



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**

**“CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE OSTOMIZADO”**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**COLOPROCTOLOGO**

**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO P R E S E N T A**

**DE CRISTIAN JOSE BENAVIDES LEON**

**ASESOR Y DIRECTOR**

**DIRECCION DE ENSEÑANZA**

**Dr. Luis Charúa Guindic**



México, D. F.

Julio de 2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

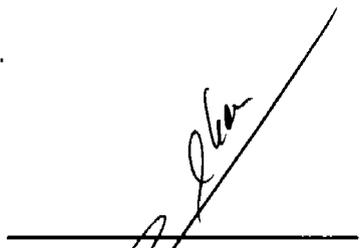
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

# "CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE OSTOMIZADO"

## **DR. LUIS CHARÚA GUINDIC**

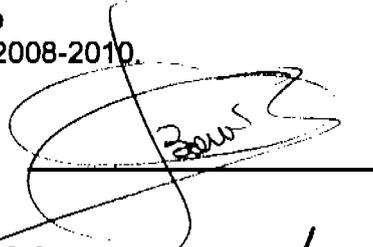
Jefe de la Unidad de Coloproctología.  
Profesor Titular del Curso de  
Especialización en Coloproctología.  
Asesor y Director de tesis  
luischarua@hotmail.com  
Tel. 2789-2000. Ext. 1045.



---

## **DR. CRISTIAN JOSE BENAVIDES LEÓN**

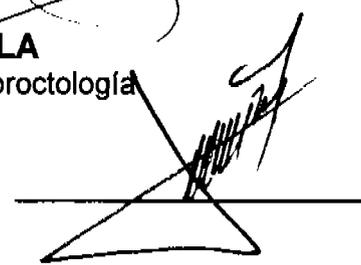
Residente del Curso Universitario de  
Especialización en Coloproctología 2008-2010.  
Hospital General de México  
Keba194@hotmail.com  
Tel. 2789-2000. Ext. 1045.



---

## **DR. BILLY JIMÉNEZ BOBADILLA**

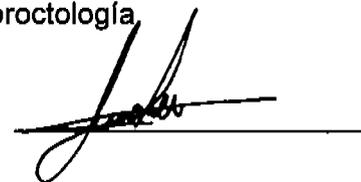
Médico Adscrito a la Unidad de Coloproctología  
Hospital General de México  
billyjimenez@hotmail.com  
Tel. 2789-2000. Ext. 1045.



---

## **DR. JUAN ANTONIO VILLANUEVA HERRERO**

Médico Adscrito a la Unidad de Coloproctología  
Hospital General de México  
javillanueva@doctor.com  
Tel. 2789-2000. Ext. 1045.



---

## **DR. OCTAVIO AVENDAÑO ESPINOSA**

Consultor Técnico de la  
Unidad de Coloproctología.  
Hospital General de México.  
Tel. 2789-2000. Ext. 1045.



---

# I. AGRADECIMIENTOS

## *A DIOS:*

Por ser el artífice de mi vida, energía infinita que me ha dado la fortaleza necesaria para seguir adelante todos los días de mi existencia.

## *A MI ESPOSA E HIJOS:*

Karen, Cristian y Kevin

## *A MIS PADRES:*

Carlos Manuel y María José

## *A MIS MAESTROS:*

Dr. Luis Charúa Guindic.

Dr. Octavio Avendaño Espinosa.

Dr. Billy Jiménez Bobadilla.

Dra. Teresita Navarrete Cruces

Dra. Martha Osorio Hernández

Dr. Juan A. Villanueva Herrero.

## **II. ÍNDICE**

<b>I. AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>3</b>
<b>II. ÍNDICE.....</b>	<b>4</b>
<b>III. RESUMEN.....</b>	<b>5</b>
<b>IV. ABSTRACT.....</b>	<b>6</b>
<b>V. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>7</b>
<b>VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>9</b>
<b>VII. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>VIII. HIPÓTESIS .....</b>	<b>12</b>
<b>IX. OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>X. ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>14</b>
<b>XI. METODOLOGÍA .....</b>	<b>15</b>
<b>XII. MATERIAL Y METODOS .....</b>	<b>16</b>
<b>XIII. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>20</b>
<b>XIV. RESULTADOS .....</b>	<b>43</b>
<b>XV. DISCUSIÓN.....</b>	<b>87</b>
<b>XVI. CONCLUSIONES .....</b>	<b>91</b>
<b>XVII. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>92</b>
<b>XVIII. ANEXOS.....</b>	<b>97</b>

### III. RESUMEN

**Introducción:** Las estadísticas sobre patologías quirúrgicas que requieren la creación de un estoma indican, que 80% es debido al incremento de enfermedades neoplásicas en la población. Para hacer frente a este problema se requieren alternativas con nuevas, mejores e innovadoras técnicas quirúrgicas y de cuidados así como de un personal especializado para atender y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

**Objetivo:** Medir la calidad de vida del paciente portador de estomas en el Servicio de Coloproctología de la Unidad de Gastroenterología del Hospital General de México.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal, en pacientes portadores de un estoma, que acuden a la Clínica de Estomas del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, en el periodo comprendido de Enero a Mayo del 2009. Se aplicó dos cuestionarios de salud con el formato ya establecido en español SF-36, estudio de Montreux y escalas gráficas para la evaluación de su calidad de vida.

**Conclusiones:** La calidad de vida de la población estudiada según el análisis de los resultados de los cuestionarios de salud aplicados fue buena, considerándose aceptable de acuerdo al estándar de la calidad de vida. El miedo a pérdidas por el estoma y el ámbito sexual, son las dimensiones más afectadas.

## IV. ABSTRACT

**Background:** Data from surgical pathologies requiring a stoma suggest that 80% of these pathologies are due to an increment of oncologic pathology incidence in the population. New and better alternatives such as surgical technique innovations and specialized medical personnel are necessary to assist and improve quality of life of stoma patients

**Objective:** To measure the quality of life of stoma patients attending the Coloproctology Service of Gastroenterology Unit of General Hospital of Mexico.

**Material and Methods:** This is a descriptive, longitudinal and transverse study. The study population was patients' with a stoma attending the Coloproctology Unit of the Service of Gastroenterology of General Hospital of Mexico from January to May 2009. Patients answered two questionnaires of quality of life: 1) SF-36 form in Spanish and, 2) questionnaire of quality of life Study of Montreux. Statistical analysis was made with the statistical software SPSS V.11.0 for Windows XP. Data are showed as means  $\pm$  standard deviation.

**Conclusions:** Quality of life of the population evaluated is good and acceptable compare with the standard of quality of life. The risk to spill liquids of the stoma bags and the decrease of sexual activity, are the main worries for stoma patients.

## V. INTRODUCCIÓN

Las estadísticas sobre patologías quirúrgicas que requieren la creación de un estoma indican que 80% es debido al incremento de enfermedades neoplásicas en la población, 14% de origen traumático y el resto corresponde a enfermedades inflamatorias y congénitas. Para hacer frente a este problema se requieren alternativas con nuevas, mejores e innovadoras técnicas quirúrgicas y de cuidados así como de un personal especializado para atender y mejorar la calidad de vida del portador de un estoma.<sup>1</sup>

En un estudio multicéntrico realizado en España a finales de 2001, sobre calidad de vida en personas con estomas, se calculaba que había de 35.000 a 38.000 personas con ostomías; de ellas aproximadamente el 75% eran portadores de colostomía, el 13% de urostomía y el 12% de ileostomía.<sup>2</sup>

La realización de un estoma implica para la persona que se le practica, además de una alteración de la imagen corporal, la pérdida del control voluntario de eliminación de los productos de desecho y la necesidad de utilizar una bolsa para almacenar los mismos.<sup>1-3</sup>

Cuando se practica un estoma, el portador sufre una serie de alteraciones biológicas, psíquicas y sociales que le dificultan la adaptación a su entorno. Tiene que hacer frente a cambios higiénicos, dietéticos y de pérdida de control de esfínteres que pueden afectar la percepción que tiene de su propia imagen,

pudiendo incluso tener dificultades de integración y reinserción a su vida laboral y social.<sup>3,4</sup>

Aún cuando no se han realizado investigaciones al respecto, no es difícil suponer que un manejo inadecuado del paciente ostomizado por falta de uniformidad de criterios, seguimiento sistemático, información insuficiente sobre el manejo del estoma, asesoría deficiente respecto a la adaptación acorde a las nuevas condiciones de vida durante la atención que se brinda, conllevan a mediano y largo plazo un deterioro en su calidad de vida.<sup>5</sup>

Consideramos especialmente necesario investigar los problemas de calidad de vida en el paciente ostomizado y prestar de esta manera la ayuda que sea necesaria para prevenir y mejorar la adaptación del paciente a la ostomía, ya que en la práctica de nuestro quehacer cotidiano a lo largo de los últimos años hemos constatado (tras la ostomía) que el paciente puede presentar alteraciones emocionales: disminución de la autoestima, síntomas de ansiedad, problemas sexuales, falta de comunicación, incertidumbre ante el futuro, síntomas depresivos, aislamiento, rechazo, sentimientos de inutilidad por incapacidad laboral y dependencia.<sup>6</sup>

## **VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Tienen una adecuada calidad de vida los pacientes ostomizados del Servicio de Coloproctología de la Unidad de Gastroenterología del Hospital General de México que les permita tener un estado de bienestar físico, emocional, laboral con una salud mental y estilo de vida aceptable?

## **VII. JUSTIFICACIÓN**

La construcción de un estoma en las enfermedades del colon, recto y ano tienen como principales objetivos la recuperación de la salud del paciente, la disminución de la morbilidad y mortalidad y el riesgo de complicaciones postoperatorias. En las últimas décadas se ha incrementado la incidencia de estas enfermedades y ya constituye un problema de salud a nivel mundial que afecta tanto a hombres como a mujeres especialmente adultos.

Los estomas gastrointestinales implican la creación de una fístula externa desde el tubo digestivo hacia la pared abdominal. En cuanto a los estomas intestinales, tanto la colostomía como la ileostomía, son aberturas de la luz del colon o ileon a la piel. El objetivo inicial de estos procedimientos es establecer una vía alterna para el paso del contenido intestinal o bien funcionar como procedimientos descompresivos.

A pesar de la descripción de los procedimientos quirúrgicos conservadores del esfínter y su auge reciente, la colostomía e ileostomía continúan siendo necesarias en la práctica de la cirugía colorrectal, ya sea de manera temporal o definitiva. De cualquier modo, ocasionan grandes cambios en la vida de los enfermos, que experimenta situaciones muy desagradables, debido a los cambios fisiológicos, dietéticos, higiénicos, estéticos, psicológicos, sociales y/o económicos, que repercuten en su homeostasis biopsicosocial y espiritual.

La calidad de vida y la necesidad de conocerla para poderla aplicar a la práctica clínica se ha convertido en un importante problema en todas las disciplinas médicas. La salud percibida por el paciente ha tomado importancia en la práctica médico para el manejo funcional y psicológico de los problemas de pacientes quirúrgicos.

No existe un estudio para evaluar calidad de vida en pacientes portadores de un estoma intestinal en la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México que permita ampliar el pensamiento médico científico y valorar aspectos de las enfermedades y su tratamiento que no son estrictamente clínicos, sino que incluye áreas del estado funcional, emocional y laboral.

## **VIII. HIPÓTESIS**

Los pacientes con estomas intestinales sufren una disminución de la calidad de vida percibida a causa de los cambios físicos, psíquicos y sociales.

La percepción de la calidad de vida de los pacientes con estomas digestivos puede estar influenciada por el sexo, la edad, el nivel sociocultural, tipo de estoma y permanencia del mismo (temporal o permanente) entre otros factores.

## **IX. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Medir la calidad de vida del paciente portador de estomas en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México.

### **Objetivos Específicos**

1. Conocer las características sociodemográficas de la población estudiada.
2. Determinar qué escalas o dimensiones de calidad de vida se ven afectadas en los pacientes ostomizados.
3. Describir las complicaciones más frecuentes de los pacientes portadores de estomas.
4. Conocer la importancia de un grupo de apoyo en el paciente ostomizado.

## **X. ASPECTOS ÉTICOS**

De acuerdo a la declaración de Helsinki de 1964 y sus revisiones por varias asambleas, este estudio no compromete la integridad física del paciente, por lo que no se requiere de hoja de consentimiento informado.

La elaboración de este trabajo será para provecho propio y de la sociedad, de igual manera se respetará la información obtenida de los pacientes con moralidad y de forma digna.

Toda la investigación clínica se realizará teniendo en cuenta las guías de la buena práctica clínica y del manejo de la información consignada en los cuestionarios aplicados a cada individuo.

## **XI. METODOLOGÍA**

### **UNIVERSO DE TRABAJO**

Todos los pacientes portadores de un estoma que asisten a la consulta de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México en periodo de enero a mayo de 2009.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes mayores de 18 años portadores de estomas, atendidos por el personal médico de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, que aceptaron colaborar de forma voluntaria y asisten a las sesiones semanales del Grupo de pacientes Ostomizados.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Se excluyen del estudio a todos los pacientes que tengan incapacidad para el autocuidado del estoma, pacientes con enfermedad en etapa terminal, pacientes portadores de 2 ó más estomas y pacientes incapaces para llenar el cuestionario.

## **XII. MATERIAL Y METODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo de corte transversal.

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

El estudio consiste en la aplicación de dos cuestionarios de calidad de vida, que son el SF-36 versión 2.0 con 36 ítems que evalúa 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, que mide la calidad de vida en pacientes con todo tipo de enfermedad y uno específico. El cuestionario Montreux está diseñado para evaluar específicamente la calidad de vida del paciente portador de estomas.

El cuestionario fue aplicado de forma directa en las sesiones semanales del Grupo de pacientes Ostomizados del Servicio de gastroenterología del Hospital General de México. El tiempo de aplicación de los cuestionarios por paciente fue de aproximadamente 30 minutos, aplicado por el investigador, quien supervisó de forma directa el correcto llenado del mismo aclarando a la vez dudas y dificultades. Los pacientes fueron informados del objetivo del estudio, dando su consentimiento. Igualmente el investigador se comprometió a garantizar su anonimato.

Se capturaron en hojas de recolección de datos las siguientes variables: edad, género, tiempo de evolución con el estoma,

marcaje previo a la cirugía, motivo del estoma, situación laboral, religión, grado de escolaridad, talla, peso, situación socioeconómica.

## **UNIDAD DE ANÁLISIS**

Se utilizó el cuestionario de salud SF-36 versión 2.0 con 36 ítems que evalúa 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El funcionamiento físico se expresa en 10 puntos; vitalidad, en cuatro; papel físico, en cuatro; dolor, en dos; estado general de salud, en cinco; función social, en dos; papel emocional, en tres y salud mental, en cinco. Cada pregunta recibe un valor que posteriormente se transforma en una escala de 0 a 100, donde 0 corresponde a un peor estado de salud y 100 a la salud perfecta (cuadro 1). Se aplicó el cuestionario de Calidad de Vida a Pacientes Ostomizados, denominado Estudio de Montreux validado en Francia e Inglaterra y traducido a varias lenguas; fue utilizado en 16 países europeos, entre ellos España, en más de 4000 pacientes ostomizados. El cuestionario se basa en una escala de Likert de 5 valores y recoge información de una serie de dimensiones relacionadas con la calidad de vida y organizadas en tres secciones: Sección 1: *Autosuficiencia*, relacionada con los cuidados higiénicos del estoma. Sección 2: *Calidad de vida*: bienestar físico, bienestar psicológico, imagen corporal, dolor, actividad sexual, nutrición, preocupaciones sociales y manejo de dispositivos. Sección 3: *Cuestiones generales*, en relación con la aceptación del estoma y las relaciones familiares.

La puntuación sobre la calidad de vida en cada una de las dimensiones se obtiene sumando la puntuación obtenida en los ítems englobados en las mismas y multiplicando por un factor. A partir de los ítems que configuran la sección 1 (Calidad de vida) se puede calcular el *Índice de calidad de vida*.

Número de pregunta	Valor
<b>6 Respuestas</b>	
7	100, 80, 60, 40, 20, 0
<b>5 Respuestas</b>	
1, 2, 6, 8, 9A, 9D, 9E, 9H, 11 B, 11C	100, 75, 50, 25, 0
4A, 4B, 4C, 4D, 5A, 5B, 5C, 9B, 9C, 9F, 9G, 9I, 10, 11A, 11C	0, 25, 50, 75, 100
<b>3 Respuestas</b>	
3A, 3B, 3C, 3D, 3E, 3F, 3G, 3H, 3I, 3J	0, 50, 100

**Cuadro 1.- Valores de las respuestas en el formato SF-36.**

Por medio de la valoración se sacan las medidas de dispersión y tendencia de cada respuesta; posteriormente se hace el agrupamiento para la valoración y dispersión de cada dominio (cuadro 2).<sup>34</sup>

<b>Dominio</b>	<b>Puntos</b>	<b>Pregunta</b>
<b>1.- Función física (FF)</b>	10	3A, 3B, 3C, 3D, 3E, 3F, 3G, 3H, 3I, 3J
<b>2.- Papel físico (PF)</b>	4	4A, 4B, 4C, 4D
<b>3.- Dolor (DF)</b>	2	7, 8
<b>4.- Salud General (SG)</b>	5	1, 11A, 1B, 11C, 11D
<b>5.- Vitalidad (Vit)</b>	4	9A, 9E, 9G, 9I
<b>6.- Función social (FS)</b>	2	6, 10
<b>7.- Papel emocional (PE)</b>	3	5A, 5B, 5C,
<b>8.- Salud mental (SM)</b>	5	9B, 9C, 9D, 9F, 9H

**Cuadro 2.- Valoración de cada dominio.**

Una vez que se obtienen los valores de cada dominio, se hacen las pruebas estadísticas de dispersión y las no paramétricas para la valoración de la calidad de vida.<sup>32-34</sup>

Posteriormente los dominios se agrupan en dos rubros, que son el componente físico y el componente mental. El componente físico está constituido por los dominios de función física, papel físico, dolor y salud general. El componente mental está integrado por los dominios de vitalidad, función social, papel emocional y salud mental.<sup>32-34</sup>

Una vez obtenido los valores de los componentes físicos y mentales, se comparan con los valores de una población de referencia fue obtenida por Ware y cols., en 1994,<sup>30</sup> esto es que se considera normalidad a los valores de media 50 (D.E.  $\pm$  10). Los valores superiores o inferiores de la normalidad indicaran mejor o peor estado que la población de referencia.

## **XIII. MARCO TEÓRICO**

### **HISTORIA**

**Ostomía** proviene de la palabra griega **stomatos** (boca u orificio). Fue descrita por primera vez por **Praxágoras de Cos** (384-322 a.C.)<sup>7</sup>

**Paracelso** (1491-1541), 18 siglos después, escribe que estos anos artificiales son la técnica de manejo de las asas intestinales dañadas. **Littré**, en 1710, recomendó la cecostomía inguinal transperitoneal.<sup>7</sup>

**Amussat** (1796-1855), reportó 29 pacientes con colostomía; todos ellos exteriorizados en la región lumbar izquierda. De los 29 pacientes, 20 murieron por peritonitis, cinco por otras causas y sólo cuatro sobrevivieron.<sup>7</sup>

**Turnbull** en 1961, crea a la terapeuta enterostomal y se reconoce como profesión en los Estados Unidos.<sup>7</sup>

Se define como estoma u ostomía a la apertura realizada a través de un procedimiento quirúrgico en una víscera hueca al exterior que, por lo general se localiza en la pared abdominal. Su finalidad es permitir la eliminación de productos de desecho (contenido ileal, heces u orina) al exterior y recogerlos en un dispositivo destinado para tal fin.<sup>8</sup>

## TIPOS DE OSTOMIAS

### ***Ostomías Digestivas***

Ileostomía

Colostomía

### ***Ostomías de Alimentación***

Gastrostomía

Yeyunostomía

### ***Ostomías Urológicas***

Nefrostomía

Ureterostomía

Esta tesis se concretará a los estomas intestinales.

## CONCEPTOS

***Colostomía.***- Derivación temporal o definitiva del intestino grueso a la piel habitualmente a través de la pared abdominal. Mediante ella, la defecación se realiza a la piel del abdomen.

**Ileostomía.-** Derivación temporal o definitiva del ileon a la piel habitualmente a través de la pared abdominal.

## CLASIFICACIÓN

Los estomas se pueden dividir de acuerdo a su duración, forma de realizarse o por sus elementos constituyentes entre otros criterios:

### 1. DURACIÓN

**Transitoria o temporal.-** es aquella que deriva los productos de desecho durante un tiempo variable, restaurando posteriormente la continuidad anatómica del órgano derivado y su función.

**Definitiva.-** es la destinada a derivar los productos de desecho sin pretender restaurar posteriormente la vía natural.

### 2. FORMA DE REALIZARSE

**En asa.-** es aquella en que una porción del intestino se exterioriza a través de un mismo defecto en la pared abdominal, con apertura para dar salida al contenido intestinal en la parte eferente del asa.

**Terminal.-** es aquella donde el orificio es perpendicular al intestino para permitir una derivación completa; puede ser con 1 ó 2

estomas; en este último caso a través de 1 ó 2 aperturas de la pared abdominal.

### 3. ELEMENTO CONSTITUYENTE

Los epónimos pueden ser motivo de confusión por lo que se omitirán salvo los más conocidos y de uso frecuente.

**En asa.-** es la formada por la exteriorización de un segmento intestinal que has sido fijado previamente a la pared, al que se secciona parcialmente en sentido longitudinal, manteniendo un puente posterior a la pared intestinal.<sup>9,10</sup>

**A doble boca.-** es la formada por dos segmentos intestinales exteriorizados simultáneamente.

A su vez puede ser:

**A doble bocas juntas.-** si los segmentos son exteriorizados en vecindad.

**A doble boca separadas.-** Cuando los segmentos son exteriorizados en forma separada, pudiendo ser una misma o en diferentes regiones.

***En cabo terminal.-*** conocida como operación de Hartmann; es la constituida por el cabo proximal de un asa intestinal totalmente seccionada abocada al exterior, dejando el cabo distal cerrado intraperitonealmente.

***Tubo de ostomía.-*** es la realizada por comunicación del lumen colónico con el exterior por medio de un tubo o sonda sin exteriorización de la mucosa colónica. Conviene aclarar que aunque este tipo de colostomía es mencionado por los autores, algunos no lo incluyen en las clasificaciones.<sup>9,10</sup>

## **FUNCIONES**

***Descompresión.-*** consiste en la evacuación del material intestinal de forma parcial o total hacia el exterior, permitiendo así restablecer el tránsito intestinal distal en casos de obstrucción.

***Desfuncionalización.-*** consiste en excluir totalmente el tránsito intestinal en su porción distal, permitiendo el reposo del segmento intestinal comprometido y la protección de suturas o anastomosis distales.<sup>11</sup>

## **INDICACIONES**

1. Enterocolitis Necrozante.

2. Enfermedad de Hirschsprung.
3. Malformaciones Anorrectales.
4. Íleo Meconial.
5. Trauma.
6. Incontinencia fecal.
7. Vólvulo.
8. Malrotación intestinal.
9. Atresias, membranas y estenosis.
10. Enfermedad inflamatoria intestinal.
11. Poliposis Adenomatosa Familiar.
12. Neoplasias.
13. Diverticulitis.

## **ILEOSTOMIA**

Se refiere a la creación de una abertura en el ileon que permite derivar el contenido intestinal a través de la pared abdominal.

### **TIPOS**

Ileostomía de Brooke o Ileostomía terminal.

Ileostomía de Kock o Ileostomía continente.

Ileostomía en asa o temporal.

## **COLOSTOMÍA**

Es la exteriorización de un tramo del colon a la piel. Según la porción abocada puede ser:

Ascendente. El estoma se coloca en la parte derecha del abdomen.

Transversa. El estoma se coloca indistintamente en la parte derecha o izquierda del abdomen.

Descendente. El estoma se coloca en la parte izquierda del abdomen.

Sigmoidea. El estoma se coloca en la parte izquierda del abdomen.

## TIPOS

Colostomía Terminal a doble boca tipo Devine.

Colostomía terminal una boca tipo Hartmann.

Colostomía en Asa.

## COMPLICACIONES

Se define como complicación de un estoma a todo trastorno que afecte el aspecto anatómico o funcional del asa de intestino involucrado, o de sus elementos vecinos, como la pared abdominal o los órganos intrabdominales en relación a la técnica de ejecución del estoma.<sup>12</sup>

**Isquemia y/o necrosis.-** inadecuada irrigación intestinal al estar involucradas algunas de las ramas arteriales principales del estoma, lo que trae como consecuencia cambios de coloración en la mucosa e isquemia, que puede ser superficial o que involucra

completamente la pared del estoma, que se necrosa. La causa usual es la excesiva disección de la vasculatura mesentérica o la tensión del estoma al exteriorizarlo, con disminución del flujo sanguíneo del segmento intestinal.

**Hemorragia.-** la hemorragia de la ostomía es poco frecuente en el postoperatorio inmediato a menos que existan vasos no ligados en el borde libre o en el mesenterio del estoma; sin embargo, algunos factores como hipertensión portal, trastornos de la coagulación por padecimientos hematológicos y la exposición de la mucosa intestinal predisponen a hemorragia por erosión; es una complicación frecuente en una ostomía de intestino delgado, asociada a enfermedad inflamatoria intestinal y colangitis esclerosante.<sup>13</sup>

**Retracclón de la ostomía.-** es una consecuencia de la isquemia intestinal o tensión al fijarla, causada por una mala técnica quirúrgica al seleccionar la porción a exteriorizar y/o una inadecuada incisión en la piel.<sup>13,14</sup>

**Infecclón paraostomal.-** contaminación bacteriana hacia tejidos blandos por el derramamiento de material intestinal, o por la presencia de microperforaciones del estoma. Puede manifestarse como absceso o necrosis miocutánea.

**Perforaclón.-** generalmente de causa iatrogénica al suturar, traspasando la pared intestinal con desgarró inadvertido, lo que

conlleva primero a la isquemia y necrosis, y después a la infección y fístula.

**Prolapso.-** sucede cuando no se fija en forma adecuada un segmento importante del estoma al peritoneo y aponeurosis, lo que permite una movillización excesiva. Habitualmente ocurre en el segmento funcional. Se presenta más frecuentemente en las enterostomías en asa que en las de tipo terminal; puede resultar como consecuencia de una incisión excesiva en la pared abdominal y se puede asociar a hernia paraostomal.

**Fístula a partir del estoma.-** es una complicación originada cuando se fija el estoma a la aponeurosis pasando la sutura en todo el espesor del segmento intestinal lo que provoca isquemia y necrosis, que deja un orificio hacia el tejido celular subcutáneo y después se comunica a piel, las fístulas son más frecuentes en ileostomías.<sup>13,14</sup>

**Hernia.-** es la complicación tardía más frecuente de las colostomías terminales. Existen varios factores que contribuyen a esta complicación entre ellos están incremento de peso, enfermedades sistémicas, desnutrición y edad avanzada.

**Evisceración.-** es la exposición del contenido de la cavidad abdominal al exterior; puede ser contenida o libre; se produce por técnica quirúrgica defectuosa, desnutrición y esfuerzos violentos en pacientes operados.

**Eventración.-** es la protrusión al exterior de las vísceras abdominales, con integridad del peritoneo y dehiscencia de planos aponeuróticos; está asociada a alteraciones musculares, nutricionales y técnica inadecuada.

**Sexuales.-** las alteraciones en esta esfera son en su mayoría pasajeras; las mujeres pueden presentar sequedad en la vagina discomfort durante el coito, dispareunia y anorgasmia. Los hombres pueden presentar dolor perineal, problemas de erección, dificultad con la penetración, orgasmo y eyaculación.<sup>14</sup>

## **OTRAS COMPLICACIONES**

**Obstrucción.-** esta complicación puede ser producida por adherencias, por bolo alimenticio, vólvulo intestinal o recurrencia de la enfermedad de base.

**Diarrea.-** puede ser secundaria a múltiples causas que van desde situaciones comunes como intolerancia a la lactosa hasta eventos de origen infeccioso y abuso de laxantes. Requiere tratamiento específico según su etiología.

**Dermatitis.-** las complicaciones dermatológicas en el sitio del estoma son relativamente frecuentes; se deben a un cuidado inapropiado del estoma, que requiere tratamiento local y tópico.

## CALIDAD DE VIDA

Calidad de vida es un concepto de relativo uso cotidiano, aunque sus referentes explícitos no siempre sean comparables y se utilice de manera indiscriminada para hacer referencia a estilos o formas de vida, o bien a nivel o estándar de vida. Para algunas personas, es un lujo de los países desarrollados, en particular de aquellos que a lo largo de su historia han realizado amplias inversiones en capital humano y capital social, así como en profundas transformaciones institucionales.<sup>15</sup>

La definición de la OMS indica que calidad de vida es la “percepción adecuada y correcta que tiene de sí misma una persona en el contexto cultural y de valores en que esta inmersa, en relación con sus objetivos, normas, esperanzas e inquietudes. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia, sus relaciones sociales así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.”<sup>15,16</sup>

Esta definición es compleja, por lo que se modificó reduciendo su contenido; se considera como salud y buena calidad de vida a un estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo a ausencia de enfermedad.<sup>6</sup> Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, el término calidad sería la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.<sup>16</sup>

## IMPORTANCIA

La determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha centrado en métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos, o simplemente empleando el uso de indicadores epidemiológicos (tasas) para caracterizar una población.<sup>15-17</sup>

A partir de los años setenta surgen los índices de calidad de vida y su mayor desarrollo ocurre en los años ochenta, aunque su concepción data de las civilizaciones antiguas y su estudio constituye un terreno donde diversas ciencias aportan sus enfoques y permiten su abordaje en forma multidimensional. Estos nuevos instrumentos o escalas en sus inicios miden el estado funcional de los pacientes con enfermedades crónicas.<sup>18,19</sup>

En la actualidad, estos índices permiten evaluar aspectos técnico-médicos relacionados con la atención y cuidado del paciente. Asimismo, representan una variable de resultados en diversos tipos de estudios, pero especialmente en ensayos clínicos, en el análisis costo/beneficio y otros análisis económicos que son de utilidad para la gestión hospitalaria.<sup>19,20</sup>

El concepto de salud está fundamentado en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que afectan nuestra vida, nuestra

función social y nuestra percepción; por tanto, la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional. De ahí deriva la importancia de medir la calidad de vida.

Las medidas de calidad de vida evalúan una amplia gamma de dimensiones y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes patologías a fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud.<sup>20</sup>

Esto permite conocer el estado funcional del paciente, lo que refleja su salud física, mental y social, ofreciendo una medición de una variable con expresión subjetiva obteniendo a través de ella un valor cuantitativo que represente el estado de salud.<sup>17</sup>

Lo que importa en este nuevo siglo es cómo se siente el paciente, en lugar de cómo los médicos creen que debería sentirse en función de las medidas clínicas.<sup>17</sup>

## **INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA (CV)**

### **Cuestionarios genéricos**

Los instrumentos genéricos de medida de la CV contienen un amplio abanico de dimensiones y se han diseñado para que sean aplicables a la población general y a una gran variedad de afecciones. Así, los instrumentos genéricos permiten hacer

comparaciones del estado de salud entre individuos de la población general o pacientes con diferentes afecciones. También pueden aplicarse cuando no existe un instrumento específico en una afección determinada; en este caso proporcionan una idea inicial del impacto de dicha enfermedad en la CV del paciente. No obstante, una de sus mayores limitaciones es que no suelen ser suficientemente sensibles a cambios clínicos significativos en dimensiones que sí estarían incluidas en los instrumentos específicos. Se dividen en *perfiles de salud y medidas de utilidad*.<sup>19</sup>

*Los perfiles de salud* incluyen dimensiones genéricas como el estado físico, mental o social de la CV. Pueden aplicarse a la población general y a una gran variedad de afecciones, permiten la comparación de las puntuaciones entre las diferentes afecciones y determinan los efectos del tratamiento en diversos aspectos de la CV sin necesidad de utilizar múltiples instrumentos. Sin embargo, como no incluyen aspectos específicos para la evaluación de una determinada afección, pueden ser poco sensibles a los cambios. Los más utilizados son el Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad, el Perfil de Salud de Nottingham, el SF-36 o el EuroQol-5D17.<sup>20</sup>

*Las medidas de utilidad* se derivan de la economía y la teoría de las decisiones. Se basan en las preferencias reveladas o utilidades que los individuos asignan a diferentes estados de salud. Se obtiene un índice numérico que refleja tanto el estado de salud como el valor del estado de salud para el individuo o paciente. Este valor junto a los años de vida conforman el índice «años de vida ajustados por

calidad», que es una unidad de resultado utilizada normalmente en los estudios de evaluación económica del tipo análisis costo-utilidad. La mayor limitación de las medidas de utilidad en la práctica es que, al proporcionar una puntuación agregada, no permite saber qué aspectos de la calidad de vida son responsables del aumento o la disminución de la CV.<sup>18-20</sup>

### **Cuestionarios específicos**

Incluyen sólo los aspectos importantes de un determinado problema de salud de una determinada población (ejemplo: niños o ancianos) para valorar ciertas funciones (ejemplo: la función sexual) o un determinado síntoma clínico (ejemplo: el dolor). Tienen la ventaja de presentar una mayor sensibilidad a los cambios en la CV que los genéricos ante el problema específico de salud que se está evaluando. Su mayor desventaja es que no son aplicables a la población general, con lo que no se pueden obtener valores de referencia, y no permiten comparaciones entre diferentes afecciones. Existen diversos instrumentos específicos para muchas afecciones dentro de la Gastroenterología, como el síndrome del intestino irritable, la dispepsia o la enfermedad inflamatoria intestinal.<sup>21</sup>

Dentro del grupo de los instrumentos de CV de tipo específico vale la pena describir en forma sucinta el Índice de Calidad de Vida de Spitzer (ICVS). Este instrumento simple, corto y de administración fácil incluye diferentes dimensiones relacionadas con la calidad de vida y permite discriminar los cambios entre grupos de pacientes. Consta de 5 componentes, con tres alternativas de respuesta cada

uno; las dimensiones que evalúa son: actividad física, autonomía, salud percibida, apoyo social y familiar y, por último, control y aceptación de las propias limitaciones y perspectivas de futuro.<sup>21</sup>

Los instrumentos de CV se utilizan para 3 propósitos principales: como *instrumentos discriminantes* pretenden diferenciar entre los pacientes que tienen mejor y peor CV en un momento determinado del tiempo; como *instrumentos evaluativos* pretenden medir cuánto ha cambiado la calidad de vida de los pacientes en 2 momentos de tiempo distintos, y como *instrumentos predictivos* intentan predecir la CV futura a partir de una medición única actual. Además del propósito para el que se elabore el instrumento, la demostración de su viabilidad y de las propiedades de medición de las medidas de la CV es fundamental para obtener datos clínicos válidos y fiables para su uso en la práctica e investigación clínica.<sup>21</sup>

**El cuestionario de salud SF-36** (Health Survey SF-36; Ware y Sherbourne, 1992) fue utilizado en el Estudio de los Resultados Médicos («Medical Outcome Study»), el cual permitió establecer un perfil de salud con aplicación para población general como para pacientes, en estudios descriptivos y de evaluación. Para ajustar este instrumento colaboraron investigadores de quince países para la adaptación cultural de *International Quality of Life Assessment – IQOLA–*. Dicho cuestionario original en idioma inglés fue traducido al español y luego adaptado.<sup>21</sup>

**El cuestionario de Montreux.** Cuestionario de Calidad de Vida a Pacientes Ostromizados, denominado Estudio de Montreux. Validado en Francia e Inglaterra y traducido en varias lenguas fue utilizado en 16 países europeos, entre ellos España, en más de 4000 pacientes ostromizados. El cuestionario se basa en una escala de Likert de 5 valores y recoge información de una serie de dimensiones relacionadas con la calidad de vida y organizadas en tres secciones: 1. *Autosuficiencia*, relacionada con los cuidados higiénicos del estoma. 2: *Calidad de vida*; bienestar físico, bienestar psicológico, imagen corporal, dolor, actividad sexual, nutrición, preocupaciones sociales y manejo de dispositivos. 3: *Cuestiones generales*, en relación con la aceptación del estoma y las relaciones familiares.<sup>7</sup>

## UTILIDAD DE LOS CUESTIONARIOS EN LA INVESTIGACIÓN

Los cuestionarios de calidad de vida no sólo sustituyen a las evaluaciones sintomáticas, analíticas, morfológicas, etc., si no que las complementan introduciendo algo tan trascendente como la visión del propio paciente sobre su salud.<sup>22,23</sup>

Aún no hemos logrado asimilar que la medición de la salud va más allá de los usuales indicadores de morbilidad y mortalidad, la esperanza de vida y los años de vida potencialmente perdidos. Esta nueva perspectiva intenta situar la enfermedad desde el punto de vista del paciente y donde tiene más importancia es en aquellas patologías de carácter crónico; por ello se han desarrollado

diferentes cuestionarios en los que el objetivo es la medida de la salud percibida por el paciente y cuya utilidad dependerá de su fiabilidad y validez, así como las posibilidades de interpretación de los resultados de la óptica, clínica, psicológica y social.<sup>21-23</sup>

En medicina hay un creciente interés por los estudios de calidad de vida, tanto de enfermedades orgánicas, para completar la validación de los cambios morfológicos, analíticos, etc., como, sobre todo, para valorar de forma más precisa las características de las enfermedades funcionales y la comparación de los tratamientos.<sup>23-25</sup>

La necesidad de medir el resultado de los tratamientos e intervenciones sanitarias pasa por la medición y evaluación de variables como la CV de forma comprensible para los individuos y pacientes. La medida de la CV está bien establecida como una herramienta útil para la medición del impacto de una enfermedad y de la eficacia y la efectividad de los tratamientos e intervenciones sanitarias. La información proporcionada por los instrumentos de medida de la CV y de la medición de preferencias debe incorporarse de manera sistemática a la práctica clínica y de esta manera demostrar el impacto de la enfermedad sobre el paciente y su sensación sobre el estado general de salud.<sup>25</sup>

### **Cuestionario de salud SF-36**

Es una encuesta de salud diseñada por el Health Institute New England Medical Center, de Boston Massachusetts, a principios de

los años 90, para su uso en el estudio de los resultados médicos. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general.<sup>27</sup>

Ha sido útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en la población general y en subgrupos específicos para 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, que han sido evaluadas en mas de 400 artículos y la multitud de estudios ya realizados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la calidad de vida.<sup>27,28</sup>

El cuestionario de salud SF-36 esta compuesto por 36 preguntas (Items) que valoran los estados positivos como negativos de la salud. El cuestionario cubre 8 escalas que representan los conceptos de salud, así como los aspectos relacionados con la enfermedad y el tratamiento.<sup>29</sup>

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Adicionalmente el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior.<sup>29</sup>

## **Interpretación SF-36**

Las escalas del SF-36 están ordenadas de tal forma que a mayor puntuación mayor es el estado de salud. Para el cálculo de las puntuaciones después de la administración del cuestionario hay que realizar los siguientes pasos:

- a. Homogenización de la dirección de las respuestas con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de a mayor puntuación, mejor salud.
- b. Cálculo de la sumatoria de los ítems que componen la escala.
- c. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en la escala entre 0 y 100.

Así, para cada dimensión los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud), dependiendo del número de ítems para cada dimensión.<sup>29</sup>

**Cuestionario de calidad de vida de pacientes ostomizados.  
Estudio de Montreux.**

Validado en Francia e Inglaterra y traducido a varias lenguas fue utilizado en 16 países europeos, entre ellos España, en más de 4000 pacientes ostomizados. El cuestionario se basa en una escala de Likert de 5 valores y recoge información de una serie de dimensiones relacionadas con la calidad de vida y organizadas en tres secciones:

**Sección 1:** *Autosuficiencia*, relacionada con los cuidados higiénicos del estoma.

**Sección 2:** *Calidad de vida*: bienestar físico, bienestar psicológico, imagen corporal, dolor, actividad sexual, nutrición, preocupaciones sociales y manejo de dispositivos.

**Sección 3:** *Cuestiones generales*, relacionadas con la aceptación del estoma y las relaciones familiares

La puntuación sobre la calidad de vida en cada una de las dimensiones se obtiene sumando la puntuación obtenida en los ítems englobados en las mismas y multiplicando por un factor. A partir de los ítems que configuran la sección 1, se puede calcular el *Índice de calidad de vida*.<sup>8</sup>

Cuando describimos los resultados de estudios en los que se han utilizado medidas de calidad de vida, es importante describir la importancia de la evaluación en esa población estudiada, justificar

de igual manera la elección del instrumento utilizado, conocer las propiedades psicométricas de la medida utilizada y detallar su modo de administración así como el método de puntuación utilizado.

La medida de la calidad de vida está bien establecida como una herramienta útil para la medición del impacto de una enfermedad y de la eficacia y la efectividad de los tratamientos e intervenciones sanitarias. La información proporcionada por los instrumentos de medida de la calidad de vida debe incorporarse de manera sistemática a la práctica clínica y es preciso investigar su utilidad en el diagnóstico, terapéutica y evaluación prospectiva de los pacientes, especialmente en afecciones crónicas o tratamientos e intervenciones que afecten la vida del individuo.<sup>21-28</sup>

## XIV. RESULTADOS

En el período comprendido de Enero de 2009 a Mayo de 2009 se aplicó el cuestionario general de calidad de vida SF-36 versión 2 y el cuestionario específico denominado Estudio de Montreux a 50 pacientes portadores de un estoma que asistieron a la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México. El sexo masculino predominó en 26 (52%); el rango de edad fue de 19 a 79 años con una media de 53.32; en 22 (44%) pacientes, el nivel de instrucción más frecuente fue la educación media; 36 (72%), se encontraban desempleados y 49 (98%), eran católicos.

<b>VARIABLES</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Hombres	26	52
Mujeres	24	48
<b>Nivel de Instrucción</b>		
Analfabeta	3	6
Primaria	20	40
Media	22	44
Superior	5	10
<b>Situación Laboral</b>		
Empleados	14	28
Desempleados	36	72
<b>Edad</b>		
Media (años)	55.32 (19 - 79)	
<b>Religión</b>		
Católicos	49	98
Evangélicos	1	2

**Cuadro 3.- Características socio- demográficos de la población estudiada**

En cuanto a las características del estoma en los pacientes del estudio, se encontró que el principal motivo por el que se realizó el estoma, fue enfermedad neoplásica, en 33 (66%) pacientes; seguido de enfermedad diverticular en tres (6%) y enfermedad inflamatoria intestinal en tres (6%), respectivamente (Cuadro 4).

El tiempo de evolución del estoma fue de 2 a 300 meses, con una media de 51.32 meses (Cuadro 4).

En cuanto al tipo de estoma, el más frecuente fue la colostomía, en 36 (72%) pacientes; seguido de ileostomía, en 12 (24%) y urostomía, en 2 (4%) pacientes respectivamente. En 29 (58%) pacientes, no se realizó marcaje del sitio del estoma (Cuadro 4).

El estado del estoma se dividió en plano, con retracción y bien constituido, siendo el más frecuente este último, en 30 (60%) pacientes. La piel periestomal era normal, en 44 (88%) pacientes; siendo el efluente pastoso el más frecuente en 22 (44%) pacientes (Cuadro 4).

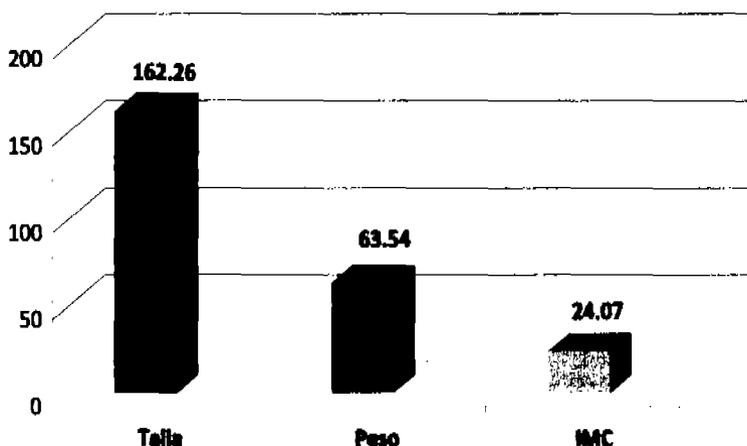
La complicación más frecuente encontrada en los pacientes del estudio fue la hernia, en 13 (26%) pacientes; 31 (62%) pacientes; no presentaron complicaciones. (Cuadro 4).

<b>Variables</b>		<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Motivo del estoma</b>	Neoplasia	33	88
	EII	3	8
	Protección	1	2
	SAR	1	2
	Diverticulitis	3	8
	Otros	9	18
<b>Estado del estoma</b>	Plano	16	32
	Retracción	4	8
	Bien Constituido	30	60
<b>Piel periestomal</b>	Normal	44	88
	Eritema	30	60
<b>Efluente</b>	Líquido	7	14
	Pastoso	21	42
	Sólido	22	44
<b>Complicaciones</b>	Hernia	13	26
	Prolapso	2	4
	Retracción	4	8
	Ninguna	31	62

**Cuadro 4.- Características del estoma de la población estudiada.**

EII: Enfermedad inflamatoria intestinal, Otros: Poliposis Adenomatosa Familiar, trauma, malacoplaquia, SAR: sepsis anorrectal.

En cuanto a las medidas antropométricas en la población de estudio se encontró que la media de la talla fue de 162.26 cm; la media del peso fue de 63.54 kg y la media del Índice de masa corporal (IMC) fue de 24.07 kg/m<sup>2</sup> (Figura 1).



**Figura 1.-** Medidas antropométricas de la población estudiada.

## **CUESTIONARIO DE MONTREUX**

El análisis del cuestionario de Montreux que incluye 3 secciones permitió recopilar la información siguiente:

### **Sección cuestiones generales**

De la población de estudio, 11 (22%) pacientes fueron capaces de olvidarse completamente que tenían un estoma; sólo 4 (8%); nunca se olvidaron del mismo; 28 (56%) pacientes aceptaban el estoma y 24 (48%) consideraron que podían seguir haciendo las cosas que habitualmente hacían antes de tener el estoma; sólo 3 (6%) pacientes no aceptaban tener estoma; 33 (66%), sintieron a su familiares sensibles a sus problema y no se encontraron cansados a causa de su estoma y la mayoría, 44 (88%), encontraron una persona en quien confiar para solicitar ayuda.

## **Sección de autosuficiencia**

Del total de pacientes, 35 (70%) de ellos se sintieron totalmente seguros para limpiarse el estoma; sólo 38 (76%), se sintió con seguridad total para cambiar o utilizar su dispositivo de recolección; 34 (68%), eran capaces de tirar su bolsa y 33 (66%), eran totalmente capaces de obtener su bolsa de recambio sin ayuda; 27 (54%), se sintieron seguros para pedir consejo o ayuda en caso necesario. La puntuación media obtenida en autosuficiencia fue de 84.9 puntos.

## **Sección calidad de vida**

Más del 70% de los pacientes reflejaron una calidad de vida aceptable (puntuación mayor o igual que 3) para los distintos ítems que configuran la sección de calidad de vida del cuestionario excepto para la "actividad sexual" 60.8% y "miedo a olores y pérdidas por el estoma" en 60%. La media de puntuación del índice de calidad de vida fue del 73.16%, con una puntuación máxima alcanzada de 99.18% (Cuadro 5).

La media obtenida para las ocho dimensiones de calidad de vida valoradas en la sección calidad de vida del cuestionario (*Bienestar psicológico, Bienestar físico, Imagen corporal, Dolor, Actividad sexual, Nutrición, Preocupaciones sociales y Manejo del estoma*) osciló entre el mínimo de 60,8% al máximo de 81,2%. (Cuadro 5).

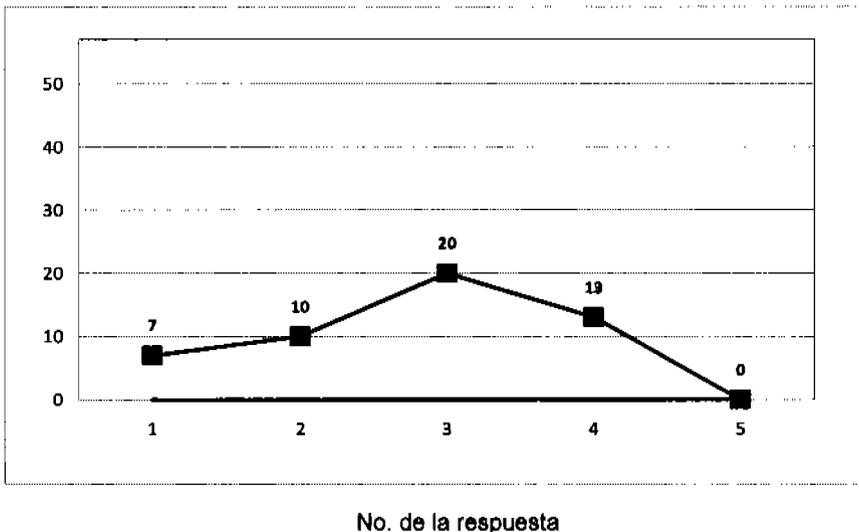
<b>Variables</b>	<b>%</b>
Bienestar psicológico	76,4
Bienestar físico	68,88
Imagen corporal	70,5
Dolor	67,4
Actividad sexual	60,88
Nutrición	78,17
Preocupaciones sociales	81,2
Manejo del estoma	79,4
Índice de Calidad de vida	73,16

**Cuadro 5.- Puntuación media en los apartados de la sección de calidad de vida y el índice de vida**

## **CUESTIONARIO SF-36**

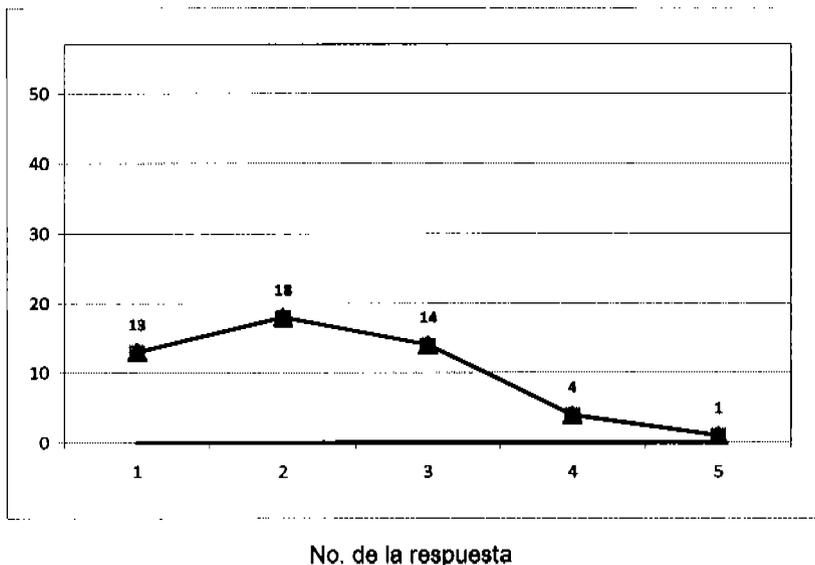
El análisis del cuestionario de calidad de vida SF-36, que incluye 36 ítems permitió recoger la siguiente Información por pregunta:

**Pregunta 1.-** ¿Diría usted que su salud es? La respuesta fue en 7 (14%), excelente; en 10 (20%), muy buena; en 20 (40%), buena; en 13 (26%), regular y en cero (0%), mala.



**Figura 2.-** Resultados de las respuestas a la pregunta 1.

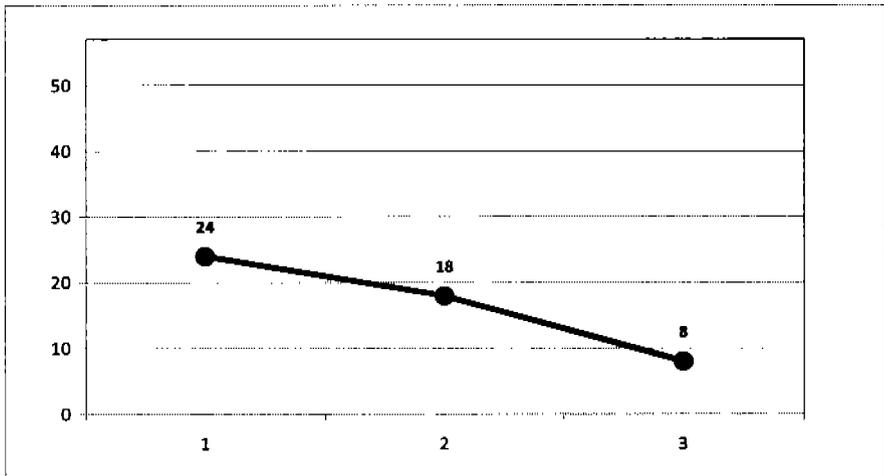
**Pregunta 2.-** ¿Como diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año? La respuesta fue en 13 (26%), mucho mejor que hace un año; en 18 (36%), algo mejor ahora que hace un año; en 14 (286%), más o menos igual ahora que hace un año; en 4 (8%), algo peor ahora que hace un año y en uno (2%), mucho peor ahora que hace un año



**Figura 3.- Resultados de las respuestas a la pregunta 2.**

**Pregunta 3.-** Las siguientes preguntas evalúan actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades?, si es así, ¿cuánto?

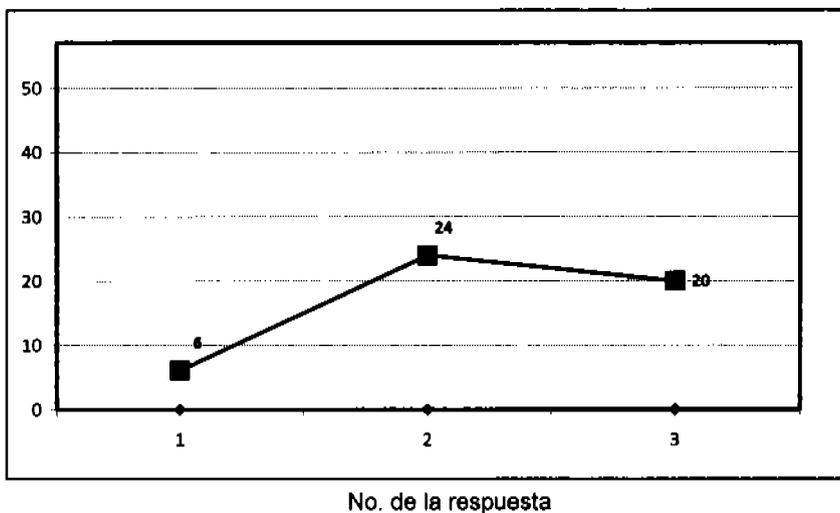
a) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores. El resultado fue en 24 (48%), sí, me limita mucho; en 18 (36%), si, me limita un poco y en 8 (16%), no, no me limita nada.



No. de la respuesta

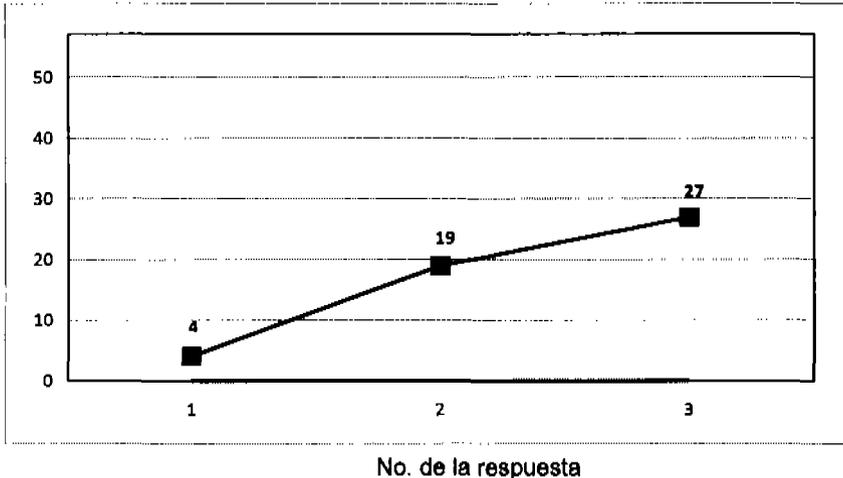
**Figura 4.- Resultados de las respuestas a la pregunta 3a.**

b) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora. La respuesta fue en 6 (12%), sí, me limita mucho; en 24 (48%), sí, me limita un poco y en 20 (40%), no, no me limita en lo absoluto.



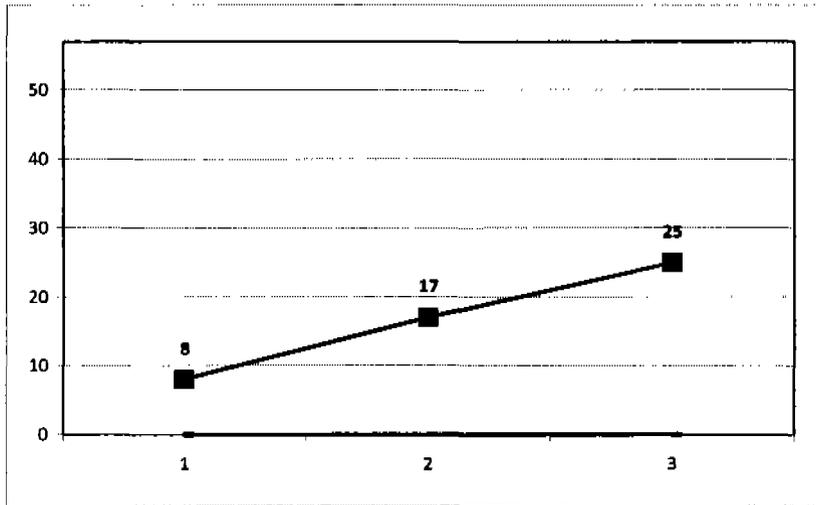
**Figura 5.- Resultados de las respuestas a la pregunta 3b.**

c) En coger o llevar la bolsa de la compra. La respuesta fue en 4 (8%), sí, me limita mucho; en 19 (38%), sí, me limita un poco, en 27 (48%); no, no me limita en lo absoluto.



**Figura 6.- Resultados de las respuestas a la pregunta 3c**

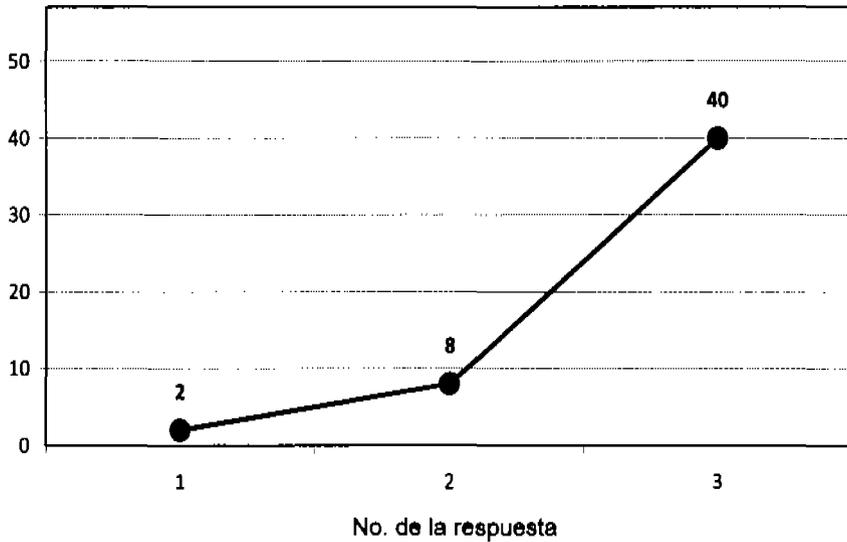
d) Subir varios pisos por la escalera. La respuesta fue en 8 (16%), sí, me limita mucho; en 17 (34%), sí, me limita un poco y en 25 (50%), no, no me limita en lo absoluto.



No. de la respuesta

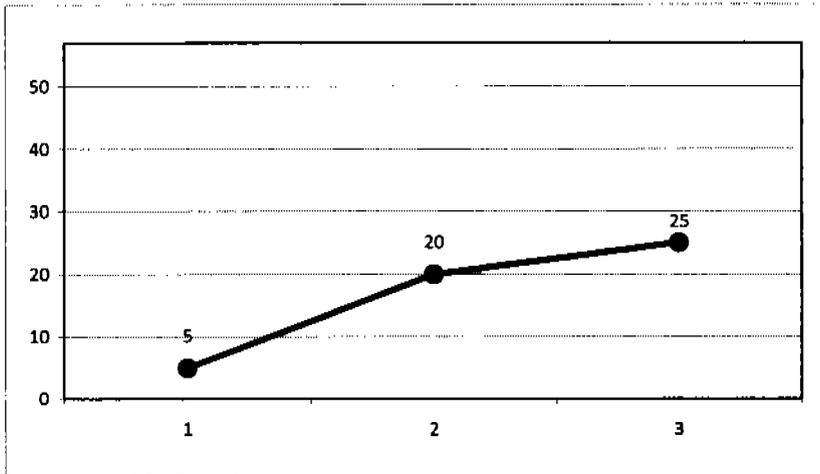
**Figura 7.- Resultados de las respuestas a la pregunta 3d.**

e) Subir un piso por la escalera. La respuesta fue en dos (4%), sí, me limita mucho; en 8 (14%), sí, me limita un poco y en 40 (80%), no, no me limita en lo absoluto.



**Figura 8.- Resultados de las respuestas a la pregunta 3e**

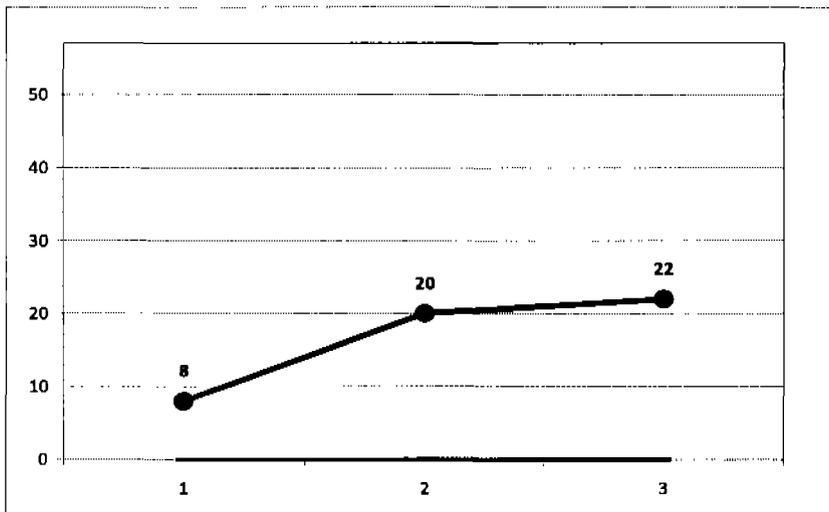
f) Agacharse o arrodillarse. La respuesta fue en 5 (10%), sí, me limita mucho; en 20 (40%), sí, me limita un poco y en 25 (50%), no, no me limita en lo absoluto.



No. de la respuesta

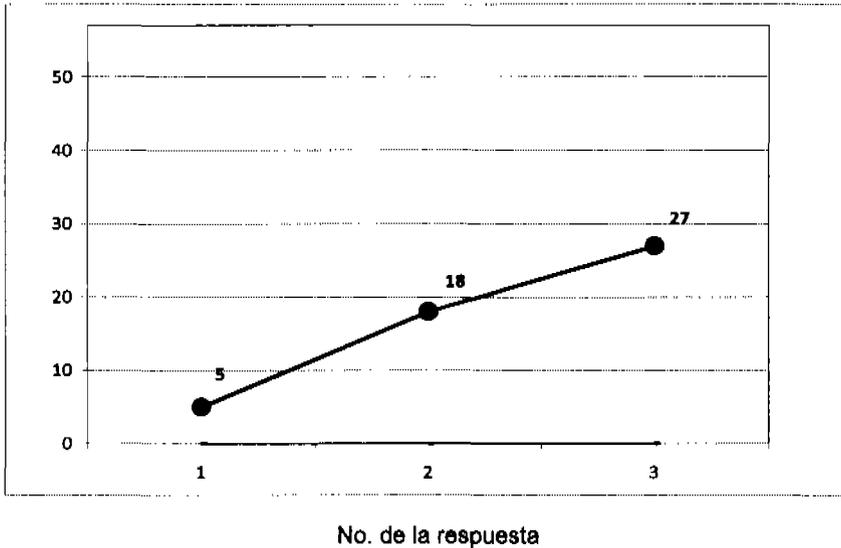
**Figura 9.- Resultados de las respuestas a la pregunta 3f**

- g) Caminar un kilómetro o más. La respuesta fue en 8 (16%), sí, me limita mucho; en 20 (40%), sí, me limita un poco y en 22 (44%), no, no me limita en lo absoluto.



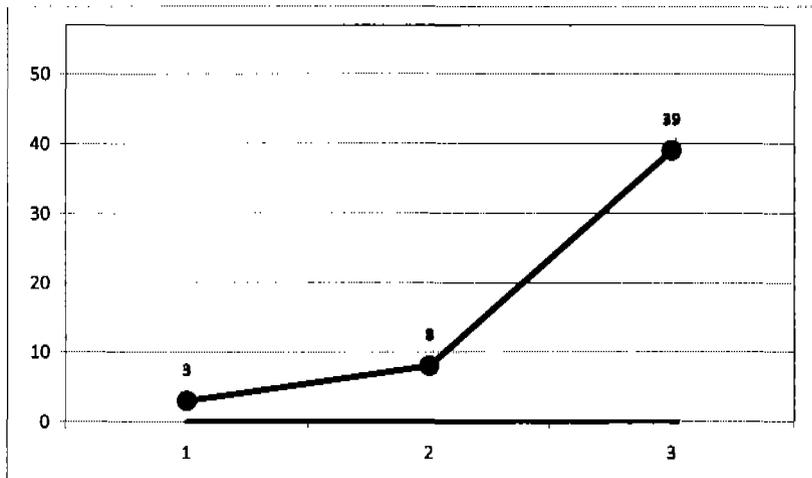
**Figura 10.- Resultados de las respuestas a la pregunta 3g**

h) Caminar varios centenares de metros. La respuesta fue en 5 (10%), sí, me limita mucho; en 18 (36%), sí, me limita un poco y en 27 (54%); no, no me limita en lo absoluto.



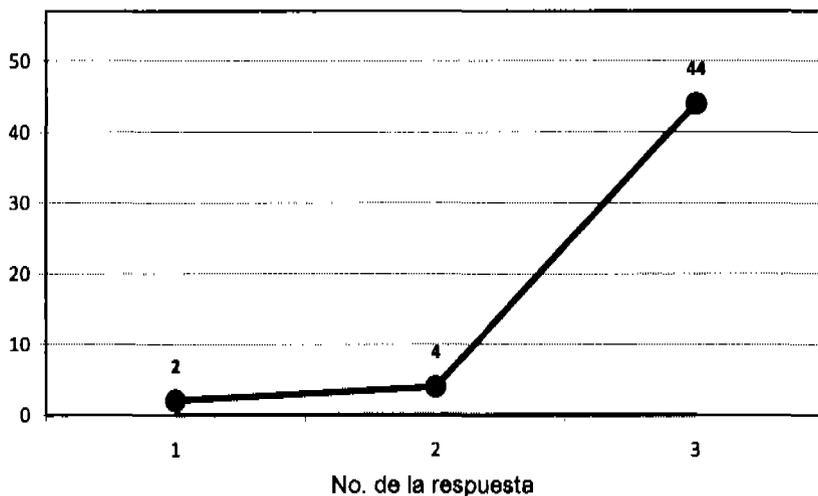
**Figura 11.- Resultados de las respuestas a la pregunta 3h.**

- i) Caminar 100 metros. La respuesta fue en 3 (6%), sí, me limita mucho; en 8 (16%), sí, me limita un poco y en 39 (78%); no, no me limita en lo absoluto.



**Figura 12.-** Resultados de las respuestas a la pregunta 3i.

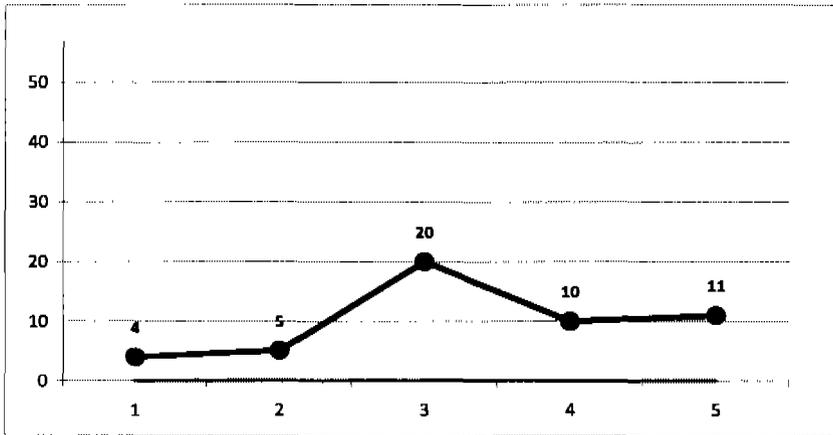
j) Bañarse o vestirse por sí mismo. La respuesta fue en 2 (4%), sí, me limita mucho; en 4 (8%), sí, me limita un poco y en 44 (88%), no, no me limita en lo absoluto.



**Figura 13.- Resultados de las respuestas a la pregunta 3j**

**Pregunta 4.-** Durante las 4 últimas semanas ¿Con que frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?:

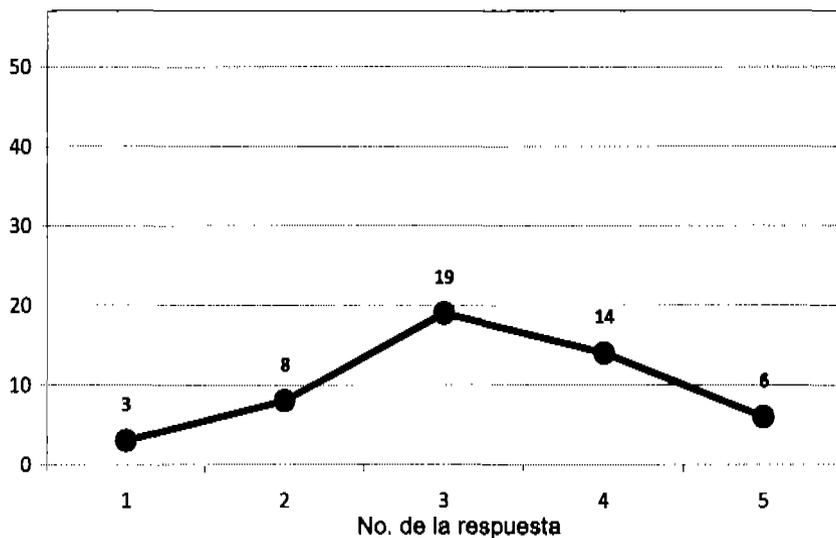
- a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? La respuesta fue en 4 (8%), siempre, en 5 (10%), casi siempre; en 20 (40%), algunas veces; en 10 (20%), solo alguna vez y en 11 (22%), nunca.



No. de la respuesta

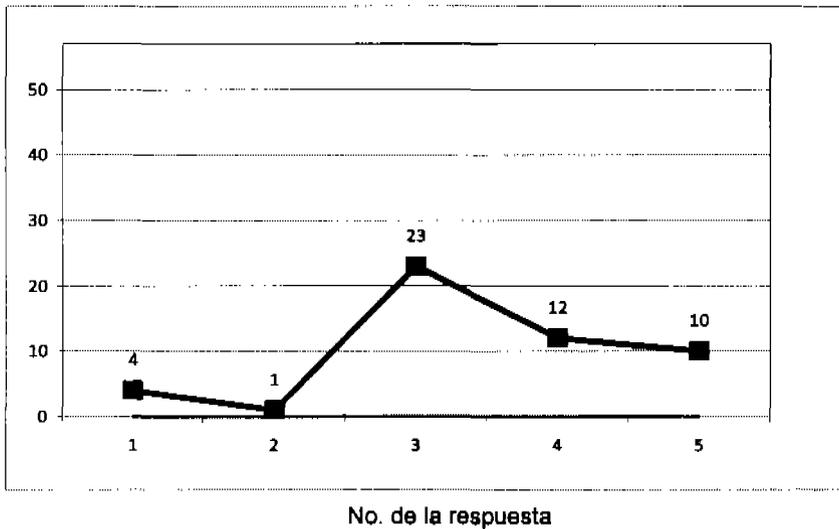
**Figura 14.- Resultados de las respuestas a la pregunta 4a**

b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? La respuesta fue en 3 (6%), siempre; en 8 (16%), casi siempre; en 19 (38%), algunas veces; en 14 (28%), casi nunca y en 6 (12%), nunca.



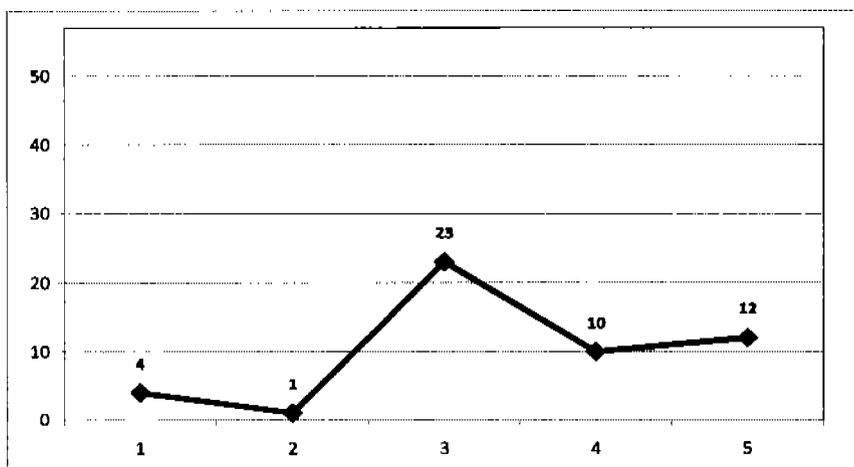
**Figura 15.- Resultados de las respuestas a la pregunta 4b**

- c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? La respuesta fue en 4 (8%), siempre; en uno (2%), casi siempre; en 23 (46%), algunas veces; en 10 (20%), casi nunca; en 10 (20%), nunca.



**Figura 16. Resultados de las respuestas a la pregunta 4c**

k) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)? La respuesta fue en 4 (8%), siempre; en uno (2%), casi siempre; en 23 (46%), algunas veces; en 10 (20%), casi nunca y en 12 (24%), nunca.

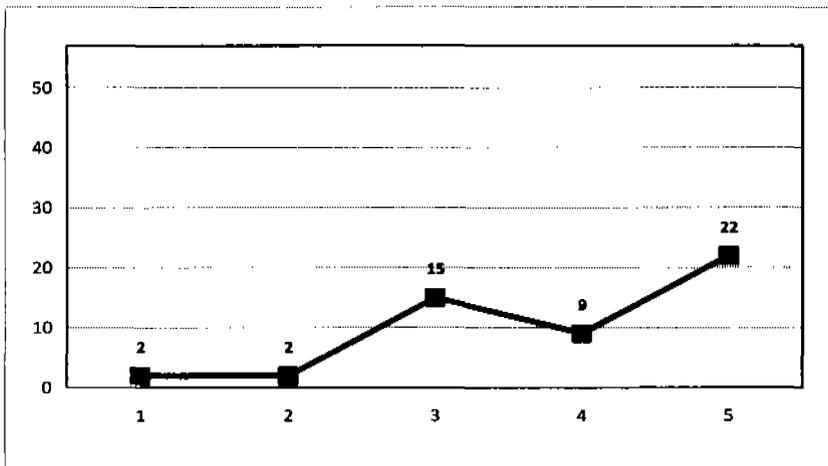


No. de la respuesta

**Figura 17.- Resultados de las respuestas a la pregunta 4d.**

**Pregunta 5.-** Durante las 4 últimas semanas: ¿Con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

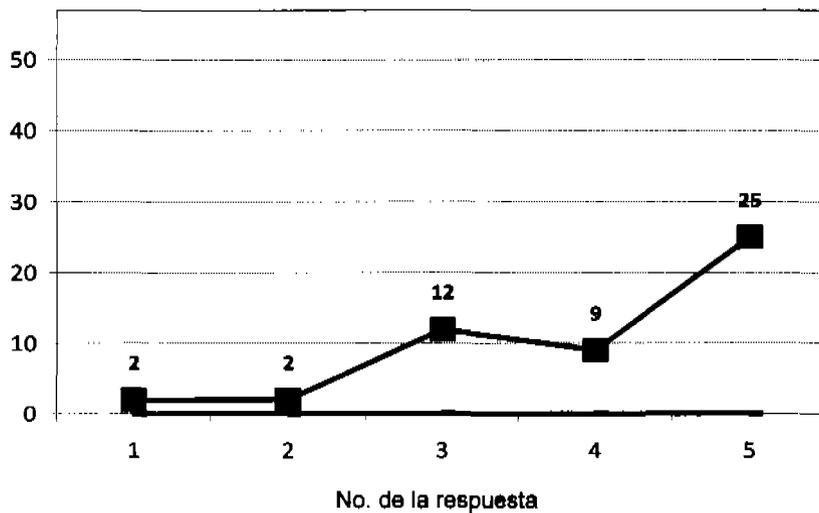
- a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional? La respuesta fue en 2(4%), siempre; en 2(4%), casi siempre; en 15 (30%), algunas veces; en 9 (18%), casi nunca y en 22(44%), nunca.



No. de la respuesta

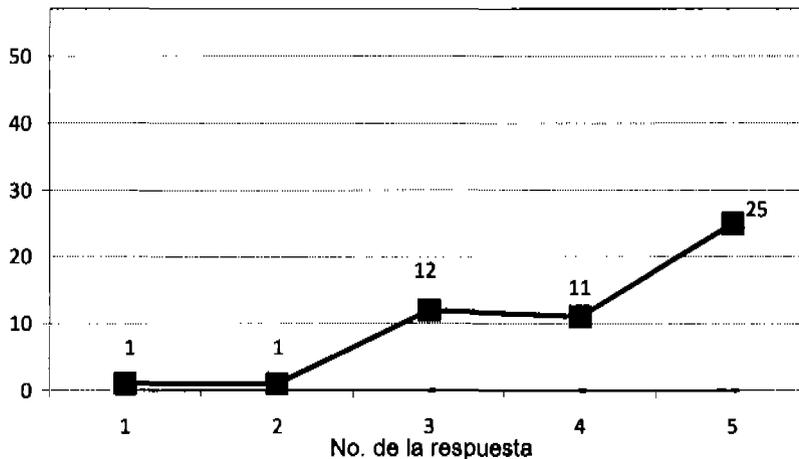
**Figura 18.** Resultados de las respuestas a la pregunta 5a.

- b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional? La respuesta fue en 2 (4%), siempre; en 2 (4%); casi siempre; en 12 (24%), algunas veces; en 9 (18%), casi nunca y en 25 (50%), nunca.



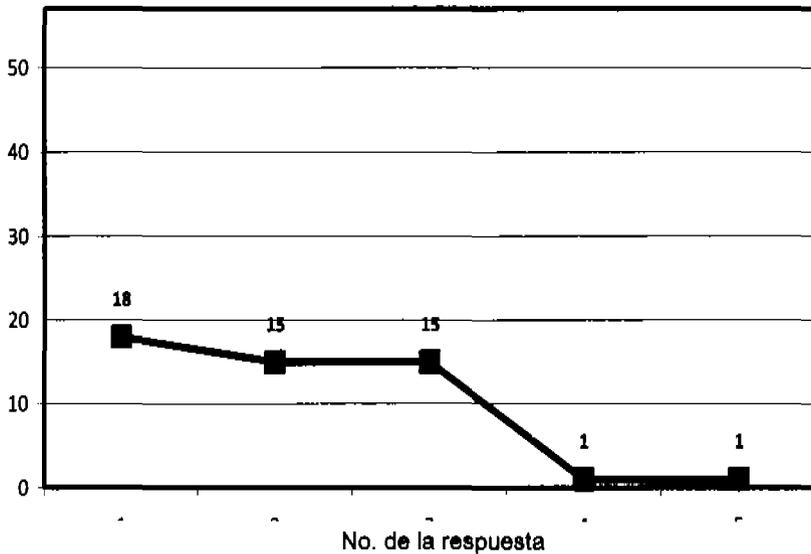
**Figura 19.** Resultados de las respuestas a la pregunta 5b.

c) ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre por algún problema emocional? La respuesta fue en uno (2%), siempre; en uno (2%), casi siempre, en 12 (24%), algunas veces; en 11 (22%), casi nunca y en 25 (50%), nunca.



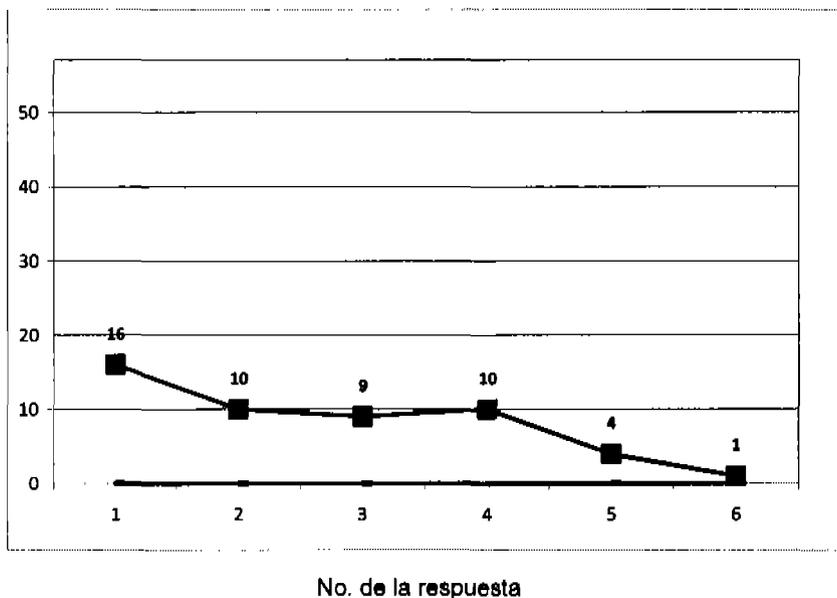
**Figura 20.-** Resultados de las respuestas a la pregunta 5c.

**Pregunta 6.-** Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, amigos, los vecinos u otras personas? La respuesta fue en 18 (36%), nada; en 15 (30%), un poco; en 15 (30%), regular; en uno (2%), bastante y en uno (2%), mucho.



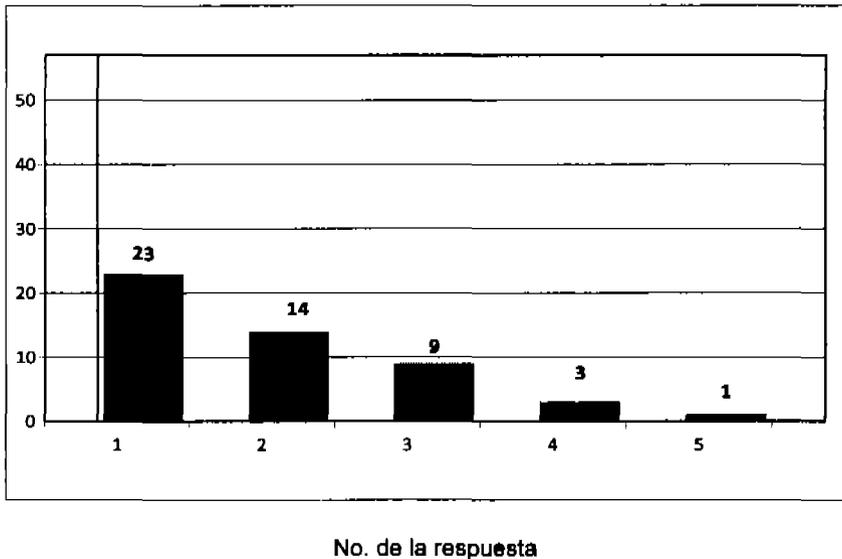
**Figura 21.-** Resultados de las respuestas a la pregunta 6.

**Pregunta 7.-** ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas cuatro semanas? La respuesta fue en 16 (32%), no, ninguno; en 10 (20%), si, muy poco; en 9 (18%), si, un poco; en 10 (20%), si, moderado; en 4 (8%), si, mucho; en uno (2%), si muchísimo.



**Figura 22.** Resultados de las respuestas a la pregunta 7.

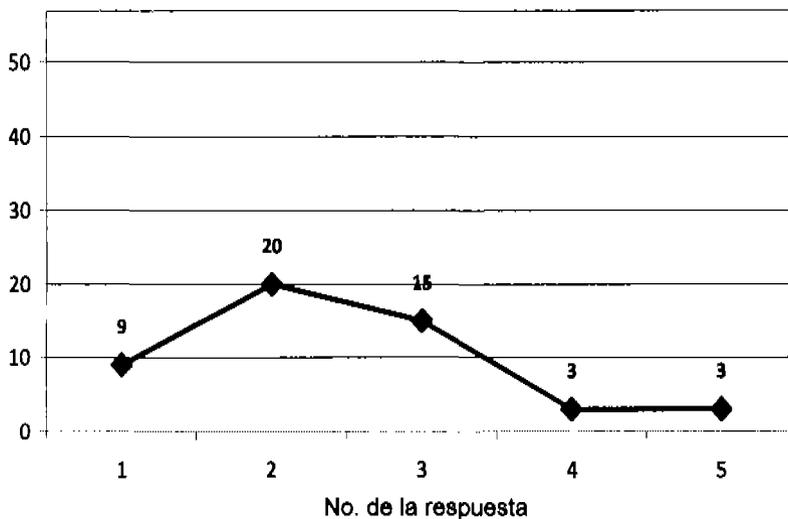
**Pregunta 8.-** Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domesticas)? La respuesta fue 23 (46%), nada; en 14 (28%), un poco; en 9 (18%), regular; en 3 (6%), bastante y en uno (2%), mucho.



**Figura 23.-** Resultados de las respuestas a la pregunta 8.

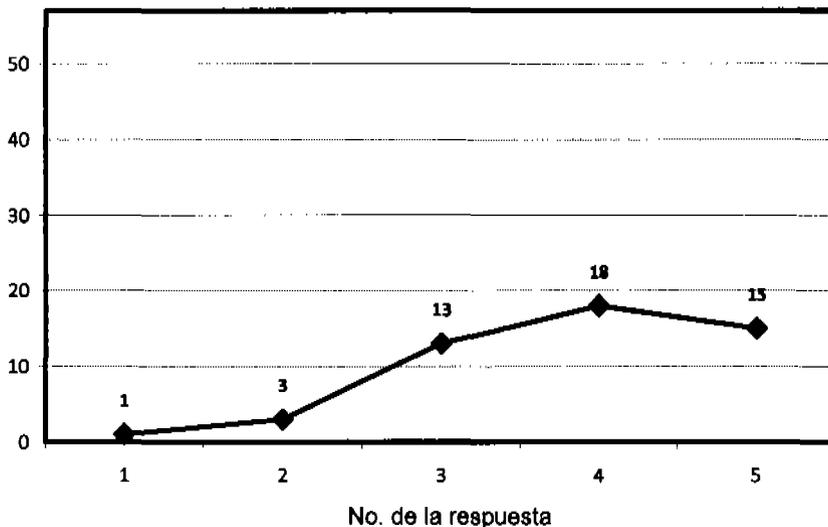
**Pregunta 9.-** ¿Como se ha sentido usted durante las 4 últimas semanas?, ¿Con que frecuencia.....

- a) ¿Se sintió lleno de vitalidad? La respuesta fue en 9 (18%), siempre; en 20 (40%), casi siempre; en 15 (30%), algunas veces; en 3(6%), solo alguna vez y en 3(6%), nunca.



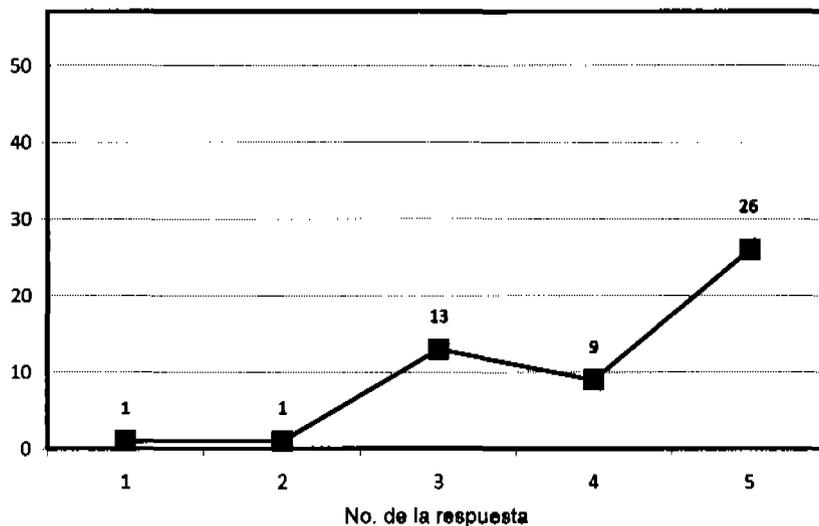
**Figura 24.- Resultados de las respuestas a la pregunta 9a.**

b) ¿Estuvo muy nervioso? La respuesta fue en uno (2%), siempre; en 3 (6%), casi siempre; en 13 (26 %), algunas veces; en 18 (36%), casi nunca y en 15 (30%), nunca.



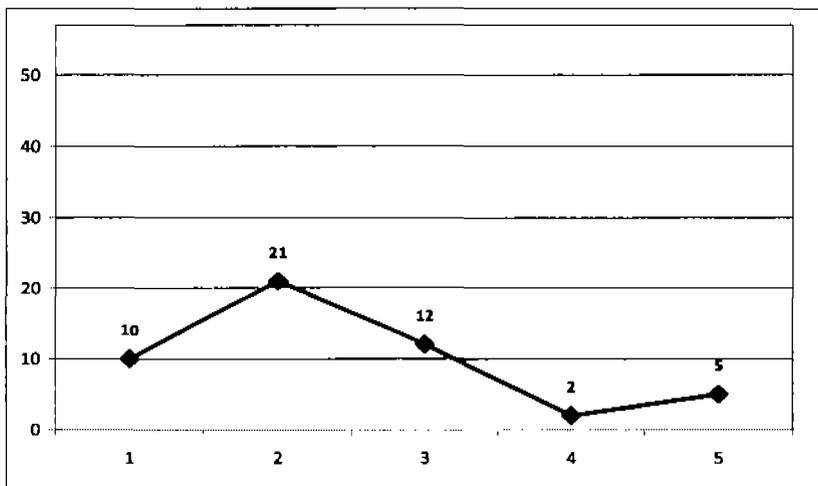
**Figura 25.- Resultados de las respuestas a la pregunta 9b.**

c) ¿Se sintió tan baja de moral que nada podía animarlo? La respuesta fue en uno (2%), siempre; en uno (2%), casi siempre; en 13 (26%), algunas veces; en 9 (18%), solo alguna vez y en 26 (52%), nunca.



**Figura 26.- Resultados de las respuestas a la pregunta 9c.**

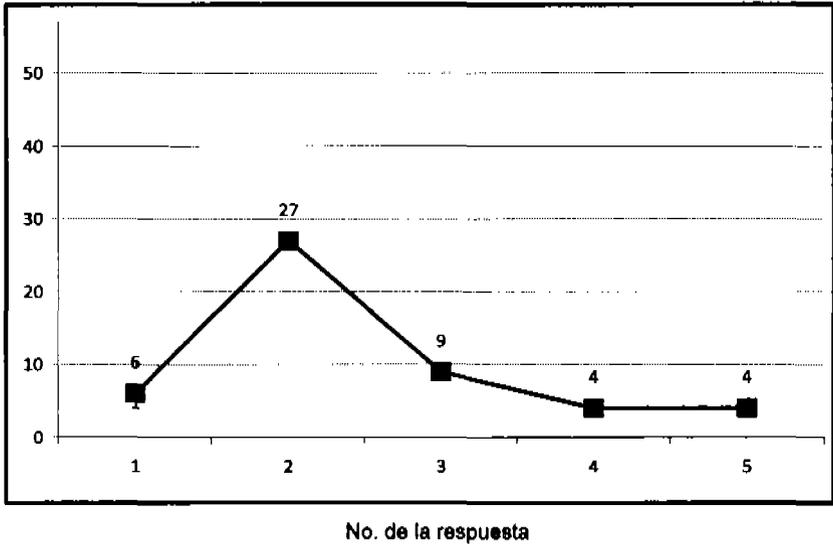
d) ¿Se sintió calmado y tranquilo? La respuesta fue en 10 (20%), siempre; en 21 (42%), casi siempre; en 12 (24%), algunas veces; en 2 (4%), solo alguna vez y en 5 (10%), nunca.



No. de la respuesta

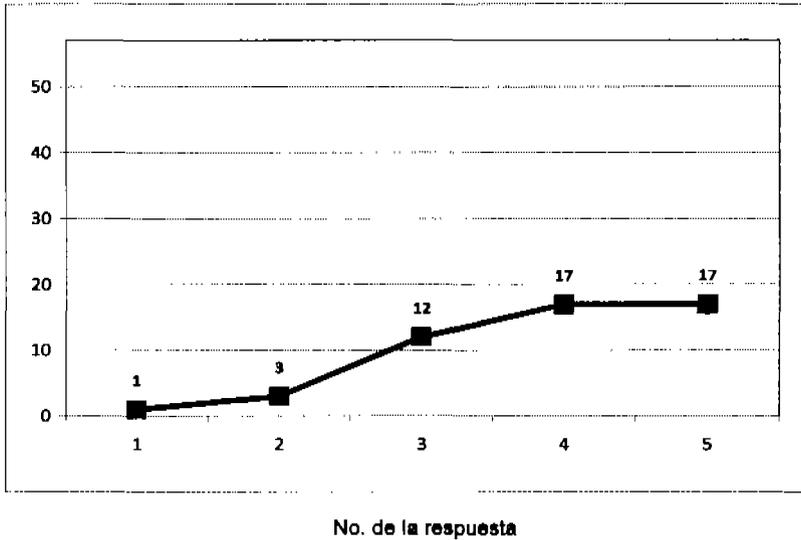
**Figura 27.-** Resultados de las respuestas a la pregunta 9d.

e) ¿Tuvo mucha energía? La respuesta fue en 6 (12%), siempre; en 27 (54%), casi siempre; en 9 (18%), algunas veces; en 4 (8%); solo alguna vez y en 4 (8%), nunca.



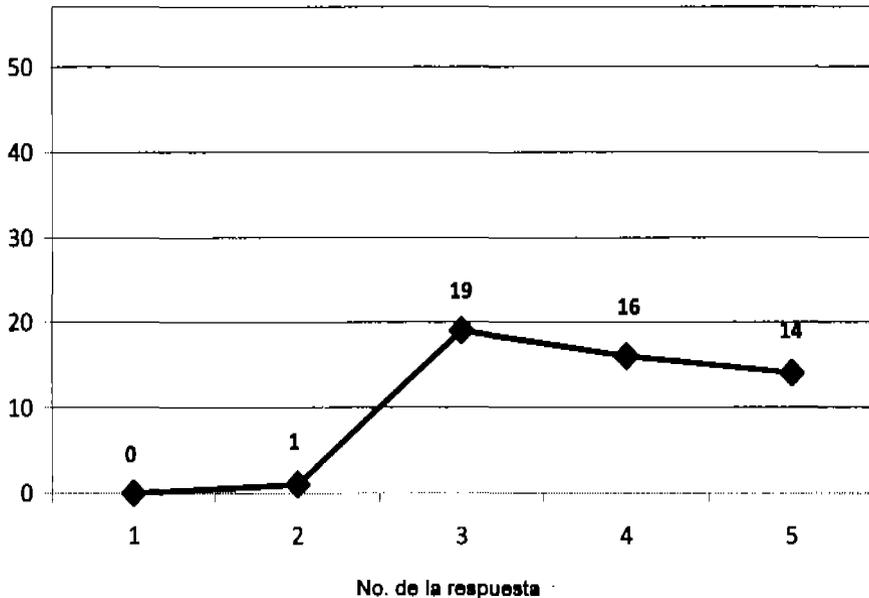
**Figura 27.- Resultados de las respuestas a la pregunta 9e.**

- f) ¿Se sintió desanimado y deprimido? La respuesta fue en uno (2%), siempre; en 3 (6%), casi siempre; en 12 (24%), algunas veces; en 17 (34%), solo alguna vez y en 17 (34%), nunca.



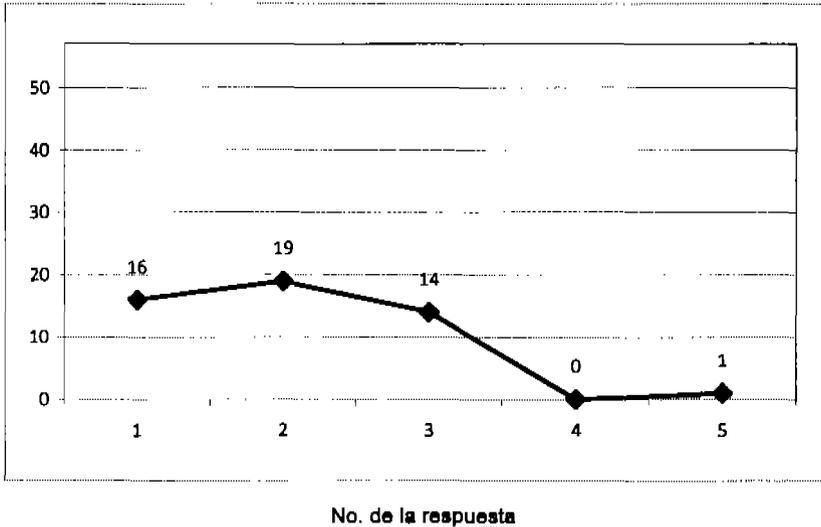
**Figura 28.- Resultados de las respuestas a la pregunta 9f.**

g) ¿Se sintió agotado? La respuesta fue en 0 (0%), siempre; en uno (2%), casi siempre; en 16 (32%), algunas veces; en 16 (32%), solo alguna vez y en 14 (28%), nunca.



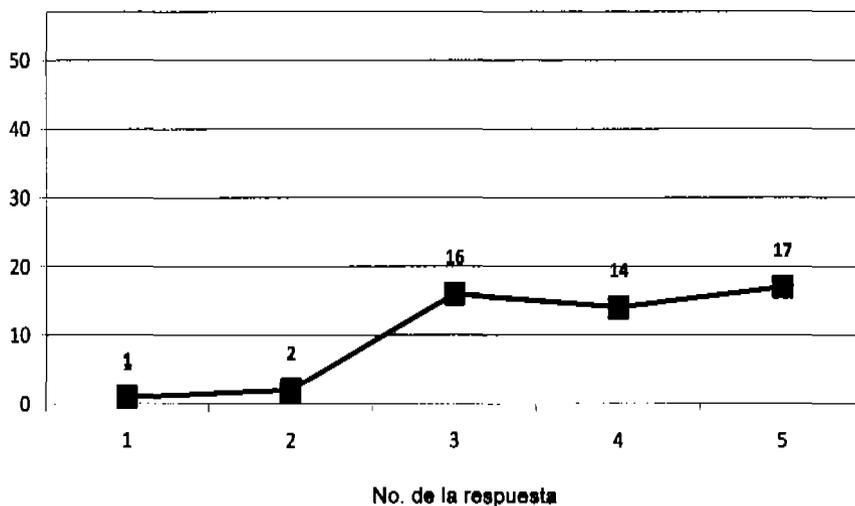
**Figura 29.- Resultados de las respuestas a la pregunta 9g.**

h) ¿Se sintió feliz? La respuesta fue en 16 (32%), siempre; en 19 (38%), casi siempre; en 14 (28%), algunas veces; en 0 (0%), solo alguna vez y en uno (2%), nunca.



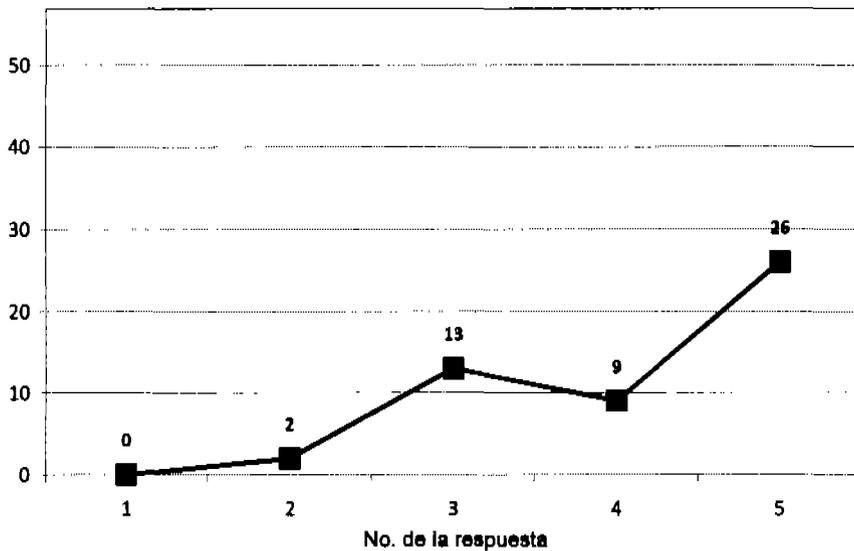
**Figura 30.- Resultados de las respuestas a la pregunta 9h.**

- 1) ¿Se sintió cansado? La respuesta fue en uno (2%), siempre; en 2 (4%), casi siempre; en 16 (32%), algunas veces; en 14 (28%), solo alguna vez; en 17 (34%), nunca.



**Figura 31.- Resultados de las respuestas a la pregunta 9l.**

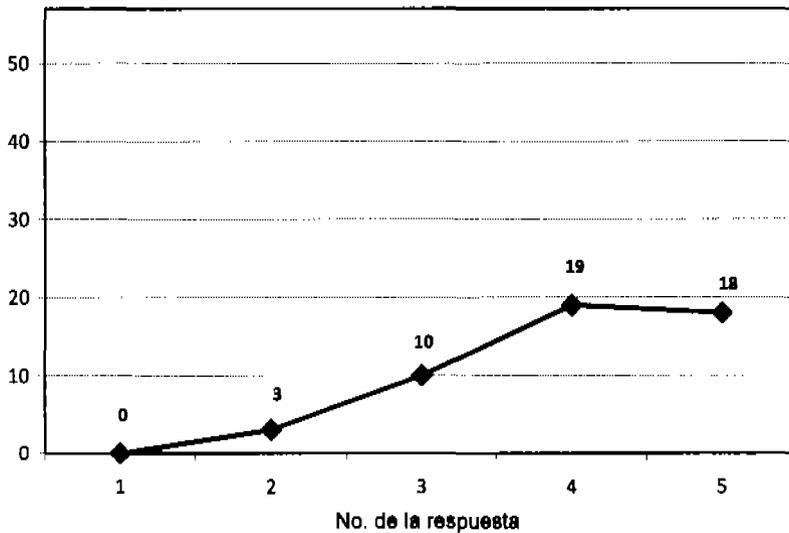
**Pregunta 10.-** Durante las 4 últimas semanas ¿Con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos o familiares)? La respuesta fue en ninguno (0%), siempre; en 2 (4%), casi siempre; en 13 (26%), algunas veces; en 9 (18%), solo alguna vez y en 26 (52%), nunca.



**Figura 32.- Resultados de las respuestas a la pregunta 10.**

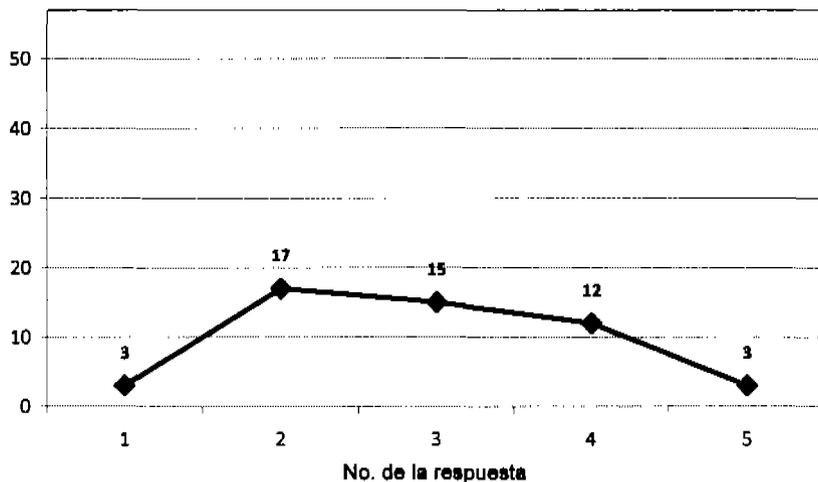
**Pregunta 11.-** ¿Diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases?

- a) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas. La respuesta fue en ninguno (0%), totalmente cierta; en 10 (20%), bastante cierta; en 10 (20%), no lo sé; en 19 (38%), bastante falsa y 18 (36%), totalmente falsa.



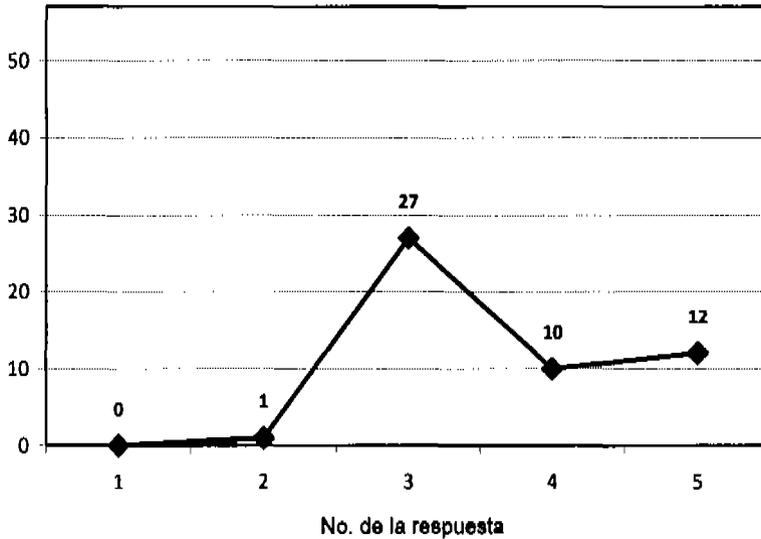
**Figura 33.- Resultados de las respuestas a la pregunta 11a.**

b) Estoy tan sano como cualquiera. La respuesta fue en 3 (6%), totalmente cierta; en 17 (34%), bastante cierta; en 15 (30%), no lo sé; en 12 (24%), bastante falsa y en 3 (6%), totalmente falsa.



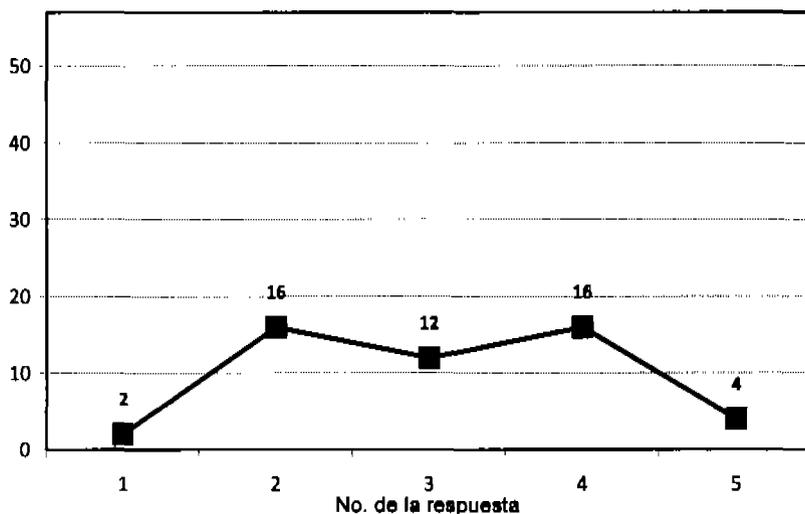
**Figura 34.- Resultados de las respuestas a la pregunta 11b.**

c) Creo que mi salud va a empeorar. La respuesta fue en cero (0%), totalmente cierta; en uno (2%), bastante cierta; en 27 (54%), no lo sé; en 10 (20%), bastante falsa y en 12 (24%), totalmente falsa.



**Figura 35.- Resultados de las respuestas a la pregunta 11c.**

d) Mi salud es excelente. La respuesta fue en 2 (4%), totalmente cierta; en 16 (32%), bastante cierta; en 12 (24%), no lo sé; en 16 (32%), bastante falsa y en 4 (8%), totalmente falsa.



**Figura 36.- Resultados de las respuestas a la pregunta 11d.**

En relación a la calidad de vida, los resultados fueron: para el funcionamiento físico, 70.70%; papel físico, 59.40%; dolor físico, 71.98%; salud general, de 59.90 % (Cuadro 6); vitalidad, 70.50%; función social, 76,75%; rol emocional, 76.33% y salud mental, 72.70% (Cuadro 7). En relación a la proporción de los componentes físicos y mentales la media fue 65.49% y 74.07% respectivamente (Cuadro 7).

	<b>COMPONENTES FÍSICOS</b>				
	<b>FF</b>	<b>PF</b>	<b>DF</b>	<b>SG</b>	<b>PCF</b>
<b>Media</b>	70,70	59,40	71,98	59,90	<b>65,49</b>
<b>Des. Est.</b>	11.39	13.51	11.47	14.23	<b>12.65</b>
<b>Mediana</b>	75	53.50	76,25	57,50	<b>65,56</b>
<b>Rango</b>	37.40	43.50	39.25	29.00	<b>37,28</b>

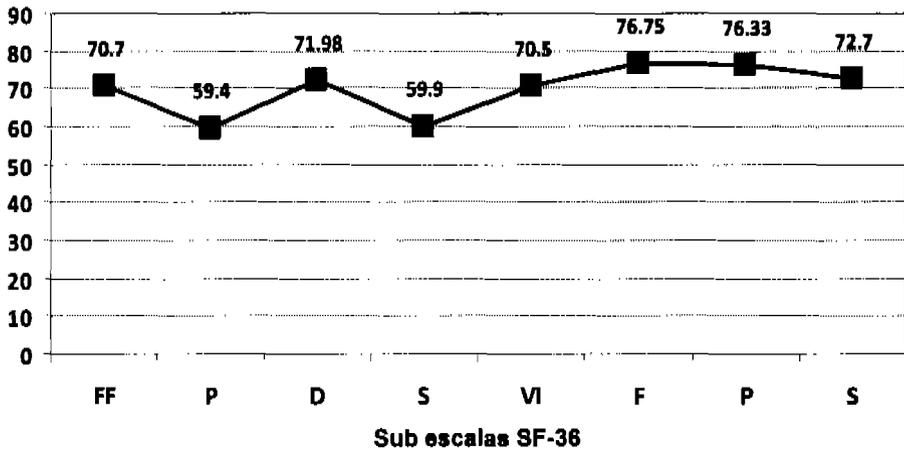
FF= funcionamiento físico, PF= papel físico, DF= dolor, SG= salud general, PCF= promedio de componentes físicos.

**Cuadro 6.- Componentes Físicos de los pacientes con estoma.**

	<b>COMPONENTES MENTALES</b>				
	<b>VIT</b>	<b>FS</b>	<b>PE</b>	<b>SM</b>	<b>PCM</b>
<b>Media</b>	70,50	76,75	76,33	72,70	<b>74,07</b>
<b>Des. Est.</b>	12.38	11.45	11.89	12.21	<b>11,98</b>
<b>Mediana</b>	75	75	87,5	75	<b>78,12</b>
<b>Rango</b>	68.95	71.50	70.23	69.27	<b>69,98</b>

VIT= vitalidad, FS= funcionamiento social, PE= papel emocional, SM= salud mental, PCM: promedio de los componentes mentales.

**Cuadro 7.- Componentes Mentales de los pacientes con estoma.**



FF= funcionamiento físico, PF= papel físico, DF= dolor, SG= salud general, VIT= vitalidad, FS= funcionamiento social, PE= papel emocional, SM= salud mental.

**Figura 37.-** Representación gráfica de la evaluación de la calidad de vida de los pacientes con estomas.

## **XV. DISCUSIÓN**

El propósito del presente estudio fue determinar la calidad de vida del paciente ostomizado que asiste a la consulta del Servicio de Coloproctología de la Unidad de Gastroenterología del Hospital general de México; en este apartado se analizaron a modo de discusión los resultados obtenidos en cada cuestionario aplicado durante el periodo del estudio. Se Valoraron los resultados obtenidos, tanto en el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos, como en el análisis de contenido realizado y se exponen reflexiones finales respecto a las variables aplicadas.

Respecto al análisis de los resultados obtenidos, pasaremos a discutir y valorar los mismos relacionando los objetivos e hipótesis del estudio con lo plasmado en el marco teórico de esta tesis.

En décadas anteriores determinar el estado de salud o enfermedad de los individuos se llevaba a cabo mediante métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos, o simplemente empleando indicadores epidemiológicos (tasas) para caracterizar una población. Sin embargo, existía un vacío instrumental para medir la calidad de vida o estado de salud individual en función de la definición de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud.<sup>27-31</sup>

La evaluación de la calidad de vida se ha utilizado para una variedad de investigaciones dentro de la medicina, entre las que destacan la descripción de la naturaleza y el alcance de los

problemas funcionales y psicosociales que confrontan los pacientes en diversas etapas de la enfermedad.<sup>31, 32</sup>

El concepto de salud está fundamentado en un marco biosociológico, socioeconómico y cultural, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que afectan la vida, la función social y la percepción; por tanto, la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional. De ahí deriva la importancia de medir la calidad de vida, que es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas.<sup>27,32</sup>

La salud de la población estudiada en ese momento, comparándola con la de hace un año, tuvo diferencias marcadas: se encontró que, es mejor ahora que hace un año, en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, no podemos obviar que existe un deterioro en relación a la calidad de vida de la población promedio, principalmente por la naturaleza de la enfermedad por la que el paciente es portador de un estoma (neoplasia, enfermedad inflamatoria intestinal, etc.).

La función física, descrita como la limitación que existe en las actividades físicas por el estado de salud del paciente, permitió observar que la limitante fue mayor en las actividades vigorosas, pero con mínima limitación en las actividades moderadas y nada en las actividades leves.

El papel físico es representado por presentar problemas con el trabajo, así como limitación en otras actividades diarias normales; los resultados permitieron observar muchas limitantes al respecto,

pues es importante enfatizar que la mayoría de la población estudiada esta integrada por personas de la tercera edad.

El dolor es una experiencia sensorial y emocionalmente desagradable asociada a daño real y/o potencial del tejido. Esta definición acentúa la naturaleza subjetiva y psicológica del dolor. Se propone que el dolor se debe entender como reacción somática que implica una sensación corporal similar a una amenaza, lo que produce incomodidad y otras emociones negativas.<sup>31</sup> Los aspectos físicos y psicológicos en la vida del paciente que se ven afectados son la habilidad en el trabajo o en el desarrollo de actividades de la vida diaria, así como en los patrones de sueño y estado emocional (depresión, ansiedad, estrés). Los pacientes expresaron que era de moderado a leve y que esto no afectaba de forma significativa sus actividades cotidianas.

El estado de salud general que expresó la población estudiada fue bueno, pues se debe destacar que se trata de pacientes un su mayoría con enfermedad terminal, y que por tal motivo afecta de forma importante su salud mental y física.

La vitalidad de la población se encontró en el rango de buena a muy buena; los pacientes expresaron que estaban un poco agotados, pero con energía casi siempre.

La función social se afectó en un pequeño porcentaje, principalmente en su área de trabajo; sin embargo no afectó en nada sus relaciones familiares.

En relación al rol emocional, el grupo estudiado expresó que el tiempo que dedicaba al trabajo disminuyó algunas veces, así como también en ocasiones no podían hacer todo lo que les hubiera gustado o con el mismo cuidado como lo hacían antes.

La salud mental de los pacientes se vio afectada en un pequeño porcentaje, porque se sentían nerviosos, sin ánimo para realizar actividades, intranquilos y un poco tristes.

Por todo esto, la calidad de vida de los pacientes ostomizados de La Unidad de Coloproctología del Hospital General, “es buena”, porque al compararla con la calidad de vida de una población normal patrón (o normalidad según Ware),<sup>29-34</sup> la cual es una media de 50% y una desviación estándar de 10, no está tan debajo de ésta, excepto el rol físico y la salud general.

## **XVI. CONCLUSIONES**

La calidad de vida de la población estudiada según el análisis de los resultados de los cuestionarios de salud aplicados fue buena, considerándose aceptable de acuerdo al estándar de la calidad de vida. El miedo a pérdidas por el estoma y el ámbito sexual, son las dimensiones más afectadas y a su vez son los responsables de la disminución en el Índice de la calidad de vida en nuestro grupo.

El cuestionario de salud general SF-36 y el cuestionario específico de Montreux, mostraron, como en otros estudios una buena discriminación y aportaron suficiente evidencia sobre su confiabilidad, validez y sensibilidad, para la evaluación de la calidad de vida.

Es importante mencionar que las mejoras en la calidad de vida de estos pacientes pueden ser debidos a la existencia de medidas educacionales y terapéuticas, proporcionadas a los mismos, pero principalmente al seguimiento multidisciplinario que reciben en nuestra Unidad.

## XVII. BIBLIOGRAFÍA

1. Villajuan-Reyes EJ. Calidad de vida del paciente ostomizado que asiste a la Consulta de Enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2006. Consulta en línea: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/villajuan\\_re/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/villajuan_re/html/index-frames.html)  
Último acceso: 8 de julio del 2009.
2. Griffero, Roberto E.H. Quality of life in patients with an ostomy. Rev Argentina de Coloproctología 9(4):176-9, dic.1998.
3. Arrontes-Caballero G, de Frutos-Muñoz R, González-Rodríguez V et al. Necesidades de cuidados y calidad de vida de los pacientes ostomizados. Educare21 2008;46:1-10.  
Acceso web:  
<http://www.enfermeria21.com/Generalitats/ficheros/verFichero.php?NzAwNTIxNDM%3D>.
4. Iraurgi-Castillo I, Poo M, Márkez-Alonso I. Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca. Rev Esp Salud Pública 2004;78:609-21.
5. Mones J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cual es su importancia? Cir Esp 2004;76:71-7.
6. Tuesca-Molina R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla, Salud Uninorte. Barranquilla 2005;21:76-86. Acceso web:

7. Vilagut G, Ferrer M, Ramil L. El cuestionario de salud SF-36 español: Una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005;19:135-50.
8. Barbero-Juárez FJ, Martín-Cañete F, Galbis-Valero V et al. Influencia de la irrigación en la calidad de vida del paciente colostomizado. *Nure Investigación* 2004;7:1-10. Acceso web: [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original7.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original7.pdf).
9. Llach BX. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *Health Outcomes Research Europe. Gastroenterol Hepatol* 2004;27(Supl3):2-6.
10. Karadag A, Bulent-Mentes B, Uner A et al. Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *Int J Colorectal Dis* 2003;18:234-8.
11. TUESCA MOLINA R. La calidad de vida, su importancia y como medirla. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col).* 2005;21:76-86.
12. Brow H, Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2005;14:74-81.
13. Nugent PK, Daniels P, Stewart B et al. Quality of life in stoma patients. *Dis Colon Rectum* 1999;14(12):1569-74.

14. Sánchez-Noguez, ML, Ceja-Martínez T. Clínica de estomas. Rev Enferm IMSS 2000;8::27-31. Acceso web: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/230F6996-CD16-49A1-9203B996D57C4446/0/20002731.pdf>.
15. López VMV. Instrumentos de calidad de vida en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Neum Cir Tórax 2006;65(S1):S11-S16.
16. Carr AJ, Thompson PW and Kirman JR. Quality of life measures. Brit J Rheumat1999;35:271-81.
17. Prutkin JM, Feinstein AR. Quality of life measurements: origin and pathogenesis. Yale J Biol. Med 2002;75:79-93.
18. Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. Br Med Bul 2008;85:113-26.
19. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. Sal Pub Mex 2002;44:448-63.
20. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Sal Pub Mex 2002;44:349-61.
21. Fernández SJ, Núñez JM, Núñez JE et al. Evaluación de parámetros de calidad de vida y repercusión funcional en pacientes con síndrome de fatiga crónica. Pat Aparat Locomotor 2006;4(1):29-38. Acceso web:

22. Dallimore E, Nickel A. Quality of life: obstacles, advice, and employer assistance. *Hum Rel* 2006;59:61-103.
23. Jordan-Marsh M. The SF-36 quality-of-life instrument: updates and strategies for critical care research. *Crit Care Nurse* 2002;22:35-43.
24. Casali P, Licitra L, Constantini M et al. Quality of life assessment an clinical decision-making. *Ann Oncol* 1997;8:1207-11.
25. Montazeri A. Health-related quality of life in breast-cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res* 2008;27:32-63.
26. Lackner JM, Gudleski GD, Zack MM et al. Measuring health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome: can less be more? *Psycosom Med* 2006;68:312-20.
27. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P et al. El cuestionario de salud SF-36 en español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005;19(2):135-50.
28. Moss MS, Hoffman CJ, Mossey J, Rovine M. Changes over 4 years in health, quality of life, mental health, and validation of life. *J Aging Health* 2007;19:1025-44.

29. Busija L, Osborne RH, Nilsson A et al. Magnitude and meaning fullness of change in SF-36 score in four types of orthopedic surgery. *Health Qual Life Outc* 2008;6:55-66.
30. Duran-Arenas L, Gallegos-Carrillo K, Salinas-Escudero G et al. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el formato corto 36. *Sal Pub Mex* 2004;46:306-15.
31. Arostegui MI, Nuñez-Anton V. Aspectos estadísticos del cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la salud Short Form-36 (SF-36). *Est Esp* 2008;50(167):147-92.
32. Contopoulos-Ioannidis DG, Karvouni A, Kouri I et al. Reporting and interpretation of SF-36 outcomes in randomized trials: systematic review. *BMJ* 2009;339:a3006doi:10.1136/bmj.a3006
33. Chang DF, Takeuchi DT, Shen H. SF-36 Health survey: test of data quality, scaling assumptions, and reliability in a community sample of Chinese Americans. *Medical Care*. 2000;38(5):542-48.
34. Costa FA, Duggan C, Bates I. Validation of a survey tool for use in cross-cultural studies. *Prim Pract* 2008;6(3):121-7.

# XVIII. ANEXOS

## ANEXO I.

### CUESTIONARIO ESTUDIO DE MOTREUX.

#### SECCIÓN 1: CALIDAD DE VIDA

1. ¿Hasta que punto se encuentra saludable

Nada	0	1	2	3	4	5	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	---	-----------

2. ¿El tiempo que duerme es suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente	0	1	2	3	4	5	Totalmente Suficiente
----------------------------	---	---	---	---	---	---	--------------------------

3. ¿Se cansa fácilmente?

Nada	5	4	3	2	1	0	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	---	-----------

4. ¿Cree que su peso actual es un problema?

Nada	5	4	3	2	1	0	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	---	-----------

5. ¿Se siente preocupado (temor o ansiedad por sus estoma)?

Nada	5	4	3	2	1	0	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	---	-----------

6. ¿Su actividad sexual es satisfactoria para sus necesidades?

Totalmente insuficiente	0	1	2	3	4	5	Totalmente Suficiente
----------------------------	---	---	---	---	---	---	--------------------------

7. ¿Cómo es su estado actual de salud?

Muy malo	0	1	2	3	4	5	Excelente
----------	---	---	---	---	---	---	-----------

8. ¿Le resulta fácil adaptarse a su estoma?

Nada fácil 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muy fácil

9. ¿Hasta que punto se la pasa usted bien? (Aficiones, entretenimiento, vida social)

Nada 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muchísimo

10. ¿Come a gusto?

Nada 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muchísimo

11. ¿Hasta que punto puede realizar sus actividades habituales? (Tareas domésticas, de oficina, otras diarias)

Nada 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muchísimo

12. ¿Come usted lo suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Totalmente Suficiente

13. ¿Hasta que punto se siente útil?

Nada 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Extremadamente Útil

14. ¿Hasta que punto usted se siente feliz?

Nada 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muchísimo

15. ¿Hasta que punto encuentra su vida satisfactoria?

Nada 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Extremadamente Satisfactoria

16. ¿Hasta que punto nota usted dolor?

Nada 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Insoportable

17. ¿Con que frecuencia nota usted dolor?

Nunca 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Continuamente

18. ¿Cómo es su calidad de vida?

Muy mala	0	1	2	3	4	5	Excelente
----------	---	---	---	---	---	---	-----------

19. ¿Hasta que punto tiene miedos de olores o pérdidas producidas por su estoma?

Nada	5	4	3	2	1	0	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	---	-----------

20. ¿Considera que la calidad y frecuencia de relaciones con sus amigos y familiares es suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente	0	1	2	3	4	5	Del todo Suficiente
----------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------

21. ¿Se siente rechazado por su familia o seres queridos?

Nada	5	4	3	2	1	0	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	---	-----------

22. ¿Hasta que punto le resulta difícil mirarse el estoma?

Nada	5	4	3	2	1	0	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	---	-----------

23. ¿A pesar de mi ostomía creo que llevo una vida normal?

Totalmente de acuerdo	5	4	3	2	1	0	Totalmente desacuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	--------------------------

## SECCION II. AUTOSUFICIENCIA

Hasta que punto se siente seguro para:

30. Limpiarse el estoma

Nada	0	1	2	3	4	5	Totalmente
------	---	---	---	---	---	---	------------

31. Cambiar o utilizar su bolsa

Nada	0	1	2	3	4	5	Totalmente
------	---	---	---	---	---	---	------------

32. Tirar su bolsa

Nada	0	1	2	3	4	5	Totalmente
------	---	---	---	---	---	---	------------

33. Obtener su bolsa de recambio

Nada 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Totalmente

34. Solicitar consejo o ayuda en caso necesario

Nada 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Totalmente

### SECCION III. CUESTIONES GENERALES.

35. Hay veces que soy capaz de olvidarme completamente de mi estoma

Nunca 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Siempre

36. Puedo seguir haciendo todo lo que hacía antes de tener el estoma

Totalmente 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Totalmente  
de acuerdo desacuerdo

37. Es imposible aceptar el hecho de tener un estoma

Totalmente 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Totalmente  
de acuerdo desacuerdo

38. A veces quedo rendido de cansancio a causa de mi estoma

Nunca 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Siempre

39. Mi familia y mi amigos son sensibles a mis necesidades personales

Nunca 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Siempre

40. Cuando tengo un problema encuentro a alguien en quien puedo confiar para ayudarme

Nunca 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Siempre

41. Sigue usted viendo a una enfermera/o especializada en estomas?

SI No

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 VERSIÓN 2

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

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

2. ¿Cómo diría usted 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. Mas o menor igual que hace un año.  
4. Algo peor ahora que hace un año.  
5. Mucho peor ahora que hace un año.

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?

	Si, me limita Mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
a. Esfuerzos intenso, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	1	2	3
b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 horas.	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra.	1	2	3
d. subir varios pisos por la escalera.	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera.	1	2	3

f. Agacharse o arrodillarse.	1	2	3
g. Caminar un kilómetro o más.	1	2	3
h. Caminar varios centenares de metros.	1	2	3
i. Caminar unos 100 metros.	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por el mismo.	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia he tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1.	2.	3.	4.	5.
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1.	2.	3.	4.	5.
c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1.	2.	3.	4.	5.
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas ( por ejemplo le costo mas lo normal.	1.	2.	3.	4.	5.

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con que frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	1.	2.	3.	4.	5.
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	1.	2.	3.	4.	5.
c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por problema emocional?	1.	2.	3.	4.	5.

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta que punto su salud física o los problemas emocionales ha 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.

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

1.No, Ninguno    2. Si, muy poco.    3. Si, un poco.    4. Si, moderado.    5. Si, mucho.    6. Si, muchísimo.

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta que 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.

9. Las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que aparezca más o como se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿con que frecuencia.....

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a. Se sintió lleno de vitalidad?	1.	2.	3.	4.	5.
b. Estuvo muy nervioso.	1.	2.	3.	4.	5.
c. Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarlo.	1.	2.	3.	4.	5.
d. Se sintió calmado y tranquilo.	1.	2.	3.	4.	5.
e. Tuvo mucha energía.	1.	2.	3.	4.	5.
f. Se sintió desanimado y deprimido.	1.	2.	3.	4.	5.
g. Se sintió agotado	1.	2.	3.	4.	5.
h. Se sintió feliz.	1.	2.	3.	4.	5.
i. Se sintió cansado.	1.	2.	3.	4.	5.

10. Durante las 4 últimas semanas con que 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. Solo alguna vez    5. Nunca

11. Por favor diga si le parece CIERTA O FALTA cada una de las siguientes frases.

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo se	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1.	2.	3.	4.	5.
b. Estoy tan sano como cualquiera.	1.	2.	3.	4.	5.
c. Creo que mi salud va a empeorar.	1.	2.	3.	4.	5.
d. Mi salud es excelente.	1.	2.	3.	4.	5.