

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

**COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR COLECISTITIS
AGUDA COMO FACTOR PRONÓSTICO DE BUENA CALIDAD DE
VIDA GASTROINTESTINAL**

AUTOR: CAROLINA STEFANI VERGARA ARMAS

ASESOR: DRA. MARIA DEL CARMEN LUJAN CALVO

TRUJILLO - PERÚ

2019

DEDICATORIA

A DIOS por el inmenso amor que siempre me demuestra en cada paso que doy, por permitirme sentir la alegría de alcanzar mis metas, pero sobre todo por ponerme en el camino personas maravillosas con quien pueda compartirlas.

A mis padres, por ser mi motivo e impulso a salir adelante día a día; por su confianza, esfuerzo y apoyo en el logro de alcanzar mis sueños de servir a nuestra población en el campo de la salud.

A mis dos abuelitas, María y Alejandrina, por llenarme de amor, cariño y protección, y sentirse orgullosas de cada pequeña meta que he ido logrando.

A mi hermano por su compañía, por darme momentos felices y transmitirme su alegría a lo largo de mi vida, por ser un motivo para esforzarme día a día.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora de tesis, la Dra. María del Carmen Lujan Calvo, quien aceptó guiarme en el inicio, desarrollo y culminación de este trabajo, brindándome su apoyo incondicional, tiempo y consejos para mejorar día a día.

Al Dr. Antonio Caballero Alvarado, por su paciencia, orientación en el tema de investigación y su incondicional apoyo y buenos consejos en todo tiempo.

A mis maestros, de la Universidad Privada Antenor Orrego, por su enseñanza, dedicación, e inculcarme el cariño y respeto por los pacientes.

A mis queridos amigos y futuros colegas; Katherine, Claudia e Yvon con quienes compartí todos estos años de estudio en esta nueva etapa, manteniendo la amistad y apoyo constante por sobre todo.

A mis mejores amigos del colegio Alejandra, Cesar, Juan Carlos y Alfredo por su sincera amistad, dándome ánimos en todo momento y robándome muchas sonrisas a lo largo de mi carrera.

INDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN.....	7
ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	12
OBJETIVOS	12
MATERIAL Y METODOS.....	13
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN	22
CONCLUSIONES	25
LIMITACIONES.....	26
RECOMENDACIONES	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
ANEXOS.....	32

RESUMEN

Objetivo: Demostrar que la colecistectomía laparoscópica (CL) por colecistitis aguda es un factor pronóstico de buena calidad de vida gastrointestinal.

Material y Método: Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, de cohortes prospectivas durante Julio-Noviembre 2018, tomando como muestra a 60 pacientes; el grupo 1 de 30 pacientes postoperados por colecistectomía laparoscópica, y el grupo 2 de 30 pacientes operados de la forma convencional, a los cuales se les aplicó la encuesta GIQLI de calidad de vida gastrointestinal, y en donde un puntaje mayor a 96 correspondía a buena calidad de vida.

Resultados: los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica obtuvieron un mejor puntaje en todas las dimensiones de la calidad de vida y todos ellos presentaron buena calidad de vida gastrointestinal, además la forma convencional presentó un riesgo relativo de 4.75 para mala calidad de vida gastrointestinal ($p < 0,001$).

Conclusión: la colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda es un factor pronóstico de buena calidad de vida gastrointestinal

Palabras Clave: Colecistectomía laparoscópica, colecistitis aguda, calidad de vida gastrointestinal.

ABSTRACT

Objective: To demonstrate that laparoscopic cholecystectomy (CL) due to acute cholecystitis is a prognostic factor of good gastrointestinal life quality.

Material and Method: An observational, analytical, prospective cohort study was conducted during July-November 2018, taking 60 patients as a sample; group 1 of 30 patients postoperated by laparoscopic cholecystectomy, and group 2 of 30 patients operated on in the conventional manner, to which the GIQLI gastrointestinal quality of life survey was applied, and where a score greater than 96 corresponded to good quality of life.

Results: the patients submitted to laparoscopic cholecystectomy obtained a better score in all the dimensions of the quality of life and all of them presented good quality of gastrointestinal life, in addition the conventional form presented a relative risk of 4.75 for poor gastrointestinal quality of life ($p < 0.001$).

Conclusion: laparoscopic cholecystectomy due to acute cholecystitis is a prognostic factor of good gastrointestinal life quality

Palabras Clave: Laparoscopic cholecystectomy, acute cholecystitis, gastrointestinal quality of life.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Marco teórico:

La colecistitis aguda (CA) de acuerdo con la Sociedad Mundial de Cirugía de Emergencia complicada es la segunda fuente de infección intraabdominal (1). Los cálculos biliares son la etiología principal y están presentes en el 6.5% de los hombres y el 10.5% de las mujeres (2). Además, es la complicación más común de la litiasis vesicular que representa el 14% al 30% de las colecistectomías alrededor del mundo (3) y se puede diagnosticar en cualquier grado de gravedad, la cual aumenta con la edad, presentándose con mayor gravedad entre los 70 y 75 años (4).

La CA es el resultado de un proceso inflamatorio/infeccioso que involucra la pared de la vesícula biliar, en muchos casos debido a un cálculo biliar impactado en el infundíbulo o conducto cístico (2), que por la producción continua de mucina a partir del epitelio y la distensión de la vesícula biliar produce hipoperfusión causando edema seroso, congestión venosa y linfática, isquemia y necrosis con peritonitis regional o difusa. La cual puede complicarse por una infección bacteriana secundaria, desde el conducto biliar, a través del sistema linfático o vascular portal siendo los microorganismos del tracto gastrointestinal los patógenos más comunes (5).

Actualmente el diagnóstico es la combinación de varios marcadores, tanto exámenes clínicos, de laboratorio e imagenológico, siendo clave para el diagnóstico el dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen en su pared anterior y el signo positivo de Murphy (6). Actualmente los criterios diagnósticos de la edición Tokyo 2013 para la colecistitis aguda tienen alta sensibilidad y especificidad y buen rendimiento diagnóstico; por lo que están recomendados por la TG18 (tokyo guidelines 2018) para la colecistitis aguda, los cuales son signos de inflamación (Murphy positivo, masa, dolor o sensibilidad en cuadrante superior derecho), signos sistémicos de inflamación (fiebre, aumento de proteína C reactiva, leucocitosis) e imagen patológica para colecistitis, que cuando se combinan los tres parámetros definen el diagnóstico(7).

Así mismo existen criterios de gravedad de la enfermedad, como por ejemplo la Asociación Estadounidense de Cirugía de Trauma quien la divide en cinco grados según gravedad de la inflamación anatómica progresiva(8), sin embargo la clasificación más utilizada es la de la guía tokyo 2018 quienes clasifican la colecistitis aguda en tres grados, siendo el grado I (leve) con solo inflamación de la pared, grado II con signos locales de complicaciones, y el grado III que se asocia con disfunción orgánica(6, 7).

Debido a las complicaciones agudas y crónicas que conlleva este cuadro de urgencia, y teniendo una tasa de recurrencia de por vida de los síntomas o complicaciones en tales pacientes de alrededor del 35%(8), se han desarrollado técnicas quirúrgicas las cuales se encarguen de la extracción total o parcial de la vesícula biliar inflamada, de esta manera se puede realizar su extirpación de forma abierta o bajo laparoscopia (9). La colecistectomía laparoscópica, realizada por primera vez por Mühe (bajo visión directa) en 1985, posteriormente realizada por Mouret (1987) mediante un video-laparoscopia, el que se utiliza hoy en día, y difundida a nivel mundial desde Europa y Estados Unidos(10).

Desde ese momento la colecistectomía laparoscópica ha sido realizada de preferencia para la corrección de la litiasis vesicular y colecistitis crónica, sin embargo los estudios posteriores han demostrado que la colecistitis aguda también se puede resolver mediante laparoscopía, debido a sus principales ventajas que incluyen menos dolor postoperatorio, menos tiempo requerido para la hospitalización y la recuperación, y mejores resultados cosméticos(11), y aunque aún en debate por diversos autores, la experiencia laparoscópica recientemente creciente y los resultados favorables de los metanálisis publicados sobre esto inducen a los cirujanos a realizar una intervención de la colecistitis aguda mediante laparoscopía(12, 13).

Otras las ventajas de la colecistectomía laparoscópicas son en función del costo-utilidad, en donde Wilson E, et al mostró que el método laparoscópico para la corrección de la colecistitis aguda no solo es menos costosa sino que también da como resultado una mejor calidad de vida en comparación con la misma técnica pero

realizada de manera diferida(14), por lo tanto nos hace pensar que dicha intervención no solo interviene y soluciona el problema agudo sino que también tiene influencia sobre desenlaces posteriores.

La calidad de vida, es interpretada de distintas maneras y aunque no es fácil su medición, se ha demostrado que está influenciada directamente por la atención médica y las intervenciones realizadas sobre el paciente por parte del personal médico (15); de esta manera el dolor, tanto agudo como crónico, y una de los principales motivos de urgencias y emergencias representa uno de los factores principales que afecta negativamente a la calidad de vida (16).

Para evaluar la calidad de vida, las dimensiones psicosociales, funcionales y emocionales son igualmente importantes, pero han sido poco estudiadas e informadas en la colecistectomía y ha sido objeto de extensas discusiones, pese a la gran realización de colecistectomías laparoscópicas (17). Clásicamente, las evaluaciones de los resultados del procedimiento quirúrgico se han centrado en las complicaciones perioperatorias, la morbilidad, la tasa de recurrencia y la supervivencia a largo plazo (18). Sin embargo, gran parte de la literatura actual carece de datos sistemáticos sobre los resultados centrados en el paciente, y se han realizado pocas investigaciones sobre los resultados de la calidad de vida después de la colecistectomía. Además, la cirugía laparoscópica generalmente es percibida por los pacientes como un procedimiento de rutina, por lo que su impacto no está bien determinado en estos pacientes.

Diversos autores han intentado explicar la mejoría de la calidad de vida con cuestionarios inmediatos post intervención quirúrgica (19, 20), sin embargo, no se puede asumir que el efecto de la cirugía en la Calidad de vida general sea influenciado positivamente por la cirugía o el tiempo de calidad de vida que este genera. Por lo tanto, es importante estudiar prospectivamente los efectos del tratamiento quirúrgico urgente sobre los resultados de la calidad de vida.

El índice de calidad de vida gastrointestinal (GIQLI, por sus siglas en inglés) es uno de los cuestionarios más utilizados para la medición objetiva de la calidad de vida en

la cirugía gastrointestinal, existiendo desde 1993, y validada en diferentes países alrededor del mundo(21), siendo utilizada para evaluación de colelitiasis sintomática y no sintomática(22), colecistitis acalculosa crónica(23), abordaje laparoscópico versus colecistectomía abierta(24, 25), debido a su aplicabilidad tiempo después de sucedida.

El GIQLI explora la autoevaluación del paciente a partir del período de 2 semanas post cirugía. Incluye 36 artículos que cubren cuatro dominios. Tres dominios pertenecen a la calidad de vida general: función física (7 preguntas), función emocional (5 preguntas) y función social (5 preguntas) y un dominio es específico para síntomas gastrointestinales (19 preguntas) y cada pregunta se puntúa de cero a cuatro (cero es el peor y cuatro es el mejor) siendo el puntaje máximo es 144(26).

1.2. Antecedentes

Quintana J, et al, con el objetivo de evaluar la mejoría en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica versus abierta. Realizaron un estudio observacional prospectivo en 80 pacientes sometidos a dichos procedimientos, los cuales contestaron el SF-36 y el GIQLI antes y después de 3 meses de la intervención. No encontrando diferencias significativas entre ambas técnicas quirúrgicas tanto como el SF-36 y el GIQLI, concluyendo que la percepción de la mejoría en la calidad gastrointestinal es similar luego de la intervención de ambos procedimientos (25).

Shi H, et al (2011), para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud posoperatoria, realizaron un estudio retrospectivo analítico en donde compararon respuestas y efectos del tratamiento mediante el cuestionario GLIQLI, encontrando que de los 353 pacientes encuestados hubo una variación favorable en cuanto a la mejoría del dolor físico cuando eran sometidos a colecistectomía laparoscópica frente a la abierta ($p < 0.05$), concluyendo que la colecistectomía laparoscópica influye positivamente en el dolor a largo plazo en comparación con la colecistectomía abierta, además de recomendar la encuesta GIQLI para el uso y evaluación de la calidad de vida en pacientes con problemas gastrointestinales(24)

Osmonbekova N, et al (Rusia 2013), luego de realizar un estudio prospectivo en donde compararon resultados luego de 6 semanas luego de diversos procedimientos gastrointestinales versus colecistectomía laparoscópica, utilizaron el cuestionario estandarizado SF-36 de calidad de vida, en total lograron aplicar dicha encuesta en 100 pacientes, los cuales mejoraron en el perfil biofísico y vitalidad frente a los pacientes sometidos a colecistectomía abierta, y aunque no fue significativo, los pacientes sometidos a laparoscopia presentaron mejores resultados en cuanto al dolor preoperatorio, por lo que los autores concluyeron que la cirugía laparoscópica tiene resultados de calidad de vida mejores que la cirugía abierta para colecistectomía, esplenectomía y cirugía esofágica(27).

1.3. Justificación

Por lo antes expuesto y tomando en cuenta que la colecistitis aguda es una enfermedad frecuente y que requiere de una intervención rápida la cual actualmente es la colecistectomía laparoscópica, se plantea en base a la revisión de líneas descritas arriba que el método laparoscópico es más eficiente frente al método quirúrgico convencional para la solución del problema agudo, y que además lo es en cuanto a calidad de vida gastrointestinal, por lo q se realizó la siguiente pregunta ¿ Es la colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda un factor pronóstico de buena calidad de vida gastrointestinal?, cuyos resultados serán los primeros presentados en nuestra localidad y que no solo servirán para incrementar los estudios al respecto, sino que también puede ser utilizado para cambiar el enfoque de quienes aún no tomen en cuenta el uso de la laparoscopía en el manejo de la colecistitis aguda, de manera que se obtenga un impacto favorable en la población.

1.4. Enunciado del problema:

¿Es la colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda un factor pronóstico de buena calidad de vida gastrointestinal?

1.5. Objetivos

Objetivo general

- Demostrar que la colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda es un factor pronóstico de buena calidad de vida gastrointestinal en pacientes postoperados en HVLE en el año 2018.

Objetivos específicos

- Calcular la incidencia de pacientes con buena calidad de vida gastrointestinal sometidos a colecistectomía laparoscópica.
- Calcular la incidencia de pacientes con buena calidad de vida gastrointestinal sometidos a colecistectomía abierta.
- Analizar la incidencia de pacientes con mala calidad de vida gastrointestinal sometidos a colecistectomía abierta

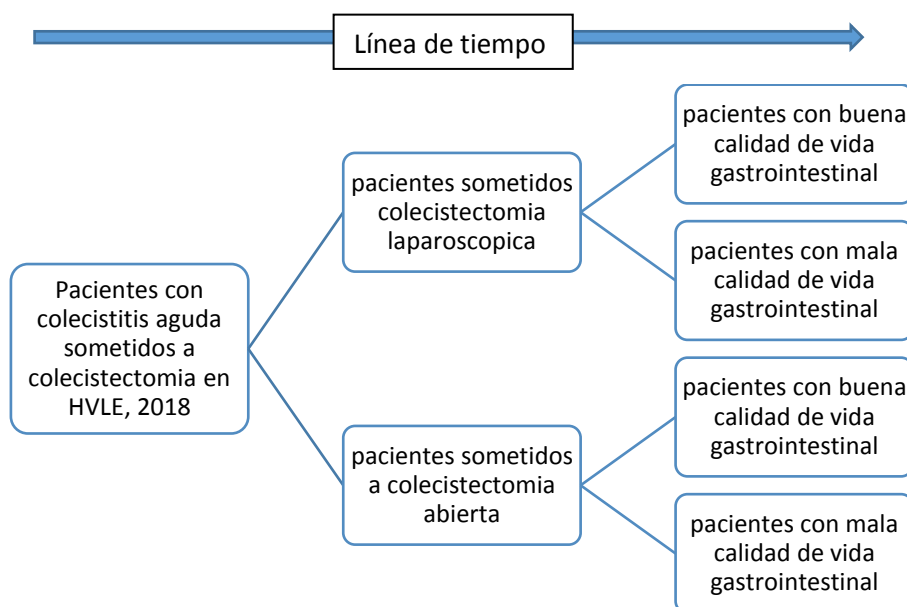
1.6. Hipótesis

La colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda es un factor pronóstico de buena calidad de vida gastrointestinal.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Diseño del estudio:

Observacional, analítico, de cohortes prospectivas.



HVLE: Hospital Víctor Lazarte Echegaray.

2.2 Población, muestra y muestreo.

2.2.1. Población Diana o Universo:

Pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda sometidos a colecistectomía.

2.2.2. Población de Estudio:

Pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda sometidos a colecistectomía, atendidos en el servicio de cirugía general del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, 2018.

2.2.3. Criterios de Selección:

Criterios de Inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años de edad
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes postoperados por colecistitis aguda.

Criterios de exclusión:

- Pacientes en quienes fue necesario cambiar la cirugía de laparoscopia a colecistectomía abierta, pacientes que necesitaron ingreso a unidad de cuidados intensivos, no litiasicos, pacientes imposibilitados de responder la encuesta.

2.2.4. Muestra

2.2.4.1. Unidad de Análisis:

Hoja de recolección de datos (ANEXO 01).

2.2.4.2. Unidad de muestreo:

Pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda, atendidos en el servicio de cirugía general del Hospital Víctor Lazarte Echegaray en el año 2018.

2.2.4.3. Tipo y técnica de Muestreo

Muestreo no probabilístico: muestreo por conveniencia.

2.2.4.4. Tamaño muestral

El tamaño muestral fue calculado de un estudio previo (24), con proporción de riesgo en expuestos y no expuestos de 71 y 32% respectivamente, aplicando la fórmula para muestreo de estudios tipo cohorte, se obtuvieron 60 pacientes (30 expuestos y 30 no expuestos).

2.3 Definición operacional de variables:

TABLA DE OPERACIONALIZACION

Variable	Definición operacional	Tipo y Escala	Indicador
VARIABLE RESULTADO			
Buena calidad de vida gastrointestinal	Puntaje mayor a 96 obtenido en encuesta GIQLI.	Cualitativa Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
VARIABLE EXPOSICIÓN			
Colecistitis aguda	Diagnóstico de colecistitis aguda en el reporte postoperatorio	Cualitativa Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO

Tipo de colecistectomía	Tipo de procedimiento realizado sobre el paciente de manera urgente.	Cualitativa Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Laparoscópica • Abierta
COVARIABLES			
Presencia de comorbilidad	Diagnóstico de alguna enfermedad crónica que implique el uso de farmacoterapia prolongada.	Cualitativa Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
Diabetes Mellitus tipo 2	Diagnóstico médico de Diabetes Mellitus tipo 2, consignado en la historia clínica.	Cualitativa Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
Hipertensión arterial	Diagnóstico de hipertensión arterial, consignado en la historia clínica	Cualitativa Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
Enfermedad renal crónica	Diagnóstico médico de enfermedad renal crónica, en la historia clínica.	Cualitativa Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la hospitalización y registrada en la historia clínica.	Cualitativa Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • <65 años • ≥65 años
Sexo	Género del paciente, consignado en la historia clínica.	Cualitativa Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer
Ocupación	Labor que realiza actualmente mediante el cual recibe una remuneración que sirve para cubrir sus necesidades.	Cualitativa Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Desempleado • Empleado
Grado de instrucción	Mayor grado de instrucción académica alcanzado, considerando como logrado el haber culminado dicha etapa.	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto • Primaria • Secundaria • Superior

2.4 Procedimientos y Técnicas.

1. Se solicitó la autorización para la ejecución del proyecto a la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego, y se solicitó autorización al Hospital Víctor Lazarte Echegaray para la aplicación de la encuesta.
2. Luego de la aprobación, la recolección de datos se realizó durante los meses de julio, agosto, setiembre, octubre y noviembre, se acudió a consultorio externo de cirugía general en HVLE tres a cuatro veces por semana de 8am a 12 pm, encuestando pacientes postoperados que acuden a su control luego de haber sido sometidos a colecistectomía abierta o laparoscópica con la intención de conocer el factor pronóstico de buena calidad de vida, utilizando una encuesta.
3. Una respuesta mayor a 96 puntos en la encuesta GIQLI (buena calidad de vida), de quienes se recogieron además datos generales y demográficos; la recolección de los datos fue considerada desde las dos semanas post colecistectomía hasta los treinta días de la operación.

ENCUESTA de calidad de vida gastrointestinal: GIQLI es una encuesta de 36 preguntas, con cinco niveles de respuesta para cada pregunta de la encuesta (0-4, un valor más alto representa un mejor resultado). El cuestionario registra el estado de salud de un paciente en las últimas dos semanas y registra la respuesta como "todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, parte del tiempo, un poco del tiempo o nunca". Los datos se subcategorizaron en cuatro subgrupos: síntomas gastrointestinales (19 preguntas, puntaje total 0-76), estado físico (7 preguntas, puntaje total 0-28), estado emocional (5 preguntas, puntaje total 0-20) y función social estado (5 preguntas, puntuación total 0-20). El puntaje obtenido mayor a 96 puntos informará acerca de una buena calidad de vida gastrointestinal.

2.5 Plan de análisis de datos:

La data fue analizada utilizando el programa estadístico SPSS versión 25, la cual permitió obtener la información en una forma resumida y ordenada para realizar el análisis respectivo.

1. Estadística descriptiva

En cuanto a las medidas de tendencia central se calculó la media, y en las medidas de dispersión la desviación estándar. También se obtuvo datos de distribución de frecuencias y porcentajes.

2. Estadística Analítica

En el análisis estadístico, se realizó en primer lugar un análisis bivariado a través de la prueba Chi Cuadrado (X^2), y la prueba t de student para variables cuantitativas; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$). Luego se obtuvo el RR con su respectivo IC al 95%.

2.6 Aspectos éticos:

El presente estudio contó con la autorización de la Escuela de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego, en concordancia con las recomendaciones establecidas en la declaración de Helsinki, adoptada por la 18° Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y modificada por la Asamblea Médica Mundial en Tokio, enero 2004(28). En la realización del encuestado, se tomó en cuenta la confidencialidad de la información, según se menciona en la ley general de salud del Perú (29) y código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú (30).

3. RESULTADOS

Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, de cohortes prospectivas durante el periodo Julio-noviembre 2018, se tomó como muestra a 60 pacientes. El grupo 1(G1) formado por 30 pacientes postoperados por colecistectomía laparoscópica, y el grupo 2(G2) formado por 30 pacientes postoperados por colecistectomía abierta, a los cuales se los encuestó en consultorios externos de cirugía general del Hospital Víctor Lazarte Echegaray y se les aplicó una encuesta GIQLI de buena calidad de vida, ya validada. Esta encuesta cuenta con 36 preguntas, que evalúa 4 subcategorías (síntomas gastrointestinales, estado físico, estado emocional y función social-estado), con un score de 1-144 puntos, en donde un puntaje mayor a 96 en la encuesta evidenciaría una buena calidad de vida gastrointestinal. Además, se tomaron en cuenta la edad, sexo, ocupación, grado de instrucción y comorbilidades (HTA Y DM).

La tabla 1 muestra una distribución de pacientes con colecistitis aguda según sus características clínicas y el tipo de colecistectomía. Se obtuvo que la edad promedio en los pacientes de G1 y G2 fue 49,23 y 51,07 años respectivamente ($p>0,05$); el sexo femenino estuvo presente en el 70 y 46,67% de los pacientes según G1 y G2; los pacientes desempleados estuvieron presentes en el 30 y 20%, en G1 y G2; los pacientes solo con primaria completa estuvieron presentes en el 6,67 y 0% en G1 y G2; en cuanto a las comorbilidades afirmaron tenerlas el 23,33% y 26,67% de G1 y G2. Los pacientes que sí tuvieron DM fueron el 6,67 y 10% de G1 y G2 respectivamente, los que sí tuvieron HTA fueron el 23,33 para ambos grupos. En cuanto a las 4 subcategorías de evaluación de la encuesta, el puntaje promedio de cada subgrupo fueron los siguientes: en los síntomas gastrointestinales el puntaje promedio fue 56,63 y 43,40 ($p<0,005$); en el estado físico el puntaje promedio fue 20,70 y 17,37($p<0,005$); en el estado emocional el puntaje promedio fue 18,16 y 13,66 ($p<0,005$); y en función social-estado el puntaje promedio fue 18,20 y 14,83 ($p<0,005$), entre G1 y G2 respectivamente.

En cuanto al score total de calidad de vida, el puntaje promedio fue 113,66 y 89,26 ($p<0,005$, tabla 1 y gráfico 1) en G1 y G2 respectivamente; y aquellos que si obtuvieron una buena calidad de vida corresponden al 100% de G1 y 26,67 de G2 ($p=0,000$).

Tabla 1

Distribución de pacientes con colecistitis aguda según características clínicas y tipo de colecistectomía

Hospital Víctor Lazarte Echeagaray. Julio – noviembre 2018

Características clínicas	Colecistectomía		*Valor p
	Laparoscópica (30)	Abierta (30)	
Edad	49,23 ± 13,28	51,07 ± 13,87	0,603
Sexo (F/T)	21 (70,00%)	14 (46,67%)	0,067
Ocupación (D/T)	9 (30,00%)	6(20,00%)	0,371
Grado de instrucción(P/T)	2(6,67%)	0(0%)	0,351
Comorbilidades(NO/T)	7(23,33%)	8(26,67%)	0,766
Diabetes mellitus (SI/T)	2(6,67%)	3(10,00%)	0,640
Hipertensión arterial (SI/T)	7(23,33%)	7(23,33%)	1,000
Síntomas gastrointestinales	56,63 ± 6,32	43,40 ± 6,91	0,001
Estado físico	20,70 ± 3.13	17,37 ± 3,10	0,001
Estado emocional	18,16 ± 2,96	13,66 ± 2.31	0,001
Función social-estado	18,20 ± 2,09	14,83 ± 2,74	0,001
Score total	113,66 ± 8,44	89,26 ± 9,60	0,001
Buena calidad de vida (SI/T)	30(100%)	8(26,67%)	0,001

*t student; chi-cuadrado; F= femenino; D= desempleado; P= primaria completa; T=total.

Fuentes: Base de datos de pacientes postcolecistectomía del HVLE.

Tabla 2. Análisis del riesgo de la calidad de vida según el tipo de colecistectomía.

Calidad de vida		Colecistectomía		Total
		Abierta	Laparoscópica	
Buena calidad de vida	NO	22	0	22
	SI	8	30	38
	Total	30	30	60

RR: 4,75; **IC95%:** 2,56-8,79.

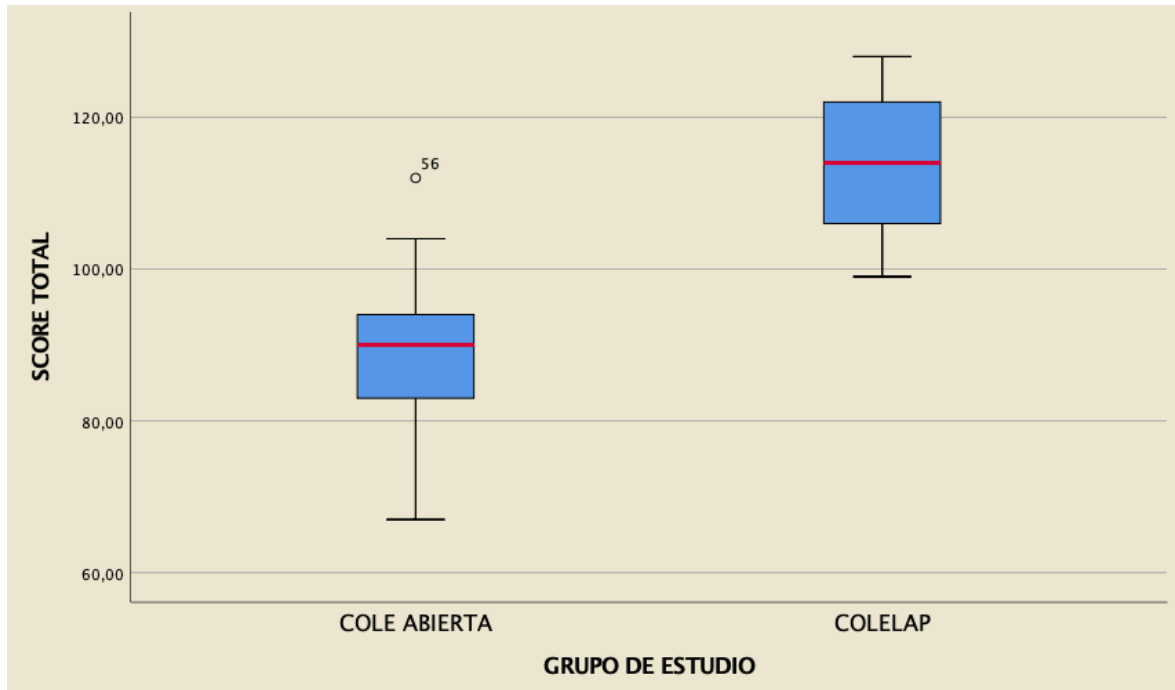
X²: 34,737

p=0,001

Gráfico 1

Distribución de pacientes con colecistitis aguda según scores totales de calidad de vida y tipo de colecistectomía

Hospital Víctor Lazarte Echeagaray. Julio – noviembre 2018



4. DISCUSIÓN

La colecistectomía es un procedimiento quirúrgico común y es el tratamiento de oro, si en cuanto a resolver la enfermedad de cálculos biliares se refiere, así mismo es aplicada tanto en los casos complicados y no complicados(2, 3). Actualmente se prefiere el abordaje laparoscópico debido a su menor invasión y daño; así mismo existen estudios que reportan otros beneficios, uno de ellos es la calidad de vida, mejorando la percepción del dolor abdominal episódico en comparación a cuando se realiza la extirpación de la vesícula de manera abierta(10). En vista de ello, se hizo uso del cuestionario del Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal (GIQLI, por sus siglas en inglés), usado para mostrar la calidad de vida después de la cirugía de enfermedad de cálculos biliares sintomáticos(21, 24), por lo que se realizó la siguiente investigación con el fin de demostrar que la colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda es un factor pronóstico de buena calidad de vida gastrointestinal.

La prevalencia de cálculos biliares es mayor en las mujeres(31), estudios muestran que los factores de riesgo metabólicos para el desarrollo de cálculos biliares son diferentes entre mujeres y hombres(32). Así mismo, algunos autores afirman que los síntomas de colelitiasis, y por ende el resultado después postoperatorio, pueden diferir entre los sexos(33, 34). En la tabla 1 se muestra similar distribución del sexo entre los pacientes operados por colecistectomía laparoscópica y de forma abierta, aunque hubo más mujeres que hombres (35 mujeres y 25 hombres) y que en su mayoría fueron tratadas mediante laparoscopia, este resultado no fue significativo, por lo que el sexo femenino no significó un riesgo para la colecistectomía abierta ($p=0.067$). Este hecho es importante, pues como se ha comentado, existen reportes en donde el ser mujer podría suponer un mayor grado de disfuncionalidad gastrointestinal y por lo tanto influir sobre el puntaje de calidad de vida gastrointestinal. Al respecto, Wanjura V, et al (2014), encontró que el sexo femenino se correlaciona con un mayor riesgo de dolor en el cuadrante superior derecho abdominal luego de la colecistectomía y con un peor resultado en la encuesta GIQLI(35). Como en lo presentado, no hubo diferencia significativa, se puede afirmar que los resultados aquí discutidos no están influenciados por el sexo del paciente.

Estudios previos han implementado la puntuación GIQLI en la evaluación de la calidad de vida luego de la colecistectomía laparoscópica electiva en pacientes sintomáticos(36, 37) y no sintomáticos (36, 38), aunque poco se ha utilizado cuando se trata de compararlo

con la técnica abierta. Se encontró una diferencia significativa en todas las dimensiones de la puntuación GIQLI (estado físico, emocional, síntomas gastrointestinales y función social), a favor de los pacientes que fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica ($p < 0.001$), así como en el puntaje total (113 versus 89 puntos, ver tabla 1 y gráfico 1). Este resultado es concordante con otros autores, como Lamberts M, et al (2015, Países bajos), quienes luego de realizar un estudio prospectivo sobre 342 pacientes que fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda, informaron de una mejoría en la sintomatología del dolor, y en la puntuación GIQLI, la cual fue significativamente mayor a como se sentían antes de la cirugía, obteniendo 103 puntos promedio(37), algo menor a lo encontrado en esta investigación; así mismo aunque solo es mencionado, estos autores muestran una mejora significativa en cada aspecto de la escala GIQLI luego de la cirugía laparoscópica y el 97% de sus pacientes la califican como positiva.

Yu H, et al(39) (2018, China), si analizaron cada aspecto de la puntuación GIQLI, ellos incluyeron a 52 pacientes (26 hombres y 25 mujeres), quienes presentaban síntomas de colecistitis aguda y posteriormente entraron a cirugía laparoscópica para la resolución de su cuadro doloroso, en sus resultados muestran básicamente el beneficio que se obtiene cuando se elige la vía laparoscópica y no de forma abierta. De forma global y posterior a la intervención, obtuvieron 120 puntos, cercano a los 113 presentados aquí; de forma similar el estado físico (21.8 versus 20.7 puntos), estado emocional (16.1 versus 18.1 puntos), síntomas gastrointestinales (65.3 versus 56.6 puntos) y función social (17.1 versus 18.2 puntos), objetivando que los pacientes no solo mejoran en relación al dolor, sino que lo hacen de forma multifactorial.

Aunque existen pocos estudios que comparan los resultados con ambos tipos de abordaje, la mayoría apunta que los mejores resultados se obtienen de la forma menos invasiva, sin embargo, Quintana J, et al (25), siguió a 688 pacientes con colecistitis aguda que fueron intervenidos quirúrgicamente (113 de forma abierta y 575 por laparoscopia), y comparó la calidad de vida de ambos métodos de abordaje luego de 3 meses de la intervención, ellos muestran que no existió una mejora significativa en el puntaje total postquirúrgico de ambas técnicas quirúrgicas ($p=0.07$), al respecto cabe mencionar que es un estudio de más de 15 años de antigüedad, por lo que las mejoras de las técnicas laparoscópicas, así como en los equipos, pueden haber influenciado de forma significativa en los resultados

que se obtienen actualmente, por lo tanto es justificable que anteriormente los beneficios no hayan sido los mismos que con la tecnología y experiencia actual.

Anteriormente no se había relacionado el efecto de la colecistectomía laparoscópica como predictor de buena calidad de vida gastrointestinal, tan solo muestran comparación de puntajes pre y postquirúrgicos; en este estudio la cirugía abierta aumenta el riesgo de mala calidad de vida gastrointestinal en 4.75 veces ($p=0.000$). La calidad de vida es una herramienta multidimensional y no debe ser restringida a la presencia o ausencia de los síntomas dolorosos. Por lo tanto, la elección del instrumento o cuestionario debe ser bien elegido y ser válido en diferentes realidades, los estudios que muestran una pobre mejoría del dolor en cuanto a la cirugía laparoscópica frente a la abierta(40), dejan un gran vacío, pues, aunque en los pacientes con colelitiasis sintomática, el alivio inmediato del dolor se logra con la cirugía, vemos que se obtiene una mejora incluso del estado emocional, función social y física mostraron mejoras. Además, el cuestionario GIQLI tiene solo un ítem sobre el dolor abdominal y, lo que respalda la elección de este cuestionario como el mejor para la evaluación de la calidad de vida de los pacientes colecistectomizados.

5. CONCLUSIONES

- La colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda es un factor pronóstico de buena calidad de vida gastrointestinal.
- El 100% de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica presentaron buena calidad de vida.
- El 26,67% de pacientes sometidos a colecistectomía abierta presentaron buena calidad de vida.
- La colecistectomía abierta tiene un RR de 4.75 para mala calidad de vida gastrointestinal ($p < 0,001$).

6. LIMITACIONES

- La poca cantidad de cirugías abiertas, lo que incrementó el tiempo estimado en la realización de la investigación.
- Solo se trabajó con un hospital.
- La forma de recolección de datos, la cual fue mediante una encuesta, lo que fuerza a confiar en la opinión subjetiva de los pacientes.

7. RECOMENDACIONES

- Se recomienda la ampliación del estudio mediante la inclusión de pacientes de otras instituciones.
- Se recomienda complementar los datos de calidad de vida gastrointestinal en la encuesta.
- Se recomienda hacer una comparación pre y post cirugía usando una encuesta mas compleja.
- Se recomienda aplicar la encuesta GIQLI en otras patologías gastrointestinales frecuentes.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sartelli M, Abu FM, Catena F, Griffiths EA, Di Saverio S, Coimbra R, et al. Global validation of the WSES Sepsis Severity Score for patients with complicated intra-abdominal infections: a prospective multicentre study (WISS Study). *World J Emerg Surg.* 2015;10:61.
2. Shaffer EA. Gallstone disease: Epidemiology of gallbladder stone disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2006;20:981–996
3. Lopez J, Iribarren O, Hermosilla R, Fuentes t, Astudillo E. Resolución quirúrgica de la colecistitis aguda. ¿Influye el tiempo de evolución? *Rev Chil Cir.* 2016; 69(2): 129-34.
4. Riall TS, Zhang D, Townsend CM, Kuo YF, Goodwin JS. Failure to perform cholecystectomy for acute cholecystitis in elderly patients is associated with increased morbidity, mortality, and cost. *J Am Coll Surg.* 2010;210:668–677, 677-679.
5. Kelly K, Marie S. Cholecystitis. En: Jamagin R.editor. *Blumgart's Surgery of the Liver, Biliary Tract and Pancreas.* 6th edition. New York. Elsevier; 2017. pp: 556-63.
6. Yokoe M, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Mayumi T, et al. TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos) *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20:35–46.
7. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg S, Asbun H, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018; 25(1): 41-54.
8. Turan A, Erdinç K, Nihan A, Kemal A, Halis B, Mehmet H, et al. Laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis: comparison of results between early and late cholecystectomy. *Pan Afr Med J.* 2017; 26: 49.
9. Endo I, Takada T, Hwang TL, Akazawa K, Mori R, Miura F, et al. Optimal treatment strategy for acute cholecystitis based on predictive factors: Japan-taiwan multicenter cohort study. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2017; 24: 346-361.
10. Miyasaka Y, Nakamura M, Wakabayashi G, Pioneers in laparoscopic hepato-biliary-pancreatic surgery. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018; 25(1): 109-11.
11. Song G, Ban W, Zeng X, Luo Y, Tian x. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: early or delayed? Evidence from a systematic review of discordant meta-analyses. *Medicine (Baltimore).* 2016; 95(23): e3835.

12. Cao AM, Eslick GD, Cox MR. Early cholecystectomy is superior to delayed cholecystectomy for acute cholecystitis: A meta-analysis. *J Gastrointest Surg* 2015; 19: 848–857.
13. Wu XD, Tian X, Liu M. Meta-analysis comparing early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg* 2015; 102: 1302–1313.
14. E. Wilson, K. Gurusamy, C. Gluud. Cost-utility and value-of-information analysis of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg.* 2010; 97(1): 210-9.
15. Ahmed S, de Souza NN, Qiao W, Kasai M, Keem LJ, Shelat VG. Quality of life in hepatocellular carcinoma patients treated with transarterial chemoembolization. *HPB Surg* 2016; 2016: 6120143.
16. Shelat VG, Eileen S, John L, Teo LT, Vijayan A, Chiu MT. Chronic pain and its impact on quality of life following a traumatic rib fracture. *Eur J Trauma Emerg Surg* 2012; 38 :451-455.
17. Talseth A, Edna T, Hveem K, Lydersen S, Ness E. Quality of life and psychological and gastrointestinal symptoms after cholecystectomy: a population-based cohort study. *BMJ Open Gastroenterol.* 2017; 4(1): e000128.
18. Sedlak B, Loren Z, Zaniewski M, Krawczyk W, Majewski E, Kowalska M, et al. Quality of Life and Level of Anxiety in Patients after Gallbladder Surgery. *J surgery.* 2016; 12(4): 13-18.
19. Chen L, Tao SF, Xu Y, Fang F, Peng SY. Patients' quality of life after laparoscopic or open cholecystectomy. *J Zhejiang Univ Sci B.* 2005; 6(7): 678-81.
20. Zapf M1, Denham W, Barrera E, Butt Z, Carbray J, Wang C. Patient-centered outcomes after laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc.* 2013 Dec;27(12):4491-8.}
21. Eypasch E, Wood S, Williams JI, Ure B, Neugebauer E, Troidl H. The Gastrointestinal Quality of Life Index. A clinical index for measuring patient status in gastroenterologic surgery. *Chirurg* 1993; 64: 264-274.
22. Sandblom G, Videhult P, Karlson BM, Wollert S, Ljungdahl M, Darkahi B, et al. Validation of Gastrointestinal Quality of Life Index in Swedish for assessing the impact of gallstones on health-related quality of life. *Value Health* 2009; 12: 181-4.
23. Lamberts MP, Den Oudsten BL, Keus F, De Vries J, van Laarhoven CJ, Westert GP, et al. Patient-reported outcomes of symptomatic cholelithiasis patients following cholecystectomy after at least 5 years of follow-up: a long-term prospective cohort study. *Surg Endosc* 2014;28:3443-3450.

24. Shi HY, Lee KT, Lee HH, Uen YH, Chiu CC. Response shift effect on gastrointestinal quality of life index after laparoscopic cholecystectomy. *Qual Life Res* 2011; 20: 335-341.
25. Quintana JM, Cabriada J, Aróstegui I, López de Tejada I, Bilbao A. Quality-of-life outcomes with laparoscopic vs open cholecystectomy. *Surg Endosc* 2003; 17: 1129-1134.
26. Eypasch E, Williams JI, Wood-Dauphinee S, Ure BM, Schmülling C, Neugebauer E, Troidl H. Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument. *Br J Surg*. 1995;82:216–222.
27. Osmonbekova NS, Popovich VK, Chinikov MA, Aliev IuG, Dobrovol'skiĭ SR. The quality of life after cholecystectomy. *Khirurgiia (Mosk)*. 2013; (9):24-8.
28. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ginebra, 2008.
29. Código de Ética y Deontología. Colegio Médico del Perú 2007.
30. Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de la salud Ley N° 29414. Perú 2009.
31. Saha M, Nahar K, Hosen M, Khan M, Kumar Saha S, Shil B, Rahman M. Prevalence and Risk Factors of Asymptomatic Gallstone Disease in North-East Part of Bangladesh. *Euroasian J Hepatogastroenterol*. 2015; 5(1): 1-3.
32. Zhu Q, Sun X, Ji X, Zhu L, Xu J, Wang C, et al. The association between gallstones and metabolic syndrome in urban Han Chinese: a longitudinal cohort study. *Scientific Reports*. 2016; 6:28937.
33. Quintana JM, Arostegui I, Oribe V. Influence of age and gender on quality-of-life outcomes after cholecystectomy. *Qual Life Res*. 2005; 14:815-25.
34. Bazoua G, Tilston M. Male Gender Impact on the Outcome of Laparoscopic Cholecystectomy. *JLS*. 2014; 18(1): 50-4.
35. Wanjura V, Lundström P, Osterberg J, Rasmussen I, Karlson BM, Sandblom G. Gastrointestinal quality-of-life after cholecystectomy: indication predicts gastrointestinal symptoms and abdominal pain. *World J Surg*. 2014; 38(12): 3075-81.
36. Lamberts M, Den Oudsten B, Keus F, De Vries J, van-Laarhoven CJ, Westert G, et al. Patient-reported outcomes of symptomatic cholelithiasis patients following cholecystectomy after at least 5 years of follow-up: a long-term prospective cohort study. *Surg Endosc*. 2014; 28: 3443-50.
37. Lamberts M, Den Oudsten B, Gerritsen J, Roukema J, Westert G, Drenth J, et al. Prospective multicentre cohort study of patient-reported outcomes

after cholecystectomy for uncomplicated symptomatic cholecystolithiasis. *Br J Surg.* 2015; 102: 1402-9.

- 38.** Talseth A, Edna T, Hveem K, Lydersen S, Ness E. Quality of life and psychological and gastrointestinal symptoms after cholecystectomy: a population-based cohort study. *BMJ Open Gastroenterol.* 2017; 4(1): e000128.
- 39.** Yu H, Chan E, Lingam P, Lee J, Woon W, Low J, et al. Index admission laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis restores Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) score. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2018; 22(1): 58-65.
- 40.** Lamberts M, Lugtenberg M, Rovers M, Roukema AJ, Drenth JP, Westert G, et al. Persistent and de novo symptoms after cholecystectomy: a systematic review of cholecystectomy effectiveness. *Surg Endosc.* 2013; 27: 709-18.

8. ANEXOS

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

“COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR COLECISTITIS AGUDA COMO FACTOR PRONÓSTICO DE BUENA CALIDAD DE VIDA GASTROINTESTINAL”

COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA: SI () NO ()

- **Sexo:** M () F ()
- **Edad:** _____ años
- **Ocupación:** Desempleado () Empleado ()
- **Instrucción:** Analf () Primaria () Secundaria () Superior ()
- **Comorbilidades:** SI () NO ()
 - **DM-2** ()
 - **HTA** ()
 - **ERC** ()

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA GASTROINTESTINAL

Por favor responda encerrando en un círculo según corresponda:

Categoría 1: síntomas gastrointestinales

1. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido dolor abdominal?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca
2. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido saciedad o plenitud abdominal en cualquier momento del día?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca
3. Durante las 2 últimas semanas ¿ha tenido hinchazón abdominal?
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 gases?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca
5. Durante las 2 últimas semanas ¿ha tenido 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 tenido cólicos abdominales?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca
7. Durante las 2 últimas semanas ¿ha tenido la necesidad de hacer esfuerzo para evacuar las heces?
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 sentido placer al ingerir sus alimentos?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca
9. Durante las 2 últimas semanas ¿con que frecuencia a renunciado usted a comidas que le gustan como consecuencia de su estado de salud actual?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca
10. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido que la comida o líquidos se le subían a la boca (regurgitación)?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca
11. 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
12. Durante las 2 últimas semanas ¿ha tenido problemas para pasar o deglutir la comida?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca
13. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido la necesidad de pujar para evacuar las heces con urgencia, de repente?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca

14. Durante las 2 últimas semanas ¿ha tenido diarrea?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca
15. Durante las 2 últimas semanas ¿he tenido estreñimiento?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca
- 15.1. Durante las 2 últimas semanas ¿ha defecado dos o menos veces por semana?
1. Si 2. No
- 15.2. Durante las 2 últimas semanas ¿ha tenido heces escasas?
1. Si 2. No
- 15.3. Durante las 2 últimas semanas ¿ha tenido heces duras en más del 25% de los casos?
1. Si 2. No
- 15.4. Durante las 2 últimas semanas ¿ha necesitado pujar en más del 25% de las defecaciones?
1. Si 2. No
16. Durante las 2 últimas semanas ¿ha tenido nauseas?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca
17. 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
18. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido acidez o ardor en el estómago?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca
19. 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

Categoría 2: estado físico

20. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido cansado o fatigado?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca
21. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido indispuesto?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca
22. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha despertado por las noches?
1. Cada noche 2. 5 o 6 noches 3. 3 o 4 noches 4. 1 o 2 noches 5.nunca
23. ¿En qué medida le ha provocado su estado de salud actual cambios molestos en su apariencia o aspecto físico?
1. Mucho 2. Bastante 3. Algo 4. Un poco 5. Nada
24. Como consecuencia de su estado de salud actual ¿en qué medida ha empeorado su vitalidad?
1. Mucho 2. Bastante 3. Algo 4. Un poco 5. Nada

25. Como consecuencia de su estado de salud actual ¿en qué medida ha perdido su aguante o resistencia física?
1. Mucho 2. Bastante 3. Algo 4. Un poco 5. Nada
26. Como consecuencia de su estado de salud actual ¿en qué medida ha sentido que ha disminuido su forma física?
1. Mucho 2. Bastante 3. Algo 4. Un poco 5. Nada

Categoría 3: estado emocional

27. Durante las 2 últimas semanas ¿Cómo ha sobrellevado las tensiones diarias?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca
28. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido triste o deprimido?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca
29. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido nervioso o de miedo?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca
30. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido satisfecho con su vida en general?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca
31. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido frustrado?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca

Categoría 4: función social-estado

32. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido disgustado o molesto por el tratamiento médico dado?
1. Muchísimo 2. Mucho 3. Algo 4. Un poco 5. Nada
33. Durante las 2 últimas semanas ¿ha podido llevar a cabo sus actividades cotidianas (ejm: estudios, trabajo, labores domésticas)?
1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4.raramente 5.nunca
34. 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
35. ¿En qué medida se han alterado las relaciones con sus personas cercanas (familia o amigos) como consecuencia de su estado de salud actual?
1. Muchísimo 2. Mucho 3. Algo 4. Un poco 5. Nada
36. ¿En qué medida ha resultado perjudicada su vida sexual como consecuencia de su estado de salud actual?
1. Muchísimo 2. Mucho 3. Algo 4. Un poco 5. Nada

ANEXO 02

HOJA INFORMATIVA

Título: colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda como factor pronóstico de buena calidad de vida gastrointestinal

Autora:

Objetivo principal del estudio: Demostrar que la colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda es un factor pronóstico de buena calidad de vida gastrointestinal.

Estimado participante: Para efectos de la investigación se le pedirá llenar una encuesta, en donde colocará algunos datos generales y posteriormente deberá responder un cuestionario.

.RECUERDE:

1. Su participación no conlleva riesgos personales., caso contrario el personal investigador corre con todos los pormenores.
2. Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria y es libre de retirarse de la misma sin previa explicación de los motivos.
3. Su identidad será protegida en todo momento y los resultados serán de uso exclusivo para la investigación.
4. No recibirá ninguna compensación económica por participar.
5. Cualquier información al respecto de la investigación le será brindada.

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:

Identificado (a) con DNI N°:

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado (a) y entiendo el bajo riesgo que conlleva y que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, pero se me explicó acerca de la protección de datos. Por lo tanto, convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta acta de consentimiento informado.

Firma del participante

Fecha:

Firma del Investigador