones: Se presenta un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes sometidos a hepaticoyeyunoanastomosis.

Palabras clave: Hepaticoyeyunoanastomosis, calidad de vida, SF-36.

SUMMARY

Antecedents: Roux Y hepaticojejunostomy is the gold standard to repair bile duct lesion, there is 25% of morbidity, 13% of mortality and 25% of recurrence, now days the patient study not only includes the clinic to know the health state, it also contains the quality of life that enclose social, psychologic, physic and functional factors. There are a few studies that evaluate the quality of life on patients with bilyodigestive derivation and its results are in disagree. SF-36 is a questionnaire about quality of life, that give us a profile of health state and it was aplicated in patients with bilyodigestive derivation.

Objective: To know de quality of life impact in patients with Roux Y hepaticojejunostomy.

Material and Methods: This is an observational, descriptive and transversal study. The information was collected from the clinic record and then we apply the SF-questionnaire to the patients who was operated of hepaticojejunostomy on de last 5 years.

Results: There were 37 patients with an average of 66.53 of quality of life, the general health was the lowest with 54.91 points, the psychologic area was affected too; the physic roll had an average of 58.78 points, with out affect physic function, the change after the surgery had 75 points.

Conclusions: There was a negative impact in the quality of life in patients with hepaticojejunostomy.

Key words: *hepaticojejunostomy, quality of life, SF-36.*

ANTECEDENTES

La colecistectomía es una de las cirugías electivas más comunes en Cirugía General ¹, una de las complicaciones de este procedimiento es la lesión iatrógena de la vía biliar, siendo la colecistectomía la causa más frecuente de lesión de la vía biliar ².

A partir de que fue descrita la colecistectomía laparoscópica, más del 75% de éstas cirugías se realizan de esa forma ^{3 4}, ya que presenta innumerables ventajas sobre la colecistectomía abierta, sin embargo la lesión de vía biliar ha ido en aumento, aunque en últimas fechas parece haberse estabilizado ¹. La incidencia de lesiones de la vía biliar durante la cirugía laparoscópica va desde el 0.6 al 1.4%, aproximadamente el doble de las que se presentan durante la cirugía abierta ^{5 1} que se encuentran entre el 0.1 a 0.3% ⁴.

Se esperaba que la incidencia de lesiones de la vía biliar en laparoscopia fuera disminuyendo conforme la curva de aprendizaje del nuevo procedimiento fuera avanzando, sin embargo estudios demuestran que la incidencia de lesiones se ha mantenido estable ^{4 5}. Dada la frecuencia con que se llevan a cabo colecistectomías, la realización de reconstrucciones de la vía biliar por lesión de la misma ha ido en aumento ⁷.

La hepaticoyeyunoanastomosis con Y de Roux es el procedimiento estándar de oro y ha demostrado ser el procedimiento a seguir después de una lesión de vías biliares ¹. Desde 1891 Sprengel comunicó la primera coledocoduodenostomía laterolateral con éxito, en 1905 Mayo realizó una reconstrucción por hepaticoduodenoanastomosis después de una lesión producida durante una colecistectomía, posteriormente Lahey en 1909 fue el primero en realizar una intervención por estenosis de la vía biliar, y fueron Warren, McDonald y Kune en 1966 quienes sentaron las bases para el manejo de las lesiones de la vía biliar ⁸.

Desde entonces las modificaciones de la técnica y los materiales empleados para su realización han sido numerosos, el procedimiento mas extendido ha sido la anastomosis en un plano con puntos separados con material no absorbible. La introducción de la sutura continua de monofilamento en cirugía vascular animó a su empleo en las anastomosis digestivas. Bailey en 1984 fue el primero en comunicar su

eficacia en una serie de 100 anastomosis colónicas. Mientras que la primera referencia de anastomosis continua reabsorbible en cirugía biliar fue publicada por Baltasar ⁹. Actualmente está comprobado que las reparaciones termino-terminales en vías biliares lesionadas tienen un alto índice de fracaso, y más si las lesiones implican sección total de la vía biliar ^{10 11}; se ha determinado que para que la derivación biliodigestiva sea exitosa debe incluir sección total de la zona estenosada ¹⁰; y la anastomosis debe realizarse alta utilizando los conductos hepáticos por separado independientemente del tipo de lesión, garantizando así una mejor irrigación de la anastomosis ¹².

A pesar de que la experiencia actual convierte a la anastomosis biliodigestiva en el tratamiento de elección para las lesiones de vía biliar, y los reportes de series han mostrado buenos resultados después de esta operación, la morbilidad es del 25% la mortalidad va del 2 al 13% con un índice de recurrencia del 20 al 25% ¹³.

Dentro de las complicaciones de la derivación biliodigestiva se encuentran la colangitis, estenosis recurrentes de la anastomosis y hepatocolocolitiasis que pueden dar como resultado en cirrosis hepática e hipertensión portal irreversibles. Además las estenosis que se presentan posteriormente a una cirugía son técnicamente más difíciles de manejar y por lo tanto disminuye el éxito de la cirugía ¹ ¹³. Por lo que debemos tomar en cuenta que se ha demostrado que los resultados de la derivación son mejores si son referidos de forma temprana, en comparación que en aquellos referidos tardíamente y/o presentan complicaciones ⁵, y que este tipo de procedimientos deben ser realizados en centros especializados ³.

Actualmente la evaluación del paciente no sólo se basa en el estudio clínico, si no se consideran tanto los factores psicológicos, como los sociales, y la implicación que la presencia de la misma tiene en la vida del paciente, o más concretamente en su "calidad de vida".

El término "calidad de vida" pretende valorar aspectos de la enfermedad que no son estrictamente clínicos, sino relacionados con la vida diaria del paciente y en qué modo se ve afectada por la presencia de la patología, desde el punto de vista del propio paciente. Lógicamente esa valoración habrá de ser multidimensional y se acepta generalmente incluir, al menos, cuatro dimensiones a evaluar: física, funcional, psicológica y social.

Se han realizado estudios para evaluar la calidad de vida en los pacientes a quienes se realizó derivación biliodigestiva posterior a lesiones de la vía biliar por colecistectomía, sin embargo los resultados son discrepantes, ya que mientras en reportes se ha encontrado que sin importar la excelente funcionalidad de la cirugía, la calidad de vida del paciente tiene un importante efecto negativo, mismo que se presenta sin importar el nivel de la lesión ³; otros reportes refieren que la calidad de vida del paciente se puede comparar con aquella de los pacientes a quienes se practicó colecistectomía laparoscópica sin ningún incidente durante la misma ⁷. Aun cuando se refiere en la literatura que lesiones simples causan tantas alteraciones en la funcionalidad de la vida del paciente como lo hacen secciones completas del hepático común ³. Así mismo Genevieve encontró que el único aspecto realmente afectado es el psicológico ¹⁴. En todos estos estudios, excepto el último se ha utilizado el cuestionario de calidad de vida SF36, que es un cuestionario de salud desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos; es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales ¹⁵.

MATERIAL Y MÉTODO

OBJETIVO GENERAL

- Conocer como impactó en la calidad de vida la realización de hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux como tratamiento de lesión de vía biliar durante colecistectomías.

Diseño: estudio retrospectivo, observacional, descriptivo. Transversal y abierto en pacientes con lesión de vías biliares durante colecistectomía, sometidos a reconstrucción del tipo de la hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux, y con seguimiento mínimo de tres meses en la consulta externa de cirugía, en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza, que acepten llenar el cuestionario SF36 para medir impacto en la calidad de vida durante el periodo del 01-01-2002 al 31-XII-2006. la recolección de datos se iniciará en la libreta de programación quirúrgica del servicio de cirugía general, para la obtención de nombres y números de afiliación de los pacientes, posteriormente se obtendrán los expedientes de éstos de donde se localizará la información sobre fechas de cirugías, técnica empleada, complicaciones. Se captaran sus domicilios y números telefónicos para la localización de los mismos. Se citaron a la consulta externa de cirugía General, se les aplicó una encuesta SF-36 versión larga. Los cuestionarios de calidad de vida se homogenizarán de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud». Se realizará el cálculo de la sumatoria de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala). Se llevará a cabo la transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala). Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud), puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente. Realizando una descripción de los resultados tanto textual como gráfica.

Se obtendrá un grupo de estudio en el que se incluirán a los pacientes a quienes en los últimos 5 años se realizó derivación biliodigestiva por lesión de vías biliares; y la aplicación del cuestionario SF-36, previa obtención de consentimiento informado, ya sea citándolos a la consulta externa de cirugía general, enviando el cuestionario por fax o correo electrónico, según los propios medios con los que cuente el paciente. La recolección de la información será realizada por investigador principal y asociado, se procesará en hojas de cálculo del paquete Excel de Office, realizando la codificación de los ítems contestados de la encuesta aplicada y posteriormente se hará una sumatoria para la obtención del nivel de vida de cada paciente y su posterior generalización y análisis.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 50 pacientes registrados en la libreta de programación quirúrgica del Servicio de Cirugía General y que se encontraban en control en la consulta externa. El total fue convocado para contestar la encuesta SF-36, el 76% (38 pacientes) aceptó y respondió de manera completa el SF-36, sin embargo uno de ellos se excluyó por presentar múltiples patologías crónico degenerativas. El 8% (4) contestó incompleto el cuestionario y 12% (6) no acudieron a la convocatoria. Se nos informó que el 5.5% (2 pacientes) habían fallecido a causa de su patología biliodigestiva.

De los 37 pacientes incluidos en el estudio 86.48% (32) correspondieron al sexo femenino y 13.51% (5) al sexo masculino, con una edad media de 44 ± 18 años. Se encontró que el 70.27% (26) se sometió inicialmente a colecistectomía abierta y el 29.72% (11) a laparoscópica (figura 1); para determinar el sitio de la lesión en la vía biliar se utilizó la clasificación de Bismuth, en el 8.1% (3) se encontró grado I, el 40.54% (15) grado II, el 45.94% (17) grado III y grado IV en el 5.4% (2) (figura 2).

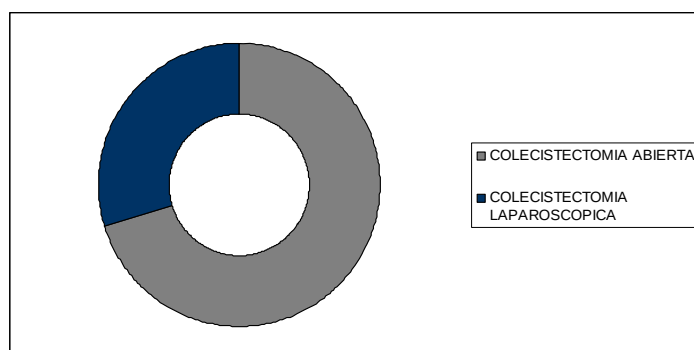


Figura 1. Tipo de colecistectomía en la que se generó lesión de vías biliares.

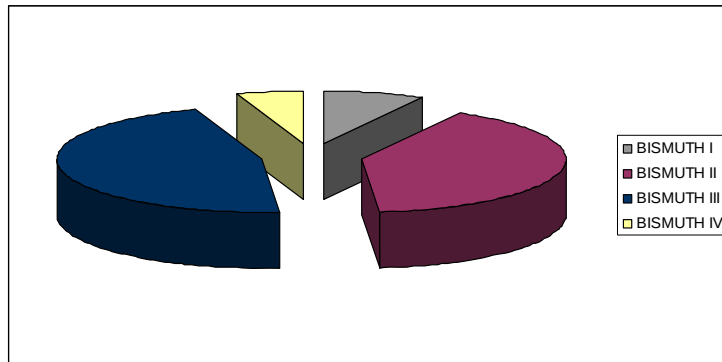


Figura 2. Nivel de la vía biliar en el que se presentó la lesión.

Posterior a la hepaticoyeyunoanastomosis con Y de Roux el 48.64% (18) presentaron estenosis que ameritó la realización de nueva derivación; el 27.02% (10) se reintervino en una ocasión más, el 13.51% se ha reintervenido en dos ocasiones más y el 8.1% (3) hasta una tercera ocasión.

Los resultados obtenidos a la aplicación del cuestionario SF-36 nos permitieron observar un promedio de calidad de vida de 66.53 puntos, encontrando la mejor calidad de vida con 92.66 puntos y la menor con 29.44 puntos. La función física es la que presenta una mayor puntuación con un promedio de 77.70 puntos, mientras que la salud general es la que se encuentra con una menor puntuación con 54.91 puntos, la transición de la calidad de vida de previo la derivación biliodigestiva a posterior a la misma sumo un promedio de 75.54 puntos. Se presenta en la **tabla 1** los resultados de los 9 parámetros medidos en la calidad de vida de los pacientes estudiados:

ESCALA MEDIDA	PUNTAJE PROMEDIO	MAYOR PUNTUACIÓN	MENOR PUNTUACIÓN
Función física	77.70	100.00	35.00
Rol físico	58.78	100.00	0.00
Dolor corporal	68.44	100.00	10.00
Salud general	54.91	85.00	10.00
Vitalidad	63.37	95.00	5.00
Función social	72.83	100.00	25.00
Rol emocional	61.25	100.00	0.00
Salud mental	65.94	100.00	32.00
Transición de salud posterior a cirugía	75.54	100.00	25.00
TOTAL	66.53	92.66	29.44

Tabla 1. Calidad de vida medida con la herramienta SF-36 en los 37 pacientes incluidos en el estudio.

Se identificó una variación descendente con respecto a la calidad de vida de los pacientes según el sitio donde se presentó inicialmente la lesión de la vía biliar utilizando la clasificación de Bismuth, advirtiéndose que los pacientes que tuvieron lesión Bismuth I tuvieron un puntaje de calidad de vida de 75.57, mientras que en quienes la lesión correspondió a un Bismuth IV su puntaje fue de 52.94. En la **tabla 2** se muestran las escalas medidas en calidad de vida y su correlación con los diferentes sitios de lesión.

ESCALA MEDIDA	BISMUTH I	BISMUTH II	BISMUTH III	BISMUTH IV
Función física	85.00	83.00	72.05	75.00
Rol físico	41.66	66.66	57.35	37.50
Dolor corporal	85.83	70.50	64.85	57.50
Salud general	60.00	54.60	56.64	35.00
Vitalidad	63.33	67.33	63.82	30.00
Función social	100.00	72.83	69.26	62.50
Rol emocional	100.00	71.11	47.05	50.00
Salud mental	69.33	72.53	60.94	54.00
Transición de salud posterior a cirugía	75.00	76.66	74.70	75.00
TOTAL	75.57	70.58	62.96	52.94

TABLA 2. Relación de calidad de vida en relación al sitio de lesión de la vía biliar.

En cuanto al número de derivaciones biliodigestivas que han requerido los pacientes para la reparación de la lesión en vía biliar y por el posterior desarrollo de estenosis de la derivación, no se encontró un decremento en la calidad de vida en relación con el aumento en el número de cirugías realizadas, **tabla 3, figura 3.**

ESCALA MEDIDA	1 INTERVENCIÓN	2 INTERVENCIONES	3 INTERVENCIONES	4 INTERVENCIONES
Función física	79.47	79.50	66.00	80.00
Rol físico	65.78	70.00	5.00	66.66
Dolor corporal	73.28	72.75	44.00	64.16
Salud general	58.42	53.30	41.00	61.33
Vitalidad	65.00	67.00	45.00	71.66
Función social	75.92	84.00	45.00	62.50
Rol emocional	61.40	76.66	26.66	66.66
Salud mental	64.00	70.80	59.20	73.33
Transición de salud posterior a cirugía	78.68	80.00	65.00	58.23
TOTAL	69.10	72.66	44.09	67.18

Tabla 3. Calidad de vida en relación con el número de derivaciones biliodigestivas realizadas.

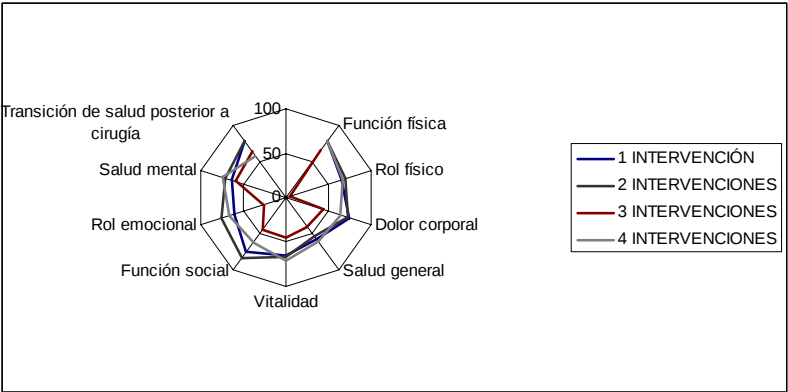


FIGURA 3. Relación de número de intervenciones y calidad de vida actual.

DISCUSIÓN

El sexo femenino predominó con un 86.48% y la media de edad de los pacientes estudiados fue de 44 años, lo cual coincide con la literatura, ya que está determinado que en la mujer tanto por influencia hormonal, como alteraciones en la motilidad vesicular durante el embarazo es más frecuente el desarrollo de colelitiasis; además de tratarse de una patología propiamente de pacientes jóvenes ^{10 16}.

A diferencia de lo reportado por la literatura internacional, sobre una mayor incidencia de lesiones de la vía biliar durante procedimientos laparoscópicos en comparación con los que se realizan abiertos ^{1 4 5}, en esta serie se observó un predominio de pacientes quienes sufrieron lesión de vías biliares durante colecistectomías abiertas (70.27%) sobre las laparoscópicas. Cabe destacar que las colecistectomías fueron realizadas en hospitales de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social y no se cuenta en todas estas unidades con todos los recursos para la realización de cirugía laparoscópica. Las lesiones que predominaron basándose en la Clasificación de Bismuth fueron a nivel III.

Las reparaciones quirúrgicas de la vía biliar son exitosas en un 62 a 92%, el 15 al 30% restante requerirá nueva intervención por el desarrollo de estenosis ¹⁷; en los datos emitidos por este estudio encontramos que las hepaticoyeyunoanastomosis llevadas a cabo en el Centro Médico Nacional La Raza han tenido éxito en el 51.35% de los casos, el 48.64% se ha sometido a remodelación de la derivación por estenosis de la anastomosis y hasta en un 8.1% se necesitaron tres cirugías más para obtener la permeabilidad de la vía biliar, lo que reporta la literatura disminuye aun más las probabilidades de éxito quirúrgico.

El éxito de las derivaciones biliodigestivas se ha evaluado por medio de estudios séricos en los cuales se determinan las pruebas de funcionamiento hepático, así como estudios de imagen y medicina nuclear que nos permiten valorar la permeabilidad de la derivación; sin embargo el concepto salud no se basa únicamente en el área biológica del ser humano, sino en un concepto integral en el cual se abarcan también las esferas psicológica y social. Dando pie a que sea el propio paciente quien a través de instrumentos validados ayude a conocer el éxito integral del procedimiento; es importante determinar la calidad de vida que los pacientes presentan posterior a la realización de una cirugía de derivación biliodigestiva, en el total entendimiento que en este caso se utilizó como un medio de reparación de una lesión que por si sola es causante de un importante estado morbos. La calidad de vida posterior a derivaciones biliodigestivas ha sido evaluada en pocas ocasiones sin existir uniformidad en los resultados, el primer estudio publicado por Boerma y el de Genevieve encontraron que las escalas mental y psicológica eran las más bajas, refiriendo que podría deberse al manejo prolongado ; Taylor observó que en todo paciente que presenta lesión de vías biliares a cualquier nivel y se realiza reparación de la misma bajo métodos endoscópicos o quirúrgicos se altera invariablemente de manera negativa la calidad de vida, mientras que Sarmiento determina que no existe un impacto negativo comparándolo con una colecistectomía no complicada. En los datos arrojados encontramos que la sumatoria de las escalas medidas en el total de los pacientes estudiados fue de 66.53 puntos, para SF-36 la mejor calidad de vida consta de 100 puntos y peor calidad de 50 puntos, por lo que podemos decir que en general es mala la calidad de vida que tienen los pacientes postoperados de una hepaticoyeyunoanastomosis con Y de Roux, sin embargo cabe destacar que en el ítem de transición en el cual comparan sus condiciones actuales con las previas a la cirugía se encuentra un puntaje promedio de 75, reflejando de esta manera los pacientes que a pesar de no encontrarse en excelentes condiciones, si se encuentran “algo mejor ahora” que previo a la derivación biliodigestiva, por lo que si bien la

hepaticoyeyunoanastomosis con Y de Roux no regresa al paciente a la calidad de vida que tenía previo a la colecistectomía, si cumple la función de reparar la lesión de la vía biliar y evitar las complicaciones de la misma que en muchas ocasiones pueden llevar al paciente a la muerte. A diferencia de lo reportado por Genevieve y Boerma, en este estudio la escala que se encontró más afectada fue la salud general, con un puntaje promedio de 54.91, lo que refleja que los pacientes consideran su propia salud como mala, además de creer ellos mismos que son más lábiles para el desarrollo de patologías. Las escalas correspondientes al área psicológica que incluyen la salud mental, el rol emocional y la vitalidad presentaron puntajes bajos de 65.94, 61.25 y 63.37 respectivamente, y aunque no son las escalas mas bajas como lo reportan otros artículos si se encuentran dentro de un rango que se acerca a la peor calidad de vida. Como tal no se cataloga que los pacientes que se sometieron a hepaticoyeyunoanastomosis con Y de Roux por lesiones de la vía biliar se encuentran incapacitados para la realización de sus labores, sin embargo llama la atención que en la escala correspondiente al rol físico tenga una puntuación promedio de 58.78, por lo que determinamos que la falta de salud en estos pacientes si interfiere en el trabajo y otras actividades diarias reflejándose en un menor rendimiento de lo deseado. Sin embargo no se encuentra limitación tan importante en actividades físicas cotidianas básicas como la deambulaci3n, transporte de cargas y realizaci3n de esfuerzos ya que el puntaje promedio es de 77.70, acercándose más a una buena calidad. La escala de dolor corporal promedio una puntuaci3n de 68.44, por lo que concluimos que el dolor presentado posterior al procedimiento interfiere en las actividades habituales de estos pacientes, cabe destacar que nos referimos a un postquirúrgico tardío, ya que son pacientes con más de tres meses de haber sido intervenidos quirurgicamente. La funci3n social es una de las que se encuentra con mayor puntaje en promedio de 72.83 por lo que la patología no obstaculiza a los pacientes con su vida social habitual.

Taylor reportó que el impacto en la calidad de vida posterior a la derivación biliodigestiva no tenía relación con el nivel al cual se presentó la lesión de vías biliares, sin embargo durante el presente estudio observamos que los pacientes que tenían lesiones más altas su calidad de vida actual era peor con un puntaje promedio total para las lesiones clasificadas como Bismuth IV de 52.94, mientras que las Bismuth I totalizaron 75.57 puntos, las Bismuth II 70.58 y las Bismuth III 62.96, llama la atención el orden descendente en la calidad de vida a la par del ascenso de la lesión, sería conveniente en futuros estudios determinar si existe realmente una asociación de valor en esta relación.

Curiosamente no se identificó un decremento secuencial en la medición total de la calidad de vida de los pacientes en relación con el número de reintervenciones practicadas por el desarrollo de estenosis de las anastomosis de la derivación biliodigestiva, como en párrafos previos se mencionó el éxito de esta cirugía va disminuyendo entre más veces sea reintervenido el paciente. El orden descendente sólo es notorio parcialmente en la escala que mide la transición del estado actual al previo a la cirugía de derivación, ya que tras tres intervenciones los pacientes se consideran en un estado de salud equivalente al de antes de la realización de la cirugía. Llama la atención que los pacientes que se sometieron a dos remodelaciones tengan peor calidad de vida que en los que se realizaron hasta tres remodelaciones, su calidad de vida suma un puntaje que no llega a los 50 puntos y de igual forma los aspectos con peor calidad son la salud general y el estado psicológico, con una importante discapacidad para realización de sus actividades cotidianas en el área doméstica y laboral.

CONCLUSIONES

Es mala la calidad de vida de los pacientes sometidos a hepaticoyeyunoanastomosis con Y de Roux posterior a una lesión de vía biliar durante una colecistectomía

Los índices de estenosis que se presentan en la UMAE "Dr. Antonio Fraga Mouret" son mayores que los reportados por la literatura internacional.

La calidad de vida a diferencia de lo reportado en la literatura no sólo presenta alteraciones negativas en el ámbito psicológico, sino que también y en mayor medida se observan en la salud general, inclusive afectándose la vida laboral de los pacientes. Sin embargo los pacientes consideran que sus condiciones de salud son mejores que las previas a la realización de la cirugía que es un procedimiento para reparar una iatrogenia ocurrida durante una cirugía previa que de no ser corregida causaría patologías aun más graves del tipo del biliperitoneo, insuficiencia hepática por cirrosis biliar, fístulas e incluso la muerte del paciente.

En nuestro país, no se han realizado estudios que midan las consecuencias de una lesión iatrógena de la vía biliar, por lo que consideramos de suma importancia los hallazgos reportados en esta serie de casos, que permiten una mejor comprensión de las consecuencias que desencadena la realización de un tratamiento correctivo como lo es la hepaticoyeyunoanastomosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gunnies RA, Benjamin IS. Long-term outcome of hepaticojejunostomy with routine access loop formation following iatrogenic bile duct injury. *Br J Surg* 2002 (89): 1118-24
2. Brunicardi FC, Schwartz principios de cirugía; 8va. Edición; Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2005
3. Boerma D, Rauws EA, Keulemans YCA, et al. Impaired Quality of Life 5 Years After Bile Duct Injury During Laparoscopic Cholecystectomy. *Ann Surg* 2001 (234) 6: 750-7.
4. Sicklick JK, Camp MS, Lillemoe KD, Melton GB, Yeo CJ, Campbell KA, et al. Surgical Management of Bile Duct Injuries Sustained During Laparoscopic Cholecystectomy: Perioperative Results in 200 Patients. *Ann Surg*; 241(5) 2005: 786-95.
5. Bachellier P, Nakano N, Weber JC, Lemarque P. Surgical Repair after Bile Duct and Vascular Injuries during Laparoscopic Cholecystectomy: When and How?. *World J. Surg.* 25, 1335–1345, 2001
6. Archer SB, Brown DW, Smith D, Branum GD, Hunter JG. Bile Duct Injury During Laparoscopic Cholecystectomy, results of a National Survey. *Ann Surg* 234 (4): 549-59.
7. Sarmiento JM, Farnell MB, Nagorney DM, Hodge DO, Harrington JR. Quality of life assessment of surgical reconstruction after laparoscopic cholecystectomy induced bile duct injuries. What Happens at 5 Years and Beyond?. *Arch Surg.* 2004;139:483-489
8. Moltó M, García Marcilla JA, Zaragoza Zaragoza C, Barreras JA, Ruiz de Toro T, Morcillo MA et al. Anastomosis biliodigestivas con sutura continua monoplano con material monofilamento reabsorbible. *Cir Esp* 2002; 53: 50-54.
9. Rothin M, et al. Long term results of hepaticojejunostomy for benign lesions of the bile ducts; *Am J Surg* 1998; 175(1) 22-6.
10. Koffron A, Ferrario N, Parson WNemckek A, Saber M, Abecasis M. Failed Primary management of iatrogenic biliary injury: Incidence and significance of concomitant hepatic arterial disruption. *Surg* 2002; 130: 722-31.
11. Stewart L, Way L. Bile duct injuries during laparoscopic cholecistectomy: Factors that influencethe results of tatment. *Arch Surg* 1995; 130(10)1123-9.
12. Tocchi A, Gianluca M, Gianluca L, et al. Management of Benign Biliary Strictures: Biliary Enteric Anastomosis vs Endoscopic Stenting. *Arch Surg*, 2(135), 2000: 153-157.

13. Kim JH, Lee SH, Kim MH, et al. Percutaneous transhepatic cholangioscopic treatment of patients with benign bilio-enteric anastomotic strictures; *Gastrointest Endosc* 2003;58:733-738.
14. Genevieve BM, et al Major bile duct injuries associated with laparoscopic cholecystectomy. Effect of surgical repair on quality of life. *Ann Surg* 2002 235(6):888-895.
15. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Médica*; 2005, 2 (19): 135-150.
16. Zinder MJ, Schwartz SI, Ellis H, et al. Maingot, Operaciones Abdominales. Editorial Panamericana, 1998.
17. Tesdal K, Roeren T, Weiss C, Jaschke W, Dueber C. Metallic stents for treatment of benign biliary obstruction: A long-term study comparing different stents. *J Vasc Interv Radiol*; 2005(16):1479-87.

ANEXOS



CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

NOMBRE: _____

AFILIACIÓN: _____

NÚMERO TELEFÓNICO: _____

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud, sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

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

- 1 __ Excelente
- 2 __ Muy buena
- 3 __ Buena
- 4 __ Regular
- 5 __ Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la previa a la cirugía de derivación biliodigestiva?

- 1 __ Mucho mejor ahora
- 2 __ Algo mejor ahora
- 3 __ Más o menos igual que antes de la cirugía
- 4 __ Algo peor ahora que previo a la cirugía
- 5 __ Mucho peor ahora que previo a la cirugía

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 __ Sí, me limita mucho
- 2 __ Sí, me limita un poco
- 3 __ No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 __ Sí, me limita mucho
- 2 __ Sí, me limita un poco
- 3 __ No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1 __ Sí, me limita mucho
- 2 __ Sí, me limita un poco
- 3 __ No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1 __ Sí, me limita mucho
- 2 __ Sí, me limita un poco
- 3 __ No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1 __ Sí, me limita mucho
- 2 __ Sí, me limita un poco
- 3 __ No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1 __ Sí, me limita mucho
- 2 __ Sí, me limita un poco
- 3 __ No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- 1 __ Sí, me limita mucho
- 2 __ Sí, me limita un poco
- 3 __ No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 ☐ Sí
- 2 ☐ No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 ☐ Si
- 2 ☐ No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 ☐ Si
- 2 ☐ No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 ☐ Si
- 2 ☐ No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 ☐ Sí
- 2 ☐ No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 ☐ Sí
- 2 ☐ No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 ☐ Sí
- 2 ☐ No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 ☐ Nada
- 2 ☐ Un poco
- 3 ☐ Regular
- 4 ☐ Bastante
- 5 ☐ Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 ☐ No, ninguno
- 2 ☐ Sí, muy poco
- 3 ☐ Sí, un poco
- 4 ☐ Sí, moderado
- 5 ☐ Sí, mucho
- 6 ☐ Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 ☐ Nada
- 2 ☐ Un poco
- 3 ☐ Regular
- 4 ☐ Bastante
- 5 ☐ Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Algunas veces
- 4 ☐ Sólo alguna vez
- 5 ☐ Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA
CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 __ Totalmente cierta
- 2 __ Bastante cierta
- 3 __ No lo sé
- 4 __ Bastante falsa
- 5 __ Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 __ Totalmente cierta
- 2 __ Bastante cierta
- 3 __ No lo sé
- 4 __ Bastante falsa
- 5 __ Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 __ Totalmente cierta
- 2 __ Bastante cierta
- 3 __ No lo sé
- 4 __ Bastante falsa
- 5 __ Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 __ Totalmente cierta
- 2 __ Bastante cierta
- 3 __ No lo sé
- 4 __ Bastante falsa
- 5 __ Totalmente falsa

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha México D.F. a de del 2007

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A HEPATICOYEYUNOANASTOMOSIS CON "Y" DE ROUX POR LESIONES DE LA VÍA BILIAR DURANTE UNA COLECISTECTOMIA. ESTUDIO EN PACIENTES DE LA UMAE "DR. ANTONIO FRAGA MOURET"

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: 2007 – 3501 – 60

El objetivo del estudio es:

DETERMINAR EL IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN QUIENES SE REALIZA HEPATICOYEYUNOANASTOMOSIS EN "Y" DE ROUX COMO TRATAMIENTO DE LESIONES DE LA VÍA BILIAR DURANTE COLECISTECTOMÍAS

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

CONTESTAR LA ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA SF-36

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

01- 55 - 26 - 26 – 06 – 23

Testigos