

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**“CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DE UNA
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VS
COLECISTECTOMÍA ABIERTA.”**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
BACHILLER EN MEDICINA

AUTOR
VÍCTOR JAIR MORALES ALVARADO

ASESOR
Ms. EDISON ESCOBEDO PALZA

TRUJILLO - PERU
2007

OFICINA DE SISTEMAS E INFORMATICA

*A Dios,
Fuente de Sabiduría
y Amor, por estar conmigo
en cada momento de mi vida,
por darme salud para
poder realizar todos mis
objetivos y por iluminar
mi camino futuro.*

*A mis queridos padres, Victor y Vilma,
por su apoyo incondicional demostrado a lo largo
de mi vida, por ser siempre ejemplo de
perseverancia y dedicación y por todo
el sacrificio realizado que ahora me permite culminar
uno de mis objetivos propuestos por lo cual
les estaré infinitamente agradecido.*

*A mis Hermanos, Christian y Ary por estar siempre
conmigo apoyándome y dándome fuerzas para cumplir
siempre mis metas.*

*A mi queridos abuelitos, Segundo y
Christian que están en compañía de Dios.
A mis queridas abuelitas Magdalena y
Consuelo, que siempre tienen una
muestra de cariño para mí.*

A una persona muy especial en mi vida,

Cynthia Céspedes Hernández

por su amor, comprensión y apoyo

que me brinda en cada acción que

realizo.

A mis mejores amigos, Miguel, Joan,

José Manuel y Luis José por su apoyo,

su tolerancia y por compartir conmigo

muchas experiencias agradables durante

nuestra carrera universitaria.

A mis Maestros de la UNT,

que a lo largo de los años compartieron

conmigo sus experiencias,

su apoyo y consejos;

quedo en deuda con ellos, esperando

devolverles con creces el haber

contribuido a forjar las

bases de mi carrera médica.

AGRADECIMIENTOS

*Mi reconocido agradecimiento al Asesor de la presente tesis
Dr. Edison Escobedo Palza por su apoyo, orientación
y estar siempre dispuesto a resolver las infinitas dudas
que se presentaron a lo largo del desarrollo de este trabajo.*

*Mención especial a mi padre, por su ayuda
invaluable que hicieron posible
la realización de la presente tesis.*

OFICINA DE SISTEMAS E INFORMATICA

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	Pág. 1
INTRODUCCIÓN	Pág. 3
MATERIAL Y MÉTODOS	Pág. 9
RESULTADOS	Pág. 17
DISCUSIÓN	Pág. 22
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	Pág. 29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pág. 31
ANEXOS	Pág. 35

OFICINA DE SISTEMAS E INFORMÁTICA

RESUMEN

Introducción: La litiasis vesicular es una enfermedad frecuente, siendo el tratamiento de elección la Colectistectomía, ya sea vía laparotomía o laparoscópica. Actualmente diversos estudios muestran muchas ventajas a favor de la técnica laparoscópica; sin embargo, muy pocos comparan estas dos técnicas con relación a la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo: Comparar los resultados de la percepción de la calidad de vida tras la colectistectomía laparoscópica y abierta. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal para determinar la calidad de vida posterior a una colectistectomía laparoscópica y abierta en adultos operados en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el año 2006. Se realizó entrevistas domiciliariamente para el llenado de los cuestionarios de calidad de vida SF-36 y GIQLI. **Resultados:** Se incluyeron 23 pacientes en cada grupo de colectistectomía; 91.3% fueron mujeres siendo su edad promedio 41.91 años en el grupo de colectistectomía laparoscópica y el 78.26% fueron mujeres con una edad promedio de 47.09 años en la colectistectomía abierta. Se encontró diferencia estadísticamente significativa en los dominios función física y rol físico del SF-36 en favor de la colectistectomía laparoscópica. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en ninguno de los dominios del GIQLI. **Conclusiones:** La calidad de vida de los pacientes fueron similares entre los dos grupos de técnicas quirúrgicas después de haber sido realizadas, pero la colectistectomía laparoscópica fue significativamente superior a la técnica abierta con respecto a los dominios función física y rol físico del SF-36. **Palabras clave:** Calidad de vida, Colectistectomía Abierta, Colectistectomía Laparoscópica.

ABSTRACT

Introduction: The cholelithiasis is a frequent disease, and the treatment of choice is the Cholecystectomy, either laparoscopic or laparotomy cholecystectomy. Nowadays several studies evidence many advantages in favor of the laparoscopic technique, however, few studies compare these two techniques with respect to the quality of life of the patients.

Objective: To compare the results of the perception of the quality of life after the laparoscopic and open cholecystectomy. **Material and Methods:** A descriptive,

retrospective and transverse study was realized for to determine the quality of life after a laparoscopic and open cholecystectomy in operated adults at the Hospital Regional Docente de Trujillo during the year 2006. Domiciliary interviews were realized for the

filling of the questionnaires of quality of life SF-36 and GIQLI. **Results:** There was 23 patients in each cholecystectomy's group; 91.3% were woman of with a mean age of 41.91 years in the laparoscopic cholecystectomy's group and the 78.26% were woman with a

mean age of 47.09 years in the open cholecystectomy. Statistically significant difference was found for the domains physical function and physical role of the SF-36 in favor of the laparoscopic cholecystectomy. No statistically significant difference was found for all the

domains of the GIQLI. **Conclusions:** The quality of life of the patients were similar between the two surgical techniques groups having been realized, but the laparoscopic cholecystectomy was significantly superior to the open technique with respect to the

domains physical function and physical role of the SF-36. **Keywords:** Quality of life, Open Cholecystectomy, Laparoscopic Cholecystectomy.

INTRODUCCION

La litiasis vesicular es una de las enfermedades quirúrgicas más frecuentes ⁽¹⁾ y es la causa más común de dolor abdominal por admisión en hospitales de países desarrollados, en consecuencia un importante gasto público en materia de salud ⁽²⁾. La colecistectomía es el tratamiento de elección en personas que presentan litiasis vesicular ^(2,24) y se puede realizar por vía laparotomía o por vía laparoscopia ⁽²⁾. Hoy en día, más del 75% de las colecistectomías se hacen por vía laparoscópica ⁽²⁵⁾.

Debido a su técnica mínimamente invasiva, la colecistectomía laparoscópica ganó amplia aceptación y rápidamente se convirtió en el tratamiento de elección para la litiasis vesicular y colecistitis ⁽¹⁾, debido a los beneficios de esta técnica, que incluyen: incisiones más pequeñas que causan menor dolor, más estética, menor tiempo operatorio, con lo cual disminuye el uso de analgésicos postoperatorios ^(2, 3, 4, 5, 27). Además, mejora de la función pulmonar postoperatoria, disminuye el índice de complicaciones, disminución de la estancia hospitalaria, el retorno a las actividades cotidianas es más rápido y además de sus ventajas inmunológicas ^(2, 3, 4, 5, 28). Sin embargo, se ha reportado que ambos procedimientos cumplen con el objetivo principal de eliminar la sintomatología producida por la litiasis vesicular, sin importar la edad y la patología de base, con morbilidad similar ⁽²⁾.

En la práctica clínica, la evaluación del estado de salud de los pacientes se ha basado generalmente en la percepción del médico, en la interpretación de los síntomas referidos por el paciente y en los resultados de los tests diagnósticos realizados ^(6, 7, 8). La medición de lo que se conoce como calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), permite obtener información sobre una enfermedad determinada, y su impacto en la vida del paciente, tal y como él la percibe ^(6, 7, 8, 9), de una forma estandarizada ^(6, 7, 8).

Hoy en día, cada vez se da más relevancia a la importancia de medir la CVRS al evaluar resultados de cualquier intervención médica especialmente en enfermedades crónicas ^(6,8); en el caso particular de la litiasis vesicular, ésta tiene un impacto profundamente negativo en la calidad de vida, especialmente en pacientes sintomáticos con una historia de ataques de cólicos biliares y/o las complicaciones de esta enfermedad ⁽¹⁰⁾. Por otro lado, la operación quirúrgica, como procedimiento traumático de tratamiento, también podría afectar la calidad de vida de los pacientes ⁽¹⁾. No obstante, la calidad de vida ha sido pobremente investigada en relación a técnicas de colecistectomías ⁽³⁾.

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud cada vez se emplea más en el campo de la gastroenterología y cirugía digestiva para valorar la evolución de ciertas enfermedades digestivas y comprobar la eficacia tanto de tratamientos médicos como quirúrgicos ^(6, 7, 8, 11); además ha sido usada como una medida genérica para determinar la efectividad de la cirugía ⁽⁴⁾.

A pesar que la morbilidad y la mortalidad otorgan información cuantitativa crucial acerca de la seguridad de los procedimientos quirúrgicos, la calidad de vida es un criterio importante adicional que fuertemente influencia la elección del procedimiento quirúrgico por parte del paciente. Por consiguiente, para determinar el "gold estándar" en la opción terapéutica para una enfermedad específica, es esencial conocer la extensión del impacto que el procedimiento quirúrgico tiene sobre el bienestar físico, psicológico, y social de la vida del paciente. Esto es llamado "la calidad de vida relacionada con la salud" (HRQL, Health Related Quality of Life) ⁽³⁾, y que para evaluarla se utilizan índices de calidad de vida, los cuales no sustituyen a las evaluaciones sintomáticas, analíticas, morfológicas, etc., sino que las complementan, introduciendo algo tan trascendente como la visión del propio paciente sobre su percepción de salud ^(9,12,20). Por tanto, la cuantificación de calidad de vida

(CVRS) “es una compleja medida sobre la satisfacción de bienestar físico, mental y social, un concepto que aglutina las expectativas, deseos y necesidades en la vida del paciente”.⁽¹²⁾

Para medir la calidad de vida se requiere el uso de instrumentos que son sensibles, consistentes, aplicables, y reproducibles, en vez de confiar en la "satisfacción del paciente" u otras impresiones clínicas crudas⁽¹⁰⁾; y además para poder valorar adecuadamente la bondad terapéutica de un determinado tratamiento, es frecuente la utilización conjunta de 2 o más cuestionarios, generalmente uno genérico y otro específico^(12,26) con el fin de obtener más sensibilidad y generalización.⁽⁹⁾

Varias pruebas genéricas y específicas han sido desarrolladas para medir diferentes aspectos de la calidad de vida⁽³⁾. El Cuestionario SF-36 es uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados y evaluados^(3,5,11,13,18,25). Es útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas propiedades psicométricas lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS.⁽¹³⁾ Sin embargo, estos cuestionarios genéricos son poco adecuados para detectar cambios inducidos por un tratamiento concreto en una determinada enfermedad.⁽¹²⁾

Las herramientas genéricas proveen importante información de la CVRS y permiten comparaciones entre diferentes intervenciones y enfermedades. Por lo tanto, ellas son herramientas necesarias cuando se mide la CVRS⁽⁷⁾.

El cuestionario específico para la valoración de síntomas gastrointestinales más utilizado en estudios quirúrgicos⁽¹²⁾ es el Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal, también conocido por sus iniciales inglesas GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index)^(8, 12). Es un

instrumento adecuado, válido y útil para valorar la calidad de vida relacionada con la salud, tanto en estudios clínicos con pacientes afectados de enfermedades gastrointestinales como en la práctica clínica ⁽⁹⁾. Además, cuando se aplicó a una muestra de pacientes tras una colecistectomía mostró que puede captar los cambios producidos en la sintomatología de los pacientes de una manera más eficaz que un cuestionario genérico como el SF-36 ⁽⁸⁾.

El GIQLI parece ser la mejor herramienta específica disponible para el uso en pacientes con cálculos vesiculares ⁽⁷⁾.

Karakayali y cols. ⁽³⁾ evaluaron el impacto de las colecistectomías sobre la calidad de vida en el periodo de seguimiento postoperatorio; el cual fue en promedio fue 41.5 ± 16 meses para el grupo de colecistectomía abierta y 46.8 ± 18.7 meses para el grupo de colecistectomía laparoscópica. La indicación más común para la cirugía en ambos grupos fue la colecistitis crónica sintomática, la cual involucró a 52 pacientes en el grupo de Colecistectomía abierta y 56 pacientes en el grupo de Colecistectomía laparoscópica. Para valorar la calidad de vida se utilizó dos tipos de instrumentos: el cuestionario genérico SF-36 y una versión modificada del cuestionario específico GIQLI. Este estudio mostró que CVRS es estadísticamente superior después de la colecistectomía laparoscópica durante el seguimiento a largo plazo.

En nuestro medio no hay estudios que establezcan, de una manera estandarizada, la evaluación por parte del paciente de la modificación que ha supuesto en su calidad de vida una Colecistectomía, ya sea laparoscópica o abierta; por ello, es que se pretende estimar a través del Cuestionario sobre calidad de vida relacionada con la Salud SF-36 (Medical Outcomes Study Survey Form-36), versión española 1.4, y el Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal (Gastrointestinal Quality of Life Index), ambas previamente validadas ^(8,14),

el impacto que tiene la Colectistectomía abierta y laparoscópica sobre la percepción de calidad de vida del paciente.

Además, no existen estudios en nuestro medio que hayan demostrado que la Colectistectomía Laparoscópica tiene significativamente mejores resultados en relación con la Calidad de Vida relacionada con la Salud que la técnica convencional abierta; ya que en otros países la Colectistectomía Laparoscópica ha sido aceptada como el " gold estándar", mayormente reemplazando a la cirugía convencional para la litiasis vesicular ⁽³⁾, basándose en sus mejores resultados de morbilidad y calidad de vida.

Problema:

¿Existe diferencias en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud luego de una colectistectomía laparoscópica y colectistectomía abierta?

Hipótesis:

La percepción de la calidad de vida es mejor tras una Colectistectomía Laparoscópica que una Colectistectomía Abierta.

Objetivos:

General:

- Comparar los resultados de la percepción de la calidad de vida tras una colectistectomía laparoscópica y una colectistectomía abierta.

Específico:

- Determinar la percepción de la calidad de vida después de una colectistectomía laparoscópica y colectistectomía abierta.

MATERIAL Y METODOS

Población

La población bajo estudio, estuvo conformada por los pacientes que fueron sometidos a una colecistectomía de forma electiva, tanto laparoscópica como abierta, cuya indicación fue por Colecistitis crónica calculosa sintomática en el servicio de Trauma y Cirugía General del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2006, y que cumplan los siguientes criterios:

a. De inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de colecistitis crónica calculosa sintomática no complicada, mediante Historia Clínica y Ecografía Abdominal; que fueron intervenidos de una colecistectomía.
- Pacientes cuyas edades fluctúan entre 30 y 75 años.
- Pacientes que no padezcan comorbilidades (Diabetes, Hipertensión, Obesidad mórbida (IMC>35), Enfermedades Cardiovasculares, Neurológicas, Respiratorias, Gastrointestinales u Osteoarticulares).
- Aquellos que no reciben ningún tipo de analgésico o aines por lo menos 4 horas antes del test.
- Estado general preoperatorio igual o menor al grado III de la clasificación ASA (Sociedad Americana de Anestesia)

b. De exclusión:

- Tener una infección aguda o reagudizada que podría alterar el estado general al momento de realizar el test.
- Pacientes que hayan experimentado cirugía abdominal anterior o conversión de cirugía laparoscópica a cirugía abierta o viceversa.
- Aquellos que sufran de alguna alteración central o periférica, que comprometa la conciencia y/o función motora sensitiva.
- Que hubieran tomado analgésicos potentes y en forma continua por procesos no relacionados con las colecistectomías como neoplasias, traumatismos medulares, etc.

Muestra:

Para determinar el tamaño de la muestra (n) se utilizó la siguiente formula ⁽¹⁷⁾:

$$N = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 2 S^2}{(X_1 - X_2)^2}$$

Donde:

$Z\alpha = 1.645$, coeficiente de confiabilidad para un $\alpha = 0.05$

$Z\beta = 1.282$, coeficiente de confiabilidad para un $\beta = 0.10$

$X_1 = 14$, puntaje promedio en la escala de la actividad social en Colecistectomía Abierta, del GIQLI, según Chen Li y cols. ⁽¹⁾

$X_2 = 13.1$, puntaje promedio en la escala de la actividad social en Colecistectomía Laparoscópica, del GIQLI, según Chen Li y cols. ⁽¹⁾

$S = 1.2$, desviación estándar en la escala de la actividad social en Colecistectomía Abierta, del GIQLI, según Chen Li y cols. ⁽¹⁾

Con estos valores se determinó un tamaño de muestra de 31 pacientes para cada grupo de técnica quirúrgica.

La muestra establecida de 31 pacientes para cada grupo de colecistectomía no se pudo completar debido a que en el servicio de archivo del Hospital Regional Docente de Trujillo se encontró 26 pacientes para la técnica laparoscópica y 31 pacientes para la técnica convencional, y además al momento de realizar la visita domiciliaria para el llenado satisfactorio de los cuestionarios no se encontró las direcciones de 8 pacientes en el grupo con la técnica convencional y 3 pacientes en el grupo con la técnica laparoscópica. Por lo tanto, la muestra total estudiada fueron 23 pacientes en cada grupo de técnica quirúrgica.

Variables y escalas de medición:

VARIABLE	TIPO	ESCALA
Calidad de vida	Cuantitativa	Razón
Técnicas de Colecistectomía	Cualitativa	Nominal

Definición de términos operacionales:

- **Calidad de vida relacionada con la salud:**

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como " un estado de completo bienestar físico, mental, y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad." ^(1,12,15,16,20). De esta definición multidimensional de la salud podría derivarse inicialmente el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Testa and Simonson (1996) definieron la calidad de vida relacionada con la salud como las áreas físicas, psicológicas y sociales de la salud, visto como las distintas áreas que son influenciadas por las experiencias, las creencias, las expectativas y las percepciones

de una persona". Un grupo internacional de investigadores sugirieron siete dimensiones fundamentales de la Calidad de Vida: (1) Síntomas y signos de una enfermedad, (2) funcionamiento físico, (3) funcionamiento fisiológico, (4) funcionamiento social, (5) rol de actividades, (6) satisfacción de vida completa, y (7) percepción del estado de salud (1).

Shipper y cols ofrecieron una definición clínica de CVRS basadas en las funciones física, ocupacional, psicológica, interacción social y sensación somática: Calidad de vida en medicina clínica representa el efecto funcional de una enfermedad y su terapia consecuente sobre un paciente, que es percibido por el paciente (16).

▪ **Cuestionario sobre calidad de vida relacionada con la salud, del Medical Outcomes Study Short Form-36 (MOS-SF-36):** (14)

El Cuestionario de Salud SF-36 fue desarrollado por el Estudio de los Resultados Médicos del Medical Outcome Study (MOS) por Ware y Sherbourne, en 1992. El SF-36 contiene 36 ítems, 35 de los cuales se encuentran agrupados en 8 escalas que evalúan:

Función Física: Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 ítems)

Rol físico: Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 ítems)

Dolor corporal: Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 ítems)

Salud General: Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 ítems)

Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems)

Función Social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 ítems)

Rol Emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 ítems)

Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta u bienestar general (5 ítems)

Existe un ítem adicional que valora el cambio de salud en el tiempo, es decir valora el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior; y no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas ^(6, 11,13).

El SF-36 se puntúa utilizando el método de Likert de suma de puntuaciones, de forma que cuanto mayor es la puntuación obtenida, mejor es el estado de salud ^(6,8,9,11,12,14).

Así, 0 representa el peor estado de salud y 100, el mejor estado de salud medido, para cada escala del cuestionario ^(6, 8,9,11,12,14,21,26).

▪ **Cuestionario sobre el Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal (GIQLI):**

El Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal (GIQLI) es un cuestionario específico de enfermedad desarrollado por Eypasch y cols. para evaluar la calidad de vida en pacientes con enfermedades gastrointestinales ^(1,8,10). Es considerado un cuestionario mixto que incluye preguntas genéricas y específicas ^(6,7,8,11) y consta de 36 ítems agrupados en cinco categorías: estado emocional y mental; funcionamiento físico; actividades sociales; síntomas gastrointestinales, tanto de la vía digestiva superior como

inferior; y reacción al tratamiento ^(1,6,7,8,11). El número de preguntas constituidas para estas 5 dimensiones es: síntomas (19 preguntas), disfunción física (7 preguntas), disfunción emocional (5 preguntas), disfunción social (4 preguntas) y los efectos del tratamiento médico realizado (1 pregunta) ^(6,7,8,11,22,23). Las preguntas 1 a 9 y 27 a 36 pertenecen a la escala de síntomas. Las preguntas 10 a 14 a la de disfunción emocional; de la 15 a la 21 a disfunción física; de la 23 a la 26 son del área de disfunción social. La pregunta 22 mide efectos del tratamiento médico. El orden de las preguntas se presenta tal y como figura en el cuestionario original. ⁽⁸⁾

La puntuación GIQLI se calcula por la adición simple de las puntuaciones de todos los ítems, de tal manera que una puntuación global de 0 constituiría lo peor, mientras una puntuación de 144 (36×4) representa el mejor resultado posible ^(2,8,9,22,23) y el rango entre 121-125 puntos es considerado para personas normales ⁽¹⁾. Por otro lado, el GIQLI proporciona puntuaciones para cada una de sus cuatro áreas, y cada una de ellas se calcula dividiendo el número de puntos de esa área por el número total de preguntas de la misma. ^(8, 9); y la única pregunta que existe sobre evaluación de tratamiento únicamente se utiliza cuando se hacen estudios con dos administraciones del cuestionario. ⁽⁸⁾

Procedimiento de recolección de datos:

Se acudió al servicio de Trauma y Cirugía General del Hospital Regional Docente de Trujillo para identificar los pacientes con diagnóstico de Colecistitis crónica calculosa sintomática y sus respectivos números de historias clínicas en el cuaderno de registro de dicho servicio; luego se acudió al servicio de archivo de dicho nosocomio, para obtener las historias clínicas y confirmar el diagnóstico así como aplicar los criterios de inclusión y

exclusión en el presente estudio; posteriormente se procedió a la recolección de datos, mediante la visita a los domicilios de los pacientes, lo cual se hizo de acuerdo a una hoja de recolección de datos epidemiológicos (Ver Anexo N° 01); y luego se evaluó el grado de calidad de vida percibida por el paciente postoperatoriamente, mayor o igual de 3 meses después de la operación quirúrgica, mediante el llenado, por entrevista personal, de la versión española 1.4, previamente validada ⁽¹⁴⁾, del cuestionario Medical Outcomes Study Short Form-36 (MOS- SF-36) (Ver Anexo N° 02) y de la versión también validada ⁽⁸⁾ del Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal (Ver Anexo N° 03).

Análisis estadístico e interpretación de la información:

Para analizar la información se determinó las puntuaciones respectivas para cada una de las escalas tanto del SF-36 como del GIQLI, luego se construyeron cuadros de una entrada, y se calculó los promedios y desviación estándar. Para comparar la calidad de vida entre pacientes operados mediante Colectomías Laparoscópica y Abierta se empleó la Prueba de Comparación de Medias utilizando la distribución T-Student, con un nivel de significancia del 5 % ($p < 0.05$); y para determinar si existe relación entre el sexo y el nivel ASA con la evaluación de la calidad de vida se utilizó la prueba Chi – Cuadrado, con un nivel de significancia del 5 % ($p < 0.05$).

RESULTADOS**CUADRO I**

**CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DE UNA COLECISTECTOMÍA
LAPAROSCÓPICA VS COLECISTECTOMÍA ABIERTA SEGÚN EDAD E
ÍNDICE DE MASA CORPORAL.**

	INTERVENCIÓN			
	C. Laparoscópica (n=23)	C. Abierta (n=23)	P. Estad. “t”	Significancia p
Edad (años)	41.91 ± 10.37	47.09 ± 13.36	-1.469	NS
IMC (kg/m²)	26.194 ± 3.178	26.655 ± 3.548	- 0.464	NS

Fuente: Estadística del Hospital Regional Docente de Trujillo

CUADRO II**CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DE UNA COLECISTECTOMÍA****LAPAROSCÓPICA VS COLECISTECTOMÍA ABIERTA SEGÚN SEXO Y NIVEL****DE ASA**

INTERVENCIÓN				
	C. Laparoscópica (n=23)	C. Abierta (n=23)	P. Estad. "X²"	Significancia p
SEXO:				
Masculino	2 (8.70%)	5 (21.74%)	1.516	NS
Femenino	21 (91.30%)	18 (78.26%)		
ASA:				
I	15 (65.22%)	14 (60.87%)	0.093	NS
II	8 (34.78%)	9 (39.13%)		
III	0 (0%)	0 (0%)		
IV	0 (0%)	0 (0%)		

Fuente: Estadística del Hospital Regional Docente de Trujillo

CUADRO III

CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DE UNA COLECISTECTOMÍA

LAPAROSCÓPICA VS COLECISTECTOMÍA ABIERTA SEGÚN EL

CUESTIONARIO SF-36

INTERVENCIÓN				
	C. Laparoscópica (n=23)	C. Abierta (n=23)	P. Estad. "t"	Significancia p
Función Física	90.87 ± 11.45	83.04 ± 15.65	1.938	S
Rol Físico	96.30 ± 8.69	86.09 ± 25.85	1.796	S
Dolor Corporal	70.11 ± 21.58	74.02 ± 26.50	-0.549	NS
Salud General	58.70 ± 17.20	65.22 ± 17.09	-1.289	NS
Vitalidad	63.48 ± 16.13	70.87 ± 20.04	-1.378	NS
Función Social	80.98 ± 16.37	80.98 ± 22.25	0	NS
Rol Emocional	83.42 ± 23.94	86.97 ± 21.67	-0.527	NS
Salud Mental	70.78 ± 11.28	74.78 ± 17.20	-0.933	NS

Fuente: Información obtenida de las encuestas

CUADRO IV

**COMPARACIÓN DEL ESTADO ACTUAL Y ESTADO PREOPERATORIO
DESPUÉS DE UNA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VS
COLECISTECTOMÍA ABIERTA SEGÚN EL CUESTIONARIO SF-36**

Item de Transición de salud del SF-36	INTERVENCIÓN	
	C. Laparoscópica (n=23)	C. Abierta (n=23)
Mucho mejor	11 (47.83%)	13 (56.52%)
Algo mejor	8 (34.78%)	4 (17.39%)
Más o menos igual	4 (17.39%)	6 (26.09%)
Algo peor	-	-
Mucho peor	-	-

Fuente: Información obtenida de las encuestas

CUADRO V
CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DE UNA COLECISTECTOMÍA
LAPAROSCÓPICA VS COLECISTECTOMÍA ABIERTA SEGÚN EL
CUESTIONARIO GIQLI

	INTERVENCIÓN		P. Estad. “t”	Significancia p
	C. Laparoscópica (n=23)	C. Abierta (n=23)		
Síntomas	3.144 ± 0.424	3.259 ± 0.480	-0.858	NS
Disfunción Emocional	2.817 ± 0.539	2.930 ± 0.611	-0.665	NS
Disfunción Física	3.037 ± 0.591	3.230 ± 0.651	-1.055	NS
Disfunción Social	3.424 ± 0.402	3.402 ± 0.681	0.133	NS
Total	108.783 ± 13.216	113.783 ± 16.234	-1.145	NS

Fuente: Información obtenida de las encuestas

DISCUSION

En el presente estudio sobre la calidad de vida después de la colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional encontramos que la mayor proporción de pacientes en ambos grupos fueron mujeres, cuyos promedios de edades fueron 41.91 años y 47.09 años respectivamente. También en el grupo de colecistectomía laparoscópica se encontró un índice de masa corporal (IMC) promedio de 26.194 kg/m² y en el grupo de colecistectomía convencional, 26.655 kg/m²; en cuanto al riesgo quirúrgico ambos grupos se encontraron en su totalidad entre scores ASA I Y ASA II. Además no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos con respecto a estas variables descritas.

Chen Li y col en el 2005 estudiaron 2 grupos de pacientes con diagnóstico de colecistitis calculosa crónica intervenidos por vía laparoscópica y convencional, la edad media de estos fue de 41 años en el grupo de colecistectomía laparoscópica, siendo el 68% de ellos mujeres; y en el grupo de colecistectomía convencional, la edad media fue 45 años siendo el 61.5% mujeres ⁽¹⁾. Karakayali, F y col en el 2003 reportan que la edad media de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica fue 54.6 años, siendo el 67% mujeres y la media del índice de masa corporal (IMC) fue 27.9 kg/m² con scores ASA del 90% (I-II) y 3% (III), mientras que por colecistectomía convencional, la edad media fue 58.6 años, el 65% fueron mujeres, la media del índice de masa corporal (IMC) fue 28.2 kg/m² y los scores ASA fueron 93% (I-II) y 7% (III) ⁽³⁾. Quintana, J y col en el 2002 encuentran la edad media en promedio a 56.4 años para el grupo de colecistectomía laparoscópica, siendo el 70.3% mujeres y sus scores ASA fueron 86.1% (I-III) y 13.9% (IV); y el grupo con la técnica convencional, la edad media fue de 63.2 años, el 53.3%

fueron mujeres y sus scores ASA fueron 61.2% (I-III) y 38.9% (IV) ⁽⁶⁾. Lucena en el 2005 en Venezuela, encontró que del total de pacientes con diagnóstico de litiasis vesicular sintomática, el 44.44% fueron operados mediante cirugía laparoscópica y de este grupo el 80% fueron mujeres, la edad media fue de 48.9 años, la media de su IMC fue de 27.3 kg/m² y sus scores ASA fueron 87.88% (I), 7.12% (II) y 4.98% (III); de la misma forma en el grupo de colecistectomía abierta, el 81% fueron mujeres, la edad media fue de 51.2 años, la media de su IMC fue 26.6 kg/m² y sus scores ASA fueron 86.15% (I), 0.76% (II) y 0.30% (III) ⁽²⁷⁾.

Nuestros hallazgos son similares con los estudios antes mencionados ^(1,3,27) con respecto a que las características demográficas de los pacientes no alteraran de forma significativa cuando comparemos la calidad de vida y otras variables que deseemos estudiar entre ambas técnicas; siempre y cuando nuestra muestra sea homogénea y equitativa, ya que en el estudio de Quintana, J y col ⁽⁶⁾ se encontró diferencia estadísticamente significativa en dichas variables y esto se debió probablemente a la disparidad de la muestra entre el grupo de colecistectomía laparoscópica (735 pacientes) y el grupo de colecistectomía convencional (152 pacientes).

Los componentes del cuestionario de Salud SF-36 (Cuadro 3) después de la colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional evidencian que las puntuaciones medias de los componentes función física y rol físico son estadísticamente significativos a favor de la colecistectomía laparoscópica; mientras que los componentes dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental tuvieron puntajes similares con ambas técnicas, no encontrándose diferencia significativa.

Estos hallazgos se asemejan en algunos componentes del SF-36 con los de Karakayali, F y col, en el 2003, que durante 6 años en Turquía incluyen a 200 pacientes con la finalidad de comparar el impacto de las dos técnicas de colecistectomías en la calidad de vida de los pacientes; cada grupo fue dividido en cantidades iguales de acuerdo con el procedimiento quirúrgico que eligieron los pacientes, siendo la indicación más común de cirugía para ambos grupos la colecistitis crónica sintomática, pero también se agrupó a otras indicaciones de cirugía como colecistitis aguda, pólipos vesiculares, coledocolitiasis y pancreatitis biliar. La administración del cuestionario sólo fue en el post operatorio, con una media de 41.5 ± 16 meses; en este estudio se encontró una mejoría estadísticamente significativa en todos los componentes del SF-36 con respecto a la calidad de vida relacionada a la salud en favor de la colecistectomía laparoscópica ⁽³⁾.

Quintana, J y col también en el 2003, en España, con el objetivo de evaluar la mejoría de la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes que experimentaron colecistectomías laparoscópica y convencional usaron el formulario de Salud SF-36, este cuestionario fue administrado a 887 pacientes, los cuales no distribuidos de manera proporcional debido a que el grupo de colecistectomía laparoscópica era aproximadamente cinco veces mayor que el grupo de colecistectomía convencional; la administración del cuestionario fue tanto durante el pre operatorio y luego a los 3 meses de realizada la intervención quirúrgica. La indicación más frecuente de cirugía para ambos grupos también fue la colecistitis sintomática no complicada, pero también se consideró la colecistitis sintomática complicada y la colecistitis asintomática. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos cuando se consideraron de manera global todas las indicaciones quirúrgicas; sin embargo, al considerar el grupo diagnóstico de colecistitis sintomática no complicada si

se encontró diferencia estadísticamente significativa en los componentes de dolor corporal, vitalidad y función social del SF -36 con respecto al mejoramiento entre el pre operatorio y a los 3 meses post intervención a favor de la colecistectomía laparoscópica ⁽⁶⁾.

En el estado preoperatorio y el estado de salud actual (Cuadro 4) después del procedimiento quirúrgico realizado, colecistectomías convencional y laparoscópica, se aprecia que la mayoría de pacientes refirieron estar mucho mejor después de la operación (CA 56.57% vs CL 47.83%), otra parte de los pacientes refirieron sentirse algo mejor después de la operación (CA 17.39% vs CL 34.78%) y algunos refirieron sentirse igual luego de los procedimientos quirúrgicos (CA 26.09% vs CL 17.39%), además ningún paciente de ambos grupos refirió sentirse algo ni mucho peor después de someterse a cualquiera de las de dos tipos de colecistectomías.

Nuestros resultados se asemejan con lo reportado por Quintana, J y col, en donde al evaluar el ítem de transición de salud del SF-36 encontró que los pacientes encuestados en su mayoría percibieron una mejoría en su estado de salud actual con relación al estado preoperatorio (CA 63.7% vs CL 69.5%), otro grupo de pacientes refirieron sentirse igual en su estado de salud actual (CA 22.1% vs CL 24.7%); pero a diferencia de nuestros resultados, en este estudio también hubo pacientes que refirieron sentirse peor en el estado post operatorio (CA 14.1% vs CL 5.8%) ⁽⁶⁾. Karakayali, F y col, en el 2003 también evaluó el estado actual de salud con el estado pre operatorio, en este estudio también se encontró que la mayor proporción de pacientes evaluados tanto del grupo de colecistectomía laparoscópica como del grupo de colecistectomía convencional refirieron sentirse mejor (CA 65.1% vs CL 82.4%), otros refirieron sentirse igual (CA 17.5% vs CL 10.6%), y también hubo pacientes que refirieron sentirse peor (CA 17.5% vs CL 7.1%) ⁽³⁾.

En los componentes del cuestionario de Salud GIQLI (Cuadro 5), cuestionario específicamente diseñado para pacientes con patología gastrointestinal ⁽¹⁾ después de la colecistectomía laparoscópica y de la colecistectomía convencional, se obtienen puntajes similares entre ambas técnicas en los componentes sintomatología, disfunción emocional, disfunción física, disfunción social y puntuación total del GIQLI, no encontrándose diferencia significativa a favor de alguna técnica quirúrgica.

Nuestros resultados coinciden con lo reportado por Quintana, J y col en el 2003, en donde evaluaron el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes usando el cuestionario GIQLI, tanto al grupo con la técnica laparoscópica como al grupo con la técnica convencional; en este estudio no se encontró entre las dos técnicas alguna diferencia significativa en los dominios de sintomatología, disfunción emocional, disfunción física, disfunción social y puntuación total del GIQLI cuando se consideró de forma global todos los grupos diagnósticos que fueron sometidos a cirugía y cuando se consideró a los pacientes con diagnóstico de colecistitis sintomática no complicada sólo se encontró entre las dos técnicas diferencia estadísticamente significativa en el puntaje total del GIQLI a favor de la colecistectomía laparoscópica ⁽⁶⁾. A su vez, Chen Li y col en el 2005 en China con el propósito de estudiar y comparar la calidad de vida en pacientes sometidos a una colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional debido a una colecistitis crónica calculosa, evaluaron a 51 pacientes sometidos a estas intervenciones aplicándoseles el cuestionario de salud GIQLI antes de la cirugía, a las 2, 5, 10 y 16 semanas después de la misma; se encontró diferencias estadísticamente significativas a las 2 semanas en los componentes disfunción emocional, disfunción física, disfunción social y puntuación total; a las 5 semanas en los componentes sintomatología, disfunción social y puntuación total; a

las 10 semanas en los componentes sintomatología y puntuación total, todas ellas a favor de la colecistectomía laparoscópica; sin embargo, a las 16 semanas no se encontró diferencia estadísticamente significativa en ninguno de los componentes del GIGLI entre las dos técnicas ⁽¹⁾. Por tanto, este estudio concluyó que la calidad de vida mejoró tempranamente y que fue mejor después de la cirugía laparoscópica en comparación a la cirugía convencional para la colecistitis crónica calculosa.

Karakayali, F y col también evaluaron los efectos de las dos técnicas de colecistectomías sobre la calidad de vida utilizando una forma modificada del cuestionario GIQLI, el cual contiene 15 preguntas, dentro de sus resultados no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las dos técnicas con respecto a los componentes dolor abdominal, localización del dolor, consulta médica por el dolor abdominal, síntomas acompañantes, factores aliviadores del dolor, distensión, síntomas dispépticos, uso de terapia antiácida, cambios en el hábito intestinal, cambios en el peso, necesidad de una dieta especial e impacto en la función sexual, componentes de la forma modificada del GIQLI, cuando se les administró el cuestionario ⁽³⁾.

Es necesario considerar las limitaciones del estudio, ya que al no haberse administrado los cuestionarios de calidad de vida preoperatoriamente no se pudo determinar cuanto influyó cada técnica quirúrgica en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes. Por otro lado, a pesar que los cuestionarios SF-36 y GIQLI son ampliamente validados y estudiados, la calidad de vida relacionada a la salud es una variable psicológica dinámica que podría estar influenciada por problemas personales y por el estado económico de los pacientes, los cuales son variables que no se pueden controlar por los investigadores ⁽¹⁹⁾.

CONCLUSIONES

1. Los componentes función física y rol físico del SF-36 fueron significativamente mejores con la Colectomía Laparoscópica que con la Colectomía Convencional.
2. No existe diferencia significativa en los componentes dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental del SF-36 entre la Colectomía Laparoscópica y la Colectomía Convencional.
3. No existe diferencia significativa en los componentes sintomatología, disfunción emocional, disfunción física y disfunción social del GIQLI entre la Colectomía Laparoscópica y la Colectomía Convencional.
4. La puntuación total del GIQLI no fue estadísticamente significativa entre la Colectomía Laparoscópica y la Colectomía Convencional.

OFICINA DE SISTEMAS E INFORMÁTICA

RECOMENDACIONES

1. Espero que el presente trabajo sirva como base para el desarrollo de estudios similares posteriores en los que se pueda evaluar y comparar el mejoramiento en la calidad de vida relacionada a la salud entre la colecistectomía laparoscópica y la colecistectomía convencional, tanto pre operatoriamente como post operatoriamente y en los que se tenga en cuenta el empleo de diseños de investigación más rigurosos como los estudios a doble ciego randomizados.
2. Se sugiere el desarrollo de estudios en nuestro medio que evalúen la calidad de vida no sólo en la colecistitis crónica calculosa sino en otras enfermedades crónicas, ya que éstas producen importantes limitaciones sociales, laborales, emocionales y con el estado de salud en pacientes que la padecen.

OFICINA DE SISTEMAS E INFORMÁTICA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Chen Li et al. Patients' quality of life after laparoscopic or open cholecystectomy. *Journal of Zhejiang University SCIENCE* 2005 6B(7): 678-681.
2. Torres Dugarte, C y Spinetti, D. COLECISTESTOMÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS COLECISTECTOMÍA ABIERTA O TRADICIONAL. RESULTADOS DE UNA SERIE DE 442 PACIENTES. *MedULA, Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes* 2002; 11: 35-40.
3. F. Karakayali et al. Comparison of long-term quality of life after laparoscopic and open cholecystectomy. *Surg Endosc* (2003) 17: 291–295.
4. Kelly R. Finan, M.D., M.S.P.H. et al. Improvement in gastrointestinal symptoms and quality of life after cholecystectomy. *The American Journal of Surgery* 192 (2006) :196–202
5. Velanovich, V. Laparoscopic vs open surgery. A preliminary comparison of quality-of-life outcomes. *Surg Endosc* (2000) 14: 16–21.
6. J. M. Quintana et al. Quality-of-life outcomes with laparoscopic vs open cholecystectomy. *Surg Endosc* (2003) 17: 1129–1134.
7. J.M. Quintana et al. Influence of age and gender on quality-of-life outcomes after cholecystectomy. *Springer* 2005; 14: 815–825
8. J.M. Quintana et al. Traducción y validación del Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal (GIQLI). *REV ESP ENFERM DIG* 2001; 93(11): 693-699.
9. Díaz de Liaño, A et al. Calidad de vida tras funduplicatura por vía laparoscópica en el tratamiento del reflujo gastroesofágico. *Cir Esp* 2005;77(1):31-5.

10. Bulent Menten, B. et al. Gastrointestinal quality of life in patients with symptomatic or asymptomatic cholelithiasis before and after laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* (2001) 15: 1267–1272
11. Quintana, J.M., MD, PhD et al. Health-Related Quality of Life and Appropriateness of Cholecystectomy. *Ann Surg* 2005;241: 110–118.
12. Monés, J. ¿Se puede medir la calidad de vida?. ¿Cuál es su importancia?. *Cir Esp* 2004;76(2):71-7.
13. Vilagut, G et al. El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005;19(2):135-50.
14. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud – DGPLADES. Cuestionario de Salud SF-36. DF México. 2004. URL Disponible en:
<http://dgplades.salud.gob.mx/htdocs/hg/Nuevas/hc1.pdf>
15. Genevieve B. Melton, MD. et al. Major Bile Duct Injuries Associated With Laparoscopic Cholecystectomy. Effect of Surgical Repair on Quality of Life. *ANNALS OF SURGERY* 2002; 235(6): 888-895.
16. Finlayson, T., BS; Moyer, Ch., MPH; and Sonnad, S., PhD. Assessing Symptoms, Disease Severity, and Quality of Life in the Clinical Context: A Theoretical Framework. *Am J Manag Care.* 2004; 10:336-344.
17. Dawson-Saunders, Beth; Trapp, Robert. Estimación y comparación de medias. *Bioestadística Médica.* Edit. El Manual Moderno. 2ª Edición. Mexico, D.F. 1999. pag. 141- 143.
18. Taylor M, Hart R. Evidence Based Reviews in Surgery. Quality of life after bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy. *Rev. Can J Surg* 2003; 46(5): 380-382.

19. Lachinsk A, Vingerhoets A, Markuszewska-Proczko M and Stefaniak T. Long-term quality-of-life assessment after laparoscopic and classic cholecystectomy [carta]. Rev. Surg Endosc (2004) 18: 1152–1153
20. Alcalá EJ. ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO REDUCIDO DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO PARA LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL [tesis doctoral]. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA; 2003.
21. Sarmiento J, Farnell M, Nagorney D, Hodge D and Harrington J. Quality-of-Life Assessment of Surgical Reconstruction After Laparoscopic Cholecystectomy–Induced Bile Duct Injuries. Rev. Arch Surg. 2004;139:483-489.
22. Decaer G, Borie F, Bouamrirene D, Veyrac M, Guillén F, Fingerhut A et al. Gastrointestinal Quality of Life Before and After Laparoscopic Heller Myotomy With Partial Posterior Fundoplication. Rev. ANNALS OF SURGERY 2002; 236(6): 750-758.
23. Carrilho-Ribeiro L, Serra D, Pinto-Correia A, Velosa J and Carneiro de Moura M. Quality of life after cholecystectomy and after successful lithotripsy for gallbladder stones: a matched-pairs comparison. Rev. European Journal of Gastroenterology & Hepatology 2002, 14:741–744.
24. Vetrhus M, Søreide O, Eide G, Solhaug J, Nesvik I, Søndena K. Pain and Quality of Life in Patients with Symptomatic, Non-Complicated Gallbladder Stones: Results of a Randomized Controlled Trial. Rev. Scand J Gastroenterol 2004;39:270–276.
25. Boerma D, Rauws E, Keulemans Y, Bergman J, Obertop H, Huibregtse K et al. Impaired Quality of Life 5 Years After Bile Duct Injury During Laparoscopic

- Cholecystectomy A Prospective Analysis. Rev. ANNALS OF SURGERY 2001; 234(6): 750–757.
26. Korolija D, Sauerland S, Wood-Dauphinée S, Abbou C, Eypasch E, García Caballero M et al. Evaluation of quality of life after laparoscopic surgery. Evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery. Rev. Surg Endosc (2004) 18: 879–897.
27. Lucena J. Colectomía laparoscópica frente a colectomía convencional por minilaparotomía. Rev. Doyma 2005; 77(6): 332-336.
28. Lucena J. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES MAYORES DE SESENTA AÑOS. Rev. MedULA 2006; 15(2): 76-84.

OFICINA DE SISTEMAS E INFORMÁTICA

ANEXO N° 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nro de Historia Clinica:

Nombre y Apellidos:

Edad: Sexo: M () F ()

Procedencia: Teléfono:

Dirección:

Fecha de ingreso: Fecha de egreso:

Peso: Talla: IMC:

Molestia Principal:

Diagnóstico:

Procedimiento Quirúrgico:

ASA:

OFICINA DE SISTEMAS E INFORMATICA

ANEXO N° 2

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36
VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999)

INSTRUCCIONES:

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

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

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

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

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

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

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

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

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

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

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

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

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

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

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

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

1 Sí

2 No

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

1 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 (por ejemplo, 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 algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

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

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

34. Estoy tan sano como cualquiera.

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

5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

OFICINA DE SISTEMAS E INFORMATICA

ANEXO N° 3

CUESTIONARIO GIQLI

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido dolor de estómago o de tripa?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

2. Durante las 2 últimas semanas ¿Ha sentido sensación de plenitud abdominal (o de tripa llena)?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

3. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido “hinchazón” (sensación de tener muchos gases en el estómago) ?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

4. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido escape de ventosidades?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente

5 nunca

5. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido fuertes eructos?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

6. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido ruidos llamativos en el estómago o las tripas?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

7. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido la necesidad de hacer de vientre con mucha frecuencia?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

8. Durante las 2 últimas semanas ¿ha gozado o ha sentido placer comiendo?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

9. Durante las 2 últimas semanas ¿con qué frecuencia ha renunciado usted a comidas que le gustan, como consecuencia de su enfermedad?

- 1 Muchísimo
- 2 mucho
- 3 algo
- 4 un poco
- 5 nada

10. Durante las 2 últimas semanas ¿cómo ha sobrellevado las tensiones diarias?

- 1 Muy mal
- 2 mal
- 3 regular
- 4 bien
- 5 muy bien

11. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido triste o deprimido/a?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

12. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido nervioso/a o con miedo?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

13. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido satisfecho/a con su vida en general?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente

5 nunca

14. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido frustrado/a?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

15. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido cansado/a o fatigado/a?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

16. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido indispuesto/a?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

17. Durante la última semana ¿se ha despertado por la noche?

- 1 Cada noche
- 2 5 ó 6 noches
- 3 3 ó 4 noches
- 4 1 ó 2 noches
- 5 nunca

18. ¿En qué medida le ha provocado su enfermedad cambios molestos en su apariencia o aspecto físico?

- 1 Mucho

- 2 bastante
- 3 algo
- 4 un poco
- 5 nada

19. Como consecuencia de su enfermedad, ¿en qué medida ha empeorado su vitalidad?

- 1 Mucho
- 2 bastante
- 3 algo
- 4 un poco
- 5 nada

20. Como consecuencia de su enfermedad, ¿en qué medida ha perdido su aguante o resistencia física?

- 1 Mucho
- 2 bastante
- 3 algo
- 4 un poco
- 5 nada

21. Como consecuencia de su enfermedad, ¿en qué medida ha sentido disminuida su forma física?

- 1 Mucho
- 2 bastante
- 3 algo
- 4 un poco
- 5 nada

22. Durante las 2 últimas semanas, ¿se ha sentido contrariado/a o molesto /a por el tratamiento médico de su enfermedad?

- 1 Muchísimo
- 2 mucho
- 3 algo
- 4 un poco
- 5 nada

23. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha podido llevar a cabo sus actividades cotidianas (por ejemplo, estudios, trabajo, labores domésticas)?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

24. Durante las 2 últimas semanas, ¿se ha sentido capaz de participar en actividades de recreo y tiempo libre?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

25. ¿En qué medida se han alterado las relaciones con sus personas cercanas (familia o amigos) como consecuencia de su enfermedad?

- 1 Muchísimo
- 2 mucho
- 3 algo
- 4 un poco
- 5 nada

26. ¿En qué medida ha resultado perjudicada su vida sexual como consecuencia de su enfermedad?

- 1 Muchísimo
- 2 mucho
- 3 algo
- 4 un poco
- 5 nada

27. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha sentido que la comida o los líquidos le subían a la boca (Regurgitación) ?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo

- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

28. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido incomodidad por comer lento o despacio?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

29. Durante las 2 últimas semanas ¿ha tenido problemas para tragar la comida?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

30. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha sentido la necesidad de tener que hacer de vientre con urgencia, de repente?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

31. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido diarrea?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

32. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido estreñimiento?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

33. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido náuseas?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

34. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido sangre en las heces?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

35. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido acidez de estómago?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

36. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido problemas para contener las heces?

- 1 Todo el tiempo
- 2 casi todo el tiempo
- 3 algunas veces
- 4 raramente
- 5 nunca

EVALUACION DE LA TESIS

El Jurado deberá:

- a. *Consignar las observaciones y objeciones pertinentes relacionados a los siguientes items*
- b. *Anotar el calificativo final*
- c. *Firmar los tres miembros del jurado*

TESIS:.....
.....
.....

1. DE LAS GENERALIDADES :

El Título:.....
.....

Tipo de Investigación:.....
.....

2. DEL PLAN DE INVESTIGACIÓN :

Antecedentes:.....

Justificación:.....

Problema:.....
.....

Objetivos:.....

Hipótesis:.....

Diseño de Contrastación:.....

Tamaño Muestral:.....

Análisis Estadístico:.....

3. RESULTADOS:.....

4. DISCUSIÓN:
.....

5. CONCLUSIONES:

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:.....
.....

7. RESUMEN:.....
.....

8. RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN:
.....

9. ORIGINALIDAD:

10. SUSTENTACION

10.1 Formalidad :

10.2 Exposición :

10.3 Conocimiento del Tema :

CALIFICACIÓN:
(Promedio de las 03 notas del Jurado)

JURADO:	Nombre	Código Docente	Firma
Presidente:	Dr.
Grado Académico:			
Secretario:	Dr.
Grado Académico:			
Miembro:	Dr.
Grado Académico:			

RESPUESTAS DE TESIS A OBSERVACIONES DEL JURADO

El Tesista deberá responder en forma concreta a las observaciones del jurado a manuscrito en el espacio correspondiente:

- a. *Fundamentando su discrepancia*
- b. *Si está de acuerdo con la observación también registrarla.*
- c. *Firmar*

TESIS:.....
.....
.....

1. DE LAS GENERALIDADES :

El Título:.....
.....

Tipo de Investigación:.....
.....

2. DEL PLAN DE INVESTIGACIÓN :

Antecedentes:.....

Justificación:.....

Problema:.....
.....

Objetivos:.....

Hipótesis:.....

Diseño de Contrastación :.....

Tamaño Muestral :.....

Análisis Estadístico:.....

3. RESULTADOS :.....

4. DISCUSIÓN:

.....

5. CONCLUSIONES :

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS :.....

.....

7. RESUMEN :.....

.....

8. RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN :

.....

9. ORIGINALIDAD:

10. SUSTENTACION

10.4 Formalidad :

10.5 Exposición :

10.6 Conocimiento del Tema :

.....

Nombre

Firma

OFICINA DE SISTEMAS E INFORMATICA

CONSTANCIA DE ASESORÍA DE TESIS

El Médico que suscribe **Dr. Edison Escobedo Palza**, Profesor Asociado a Tiempo Parcial del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo, con N° de Código Docente-UNT: 4120, deja constancia de asesoramiento al Alumno del Séptimo año de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo: **Morales Alvarado Víctor Jair**, con N° de Matrícula: 0518037-02, en la Tesis titulada: *“Calidad de vida después de una Colectomía Laparoscópica vs Colectomía Abierta”*, la misma que ha revisado y que reúne las condiciones exigidas para la obtención del grado respectivo.

Trujillo, 12 de Diciembre del 2007

Dr. Edison Escobedo Palza.

Código Docente-UNT: 4120.