

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

TITULO

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POSOPERADOS DE DERIVACIONES
BILIODIGESTIVAS”**

TESIS QUE PRESENTA
DR. HECTOR JONATAN GONZALEZ NIETO
PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD EN
CIRUGIA GENERAL

ASESOR: DR PATRICIO SANCHEZ FERNANDEZ

MEXICO, D.F.

AGOSTO 2007



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.

DRA. DIANA G. MENEZ DÍAZ

JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DR ROBERTO BLANCO BENAVIDES

JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DR PATRICIO SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

1. DATOS DEL ALUMNO

González Nieto, Héctor Jonatan
33 30 87 01
Universidad Autónoma de México
Facultad de Medicina
Cirugía General

2. DATOS DEL ASESOR

Sánchez Fernández, Patricio
Servicio Gastrocirugía
UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI I

3. DATOS DE LA TESIS

Título: Calidad de Vida en Pacientes Posoperados de Derivaciones
Biliodigestivas
No. de páginas:
Año: 2007
Número de folio: 106/2007

INDICE

Portada	1
Datos del estudio	3
Índice	4
Resumen	5
Introducción y Antecedentes	6
Hipótesis de trabajo	14
Objetivos	14
Diseño experimental	14
Material y métodos	14
Resultados	16
Discusión	18
Conclusiones	19
Bibliografía	20
Anexos	23

Palabras clave: lesión de la vía biliar, calidad de vida, derivaciones biliodigestivas, hepaticoyeyuno anastomosis.

RESUMEN

TITULO: "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POSOPERADOS DE DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS"

INTRODUCCION: La cirugía para reconstrucción de vías biliares es un procedimiento propio de centros de tercer nivel de atención. Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica, ha aumentado el número de operaciones de vesícula biliar en todo el mundo. Las lesiones en los conductos biliares continúan ocurriendo con una prevalencia de 0.3-0.6%. El tratamiento de estos pacientes debe ser en un centro de referencia, en general el tratamiento consiste en una derivación biliodigestiva, la cual impacta sobre la calidad de vida del paciente (

OBJETIVO: Conocer el impacto en la calidad de vida en los pacientes posoperados de derivaciones biliodigestivas según la escala de sistema de Visick en su seguimiento por la consulta externa a través de la aplicación de cuestionario clínico de calidad de vida.

METODOLOGIA: Se realizó una encuesta de calidad de vida la cual se evaluó mediante el sistema Visick y se tomaron datos de los expedientes de los pacientes posoperados de derivación biliodigestiva ingresados al Servicio de Gastrocirugía en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI a partir del primero de enero del 2001 al primero de enero del 2007.

RESULTADOS: El 71% mujeres y el 29% hombres. En los grupos de edades un 34% de los 31-40 años, el 26% de los 41-50, el resto con menor porcentaje. El procedimiento más utilizado fue la hepatico-yeyunoanastomosis en Y de Roux en un 34%. La hepatico-yeyunoanastomosis tipo Hepp Couinaud en Y de Roux con tutor transhepático en el 23% y sin tutor se utilizó en un 9%. La calidad de vida representa el 11% con un Visick I. Visick II con un 44%, y con Visick III el 31%, con calidad de vida mermada secundaria al procedimiento. Finalmente con Visick IV el 14%, cantidad que es significativa estadísticamente

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: La calidad de vida en los pacientes posoperados de derivaciones biliodigestivas se ve afectada de forma considerable, se cuenta con muy pocos reportes, la mayoría mencionados únicamente en relación al número de complicaciones, como sería el caso de cuadros de colangitis, reoperaciones y hospitalizaciones, pero prácticamente ninguno relacionado con la apreciación del paciente.

Se requiere continuar con estudios de la calidad de vida para evaluar finalmente el resultado de los procedimientos quirúrgicos.

Palabras clave: lesión de la vía biliar, calidad de vida, derivaciones biliodigestivas, hepaticoyeyuno anastomosis.

I. INTRODUCCION Y ANTECEDENTES.

La cirugía para reconstrucción de vías biliares es un procedimiento propio de centros de tercer nivel de atención. Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica, ha aumentado el número de operaciones de vesícula biliar en todo el mundo. Las lesiones en los conductos biliares continúan ocurriendo con una prevalencia de 0.3-0.6%. El tratamiento de estos pacientes debe ser en un centro de referencia, en general el tratamiento consiste en una derivación biliodigestiva, la cual impacta sobre la calidad de vida del paciente (1) (2)(31).

Uno de cada 2000 casos, sufre lesión de la vía biliar como una complicación y ésta es la causa principal de demandas por negligencia contra los cirujanos generales. Se estima una incidencia de lesión de vía biliar en 0.1% a 1% en los procedimientos de colecistectomía laparoscópica, en general se acepta de 0.2 a 0.3% en la mayoría de las series, aunque hay series que reportan incidencias de hasta el 5% o hasta 11% si se incluyen otras lesiones concomitantes como lesión de la arteria hepática.

Aproximadamente 5 a 10 % de los pacientes a quienes se les realiza cirugía biliar, requerirán de un procedimiento secundario; ya sea por complicaciones que no afectan directamente el árbol biliar (abscesos, peritonitis, oclusión intestinal y dehiscencia de herida quirúrgica) , por complicaciones que afectan el árbol biliar y que requieren reintervención quirúrgica temprana (fuga biliar, ictericia, litiasis residual, o neoplasia no reconocida), o por reoperación por complicaciones tardías (lesión de vía biliar, litiasis recidivante, patología ampular. (29)(31)(35).

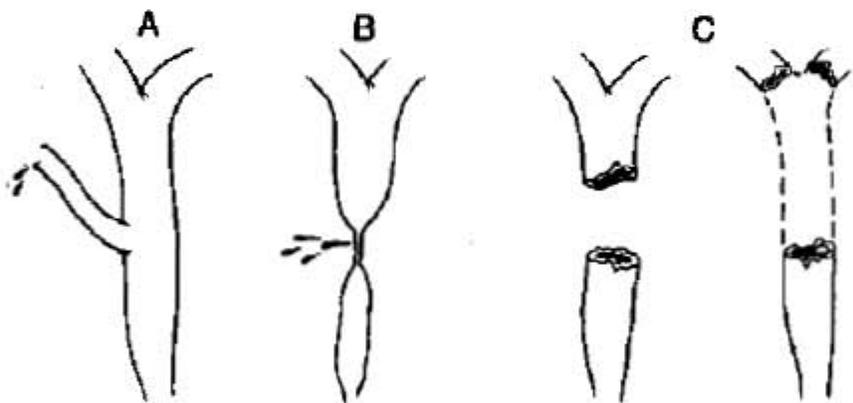
Investigadores en la Universidad de Washington, Seattle, estudiaron el impacto de lesión de la vía biliar en colecistectomía en un grupo de más de un millón y medio de pacientes. Encontraron que la incidencia de lesión de vía biliar era 0.5 por ciento. La mortalidad general fue 33 % durante casi diez años de seguimiento. También encontraron que 55.2 % de aquéllos sin lesión de vía biliar estaban vivos al final del estudio, comparado con sólo 19.5% de aquéllos que tenían lesión de vía biliar. La lesión de vía biliar puede repararse pero el estudio encontró que los pacientes tienen mejor evolución si ellos se envían a un cirujano más experimentado para esto. Sin embargo en la actualidad, 75 % de reparaciones son llevados a cabo por el mismo cirujano que realizó el procedimiento original.

Un estudio en México reportó que la derivación biliodigestiva mas utilizada fue la intrahepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux (51.9%) seguida de la hepaticoyeyunoanastomosis (37%). En el seguimiento cinco pacientes fallecieron por causas ajenas a enfermedad de vías biliares con más de un

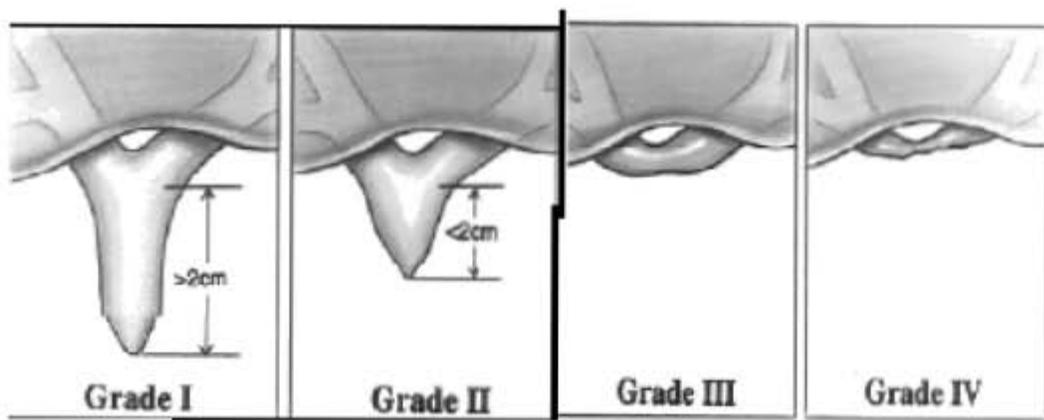
año de seguimiento sin complicaciones; 46 pacientes (85.2%) no tuvieron estenosis, tres pacientes (5.5%) se reoperaron por estenosis, todos ellos sin reestenosis a más de un año de seguimiento, para un total de buenos resultados de 90.7%; mortalidad: cuatro pacientes (7.2%); complicaciones postquirúrgicas: 11%. (3)

Otro estudio reportó como opciones de derivación biliodigestiva una anastomosis independiente de los conductos hepáticos (izquierdo y derecho). También se puede realizar resección parcial del segmento IV hepático para mejorar la exposición del hilio. La mortalidad operatoria se reportó de 1.6%, en el seguimiento fue necesaria la manipulación radiológica en 21% de los pacientes para remover detritus o litos o para dilatar la anastomosis. Del total de pacientes, 83% fueron rehabilitados por completo, tanto clínica como bioquímicamente. (5)

Los mecanismos básicos de lesión durante la colecistectomía laparoscópica los describió Woods en 1994 y se ilustran a continuación, A) Lesión del conducto cístico, B) Lesión de la vía biliar común (Conducto hepático común o Colédoco) sin pérdida de tejido, C) Lesión de la vía biliar con pérdida de tejido.



Strasberg y Bismuth, clasificaron también las lesiones de vía biliar, la mas utilizada es la clasificación de Bismuth.



Grado I Lesión de la vía biliar a más de 2 cm de la bifurcación del conducto hepático.

Grado II Lesión de la vía biliar a menos de 2 cm de la bifurcación del conducto hepático.

Grado III Lesión que involucra la bifurcación, pero parcialmente.

Grado IV Lesión que involucra la bifurcación en su totalidad.

FACTORES DE RIESGO:

- 1.-Fibrosis o adherencias del Triangulo de Calot.
- 2.- Colecistitis Aguda.
- 3.- Obesidad.
- 4.- Hemorragia Local.
- 5.- Variantes Anatómicas.

Una lesión del colédoco puede ser reconocida al momento de la laparoscopia, o cuando se convierte a una cirugía abierta, o en el período postoperatorio, o meses o años después de la cirugía biliar. De los pacientes referidos a nosotros, sólo en el 29 % la lesión de la vía biliar fue reconocida en el momento de la colecistectomía laparoscópica o su conversión a cirugía abierta. Aunque la colangiografía intraoperatoria no necesariamente previene la ocurrencia de tal lesión, aparece como que puede ayudar en su reconocimiento más precoz, y quizás disminuir la posibilidad de una lesión más seria con mayor resección de la vía biliar extrahepática. La imposibilidad de contrastar el árbol biliar proximal debería ser considerado como una lesión de la vía biliar hasta que se pruebe lo contrario. La salida de bilis desde el hilio hepático al momento de la colecistectomía laparoscópica o su conversión a cirugía abierta conduce a un alto índice de sospecha de lesión de la vía biliar principal o de un conducto lobar o segmentario. La identificación de «un conducto accesorio» después de dividir el conducto cístico debe también sugerir una lesión de la vía biliar. En el período postoperatorio, cualquier paciente con anorexia, náusea, vómito, elevación de los test de función hepática, ictericia o fiebre persistente, o algún paciente que no se mejora tan rápidamente como es lo esperado debe hacer sospechar la existencia de una lesión de la vía biliar principal. La obstrucción biliar y la peritonitis biliar son los sellos de la lesión de la vía biliar. La evaluación y tratamiento debe ser llevado a efecto de una manera multidisciplinaria, y el mejor diagnóstico y la mejor opción terapéutica debe ser seleccionada para cada paciente.

La ultrasonografía y la tomografía computada, son estudios no invasivos que nos permiten localizar la presencia de colecciones intra abdominales o de una vía biliar intrahepática y extrahepática dilatada. Sin embargo, a menudo la dilatación del árbol biliar está ausente. Aunque un Scanner con ácido hepato-imindiacético (HIAA) es sensible para detectar una lesión en el árbol biliar, este es malo para definir la anatomía y el sitio de la filtración. Además, la mayoría de los pacientes que nosotros hemos visto tenían colangiografía endoscópica o percutánea, o en la forma de una fistulografía-

para investigar la causa de la obstrucción biliar o de la filtración biliar. Un alto índice de sospecha es esencial para un diagnóstico precoz y también es clave el tratamiento de estos pacientes antes que ocurran complicaciones mayores.

El reconocimiento temprano de las complicaciones, garantizan el adecuado tratamiento de la lesión de vía biliar, los lineamientos del tratamiento, incluyen:

- Control de la infección y sepsis.
- Restaurar el flujo de bilis hacia intestino.
- La localización de la lesión determina el procedimiento adecuado y los resultados.

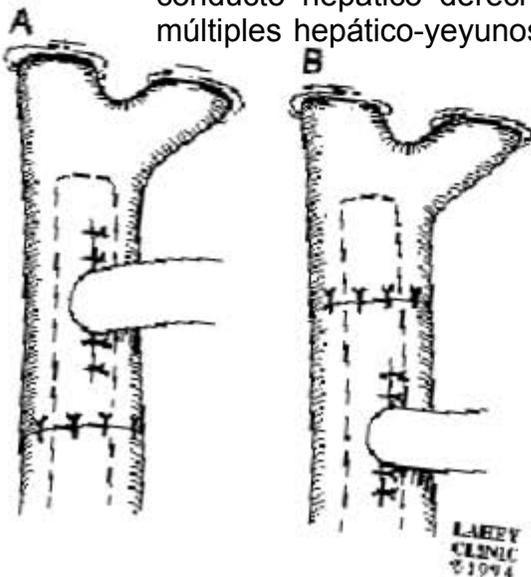
El objetivo de la terapia es alcanzar los mejores resultados a largo plazo con el mínimo costo, obteniendo una mejor calidad de vida, minimizar las secuelas y la necesidad de repetidos procedimientos. La condición del paciente, el tipo de lesión, su mecanismo, localización y extensión, tiempo de diagnóstico, número de reparaciones previas y la experiencia disponible, dictan la selección del tratamiento. Filtración del conducto cístico La lesión del conducto cístico puede ser manejado en la mayoría de los casos con colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) y férula retrógrada interna con o sin esfinterotomía. Cuando la CPRE no está disponible, la vía percutánea puede ser utilizada. Una colección líquida en el subfrénico o espacio subhepático puede ser vista en ultrasonografía o tomografía computada y puede requerir drenaje cuando es grande o parece estar infectada. En ocasiones, un proceso inflamatorio o una colección alrededor del conducto hepático puede ser, en parte, responsable para la obstrucción biliar extrahepática.

Filtración de la vía biliar o estenosis. Las lesiones reconocidas al momento de la cirugía laparoscópica o conversión a cirugía abierta generalmente pueden ser reparadas con cirugía abierta al momento de su diagnóstico. En pacientes en donde se ha hecho el diagnóstico en forma tardía, la lesión puede ser tratada en forma endoscópica o quirúrgica, dependiendo de la naturaleza de la lesión. Para que una lesión pueda ser tratada endoscópicamente o percutánea, la continuidad del árbol biliar es necesaria. La lesión debe ser pequeña y limitada en su tamaño. Los resultados en series altamente seleccionadas de pacientes tratados con férula endoscópica y dilatación han mostrado tasas de éxito a largo plazo en rango de 70 %, con estudio de seguimiento hasta los tres años. Ningún estudio de control ha comparado el tratamiento quirúrgico versus endoscópico o las férulas percutáneas en un escenario así. Sin embargo, las terapias endoscópicas y percutáneas pueden obtener alivio temporal de la ictericia o de la sepsis antes que el tratamiento quirúrgico definitivo se emprenda. En general, nosotros no recomendamos el uso de férulas

expansibles para estenosis biliares benignas, porque esta población de pacientes tiene una larga expectativa de vida. Los stents permanentes finalmente causan cálculos intrahepáticos, colangitis, y daño crónico del hígado, y pueden migrar fuera de la vía biliar en el parénquima hepático o a las estructuras venosas portales. En la mayoría de los pacientes, el rol del tratamiento endoscópico y radiológico de las lesiones de la vía biliar es el del diagnóstico, paliación temporal y drenaje de las colecciones fluidas. La cirugía continúa siendo la principal terapia. Las opciones quirúrgicas incluyen la reparación primaria término terminal del conducto hepático, y hepático - yeyunostomía en Y - Roux. Otras técnicas, tales como el injerto mucoso de Smith, la resección hepática, y la colangio-yeyunostomía intrahepática, son menos frecuentemente necesitadas y por supuesto también menos deseable. Aunque históricamente la reparación término terminal fue pensada como el procedimiento de elección que preservaba el mecanismo de la ampolla y de la papila (y que esto minimizaba la colangitis), sólo la mitad de los pacientes tratados de esta manera tienen una buena evolución a largo plazo. Esta técnica es probablemente aplicable a algunos pacientes seleccionados en los cuales las lesiones se encuentran en el momento de la colecistectomía laparoscópica o su conversión a operación abierta, y cuando la pérdida de tejido del colédoco es mínima.

La anastomosis debe ser hecha en tejido viable, sin que exista tejido remanente lesionado por calor en el sitio de la anastomosis. La anastomosis debe ser realizada bajo magnificación, con un plano de sutura monofilamento absorbible separado. El rol del tubo en T está en controversia. Cuántas de estas fallas pueden ser salvadas por las técnicas corrientes endoscópicas o percutáneas permanece desconocido.

La hepático-yeyunostomía es el procedimiento de elección para la mayoría de los pacientes que tienen lesión de la vía biliar principal. Anastomosis término lateral mucosa - mucosa del conducto hepático a una asa en Y de Roux de yeyuno, también bajo magnificación, es la preferida. Dado que las lesiones resultantes de la colecistectomía laparoscópica son a menudo altas y comprometen la bifurcación de los hepáticos, el cirujano debe ser experto en la disección de la placa hiliar, para obtener una longitud extra del conducto hepático derecho e izquierdo, y cuando es necesario, realizar múltiples hepático-yeyunostomía. Se puede obtener buenos resultados en alrededor del 80 % de los pacientes, tratados de esta manera (21, 22).

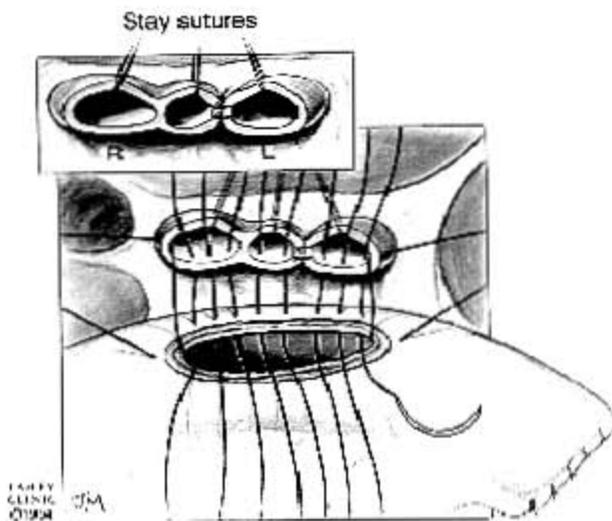
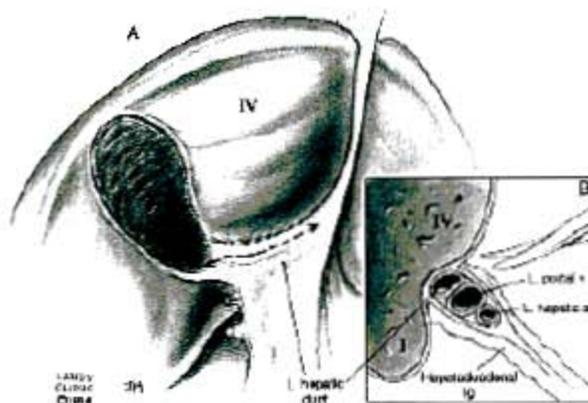


Reparación término terminal de la vía biliar sobre un tubo en T.



Hepático yeyunostomía en Y en Roux, término lateral, hecho con un plano único de sutura separada monofilamento absorbible hecho bajo magnificación .

Movilización de la placa hiliar para las estenosis altas de la vía biliar. A, El nivel de disección comienza en el margen inferior del segmento IV. B, Tijeras de Metzenbaum y disectores romos se usan para entrar al plano entre el segmento IV y las estructuras del hilio hepático .



Septum creado entre múltiples conductos biliares formando un canal común de tal manera que ellos puedan ser anastomosados a la misma abertura del yeyuno. Una sutura de un solo plano de material absorbible se usa para hepaticoyeyunostomía. La cara posterior es hecha primero. El yeyuno es "encarrilado" dentro del hilio hepático. La pared posterior es hecha con los nudos afuera.

Un 10% adicional de pacientes puede probablemente mejorar con reoperación o instrumentación, para un éxito total en un rango de un 90%.

Cuando la lesión es identificada tiempo después de la cirugía el cirujano debe juzgar críticamente su habilidad para luchar con estos problemas, porque está repetidamente demostrado que el pronóstico es mejor en manos de un cirujano biliar experimentado. Los pacientes con obstrucción

unilateral del conducto biliar a menudo no tienen ictericia, pero tienen niveles elevados de fosfatasa alcalina, dolor y colangitis. Estas lesiones frecuentemente conducen a atrofia del lóbulo correspondiente del hígado, de los cuales el lóbulo derecho es el más frecuentemente comprometido. Los procedimientos terapéuticos incluyen dilatación, hepático yeyunostomía derecha o hepatectomía derecha en pacientes con atrofia severa e infección crónica de ese lóbulo. El cirujano debe estar alerta que la presencia de atrofia puede resultar en rotación de las estructuras del hilio secundario a la atrofia del lóbulo derecho e hipertrofia del lóbulo izquierdo (figura 17).

La hepaticoyeyunostomía se ha convertido en el procedimiento preferido para tratar a los pacientes con lesión de vía biliar. Se utilizan las técnicas de Hepp Couinaud y Longmire Blungart.

Los pacientes tratados por obstrucción biliar necesitan un largo seguimiento porque las lesiones pueden ocurrir tan tardíamente como 20 años después de la operación. La ausencia de colangitis o ictericia indica una buena evolución. La elevación mediana de fosfatasa alcalina es común y no indican la necesidad de investigar por estenosis recurrente. El empeoramiento de los estudios de función hepática, la colangitis recurrente o la ictericia deben ser investigadas, generalmente con colangiografía. La mayoría de las estenosis recurrentes ocurren en los primeros 7 años.

La formación de estenosis tardía también podrían elevar las posibilidades de carcinoma del árbol biliar.

Factores que predisponen al fracaso de la reparación biliodigestiva:

1. Estoma pequeño o estenosis por error técnico o cicatrización exagerada.
2. Dehiscencia por edema, infección, isquemia, necrosis o hipoalbuminemia.
3. Mala elección de la técnica
4. Anastomosis previas que predisponen estenosis, fístulas, abscesos, edema y dehiscencia.
5. Cirugías previas no biliares que forman adherencias.
6. Comorbidos: DM, HAS, cáncer, hepatopatía, IRC, etc.

Las hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux ha sido el procedimiento de elección en la reparación de las lesiones de vía biliar, teniendo múltiples variaciones en su técnica.

Con asa de Barker o estoma de Hutson: permite revisión endoscópica de manera accesible en caso de reestenosis y colocación de dilatadores y stents y el drenaje interno de la vía biliar.

Procedimiento de Smith: no usa suturas, se injerta mucosa con ferulización transanastomótica.

Procedimiento de Cameron: con sondas transhepáticas o anillos en "U" o en "O".

Procedimiento de Hepp Couinaud: derivación biliodigestiva con el conducto hepático izquierdo.

Se debe evitar la evolución a colangitis esclerosante secundaria, y su progresión a cirrosis biliar secundaria y falla hepática.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

La morbilidad de las reconstrucciones biliodigestivas por lesión de la vía biliar se estima en 10%, incluye: absceso subfrénico y subhepático, infecciones de la herida quirúrgica, colangitis, hemorragia, fístula biliar, choque séptico y complicaciones pulmonares.

La tasa de mortalidad en las series más grandes es de 5 a 8%. Las causas comunes son hemorragia incontrolable, falla hepática, insuficiencia renal, fístula biliar, choque séptico y complicaciones pulmonares.

Pitt reportó los mejores resultados en pacientes de 30 años sin reparaciones previas, usando HYA en Y de Roux con sonda transhepática de silastic manteniéndola de uno a nueve meses.

II. HIPOTESIS:

Los pacientes posoperados de derivaciones biliodigestivas tienen alterada su calidad de vida, manifestado con sistema de Visick mayor a III.

III. OBJETIVOS:

El objetivo del presente estudio es conocer el impacto en la calidad de vida en los pacientes posoperados de derivaciones biliodigestivas según la escala de sistema de Visick en su seguimiento por la consulta externa a través de la aplicación de cuestionario clínico de calidad de vida.

IV. DISEÑO DEL ESTUDIO

Prospectivo, observacional, transversal, descriptivo.

V. MATERIAL, PACIENTES Y METODOS:

1. Universo de trabajo: Todos los pacientes posoperados de derivación biliodigestiva ingresados al Servicio de Gastrocirugía en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI a partir del primero de enero del 2001 al primero de enero del 2007

2. Variables dependientes.

- a. Hospitalizaciones: número de internamientos durante el seguimiento de los pacientes posoperados de derivaciones biliodigestivas.
- b. Calidad de vida: Determinada a través de la aplicación de cuestionario de Calidad de vida relacionada a la salud para pacientes posoperados de derivaciones biliodigestivas y la escala modificada de Visick

SISTEMA VISICK

VISICK I = Excelente : asintomático, resultados perfectos.

VISICK II= Muy Bueno: síntomas leves solo evidentes mediante interrogatorio que se controlan fácilmente con cuidados médicos o personales (controlados con modificaciones en la dieta) no son incapacitantes y el paciente esta satisfecho con los resultados.

VISICK III= satisfactorio: síntomas de intensidad moderada que no interfieren con la vida normal o el trabajo. No son evitables con cuidados médicos o personales.

VISICK IV= Insatisfactorio: con sintomatología o complicaciones que interfieren con la vida normal o el trabajo. Enfermo y cirujano se muestran insatisfechos con la intervención

3. Variables independientes.

- a. Sexo (masculino, femenino).
- b. Edad.
- c. Antecedentes patológicos.
- d. Tratamientos previos.
- e. Tipo de Cirugía
- f. Reoperación

4. Selección de la muestra.

Todos los pacientes posoperados de derivaciones biliodigestivas Ingresados al servicio de gastrocirugía en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI a partir del primero de enero del 2001 al primero de enero del 2007

5. Criterios de selección.

a. Criterios de inclusión.

- 1. Pacientes posoperados de derivaciones biliodigestivas.
- 2. Pacientes contactados a quienes se aplico el cuestionario clínico de calidad de vida

b. Criterios de exclusión.

- 1. Pacientes con expedientes incompletos o que no se localizaron para la aplicación de la encuesta.

6. Procedimientos.

- a. Se seleccionaran los pacientes según los censos de pacientes de Gastrocirugía y se localizaran por vía telefónica o cita para la aplicación de la encuesta
- b. Los autores llenaran la hoja de recolección de datos y el cuestionario de calidad de vida.

7. Análisis estadístico.

Realizando análisis multivariado entre las distintas variables para determinar su significancia estadística.

RESULTADOS

Se revisaron los censos del servicio de Gastrocirugía del HE CMN SXXI, encontrando un total de 66 pacientes posoperados de derivaciones biliodigestivas. De estos se obtuvieron los datos necesarios para la realización de la encuesta en 35 pacientes.

El 71% de los pacientes fueron mujeres (25) y el 29% hombres (10)(tabla y gráfica 1). En los grupos de edades se tuvo un total de 12 pacientes (34%) de los 31-40 años, el siguiente grupo fue el de los 41-50 con 9 pacientes que fue el 26%, el de los 18-30 años con un total de 8 pacientes que correspondió al 23%. Un 14% el grupo de 51-60 años (5 pacientes). Y en un paciente en los mayores de 60 años que fue el 3% (tabla y gráfica 2).

Los pacientes con antecedentes patológicos de importancia que se consideraron fueron las enfermedades crónico degenerativas y los antecedentes quirúrgicos abdominales esta última con un 11% de los pacientes (5) (apendicectomía en dos pacientes, histerectomía en una paciente, OTB en dos pacientes). La DM2 fue la enfermedad con mayor prevalencia con un 20% de los pacientes (9), siguiendo por la Hipertensión Arterial Sistémica con un 13% (6). La dislipidemia con 4 pacientes (9%), y otras patologías con un 9%. El 38% de los pacientes sin antecedentes patológicos(tabla y gráfica 3).

El tipo de cirugía realizado en los pacientes dependió de varios factores, como el tipo de lesión de la vía biliar, el tiempo de evolución y número de reoperaciones. El procedimiento más utilizado fue la hepatico-yeyunoanastomosis en Y de Roux con un total de 12 pacientes que fue el 34%. La hepatico-yeyunoanastomosis tipo Hepp Couinaud en Y de Roux con tutor transhepático se utilizó en 8 pacientes que fue el 23% y sin tutor se utilizó en un 9% (tres pacientes). La hepatico-yeyunoanastomosis en Y de Roux sin tutor en un 17% (6 pacientes). La técnica de Smith o modificada por Blanco se utilizó en 4 pacientes que correspondió a un 11%. La coledocoduodeno anastomosis se realizó en un paciente que fue el 3%, y otras técnicas se utilizaron en el 3% con un paciente(tabla y gráfica 4).

El número de reoperaciones en los pacientes dependió del tiempo de evolución desde la lesión de la vía biliar y la reparación de esta. Teniendo un total de 11 reoperaciones. Solamente la cirugía inicial en 24 pacientes que representa el 69%. Una reoperación en 4 pacientes que es el 11%, dos en cuatro pacientes que también representa el 11%, tres reoperaciones en 2 pacientes que es el 6%, y más de tres cirugías en un paciente que es el 1%(tabla y gráfica 5).

La calidad de vida de estos pacientes se fue afectada por la realización de este procedimiento, ya que impacta de forma negativa. Se tienen 4 pacientes que representa el 11% con un Visick I, con calidad de vida normal, sin repercusión de esta cirugía. Visick II son 15 pacientes con un 44%, y con Visick III 11 pacientes que representa el 31%, con calidad de vida mermada secundaria al procedimiento.

Finalmente con Visick IV cinco pacientes que son el 14%, cantidad que es significativa estadísticamente (tabla y gráfica 6).

La calidad de vida se vio afectada por la morbilidad y la cantidad de hospitalizaciones de los pacientes, aunque este último rubro fue difícil de cuantificar, ya que los cuadros de colangitis fueron manejados de forma ambulatoria en algunas ocasiones y en otras ameritó hospitalización dentro de nuestro hospital y en otros hospitales.

DISCUSIÓN

Las estrecheces y otras causas de obstrucción benigna del colédoco y la vía biliar es un grupo heterogeneo de transtornos con manifestaciones clínicas similares. La mayoría son consecuencia de operaciones que se relacionan con el hipocondrio derecho y en especial con la colecistectomía, la cual representa el 80% de los casos.

Se estima una incidencia de lesión de vía biliar en 0.1% a 1% en los procedimientos de colecistectomía laparoscópica (1,2,3). La incidencia precisa se desconoce debido a que muchos casos no se comunican, por lo que se tiene poca información también sobre la cirugía en estos casos y el seguimiento de estos pacientes no se encuentra documentado.

El número de pacientes que se maneja en nuestro hospital es grande, la mayoría de las series en que únicamente se toma una institución el número de pacientes va desde 22 hasta un poco más de cien pacientes (3,9). Por lo que contamos con un número significativo.

Se presentaron un mayor número de casos en pacientes femeninos, ya que la colecistectomía es un procedimiento más frecuente en el sexo femenino; aunque el número de pacientes masculinos fue considerable 29%, probablemente debido a que los hombres tienen mayor riesgo de presentar lesión en la vía biliar (inflamación crónica, ataques repetitivos, obesidad)(8). Los grupos de edad se relacionan directamente con la patología de la vesícula biliar, por lo que el número mayor de pacientes se encuentra en los grupos de los 20 a los 50 años, con predominio en la cuarta década de la vida.

La comorbilidad de los pacientes fue significativa, ya que el número de pacientes con HAS y DM2 fue de un 13% y 20% respectivamente, lo que es mayor que lo comunicado por otros estudios en los que se reporta un 10% aproximadamente de patologías crónico degenerativas(23). Esto se relaciona con la prevalencia de dichas enfermedades en nuestro país así como en que estos pacientes son referidos a unidades de tercer nivel por sus complicaciones después de la lesión de la vía biliar.

Respecto a la calidad de vida en estos pacientes se cuenta con muy pocos reportes, la mayoría mencionados únicamente en relación al número de complicaciones, como sería el caso de cuadros de colangitis, reoperaciones y hospitalizaciones, pero prácticamente ninguno relacionado con la apreciación del paciente. En la literatura se refiere un éxito quirúrgico en aproximadamente el 80% de los pacientes (22). Pero este éxito esta relacionado con los factores antes mencionados y no con la capacidad del paciente para tener una vida con una función adecuada. En nuestro estudio se reporto de forma significativa un detrimento de esta en el 14%, y con una función mala en el 31%.

El tratamiento inmediato de una lesión de la vía biliar identificada en el momento de la operación inicial previene complicaciones tardías, en los casos que el cirujano cuente con la experiencia para realizar dicho procedimiento, en caso contrario se tiene que referir a un hospital de tercer nivel en las siguientes 24 hrs(28). En nuestro hospital el mayor número de pacientes son referidos, lo que se manifiesta en el número de reoperaciones, que fueron en total 11, y con ninguna en 24 pacientes.

CONCLUSIONES

Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica se han incrementado las lesiones de la vía biliar, por lo que la derivación biliodigestiva se convierte en una cirugía necesaria para el tratamiento adecuado para estos pacientes.

Debido a la implicación de la lesión de la vía biliar no se documenta de forma adecuada, lo que conlleva a que no se cuente con información suficiente de todos los casos y mucho menos su seguimiento al largo plazo.

Se cuenta con muy poca información al respecto sobre el impacto que tiene este tipo de cirugía en la calidad de vida. Encontramos que es significativa, impactando negativamente en los pacientes. Por lo que es indispensable continuar con estudios sobre el impacto que tiene este tipo de cirugía.

Se tiene que poner especial énfasis en la adquisición de habilidades para la realización de la colecistectomía laparoscópica, ya que es la principal causa de lesiones y estrecheces benignas de la vía biliar.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Asbun HJ, Rossi RL, Lowell JA, Munson JL. Bile Duct injury during laparoscopic cholecystectomy : mechanisms of injury, prevention, and management. *World J Surg* 1993; 17:547-552.
- 2.-Deziel Dj. Complications of cholecystectomy: incidence, clinical manifestations, and diagnosis. *Surg Clin North Am* 2004; 74:809-823.
- 3.-Mercado MA. Iatrogenic injury of the bile duct. Experience with repair in 180 patients. *Rev Gastroenterol Mex.* 2002; 67 (4): 245-9
- 4.- SAGES Committee. Guidelines for granting of privileges for laparoscopic (peritoneoscopic) general surgery. Los Angeles, Calif, Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons, October 1992, Publication # 0014.
- 5.- Bismuth H. Postoperative strictures of the biliary tract. In Blumgart LH (ed). *The Biliary Tract. Clinical Surgery International*, vol 5. Edinburgh, Churchill-Livinstone, 1983, pp 209-218.
- 6.- Blumgart LH, Kelley CJ, Benjamin IS. Benign bile duct stricture following cholecystectomy : critical factors in management. *Br J Surg* 2001; 71:836-843.
- 7.- Moossa AR, Mayer AD, Stabile B. Iatrogenic injury to the bile duct : Who, how, where? *Arch Surg* 1990; 125: 1028-1031.
- 8.-Asbún HJ, Rossi RL. Techniques of laparoscopic cholecystectomy: the difficult operation. *Surg Clin North Am* 2002; 74:755-775.
- 9.- Rossi RL, Schirmer WJ, Braasch JW, Sanders LB, Munson JL. Laparoscopic bile duct injuries: risk factors, recognition, and repair. *Arch Surg* 2004; 127:596-602.
- 10.-Morgenstern L, Berci G, Pasternak EH. Bile leakage after biliary tract surgery: a laparoscopic perspective. *Surg Endosc* 1993; 7:432-438.
- 11.-Csendes A, Díaz C, Burdiles P, Nava O, Yarmuch J, Malvenda F, Fernández E. Indications and results of hepaticojejunostomy in benign strictures of the biliary tract. *Hepatogastroenterology* 2002; 39:333-336.
- 12.-Kozarek RA, Traverso LW. Endoscopic stent placement for cystic duct leak after laparoscopic cholecystectomy. *Gastrointest Endosc* 1999; 37:71-73.
- 13.-Liguory C, Vitale GC, Lefebvre JF, Bonnerl D, Cornud F Endoscopic treatment of postoperative biliary fistulae. *Surgery* 1991; 110:779—784.

- 14.-Davids PH, Rauws EA, Tytgat GN, Huibregtse K. Postoperative bile duct leakage : endoscopic management. *Gut* 2002;33:1118-1122.
- 15.-Mueller PR, Van Sonnenberg E, Ferrucci JT Jr, Weyman PJ, Butch RJ, Malt RA, Burhenne HJ. Biliary stricture dilatation : multicenter review of clinical management in 73 patients. *Radiology* 2004; 160:17-22.
- 16.-Walden D, Raijarn I, Fuchs E, Kandel G, Marcon N, Kortan P, Haber G. Long term follow-up of endoscopic stenting (ES) for benign postoperative bile duct strictures (BPBDS). Abstract. *Gastrointest Endosc* 2003; 39:335.
- 17.-Berkelhammer C, Kortan P, Haber GB. Endoscopic biliary prostheses as treatment of benign postoperative bile duct strictures. *Gastrointest Endosc* 2004; 35:95-101.
- 18.-Warren KW, Mountain JC, Midell AI. Management of strictures of the biliary tract. *Surg Clin North Am* 2003; 51:711-731.
- 19.-Genest JF, Nanos E, Grundfest-Broniatowski S, Vogt D, Hermann RE. Benign biliary strictures : an analytic review (1970 to 1984). *Surgery* 2000;99:409-413.
- 20.-Csendes A, Díaz JC, Burdiles P, Maluenda F. Late results of immediate primary end to end repair in accidental section of the common bile duct. *Surg Gynecol Obstet* 2003; 168:125-130.
- 21.-Braasch JW, Bolton JS, Rossi RL. A technique of biliary tract reconstruction with complete follow-up in 44 consecutive cases. *Ann Surg* 2002; 194:635-638.
- 22.-Pellegrini CA, Thomas MJ, Way LW. Recurrent Biliary stricture: patterns of recurrence and outcome of surgical therapy. *Am J Surg* 2004;147:175-180.
- 23.-Scott TR et.al. Laparoscopic cholecystectomy: a review of 12 397 patients. *Surg Laparos Endosc* 1992; 2 (3): 191-8.
- 24.- Hannan EL et. Al. Laparoscopic and open cholecystectomy in New York State mortality, complications and choice procedure. *Surg.* 1999; 125 (2): 223-233.
- 25.-Markus S et. Al. Predictive factors for the type of surgery in acute colecistitis. *Am Jour. Surg* 2001; 182 (3): 123-6
- 26.-Rosen M. et. Al. Predictive factors for conversión of laparoscopic chlecystectomy. *Am Jour Surg* 2002; 184 (3):216-223.

27.-Causes and prevention of laparoscopic bile duct injuries: analysis of 252 cases from human factors and cognitive psychology perspective. Ann Surg 2001; 237 (4): 460-9

28.-Walsh M et. Al. Management of failed biliary repairs for major bile duct injuries after laparoscopic cholecystectomy 2004; 199 (2): 258-62.

29.-Visick AH. A study of failures after gastrectomy. Ann R Coll Surg (Edinb) 1948;3:266-84.

ANEXO I

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS Y CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA PACIENTES POSOPERADOS DE DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS

a. Sexo:

Masculino

Femenino

b. Edad _____

c. Antecedentes patológicos

d. Tratamientos previos

e. Tipo de Cirugía

f. Reoperación

Sí

No

Número _____

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 de hace un año?

1 Excelente

2 Muy buena

- 3↑ Buena
- 4↑ Regular
- 5↑ Mala

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRIA HACER EN UN DIA 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 cuadra (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 cuadra (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↑ Sí
- 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↑ Sí
- 2↑ No

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

- 1↑ Sí
- 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 un 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 ULTIMAS SEMANAS EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MAS 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 se sintió lleno de vitalidad?

- 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 ↑ Muchas veces
- 4 ↑ Algunas veces
- 5 ↑ Sólo alguna vez
- 6 ↑ 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

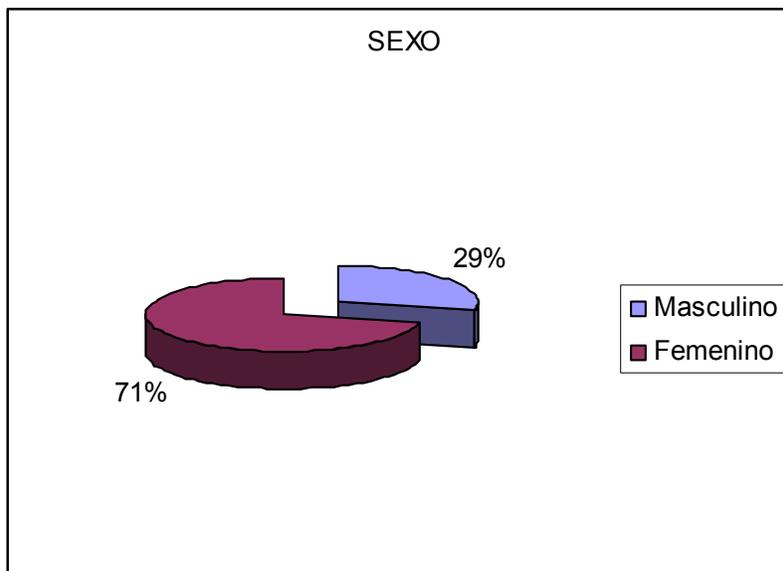
ANEXO II

TABLA 1. Distribución por sexo en los pacientes posoperados de derivaciones biliodigestivas.

sexo	número de pacientes
Masculino	10
Femenino	25

Fuente: hoja de recolección de datos, HE CMN SXXI.

GRAFICA 1. Distribución por sexo en los pacientes posoperados de derivaciones biliodigestivas.



Fuente: hoja de recolección de datos, HE CMN SXXI.

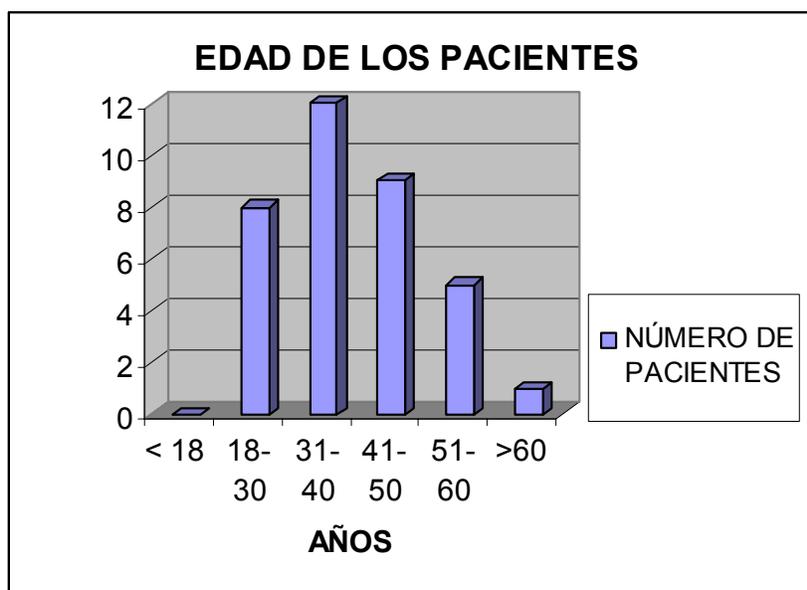
ANEXO III

TABLA 2. Distribución por grupo de edad de los pacientes posoperados de derivaciones biliodigestivas.

EDAD (años)	Número de pacientes
< 18	0
18-30	8
31-40	12
41-50	9
51-60	5
>60	1

Fuente: hoja de recolección de datos, HE CMN SXXI.

GRAFICA 2. Distribución por grupo de edad de los pacientes posoperados de derivaciones biliodigestivas



Fuente: hoja de recolección de datos, HE CMN SXXI.

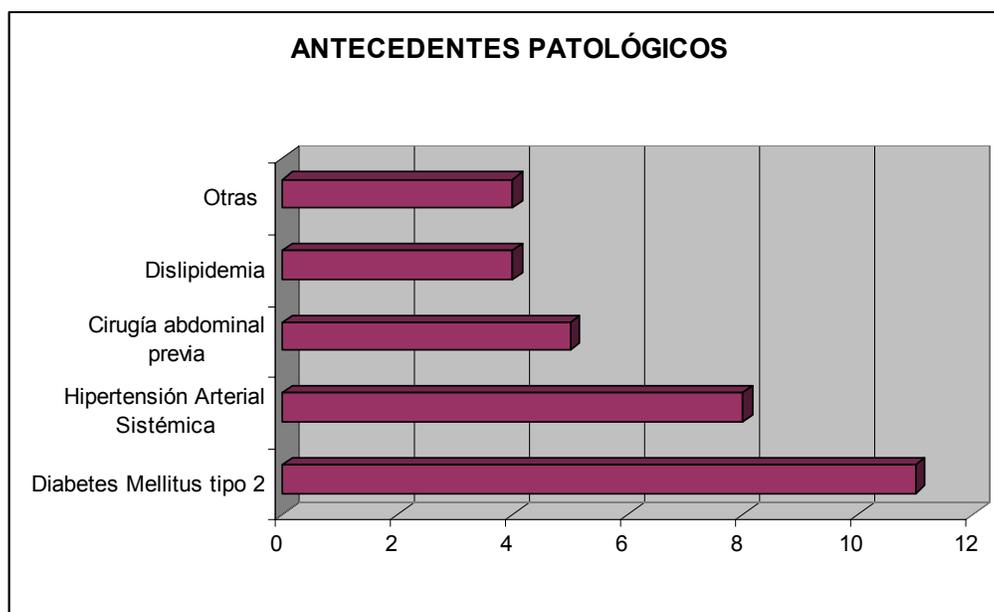
ANEXO IV

TABLA 3. Antecedentes patológicos en los pacientes posoperados de derivaciones biliodigestivas

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	NÚMERO DE PACIENTES
Diabetes Mellitus tipo 2	9
Hipertensión Arterial Sistémica	6
Cirugía abdominal previa	5
Dislipidemia	4
Otras	4

Fuente: hoja de recolección de datos, HE CMN SXXI.

GRAFICA 3. Antecedentes patológicos en los pacientes posoperados de derivaciones biliodigestivas.

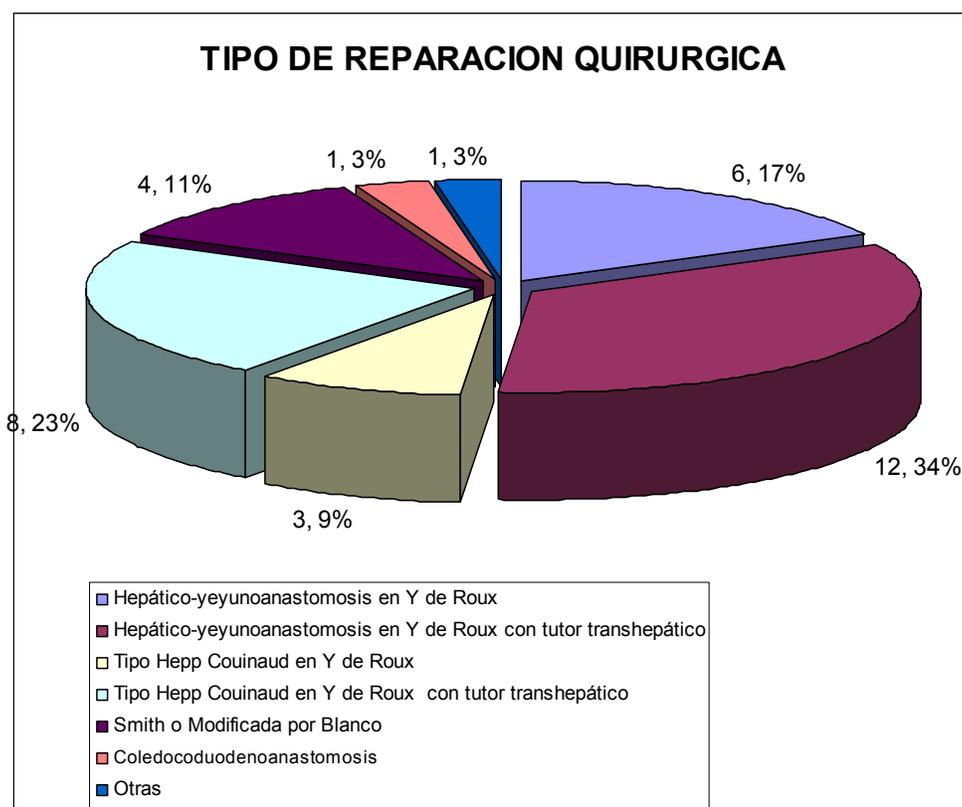


Fuente: hoja de recolección de datos, HE CMN SXXI.

ANEXO V

TABLA Y GRAFICA 4. Técnica de reparación quirúrgica en los pacientes posoperados de derivaciones biliodigestivas.

tipo de cirugía	NÚMERO DE PACIENTES
Hepático-yeyunoanastomosis en Y de Roux	6
Hepático-yeyunoanastomosis en Y de Roux con tutor transhepático	12
Tipo Hepp Couinaud en Y de Roux	3
Tipo Hepp Couinaud en Y de Roux con tutor transhepático	8
Smith o Modificada por Blanco	4
Coledocoduodenoanastomosis	1
Otras	1



Fuente: hoja de recolección de datos, HE CMN SXXI.

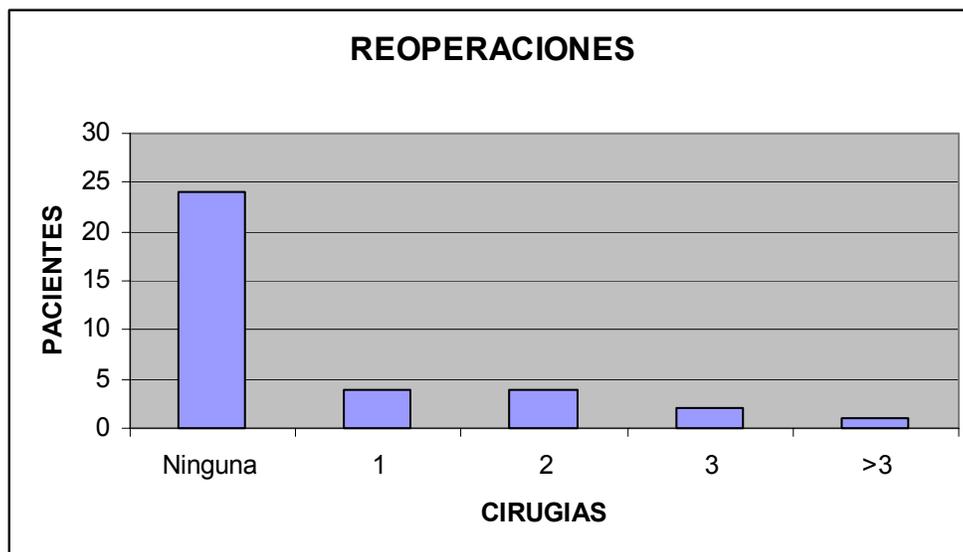
ANEXO VI

TABLA 5. Número de reoperaciones en los pacientes posoperados de derivaciones biliodigestivas.

reoperaciones	número de pacientes
Ninguna	24
1	4
2	4
3	2
>3	1
Total reoperaciones	11

Fuente: hoja de recolección de datos, HE CMN SXXI.

GRAFICA 5. Número de reoperaciones en los pacientes posoperados de derivaciones biliodigestivas.



Fuente: hoja de recolección de datos, HE CMN SXXI.

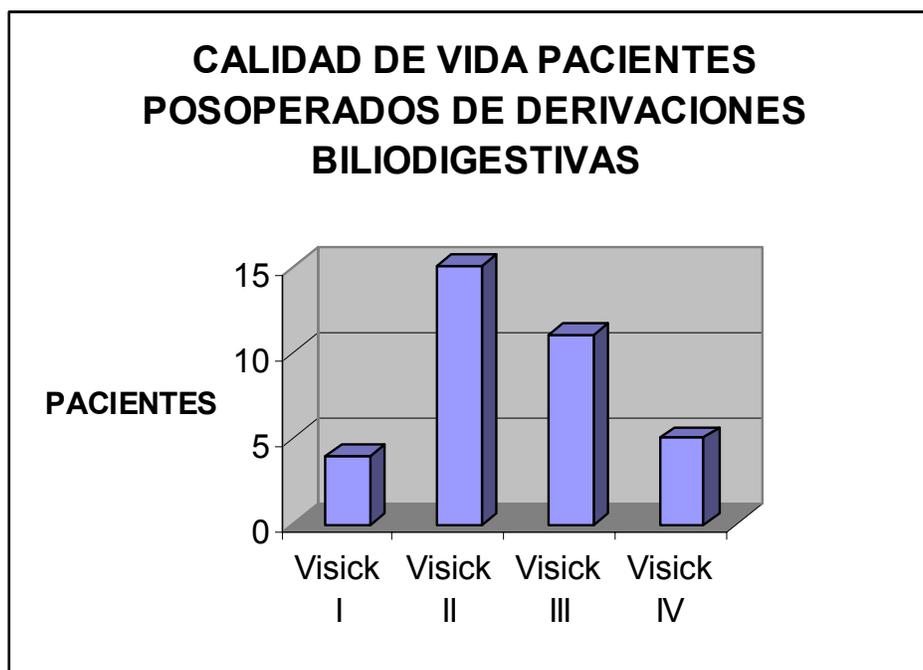
ANEXO VII

TABLA 6. Calidad de Vida en los pacientes posoperados de derivaciones biliodigestivas.

calidad de vida	Número de pacientes
Visick I	4
Visick II	15
Visick III	11
Visick IV	5
Total	35

Fuente: hoja de recolección de datos, HE CMN SXXI.

GRAFICA 6. Calidad de Vida en los pacientes posoperados de derivaciones biliodigestivas



Fuente: hoja de recolección de datos, HE CMN SXXI.