



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO
“HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO”

TEMA:

**“Evaluación de calidad de vida
en pacientes operados de
derivación biliodigestiva en el
Hospital Juárez de México”**

TESIS:

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
CIRUGÍA GENERAL

AUTOR:

DR. ERICK ISAÍ REYES IRIGOYEN

TUTORES:

DR. PABLO MIRANDA FRAGA

DR. JAVIER GARCÍA ÁLVAREZ



Marzo 2015; México D.F.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dr. Pablo Miranda Fraga

Tutor académico

Cirujano Y Mentor

Hospital Juárez De México

Dr. Javier García Álvarez

Jefe de servicio de cirugía general.

Tutor académico

Cirujano Y Mentor

Hospital Juárez De México

Dr. Carlos Viveros Contreras

Director de Enseñanza y Desarrollo Académico

Hospital Juárez De México

Registro de Tesis: HJM 23461114-R

Contenido

GLOSARIO	7
ANTECEDENTES.	8
Antecedentes históricos.....	8
Colecistectomía laparoscópica.....	8
Prevención de lesión de vía biliar.....	9
QUISTES DE COLEDOCO.....	11
MARCO DE REFERENCIA.....	13
CALIDAD DE VIDA (QoL)	13
Deterioro de la calidad de vida en pacientes con lesión durante la colecistectomía laparoscópica	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	16
JUSTIFICACIÓN.....	16
OBJETIVO.....	16
HIPÓTESIS.....	16
DISEÑO DEL ESTUDIO	17
MATERIALES Y MÉTODOS.....	17
11.3.3 Criterios de eliminación.....	18
VARIABLES:.....	18
Variables independientes:.....	18
Variable dependiente:.....	21
ANÁLISIS ESTADÍSTICO:	21
RECOLECCIÓN DE DATOS:	22
RESULTADOS:	23
DISCUSIÓN:.....	26
CONCLUSIONES:	27
CONFLICTO DE INTERESES:.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	29
ANEXOS	31
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	33

*El futuro tiene muchos nombres...
Para los débiles es lo inalcanzable
Para los temerosos, lo desconocido
Para los valientes es la oportunidad.*

-Victor Marie Hugo

Esta tesis es dedicada.....

A mis padres cuya enseñanza me ha hecho el hombre que soy.

A mi madre, un ejemplo de vida que me ha enseñado a luchar pese a las adversidades de la vida.

A mi padre por brindarme una gran infancia, una carrera y seguir enseñándome en este camino que llamamos vida.

A mis hermanos que me han hecho la vida divertida.

A mis sobrinos que me enseñan a ser más tolerante.

A Lorena que ha estado siempre a mi lado en esta etapa de mi vida.

A mi familia que siempre me brinda su apoyo.

A mis maestros por su tiempo y enseñanza.

Al Maestro Pablo Miranda Fraga, por tomarse el tiempo de enseñarme el arte de la Cirugía.

Al Maestro Javier García Álvarez por darme la oportunidad de realizar la residencia y enseñarme la cirugía.

A mis Maestros.

Dr. Juan Manuel Cruz Reyes

Dr. Juan Sánchez Morales

Dr. Luis A. Núñez Trenado

Dr. Raúl Pardo Castro

Dr. Ulises Rodríguez Wong

Dr. Gabin Carreon Crespo

Dr. Juan Carlos Castrejón

Dr. Daniel Dávila.

Al Dr. Víctor Hugo Ramos Cano por enseñarme más que cirugía, y a la Dra. Euridice Robles y el Dr. Alejandro Jiménez Hernandez por ser una gran familia quirúrgica.

A mis compañeros residentes:

Dra. Emilia Robledo Ulloa

Dra. Alejandra Torres Fuentes

Dr. Cesar Alí Orozco Cervantes

Dr. Gil Vega Cedillo

Dr. Antonio Garibay Grande

A mis hijitos quirúrgicos:

Dr. Fausto Campos Guzmán

Dr. Marcos Cesar Luna Pastrana

Dra. Daniela Pimentel Graciano.

A mis hijitos en formación.

A las generaciones de médicos internos de pregrado.

GLOSARIO

Anastomosis: Es una conexión quirúrgica creada entre estructuras tubulares.

Colangitis: Es la inflamación e infección de los conductos hepáticos y biliares comunes asociados con la obstrucción de la vía biliar.

Colecistectomía: Intervención quirúrgica que consiste en la extirpación de la vesícula biliar.

Colestasis: Es la detención del flujo de bilis hacia el duodeno.

Estenosis: Es un término utilizado para denotar la constricción o estrechamiento de un orificio o conducto corporal, puede ser de origen congénito, adquirido o neoplásico.

Herida: Solución de la continuidad, que se puede encontrar en diversos tejidos del cuerpo como consecuencia a un corte, un disparo, una presión, un roce, etc.

Lesión: Daño o detrimento corporal causado por una herida, un golpe o una enfermedad.

Quiste: Es una bolsa cerrada con una membrana propia que se desarrolla anormalmente en una cavidad o estructura del cuerpo.

Sepsis: Es la respuesta sistémica del organismo huésped ante una infección.

ANTECEDENTES.

La derivación biliodigestiva es un procedimiento quirúrgico comúnmente realizado en pacientes sometidos a trasplante hepático, resección de tumores benignos, quistes de colédoco, reparación durante la lesión traumática o iatrogénica de la vía biliar. [1]

Antecedentes históricos

La introducción de la anestesia y antisepsia en el siglo XIX llevo a avances en la cirugía abdominal; la derivación de la vía biliar no fue la excepción, John Stough Bobbs en 1867 realizo la primer colecistostomía, Carl Lanhgenbuch en 1882 realizo la primera colecistectomía en humanos, y en 1884 Hermann Kummell realizo la primer coledocotomía de forma satisfactoria. [2]

Johann Nepomuk Ritter von Nussbaum de Munich, Alemania, realizo la primera colecistoentero-anastomosis en 1870 para descomprimir la vía biliar en procesos obstructivos de la vía biliar, en 1898 William Steward Hasted realizo la primer colecistoduodeno-anastomosis; la primer colecistoyeyuno-anastomosis transmesocólica en Y de Roux se realizó en 1900 por Pendl y en 1909 Robert Dalg de Estocolmo realiza la primer hepáticoyeyuno-anastomosis en Y de Roux en el tratamiento de una fístula biliar para crear una derivación libre de tensión, siendo modificada la técnica por Cole y colaboradores, en al cual se procura la unión de mucosa a mucosa en la derivación. [3]

Colecistectomía laparoscópica.

La colecistectomía laparoscópica es la operación abdominal más frecuente en México y en el mundo, con ella la incidencia de lesiones de vía biliar se duplicó. [4]

La lesión de vía biliar es la complicación más seria de la colecistectomía laparoscópica presentándose de un 0.16 al 2.35%, comparada con la colecistectomía abierta que presenta una incidencia en el 0.07 al 0.9%. Las principales causas son:

- Oclusión o transección del conducto erróneamente identificado.
- Oclusión de la luz del conducto hepatocolédoco al ocluir el conducto cístico.

- Alteración de la circulación del conducto por disección excesiva.
- Lesión interna del conducto por exploración y manipulación forzada.
- Lesión por aplicación de energía térmica y/o eléctrica. [5]

Prevención de lesión de vía biliar

En 1995 se describió por el Dr. Steven M. Strasberg la “Visión crítica de Strasberg”, en la cual se disecciona el triángulo de Calót, se debe disecar 1/3 de la vesicular de su lecho, el triángulo de Calót debe ser disecado (visibilidad del segmento V por una ventana), siendo la arteria cística y conducto cístico deben ser las únicas estructuras remanentes entre la vesícula biliar (VB) y el ligamento hepático duodenal. [6]

La severidad de la lesión biliar se relaciona directamente con la extensión de pérdida de tejido de la vía biliar, siendo desarrolladas varias clasificaciones para describir anatómicamente y planear las opciones terapéuticas. [7]

La clasificación de Bismuth es utilizada para clasificar las lesiones en una colecistectomía abierta basada en la localización anatómica de la lesión con respecto a la bifurcación de los conductos hepáticos valorando a que nivel se encuentra mucosa sana que permita una derivación. [7]

Clasificación de Bismuth	
Tipo	Criterio
I	Lesión por debajo de la confluencia, con más de 2 cms de hepático común.
II	Lesión por debajo de la confluencia, con hepático común remanente menor a 2 cms.
III	Lesión en la confluencia, sin hepático común residual, pero se conserva la confluencia.
IV	Lesión en la confluencia, con pérdida de comunicación entre los conductos hepáticos derecho e izquierdo.
V	Lesión de una vía biliar aberrante, con afección al conducto hepático común.

Las lesiones en la colecistectomía laparoscópica tienden a ser más severas que en la cirugía abierta, [8]

Clasificación de Strasberg para la lesión de vía biliar.	
Tipo	Criterio
A	Fuga del conducto cístico, o de un pequeño ducto en lecho vesicular.
B	Oclusión de un ducto hepático derecho aberrante.
C	Transección sin ligadura de un conducto hepático derecho.
D	Lesión lateral del colédoco, sin transección.
E1	Transección > 2 cms desde la bifurcación.
E2	Transección < 2 cms desde la bifurcación.
E3	Lesión en la bifurcación, con comunicación de conductos hepáticos derecho e izquierdo.
E4	Lesión en la bifurcación, con separación de los conductos hepáticos derecho e izquierdo.
E5	Lesión tipo C, con lesión en la bifurcación.

El manejo inicial del paciente consiste en el control de la sepsis peritoneal y biliar. El drenaje de bilis de cavidad peritoneal disminuye el riesgo de sepsis y muerte. La identificación de la vía biliar con colangiografía o CPRE es esencial para delinear la anatomía, la naturaleza de la lesión (parcial o completa) y la pérdida de tejido. [9]

Las lesiones de vía biliar pueden ser identificadas de forma trans-operatoria o de forma tardía; de acuerdo a Dr. Mercado M. et al, se pueden encontrar 3 escenarios posibles:

- Diagnóstico intra-operatorio en un 50% de los casos.
- Postoperatorio inmediato.: Pacientes que no presentan mejoría clínica a las primeras 48 hs, observándose colestasis o fuga biliar.
- Forma tardía con colangitis e ictericia obstructiva. [5] [10]

Cuando la lesión es identificada de forma transoperatoria es importante preservar la longitud del conducto hepático, sin sacrificar el tejido viable, se recomienda la reparación inmediata si se cuenta con experiencia por parte del cirujano; en caso contrario derivar a un sitio especializado para su manejo. Las secciones parciales: menores de 180 ° de la circunferencia del ducto pueden repararse sobre una sonda en T, con puntos separados y el tubo en T se exterioriza a través de una coledocotomía separada. En lesiones mayores de 180 grados se recomienda derivación bilioentérica libre de tensión, ya que las reparaciones término-terminales presentan una tasa de recurrencia de la estrechez de casi un 100%. [4]

La reconstrucción en las primeras 12 a 96 horas en manos experimentadas es segura, sin embargo la cirugía después de varios días o semanas es asociada con complicaciones. [11]

QUISTES DE COLEDOCO

Los quistes del colédoco son dilataciones congénitas raras del tracto biliar que pueden ser tanto intra y extrahepáticas en cuanto a su distribución. Son más comunes encontrarlos en mujeres y sobre todo en Asia. Estos quistes son clínicamente importantes debido a las complicaciones de colangitis recurrente, estenosis biliar, coledocolitiasis, pancreatitis aguda recurrente y transformación maligna. Sin embargo, el diagnóstico es infrecuente debido a los síntomas inespecíficos e intermitentes. La clasificación de Todani es aceptada y utilizada para el diagnóstico, tratamiento y para predecir la historia natural. [12]

Tipo I: Dilatación fusiforme del conducto extrahepático

Tipo II: Dilatación sacular focal o divertículo del conducto extrahepático

Tipo III: Dilatación cística del conducto biliar confinada a la pared duodenal

Tipo IVa: Dilatación del conducto biliar combinada

Tipo IVb: Dilatación múltiple del conducto extrahepático

Tipo V: Quistes intrahepáticos múltiples (enfermedad de Caroli)

La resección completa del quiste de colédoco con hepatoyeyuno-anastomosis es el procedimiento de elección; el tratamiento derivativo de los quistes hepáticos no disminuye la incidencia de transformación maligna de los quistes. Una adecuada exposición, la disección y resección de la pared posterior del quiste, el adecuado desbridamiento del tejido se realizan durante el procedimiento son sugeridos para el manejo de los quistes. [12]

Estenosis de vía biliar

La terapia de una estenosis puede ser un gran reto, la endoscopia como mínima invasión se ha vuelto pieza clave en el tratamiento, y el conocer la etiología puede ayudar a una terapia más específica.

Las estenosis primarias pueden ser secundarias a una infección de *Clonorchis sinensis*, la pancreatitis crónica, colangitis esclerosante primaria, colangitis recurrente, sarcoidosis, quimioterapia, radioterapia, colangiopatía por HIV, vasculitis, lupus, poliarteritis nodosa, estenosis papilar y quiste de colédoco.

Las estenosis secundarias pueden ser por lesión intraoperatoria, generalmente en la colecistectomía laparoscópica en un 0.1-0.2% y estenosis anastomóticas que se observan en el trasplante hepático en un 12-13% posterior al mismo.

Se asocian a una amplia presentación, desde una enfermedad subclínica con ligero aumento de PFH, a una obstrucción completa, con ictericia e hiperbilirrubinemia, siendo la colangitis recurrente una complicación usual debido a litos biliares que pueden formarse sobre la estenosis, y ser un foco infeccioso.

La terapia tradicional ha sido el tratamiento de elección para estenosis distal de la vía extra hepática, usualmente colédoco–yeyunostomía o colédoco-duodenostomía, y los índices de efectividad son superiores al 90% después de la cirugía, y las re intervenciones se dan en <10%. Las complicaciones de la cirugía incluyen: estenosis de la anastomosis, y larga estancia hospitalaria en un 25% de los pacientes.

La endoscopia juega un rol muy importante en el tratamiento de estenosis benignas y es el primer tratamiento de elección; y es útil en pacientes que no

pueden ser sometidos a una cirugía. El manejo endoscópico usado es la dilatación agresiva e inserción de múltiples stents plásticos, los stents metálicos recubiertos o los bio absorbibles pueden ser superiores. [13]

MARCO DE REFERENCIA.

La lesión de vía biliar después de la colecistectomía laparoscópica está asociada con una disminución en la expectativa de vida (10 años), un incremento en la morbilidad, y una pobre calidad de vida. [14]

Reuver et al, evaluaron el pronóstico de 151 pacientes sometidos a una cirugía reconstructiva de la vía biliar en un periodo de 15 años, encontrando que la complicación más común a corto plazo es la formación de un absceso (n: 14, 14.9%), colangitis (n: 9, 9.6%), infección de herida quirúrgica (n: 9, 9.6%) y fuga de anastomosis (n:6; 4%). A largo plazo se diagnosticó estenosis de anastomosis en un 15 pacientes (10%) a 46 meses de cirugía, la colangitis recurrente se observó en 8 pacientes, y colestasis con dolor abdominal en 3 pacientes; tres pacientes necesitaron reconstrucción de derivación biliodigestiva. 14 pacientes se perdieron en el seguimiento, y 6 pacientes murieron en el seguimiento por fistulas biliares y pancreatitis post-CPRE, sepsis abdominal, falla hepática secundaria a estenosis de anastomosis, y causas relacionadas a la derivación biliodigestiva. [11]

CALIDAD DE VIDA (QoL)

Tradicionalmente la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha centrado en métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos, o simplemente empleando el uso de indicadores epidemiológicos (tasas) para caracterizar una población. Sin embargo, existía un vacío instrumental para medir la calidad de vida o estado de salud individual en función de la definición de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud. [15] [16] [17]

Su estudio constituye un terreno donde diversas ciencias aportan sus enfoques y permiten un abordaje de forma multidimensional. [18]

La evaluación de la calidad de vida (QoL por sus siglas en inglés), se ha considerado como evaluación controversial ya que mide la percepción de síntomas y el seguimiento de estos pacientes, siendo todo de forma subjetiva. Se han desarrollado distintas herramientas para pacientes con manifestaciones gástricas, debido a la importancia que tiene la QoL y los eventos quirúrgicos.

En 1995 surge en Alemania el índice de calidad de vida gastrointestinal (Gastrointestinal Quality of Life Index: GIQLI), el cual incluye 36 preguntas divididas en cinco partes: Síntomas, disfunción física, disfunción emocional, disfunción social, y el efecto del tratamiento médico, con una subdivisión en la función del intestino grueso, tracto gastrointestinal superior, y meteorismo.

La encuesta incluye 36 preguntas, y las calificaciones de las respuestas van de 0 a 4, y el puntaje total va de 0 a 144.

Existen diversas investigaciones realizadas las cuales se han basado en la escala GIQLI para la evaluación de calidad de vida. El Dr. Sandblom G. y cols aplicaron la escala para evaluación de la QoL en pacientes con litiasis vesicular en un periodo de Enero a Agosto del 2005 y un año después de someterse a colecistectomía. El análisis estadístico fue valorado calculando una correlación intercalase comparando las respuestas de cada paciente, y teniendo resultados estadísticamente significativos. Al correlacionar la escala GIQLI y otros síntomas medidos fue evaluada con el coeficiente de correlación de Spearman, en el cual encontraron una correlación intercalase de 0.85 (95% de intervalo de confianza [IC] 0.73–0.92) para la escala global, 0.87 (95% IC 0.76–0.93) para síntomas, 0.83 (95% IC 0.70–0.91) para disfunción física, 0.68 (95% IC 0.46–0.81) para disfunción emocional, 0.63 (95% IC 0.40–0.79) para disfunción social, y 0.62 (95% CI 0.38–0.78) para efecto del tratamiento médico. El test alfa de Cronbach fue de 0.92 para la escala global, y 0.89 para los síntomas, 0.84 para disfunción física, 0.83 para disfunción emocional y 0.77 para disfunción social. [19]

Deterioro de la calidad de vida en pacientes con lesión durante la colecistectomía laparoscópica

En el 2001 Boerma y colaboradores analizaron la calidad de vida en pacientes con lesión de vía biliar durante una colecistectomía laparoscópica, en su estudio analizaron en 10 años a 241 pacientes de 45 diferentes hospitales con lesión de vía biliar, 143 pacientes se resolvieron endoscópicamente, 71 pacientes requirieron tratamiento quirúrgico, 11 pacientes solo ameritaron estudio diagnóstico para evaluar la lesión sin otro tratamiento.

Se realizó una revisión de los expedientes clínicos determinando el tipo de lesión, tratamiento realizado, admisiones hospitalarias, estudios de laboratorio, y se realizó una encuesta de calidad de vida MOS de 36 preguntas.

Los pacientes con lesión de la vía biliar mostraron deterioro importante en la calidad de vida comparado con pacientes con colecistectomía sin complicaciones, con diferencia significativa $p < 0.5$, y no encontraron diferencia significativa en pacientes tratados endoscópicamente o quirúrgicamente. [20]

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El conocimiento de la calidad de vida de los pacientes postoperados de derivaciones biliodigestivas nos ayuda a entender el panorama que viven los pacientes y sus complicaciones en la vida diaria a nivel de los hábitos intestinales, a nivel psicológico, emocional, social y física, y evitar a toda costa una lesión de vía biliar.

Así mismo es útil para identificar los problemas del paciente y brindarle una atención multidisciplinaria, en conjunto con servicios como psicología, rehabilitación, nutriología, gastroenterología, etc.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se afecta la calidad de vida a pacientes sometidos a una derivación biliodigestiva? ¿En qué tiempo se ve más afectada la calidad de vida?

JUSTIFICACIÓN.

Las lesiones de vía biliar son una catástrofe para el cirujano y principalmente para el paciente, en la derivación biliodigestiva es un procedimiento de alta especialidad, en la que se modifica la anatomía normal; en la cual el paciente se ve afectado en una cascada de complicaciones que incluyen desde nuevos procedimientos quirúrgicos y cada vez más complejos, múltiples estudios invasivos y de extensión, estancia intrahospitalaria prolongada, un impacto directo en la economía familiar, y una gama de complicaciones relacionadas a largo plazo como infecciones del árbol biliar de forma recurrente (colangitis), estenosis de la derivación, reflujo no ácido, todo en conjunto afecta la calidad de vida del paciente en el ámbito psicológico, familiar, laboral y social.

OBJETIVO.

Determinar la calidad de vida de los pacientes sometidos a una derivación biliodigestiva en el Hospital Juárez de México mediante una encuesta validada, estandarizada para evaluar la calidad de vida a nivel gastrointestinal.

Objetivos particulares: Contactar a pacientes vía telefónica, entrevistar y evaluar la calidad de vida del paciente.

HIPÓTESIS.

Hipótesis nula: No habrá diferencia en la calidad de vida de los pacientes sometidos a una derivación biliodigestiva en el Hospital Juárez de México.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Estudio descriptivo, observacional, prospectivo, transversal.

MATERIALES Y MÉTODOS.

11.1. Universo de estudio.

Pacientes del Hospital Juárez de México del servicio de cirugía general con derivación biliodigestiva entre el 2005 al 2014.

11.2. **Tamaño de la muestra.**

Debido a la baja incidencia de los eventos quirúrgicos reportados en la literatura internacional, el tamaño de muestra será a conveniencia.

Al realizarse una búsqueda exhaustiva en expedientes clínicos en el Hospital Juárez de México durante el periodo del 2004 al 2014 se encontró únicamente 22 pacientes, a dos pacientes no se les pudo localizar.

11.3: **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

11.3.1. **Criterios de Inclusión.**

Pacientes en el universo del Hospital Juárez de México.

Pacientes con derivación biliodigestiva.

Pacientes con lesión de vía biliar

Pacientes con quiste de colédoco.

Pacientes tratados en el departamento de cirugía general.

Pacientes que desean contestar la encuesta telefónica.

Pacientes operados entre los años 2007 y 2014.

11.3.2. **Criterios de exclusión.**

Pacientes oncológicos.

Pacientes que se nieguen a participar en la entrevista.

11.3.3 **Criterios de eliminación.**

Pacientes que no contesten de forma completa la encuesta de calidad de vida.

VARIABLES:

DC: definición conceptual **DO:** Definición operacional **NM:** Nivel de medición

Variables independientes:

Edad

- **DC:** Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.
- **DO:** obtenido de acuerdo a lo documentado en su expediente clínico.
- **NM:** cuantitativo continuo

Sexo

- **DC:** condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.
- **DO:** obtenido de acuerdo a lo documentado en su expediente clínico
- **NM:** cualitativo nominal

Lesión

- **DC:** Alteración o daño que se produce en alguna parte del cuerpo a causa de una enfermedad.
- **DO:** obtenido de acuerdo a lo documentado en su expediente clínico
- **NM:** cualitativo nominal

Cirugía

- **DC:** Manipulación quirúrgica mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico.
- **DO:** obtenido de acuerdo a lo documentado en su expediente clínico
- **NM:** cualitativo nominal

- Síntomas disfunción física

- **DC:** es el desarreglo o alteración en el funcionamiento de un sistema u organismo predeterminado en una o más operaciones que le correspondan.
- **DO:** evaluado por el instrumento GIQLI realizado por el medico mediante interrogatorio directo.
- **NM:** cuantitativa continua.

- Disfunción emocional

- **DC:** enfermedad que afectan la manera en que uno piensa y se siente. Los síntomas pueden ser muy severos y en la mayoría de los casos no desaparecen por sí solos
- **DO:** evaluado por el instrumento GIQLI realizado por el medico mediante interrogatorio directo.
- **NM:** cuantitativa continua

Disfunción social

- **DC:** la disfunción social es el factor que mide la gravedad de los síntomas y la necesidad del tratamiento.
- **DO:** evaluado por el instrumento GIQLI realizado por el medico mediante interrogatorio directo.
- **NM:** cuantitativa continua

Efecto del tratamiento médico

- **DC:** hace referencia a la forma o los medios que se utilizan para llegar a la esencia de algo, bien porque ésta no se conozca o porque se encuentra alterada por otros elementos
- **DO:** evaluado por el instrumento GIQLI realizado por el medico mediante interrogatorio directo.
- **NM:** cuantitativa continua
-

Función del intestino grueso

- **DC:** El intestino grueso es un tubo muscular de aproximadamente un metro y medio de largo. La primera parte del intestino grueso se llama ciego. El intestino grueso continúa absorbiendo agua y nutrientes minerales de los alimentos y sirve como área de almacenamiento de las heces.
- **DO:** evaluado por el instrumento GIQLI realizado por el medico mediante interrogatorio directo.
- **NM:** cuantitativa continua

Tracto gastrointestinal superior

- **DC:** es el sistema de órganos en los animales multicelulares que consumen alimentos, los digieren para extraer energía y nutrientes y expulsar los residuos que quedan. Las principales funciones del tracto gastrointestinal son la ingestión, la digestión, la absorción y la excreción.
- **DO:** evaluado por el instrumento GIQLI realizado por el medico mediante interrogatorio directo.

- **NM:** cuantitativa continua
- Meteorismo.
- **DC:** Distensión abdominal provocada por la producción y acumulación de una cantidad excesiva de gases en el tracto gastrointestinal, ya sea en el intestino (meteorismus intestinalis) o en el estómago.
- **DO:** evaluado por el instrumento GIQLI realizado por el medico mediante interrogatorio directo.
- **NM:** cuantitativa continua

Variable dependiente:

Calidad de vida:

- **DC:** es un concepto que hace alusión a varios niveles de generalización pasando por sociedad, comunidad, hasta el aspecto físico y mental, por lo tanto, el significado de calidad de vida es complejo, contando con definiciones desde sociología, ciencias políticas, medicina, estudios del desarrollo
- **DO:** evaluado por el instrumento GIQLI realizado por el medico mediante interrogatorio directo.
- **NM:** cuantitativa continua

ANALISIS ESTADÍSTICO:

Se utilizó para describir a la población en estudio, se usó medidas de resumen y de tendencia central y de dispersión según correspondió.

Para su análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19.0.

Para evaluar la significancia estadística de las asociaciones se utilizó la prueba de T de Student para variables cuantitativas

RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se revisaron las hojas de consulta externa, censos de piso, dictados quirúrgicos, y reportes de guardia para identificar expedientes de pacientes con lesión de vía biliar o quistes de colédoco propios del hospital y foráneos que ameritaron una derivación biliodigestiva.

Se revisaron los expedientes de los pacientes para analizar el dictado quirúrgico, el tipo de lesión y tratamiento realizado.

Se buscó la información para la localización de los pacientes con la colaboración del servicio de trabajo social. Una vez obtenido sus datos fueron localizados vía telefónica para responder la encuesta GIQLI.

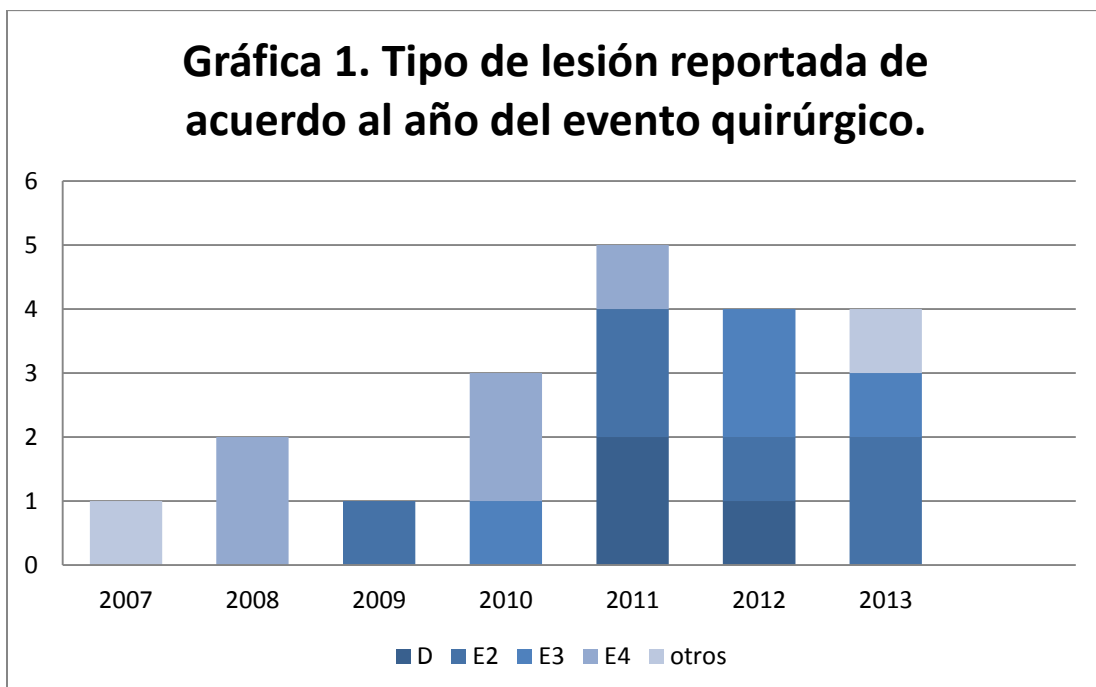
Se usó una escala validada para evaluación de calidad de vida a nivel gastrointestinal: **Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI)**, con uso de cirugía general y gastroenterología, en la que se evalúa el bienestar físico, la digestión, hábitos intestinales, bienestar mental, consta de 36 reactivos, y se basa en una escala de 0 a 4, (0 lo peor, 4 lo mejor).

RESULTADOS:

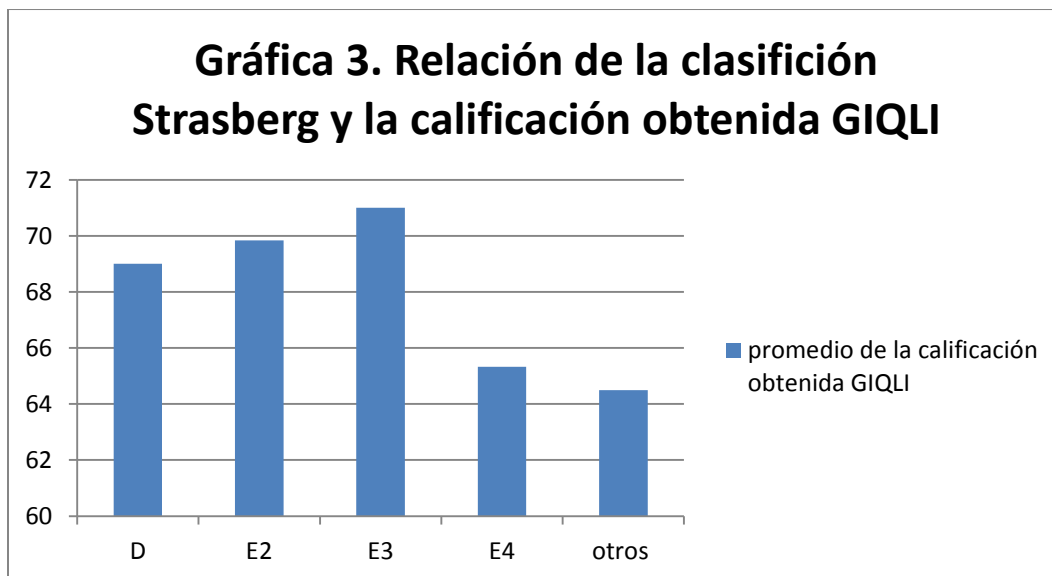
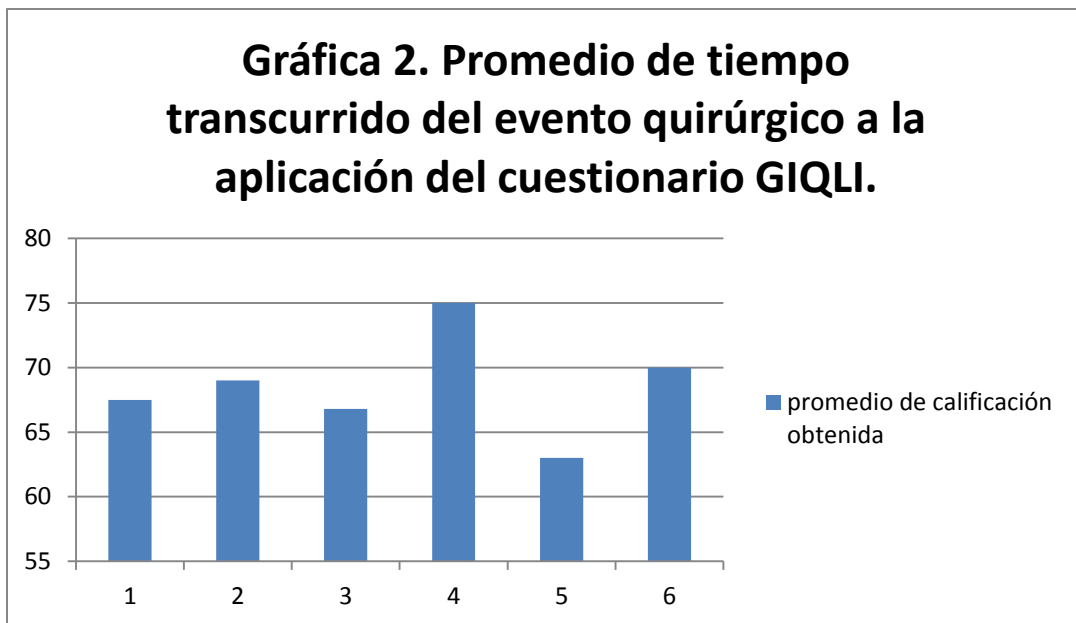
Se realizó el presente estudio en el hospital Juárez de México, donde 20 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, así mismo debido a la baja incidencia de este tipo de procedimientos quirúrgicos se abarcó un periodo de 6 años atrás (2007-2013). Se buscó la información para la localización de los pacientes con la colaboración del servicio de trabajo social. Una vez obtenido sus datos fueron localizados vía telefónica para responder la encuesta GIQLI.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: la edad promedio de los pacientes estudiados fue de 44 ± 11 en una relación M:F de 1: 2 . De acuerdo a la Clasificación de Strasberg para la lesión de vía biliar E2 fue del 30% (6/20), E3 30%(6/20), E4 15%(3/20), D 15%(2/20) y otros 10%(2/20). (Ver gráfica 1)

El evento quirúrgico realizado con mayor frecuencia fue hepatoyeyuno en un 70%, seguido de la dilatación por CPRE en un 15% y el 15% restante otro distintas cirugías.



De acuerdo a QoL obtenida con la herramienta GIQLI considerando el total de los pacientes el puntaje promedio fue de 69 (rango 56 – 81) puntos. Al evaluarlos por el tiempo transcurrido del evento quirúrgico, así como por edad y el puntaje obtenido de la escala no se encuentra significancia estadística sin embargo al relacionarlos la Clasificación de Strasberg se obtuvo el mayor puntaje en los pacientes con lesión D, E2 y E3 comparado con las lesiones E4 y otros $p < 0.1$ (IC - 2.03 - 14 *T de Student*) (ver Gráfica 2 y 3)



A su vez se midieron cada uno de los siguientes apartados del GIQLI sobre síntomas, disfunción física, disfunción emocional, disfunción social en el cual al ser analizados por grupos de edades que hay mayor disfunción emocional en pacientes jóvenes ($p < 0.05$) . (Ver tabla 1)

Tabla 1. Asociación de la edad y los apartados que califica el cuestionario GIQLI		
	Promedio obtenido \pmDE	P (IC)
Síntomas		
<44 años de edad	16 \pm 2.7	NS**
>45 años de edad	17.2 \pm 4	
Disfunción física		
<44 años de edad	8.9 \pm 1.3	P<0.05 (-3.9 - -0.3)**
>45 años de edad	10.9 \pm 2.5	
Disfunción Emocional		
<44 años de edad	6.7 \pm 2.5	NS**
>45 años de edad	7.8 \pm 1.8	
Disfunción social		
<44 años de edad	5.4 \pm 1.8	NS**
>45 años de edad	6.4 \pm 1.7	
**T de Student		

DISCUSIÓN:

El evento quirúrgico realizado con mayor frecuencia fue hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux con colocación de sonda en T para ferulizar la vía biliar en un 70% seguido de la dilatación por CPRE en un 15% y el 15% restante otro distintas cirugías como colecisto-yeyuno anastomosis, colédoco-colédoco anastomosis, y hepatoduodeno anastomosis.

El identificar la gravedad de la lesión con el uso de auxiliares externos como la CPRE (nos permite identificar la parte distal de la lesión) y la colangiografía percutánea transhepática (nos permite identificar la parte proximal), y con la colocación de un catéter por ese medio permite disminuir el tiempo operatorio ya que facilita la disección e identificación de estructuras lesionadas en un área quirúrgica inflamada y con adherencias.

Durante el estudio se encontró una incidencia de lesiones Strasberg E2, E3 y E4 que pueden ser resueltas de forma primaria con colédoco-colédoco anastomosis termino terminal, o una hepatoyeyuno anastomosis termino lateral; las lesiones Strasberg D, que es una lesión lateral de la vía biliar principal sin transección de la misma secundaria al clipaje del cístico sobre su unión al colédoco o debido a estenosis por uso excesivo del electrocauterio sobre la vía biliar principal pueden ser tratadas de forma más conservadora con la colocación de prótesis biliares por endoscopia y dilataciones consecutivas sin que afecte de forma notoria su calidad de vida.

Se observó una incidencia de lesiones de vía biliar Strasberg E2 y E3 en un 60%, E4 en un 15%, presentando una asociación estadísticamente significativa entre las lesiones E2 y E3 con la presencia de un mayor puntaje en la encuesta GIQLI comparadas con otras. ($p < 0.1$ [IC -2.03 - 14 *T de Student*])

Debido al tamaño de la muestra no se observó resultados estadísticamente significativos en la asociación de los síntomas gastrointestinales, emocional y social en relación a la edad (promedio), se observó asociación estadísticamente

significativa entre pacientes menores de 44 años de edad y la disfunción física $P < 0.05$ (-3.9 - -0.3).

CONCLUSIONES:

La calidad de vida de los pacientes a largo plazo es pobre a pesar de un excelente resultado en la técnica quirúrgica, y se redujo significativamente en comparación con la calidad de vida de los pacientes que son sometidos a una colecistectomía sin complicaciones.

La calidad de vida depende de las variables individuales que abarcan la disfunción física, disfunción emocional, disfunción social, y el efecto del tratamiento médico, con una subdivisión en la función del intestino grueso, tracto gastrointestinal superior, y meteorismo, la percepción es diferente en cada paciente, consideramos que el uso de la encuesta estandarizada de 36 preguntas es un método de prueba adecuado.

Durante la encuesta los pacientes refieren inconformidad a la complicación del procedimiento quirúrgico, en particular los pacientes sometidos a una colecistectomía laparoscópica ya que son pacientes que están dispuestos a someterse a un procedimiento quirúrgico electivo, con menor morbilidad, un corto tiempo de estancia intrahospitalaria, y volver sus actividades sociales y profesionales en un corto lapso de tiempo. Pero después de la ocurrencia de una lesión de vía biliar, los pacientes se enfrentan a una estancia prolongada en el hospital, y manejo por un centro especializado e intervenciones invasivas adicionales, y a veces incluso re-laparotomías.

Durante la encuesta los pacientes refieren inconformidad acerca del retraso en el diagnóstico y tratamiento a pesar de sus síntomas, y con frecuencia refieren sentirse decepcionados del tratamiento realizado (derivación biliodigestiva), ya que presentan cambios en el hábito intestinal, alteraciones psicológicas, físicas y emocionales en el postoperatorio, atribuidas a la complicación del procedimiento quirúrgico inicial.

CONFLICTO DE INTERESES:

No se presentaron conflicto de intereses durante la realización de esta tesis por parte del autor.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] B. Seal, J. Stern y T. VanHa, «A Catheter-Based Suture-Free Approach to Bilioenteric Anastomosis: A Pilot Study,» *SURG INNOV*, vol. 20, p. 142:150, 2013.
- [2] D. McAneny, «Open Cholecystectomy,» *Surg Clin N Am*, vol. 88, pp. 1273 - 1294, 2008.
- [3] S. Ahrendt y H. Pitt, «A History of the Bilioenteric Anastomosis,» *Arch Surg*, vol. 125, pp. 1493-1500, 1990.
- [4] E. J. Chavarría, «Seguimiento y parámetros de éxito a largo plazo en las derivaciones biliodigestivas,» *Cirujano General* , vol. 34, pp. 14-16, 2012.
- [5] M. Mercado, «Abordaje diagnóstico y protocolo de la lesión de la vía biliar detectada en forma tardí,» *Cirujano General*, pp. 12-13, 2012.
- [6] S. Steven y B. LM, «Rationale and use of the critical view of safety in laparoscopic cholecystectomy.,» *J Am Coll Surg.*, vol. 211, nº 1, pp. 132-8, 2010.
- [7] K. McPartland y J. Pomposelli, «Iatrogenic Biliary Injuries: Classification, Identification, and Management,» *Surg Clin N Am*, vol. 88, pp. 1329-1343, 2008.
- [8] S. Strasberg, M. Hertl y N. Soper, «An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy,» *J Am Coll Surg* , vol. 180, p. 101–25, 1995.
- [9] V. Kapoor, «Bile duct injury repair: when? what? who?,» *J Hepatobiliary Pancreat Surg*, vol. 14, p. 476–479, 2007.
- [10] A. Arora, A. Yadav, S. Agarwal y A. Javed, «Prompt Repair of Post Cholecystectomy Bile Duct Transection Recognized Intraoperatively and Referred Early: Experience from a Tertiary Care Teaching Unit,» *Indian J Surg*, pp. 189-193, 2012.
- [11] P. Reuver, I. Grossmann, O. Busch y H. Obertop, «Referral Pattern and Timing of Repair Are Risk Factors for Complications After Reconstructive Surgery for Bile Duct

- Injury,» *Ann Surg*, vol. 245, pp. 763-770, 2007.
- [12] K. Wiseman, A. Buczkowski, S. Chung y J. Francoeur, «Epidemiology, presentation, diagnosis, and outcomes of choledochal cysts in adults in an urban environment,» *Am J Surg*, vol. 189, p. 527–531, 2005.
- [13] J. Judah y P. Draganov, «Endoscopic therapy of benign biliary strictures,» *World J Gastroenterol* , vol. 13 , nº 26, pp. 3531-3539, 2007.
- [14] P. Reuver, R. Busch, E. Rauws , J. Lameris y T. Van Gulik , «Long-term Results of a Primary End-to-end Anastomosis in Peroperative Detected Bile Duct Injury,» *J Gastrointest Surg*, vol. 11, pp. 296-302, 2007.
- [15] C. Del Rey, «El tratamiento y la calidad de vida.,» *Epidemiología clínica*, pp. 153-166, 2009.
- [16] X. Badia y A. García, «La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados en salud.,» *LA investigación de Resultados en Salud*, pp. 67-78, 2000.
- [17] X. Badia y X. Carné, «La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico.,» *Med Clinic*, pp. 550-556, 1998.
- [18] H. San Martín, «Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas.,» *Pensa Médica Mexicana*, pp. 167-173, 1992.
- [19] G. Sandblom, P. Videhult, B. Karlson y S. Wollert, «Validation of Gastrointestinal Quality of Life Index in Swedish for Assessing the Impact of Gallstones on Health-Related Quality of Life,» *Value Health*, vol. 12, pp. 181-4., 2009.
- [20] D. Boerma, E. Rauws, Y. Keulemans y J. Bergman, «Impaired Quality of Life 5 Years After Bile Duct Injury During Laparoscopic Cholecystectomy,» *Ann Surg*, p. 750–757, 2001.

ANEXOS

Evaluación de calidad de vida en pacientes operados de derivación biliodigestiva en el Hospital Juárez de México					
Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI),					
					EDAD
NOMBRE DEL PACIENTE	TIPO DE LESION		TRATAMIENTO		AÑO
Preguntas	1. Todo el tiempo	2. Casi todo el tiempo	3. Algunas veces	4. Raramente	5. Nunca.
1. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido dolor de estómago o de abdomen?					
2. Durante las 2 últimas semanas ¿Ha sentido sensación de plenitud abdominal (o sentirse lleno)?					
3. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido distensión abdominal (sensación de tener muchos gases en el estómago)?					
4. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido escape de ventosidades (gases)?					
5. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido fuertes eructos?					
6. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido ruidos llamativos en el estómago o abdomen?					
7. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido la necesidad de evacuar con mucha frecuencia?					
8. Durante las 2 últimas semanas ¿ha gozado o ha sentido placer comiendo?					
9. Durante las 2 últimas semanas ¿con qué frecuencia ha renunciado usted a comidas que le gustan como consecuencia de su estado de salud actual?					
	1. Muy mal	2. Mal	3. Regular	4. Bien	5. Muy Bien
10. Durante las 2 últimas semanas ¿cómo ha sobrellevado las tensiones diarias?					
	1. Todo el tiempo	2. Casi todo el tiempo	3. Algunas veces	4. Raramente	5. Nunca.
11. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido triste o deprimido?					
12. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido nervioso o con miedo?					
13. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido satisfecho con su vida en general?					
14. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido frustrado?					
15. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido cansado o fatigado?					
16. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido indispuesto?					
17. Durante la última semana ¿se ha despertado por la noche?					
18. ¿En qué medida le ha provocado su estado de salud actual cambios molestos en su apariencia o aspecto físico?					
19. Como consecuencia de su estado de salud actual, ¿en qué medida ha empeorado su vitalidad?					
20. Como consecuencia de su estado de salud actual, ¿en qué medida ha perdido su aguante o resistencia física?					
21. Como consecuencia de su estado de salud actual, ¿en qué medida ha sentido disminuida su forma física?					
22. Durante las 2 últimas semanas, ¿se ha sentido contrariado o molesto por el tratamiento médico de su estado de salud actual?					
23. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha podido llevar a cabo sus actividades cotidianas (por ejemplo, estudios, trabajo, labores domésticas)?					
24. Durante las 2 últimas semanas, ¿se ha sentido capaz de participar en actividades de recreo y tiempo libre?					
25. ¿En qué medida se han alterado las relaciones con sus personas cercanas (familia o amigos) como consecuencia de su estado de salud actual?					

26. ¿En qué medida ha resultado perjudicada su vida sexual como consecuencia de su estado de salud actual?					
27. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha sentido que la comida o los líquidos le subían a la boca (regurgitación) ?					
28. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido incomodidad por comer lento o despacio?					
29. Durante las 2 últimas semanas ¿ha tenido problemas para comer la comida?					
30. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha sentido la necesidad de tener que evacuar con urgencia, de repente?					
31. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido diarrea?					
32. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido estreñimiento?					
	SI	NO			
32.1. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha defecado dos o menos veces por semana?					
32.2. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido heces escasas?					
32.3. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido heces duras en más del 25% de los casos?					
32.4. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha necesitado pujar en más del 25% de las defecaciones)?					
33. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido náuseas?					
34. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido sangre en las heces?					
35. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido acidez de estómago?					
36. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido problemas para contener las heces?					

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
1.- Selección del tema	■				
2.- Delimitación del tema	■				
3.- Preguntas de investigación	■				
4.- Objetivos de investigación	■				
5.- Justificación		■			
6.- Hipótesis		■			
7.- Diseño de investigación		■			
8.- Cronograma		■	■		
9.- 1ª entrega de portafolio			■		
10.- Marco teórico			■		
11.- Diseño de instrumentos			■		
12.- Recolección de datos			■	■	■
13.- Trabajo de campo				■	■
14.- Análisis de información					■
15.- Entrega de capitulado					■
16.- Correcciones.					■
17.- 2da Entrega de investigación					■