



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**“Evaluación de la calidad de vida en pacientes con estoma intestinal
en el Hospital Juárez de México.”**

**TESIS:
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN CIRURGIA
GENERAL
PRESENTA:
DR. FAUSTO CAMPOS GUZMAN**

**TUTOR:
DR. GAVIN AMERICO CARRION CRESPO
MEDICO ADSCRITO DE CIRUGIA GENERAL HOSPITAL JUAREZ DE
MEXICO**

MEXICO DF, JULIO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

HOJA DE AUTORIZACION

**DR. CARLOS VIVEROS CONTRERAS
TITULAR DE LA UNIDAD DE ENSEÑANZA**

**DR. JAVIER GARCIA ALVAREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL**

**DR. GAVIN AMERICO CARRION CRESPO
ASESOR DE TESIS**

Agradezco a dios, mi familia, mis maestros compañeros y amigos.

INDICE

I	INTRODUCCION.....	5
II	ANTECEDENTES.....	6
III	MARCO TEÓRICO.....	8
IV	JUSTIFICACION.....	21
V	OBJETIVO.....	22
VI	METODOLOGÍA.....	23
VII	RESULTADOS	30
VIII	DISCUSION.....	43
IX	CONCLUSIONES.....	45
X	BIBLIOGRAFÍA.....	49

INTRODUCCION

Los estomas intestinales son procedimientos comunes en cirugía de urgencia y menos comunes en cirugía electiva. La decisión de realizar un estoma depende del estado subyacente del paciente, como es condición hemodinámica, tiempo transcurrido y hallazgos quirúrgicos.

Existen varias series de casos y pequeños estudios aleatorizados controlados que demostraron que no hay diferencia de morbilidad y mortalidad estadísticamente significativa en pacientes con estoma intestinal, con respecto a esto los autores concluyen que es posible demostrar que la calidad de vida en pacientes ostomizados no difiere mucho en cuanto a la población general.

Una ostomía es un tratamiento que, si bien altamente eficaz, al afectar la integridad corporal modifica la propia imagen, la capacidad funcional y social, y repercute en la calidad de vida del paciente.

Los pacientes ostomizados presentan cambios importantes como la pérdida del control del esfínter, ruidos intestinales, forma de canalizar gases, incomodidad a causa del olor y de estar pendiente del llenado de la bolsa, irritación de la piel peri-ostomal, cambios psicológicos por la modificación de la imagen corporal, falta de seguridad en sí mismo, pérdida de la autoestima,

temor, depresión, estrés y aislamiento social que influyen decisivamente en su calidad de vida.

La adaptación al estoma depende de diversos factores entre los que destacan la enfermedad de base, los tratamientos concomitantes, las condiciones de la intervención quirúrgica, las complicaciones del estoma, las secuelas posquirúrgicas, el pronóstico, las características del entorno social y psicológico, las creencias, los valores, las actitudes en relación con la enfermedad, las limitaciones físicas y el dolor, entre otras.

ANTECEDENTES

El concepto de calidad de vida ha cobrado importancia en los últimos tiempos ya que, al aumentar la expectativa de vida en la población, también se ha incrementado el número de personas con algún grado de discapacidad o con enfermedades crónicas que sufren los efectos de la enfermedad y del tratamiento médico o quirúrgico implementados. Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones subjetivas se requieren métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables.

Existen múltiples instrumentos o cuestionarios para evaluar las dimensiones que integran las mediciones de salud y de calidad de vida. Los instrumentos para medir la calidad de vida se han diseñado con diversos propósitos, con el objetivo de conocer y comparar el estado de salud entre poblaciones y para evaluar el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas que modifican los síntomas y la función física a través del tiempo.

La calidad de vida es un fenómeno afectado tanto por la enfermedad como por los efectos del tratamiento médico o quirúrgico. Los instrumentos para medir la calidad de vida deben verse como herramientas adicionales del médico en la evaluación integral del paciente y en la conducción de ensayos clínicos.¹

Se consideró como salud y buena calidad de vida a “la ausencia de enfermedad o defecto y a la sensación de bienestar físico, mental y social”, o también la sencilla pero muy adecuada definición americana de calidad de vida: “sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida”.²

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de vida del paciente portador de ostomía en el Servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México.

Factores de riesgo preoperatorio

La obesidad ha sido identificada como un factor de riesgo. Un estudio retrospectivo de resecciones anteriores encontró que cuando la falla en un estoma ocurría hasta el 33 % de tasa de dehiscencia en pacientes obesos (definido como un 20% de peso por encima del peso corporal ideal) comparado con un 15 % en pacientes no obesos ($p = 0.03$).⁵ Otro estudio retrospectivo de 208 colostomía de colon izquierdo encontró en un análisis multivariable que cuando fueron requeridas resecciones de urgencia, solo la obesidad fue un factor de riesgo mayor para complicación del estoma comparado con clasificación de ASA, edad, genero, comorbilidades, valores de laboratorio y transfusiones.¹³

Chi y colegas,¹⁵ y por otra parte Vignali y colegas, en estudios prospectivos que incluyen casi 3500 pacientes sometidos a resección colorrectal por malignidad, no encontraron a la obesidad como factor que incremente el riesgo.^{14,15} Parece lógico que la obesidad aumente el riesgo

por dificultades en la limpieza adecuada del tejido adiposo del estoma, así como tensión e isquemia causada por un mesenterio corto y grueso.

De acuerdo a lo reportado en la mayoría de la literatura, complicaciones son detectadas entre el 3^o hasta el 45^o días posterior a la cirugía.^{28,29}

Se han descrito dos picos en cuanto al momento cuando se hace el diagnóstico. Cuando se producen complicaciones clínicamente, el día postoperatorio medio de diagnóstico es de 7 días, cuando se hace radiológicamente, el día postquirúrgico promedio es el 15%³⁰.

Es necesario destacar que el 42% de los pacientes fueron diagnosticados después de que ya había sido dado de alta del hospital y requirió nuevo internamiento por los síntomas abdominales. Igualmente preocupante es que en un 12%, se realizó el diagnóstico 30 días después de su operación. Este estudio plantea una preocupación y una recomendación.

La preocupación es que con altas anticipadas del hospital, generalmente, dentro de 5 días. Los pacientes deben ser educados en cuanto a cuáles son los signos de alarma y que ante cualquier cambio deberá acudir a valoración por su cirujano. Además, el seguimiento cercano

debe llevarse a cabo durante los primeros 40 días después de la operación.^{9,30} Esto es relevante para los resultados en general, porque hay un aumento de la morbilidad cuando hay un retraso en el tratamiento de las ostomías. Las tasas de mortalidad oscilan entre 0% a 32%.^{14,17}

Clasificación de ASA

La clasificación de la ASA es utilizada fue creada por los anestesiólogos para clasificar la condición física preoperatoria del paciente. La escala va de 1, lo que significa un paciente normal y sano, hasta 5, que representa un paciente sin probabilidad de sobrevivir 24 horas. En un análisis multivariable de complicaciones del estoma en 1,417 resecciones del colon por encima de la reflexión peritoneal un grado ASA 3 a 5 y una indicación de urgencia para la operación resultaron ser los únicos dos estadísticamente significativos ($p < 0,0001$) factores de riesgo para complicaciones con manifestaciones clínicas.¹⁴ Esta conclusión se vio reforzada en un estudio de casos y controles donde se encuentra que una calificación ASA > 3 era un factor de riesgo importante.¹⁰ Las condiciones de morbilidad, representadas por una puntuación ASA > 3 , son un método para indicar a los pacientes en mayor riesgo de complicaciones.

Comorbilidades como la diabetes mellitus, hipertensión y las enfermedades cardíacas representan todas las condiciones que afectan la clasificación de

ASA y pueden causar problemas de circulación en la microcirculación necesario para una ostomía saludable.

Enfermedad diverticular

En un análisis prospectivo donde se dio seguimiento a la indicación de la operación, reveló que la enfermedad diverticular fue un predictor independiente significativo necesidad de estoma ($p < 0.0001$).¹⁶

Consumo de tabaco y alcohol

El consumo de tabaco y alcohol, también se han identificado como factores de riesgo. Un estudio retrospectivo examinó 333 pacientes entre 1993 y 1996 y se encontró que fumar fue asociado con mayor tasa de complicaciones en el análisis multivariable traducido en peor calidad de vida.

La relación entre los dos puede ser secundaria a la isquemia causada por el tabaquismo provocada por la enfermedad micro vascular. Estudios adicionales también han encontrado que el abuso de alcohol (> 35 bebidas a la semana) es un factor de riesgo importante para la microcirculación.¹¹

En este estudio, el consumo de grandes cantidades de alcohol podría ser un condicionante para un estado nutricional deficiente.

Preparación intestinal mecánica

Se ha estudiado si la carga fecal del colon en el momento de la realización del estoma influye en la funcionalidad.

Para las operaciones electivas, el objetivo de la preparación mecánica del intestino es reducir la carga bacteriana en el colon. (22)

Un modelo animal ha demostrado mayores tasas de complicaciones en ratas cuando las heces sólidas están presentes en su colon.²³ Cuando se analizaron de forma similar en caninos, no hubo diferencia en la tasa de complicaciones del colon preparado y no preparado.²⁴ Esto sugiere que la materia fecal intraluminal podría tener efectos tróficos sobre el epitelio y el estoma. Se han realizado varios estudios en humanos que han estudiado la cuestión del uso de preparaciones del colon.

Uno de los primeros ensayos aleatorios para examinar esta cuestión incluyó 267 pacientes que fueron seleccionados al azar para preparación mecánica del intestino versus nula preparación del intestino antes de la realización del estoma en colon.²⁵ Los resultados revelaron una tasa de 2% de complicaciones en pacientes no preparados, en comparación con un 4% en los pacientes preparados, pero esta diferencia no fue significativa ($p = 0.28$).

Varios años más tarde, otro estudio prospectivo de 329 individuos en el cual se asignaron pacientes al azar para no preparar el colon en cirugía electiva.²⁶ Del mismo modo, no hubo una diferencia significativa en las tasas de complicaciones entre los grupos.

Un tercer estudio de casos y controles encontró que el lavado intestinal mecánico no tuvo influencia sobre la tasa.¹⁰

Género

El género es a menudo identificado como un factor de riesgo para las complicaciones. En un estudio prospectivo de 196 pacientes con resecciones rectales por cáncer con un análisis multivariable mostró que los pacientes masculinos con estoma tuvieron una tasa más elevada de complicaciones que las mujeres.⁶ Del mismo modo, un análisis retrospectivo de 541 operaciones encontró una tasa de 11% para los hombres comparada con solo un 3 % en mujeres que en el análisis multivariable fue significativo ($p = 0.001$).⁷

Esta diferencia se mantuvo a lo largo de sus análisis de subgrupos de pacientes. Pacientes con cáncer a < 12 cm del margen anal y pacientes que requirieron una resección anterior algunos estudios han mostrado tasas más elevadas de complicaciones en pacientes masculinos a lo largo de todo el colon. En una evaluación prospectiva de paciente masculinos, Bragan and Finnis¹⁹ notaron que fue substancialmente mas alta la tasa de necrosis estomal en hombres (5.6%) comparado con mujeres (2.4%).

Actualmente, no hay consenso general lo más probable es que el género sólo influye en los estomas bajos. Datos que apoyan esta situación provienen de estudios realizados por Biondo et al ¹³ así como Choi et al. ¹⁴,

ambos encontraron tasas similares de complicaciones independientemente del género en los estomas realizados.

Estado nutricional

El estado nutricional es un importante factor en contribuir a la dehiscencia en puntos de sutura del estoma y su umbilicación. Varios estudios han mostrado una correlación entre niveles bajos de albumina y un incremento en la incidencia de complicaciones.^{10,12} Es esencial evaluar los niveles nutricionales antes de la cirugía y embarcar métodos para revertir cualquier estado catabólico. La alimentación postoperatoria temprana generalmente es bien tolerada después de resecciones colorrectales y no hay un aumento en las tasas de fuga cuando la alimentación temprana se instituye. En la actualidad, no hay recomendaciones establecidas en cuanto a cuál es el nivel nutricional óptimo para realizar una cirugía. Un estudio de caso y controles encontró que la malnutrición (albumina sérica <35g/L) fue un substancial factor de riesgo para la umbilicación y necrosis estomal después de un análisis multivariable, con un Odds Ratio de 13.2 (95%.CI, 2.83 – 61.85) en el grupo de “necrosis” y “no necrosis” estomal.¹⁰ además, este estudio encontró que pérdida de peso de > 5kg fue un factor de riesgo para dehiscencia de anastomosis con un Odds Ratio de 27.6 (95% CI, 2.83 – 128.74). Su conclusión fue que la desnutrición, descrita como pérdida de peso o bajos niveles de albumina, fue un fuerte factor de riesgo para necrosis estomal. Si se trata de hipoalbuminemia o bajos niveles de

prealbúmina, la evidencia de la deficiencia de esta proteína coloca a un paciente en mayor riesgo de umbilicación estomal. La mejora preoperatoria de la nutrición es una importante medida de reducción del riesgo, pero varios estudios han demostrado que para la mayoría de los pacientes, a menos severamente desnutridos, no hay ningún beneficio para la nutrición parenteral preoperatoria.¹⁸

Duración de evento quirúrgico

Hay una categoría de pacientes sin algún factor de riesgo preoperatorio para fracaso del estoma que desarrollan esta complicación como resultado de eventos intraoperatorios.

Por ejemplo, una revisión retrospectiva de 1014 pacientes observó que en pacientes en los que se produjo necrosis estomal después de la resección rectal y colostomía, hubo una duración media y mediana significativamente más larga de la operación (220 minutos frente a 186 minutos; $< p 0,05$).¹⁵

Una correlación similar entre la tasa de umbilicación y las operaciones que duraron > 4 horas se encontró en un examen prospectivo de 391 resecciones colorrectales.¹⁷ Estos resultados sugieren que una elevada tasa de umbilicaciones está asociada con resecciones más difíciles.

Uso de drenajes

En el tema de uso rutinario de drenajes en pacientes con diverticulitis posterior a la colocación de un estoma, ya sea ileostomía o colostomía, aquellos en defensa del uso de drenajes creen que juegan un papel en la evacuación de colecciones líquidas de la cavidad abdominal, disminuyendo la incidencia de la formación de abscesos, al mismo tiempo que sirve como un marcador preventivo temprano de sepsis abdominal.

Existen informes contradictorios reportados en la literatura en cuanto a los pros y contras del uso rutinario de drenajes. Merad y colegas realizaron un estudio controlado, multicéntrico incluyendo 317 pacientes que probaron que los drenajes intraabdominales no eran benéficos ¹⁹ Los pacientes se designaron al azar a ser portadores de drenaje abdominal y otro grupo sin drenaje, no encontraron ninguna diferencia en los dos grupos con respecto a los abscesos pélvicos (9% para cada grupo). En este estudio de adecuado nivel de evidencia se concluyó que no había ninguna indicación justificable para colocar un drenaje en las resecciones del colon por encima del promontorio sacro. Por el contrario, se cree que es potencialmente dañino porque un paciente tuvo un hematoma en relación con el drenaje y otro requirió retiro quirúrgico del drenaje.

Un metaanálisis de las complicaciones de la resección colorrectal examinó cuatro ensayos controlados y aleatorizados desde 1987 hasta 1995, que comparó el uso rutinario de drenajes.²⁰

Aunque los ensayos fueron subóptimos en calidad, cuando sus resultados se

agruparon se encontró un odds ratio para dehiscencia clínica de 1,5 a favor del grupo sin drenaje.

Yeh y colegas ²¹ llegaron a una conclusión similar en un estudio prospectivo de 978 pacientes con resecciones anteriores con una tasa de complicaciones de 2.8% (odds ratio 9.13; 95% CI, 1.16-71.76). También concluyó que no había ninguna indicación colocar drenaje.

Estudios como estos son útiles para destacar que los drenajes no son adecuados para identificar una población con complicaciones tempranas.

El consenso general es que no se benefician de drenaje, teniendo en cuenta las preferencias del cirujano para determinar esta decisión.

Objetivo de la investigación:

Objetivo de la investigación: Estudiar la calidad de vida en pacientes ostomizados que asiste a la consulta del servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México aplicando una escala de calidad de vida a través de una encuesta a cada paciente.

Pregunta de investigación:

¿Cómo es la calidad de vida en cada uno de los pacientes con estoma intestinal?

Tipo de estudio:

Cualitativo, longitudinal, ambispectivo.

Justificación:

Los estomas intestinales son procedimientos relativamente frecuentes en el Servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México y la experiencia en la realización de este procedimiento es amplia, sin embargo el espectro de complicaciones que rodean al procedimiento no es despreciable, desde complicaciones leves hasta aquellas que van ligadas directa o indirectamente al desenlace fatal del paciente.

Criterios de inclusión:

Todos los pacientes que se les realice estoma intestinal por el servicio de cirugía general.

Criterios de exclusión:

Incapacidad para el auto cuidado del estoma

Enfermedad en etapa terminal

Portadores de más de un estoma

Incapacitados para llenar el cuestionario.

Criterios de eliminación:

Seguimiento incompleto

Expediente con datos incompletos

Se realizó un estudio descriptivo, de corte, ambispectivo en pacientes portadores de ostomía atendidos en el Servicio de Cirugía General, del Hospital Juárez de México, entre el 1 de enero 2010 al 31 de diciembre del 2014.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que aceptaron colaborar en forma voluntaria.

Los pacientes otorgaron su consentimiento por escrito previa información del objetivo del estudio y la garantía de anonimato.

Se excluyeron todos los pacientes con incapacidad para el autocuidado del estoma, a los que sufrían enfermedad en etapa terminal, a los portadores de más de un estoma y a los incapacitados para llenar el cuestionario.

Se registraron en hojas de recolección de datos las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de evolución con el estoma, marcaje previo a la cirugía, motivo del estoma, situación laboral, religión, grado de escolaridad, talla, peso y situación socioeconómica.

Definición de variables

Genero

Categoría que se refiere al masculino o femenino.

Edad

Años cumplidos al momento de la cirugía.

Tiempo quirúrgico

Tiempo medido en horas de la duración de la cirugía.

Tipo de ostomía

Se refiere al origen del estoma ya sea intestino delgado o en intestino grueso.

Drenajes

Material empleado para evacuar contenido intra abdominal hacia el exterior.

Cirugía de urgencia

Procedimiento quirúrgico que se realiza sin programación previa.

Cirugía electiva

Procedimiento quirúrgico que lleva un proceso de estudio preoperatorio y se programa la fecha establecida previamente.

Preparación intestinal.

Administrar medicamentos o sustancia previamente a la cirugía para limpiar el colon/intestino delgado de su contenido intraluminal.

Día posquirúrgico

Tiempo medido en días a partir de la fecha de cirugía.

Diabetes mellitus

Pacientes con diagnóstico previo a la cirugía de Diabetes mellitus según criterios de la ADA (**American Diabetes Association**)

Hipertensión arterial sistémica

Pacientes con diagnóstico previo a la cirugía de Hipertensión arterial sistémica según criterios de JNC – 7 (Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure).

Enfermedad diverticular

Presencia de divertículos en la pared del colon derivada de una anomalía de las capas musculares.

Clasificación de ASA (American Society of Anesthesiologists)

Sistema de clasificación que utiliza el asa para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente.

Consumo de alcohol

Pacientes que referían consumir alcohol previamente a la cirugía sin especificar la cantidad de copas por semana

Consumo de tabaco

Pacientes que referían consumir tabaco previamente a la cirugía sin especificar la cantidad de cigarrillos por semana.

Albumina sérica

Valor de albumina sérica de los pacientes previo a la cirugía.

Índice de masa corporal (IMC)

El IMC se define como el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m²). El IMC es el mismo para ambos sexos y todas las edades (en adultos). El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. La definición de la OMS es la siguiente: Un IMC de 17 a 18.49 determina delgadez, 18.5 a 24.99 se considera normal, 25 a 29.99 determina sobrepeso, 30 a 34.99 se considera obesidad grado I, 35 a 39.99 se considera obesidad grado II.

Además, se aplicaron dos cuestionarios de calidad de vida:

- El SF-36 versión 2.0 con 36 reactivos relativos a ocho dimensiones (función física, papel físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, papel emocional y salud mental) que miden la calidad de vida en pacientes con cualquier tipo de enfermedad.^{3,4}
- El cuestionario de Montreux,⁵ diseñado para evaluar específicamente la calidad de vida del paciente portador de un estoma.

Los cuestionarios fueron aplicados en forma directa por el investigador principal que supervisó el correcto llenado de los mismos y aclaró dudas.

En el cuestionario de salud FACT-BL 4 el funcionamiento físico se expresa en 10 puntos; vitalidad, cuatro puntos; papel físico, cuatro; dolor, dos; estado general de salud, cinco; función social, dos; papel emocional, tres y salud mental cinco. Cada pregunta recibe un valor que posteriormente se transforma en una escala de 0 a 100 en donde 0 corresponde a un peor estado de salud y 100 a perfecto estado de salud.

Este cuestionario fue adaptado al español por Alonso et al.⁶ y en México ha sido validado y estandarizado para la población nacional por Zúñiga et al.⁷ así como por Durán,⁸ quienes consideran que existe una validez satisfactoria que otorga confiabilidad a esta prueba.

El cuestionario de Montreux, validado en Francia e Inglaterra y traducido a varios idiomas,⁹ se basa en una escala de Likert de cinco 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 con la suma de la puntuación obtenida en los reactivos englobados en las mismas, multiplicada por un factor. A partir de los reactivos que configuran la sección de calidad de vida se puede calcular el índice de calidad de vida.

Por medio de la valoración se obtienen las medidas de dispersión y tendencia de cada respuesta; posteriormente se hace el agrupamiento para la valoración y dispersión de cada dominio.

Una vez con los valores de cada dominio se hacen las pruebas estadísticas de dispersión y las no paramétricas para la valoración de la calidad de vida.

A continuación, los dominios se agruparon en dos rubros: el componente físico y el componente mental. El primero está constituido por los dominios de función física, papel físico, dolor y salud general. El mental está integrado por los dominios de vitalidad, función social, papel emocional y salud mental.

Los valores de los componentes físicos y mentales se comparan con los valores de una población de referencia obtenida por Ware y colaboradores en 1992,³ quienes consideraron como normalidad a valores de media de 50 ± 10 . Los valores superiores o inferiores indican mejor o peor estado.

El propósito del presente estudio fue determinar la calidad de vida del paciente ostomizado que asiste a la consulta del Servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México. En este apartado se analizan 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 y se exponen reflexiones finales respecto a las variables aplicadas.

En 1948, la Organización Mundial de la Salud definió la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente a la ausencia de enfermedad o discapacidad.

Se ha intentado distinguir entre estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud; lamentablemente en muchos casos estos términos se utilizan indistintamente para referirse a la salud.

La definición amplia de calidad de vida debe incluir múltiples conceptos como ausencia de alteraciones físicas, necesidades personales cubiertas, vida en libertad, derecho al trabajo y al tiempo libre, entre otras.

La definición de la Organización Mundial de la Salud 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 está inmersa en relación con sus objetivos, normas, esperanzas e inquietudes. Su percepción puede estar influido por su estado de salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales”.

Esta definición, aunque completa, no es práctica, por lo que se modificó con posterioridad. También podría definirse a la calidad de vida como “el valor asignado a la duración de la vida y modificado por el daño, estado funcional, la percepción y oportunidades sociales que es influido por su enfermedad, el daño, el tratamiento o alguna política”.

En otras palabras, es el proceso de cuantificar el impacto de la enfermedad en la vida del paciente y la sensación de sentirse bien.

El cuestionario de salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Para crear el cuestionario se seleccionó el número mínimo de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas de la prueba inicial.

El cuestionario cubre ocho escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

Las 36 preguntas del instrumento cubren las siguientes escalas: función física, papel físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, papel emocional y salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un reactivo de transición sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior, que no se utiliza para el cálculo de las escalas pero proporciona información útil.

En decenios anteriores la determinación del 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 con 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.^{10,11}

La evaluación de la calidad de vida se ha utilizado en diversas investigaciones dentro de la medicina entre las que destacan la descripción de la naturaleza y el alcance de los problemas funcionales y psicosociales que enfrentan los pacientes en diversas etapas de la enfermedad.

El concepto de salud está fundamentado en un marco bio-sociológico, socioeconómico y cultural, conforme los valores positivos y negativos que afectan la vida, la función social y la percepción; por lo tanto, la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional.

De ahí la importancia de medir la calidad de vida, concepto relacionado con el bienestar social y que depende de la satisfacción de las necesidades humanas.

Resultados

La salud de la población estudiada en ese momento, comparada con la de un año antes, tuvo diferencias importantes: era mejor en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, no puede soslayarse que existe un deterioro en relación con la calidad de vida de la población promedio, principalmente por la naturaleza de la enfermedad que lleva a la realización del estoma (neoplasia, enfermedad inflamatoria intestinal, etcétera).

La función física, descrita como la limitación 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. (Apéndice de gráficos - FF)

Los resultados permitieron observar muchas limitantes respecto al papel físico, definido por los problemas con el trabajo y la limitación en otras actividades diarias normales. Es importante hacer énfasis en que la mayoría de la población estudiada estuvo integrada por personas de la tercera edad.

El dolor es una experiencia sensorial y emocionalmente desagradable asociada con daño real o potencial del tejido. Esta definición acentúa la naturaleza subjetiva y psicológica del dolor. Se propone que el dolor se debe entender como una reacción somática que implica una sensación corporal similar a una amenaza, lo que produce incomodidad y otras emociones negativas. 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 en el estado emocional (depresión, ansiedad, estrés). (Apéndice de tablas - Puntuación media - Dolor)

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, aun cuando en su mayoría se trataba de pacientes con enfermedad terminal.

En cuanto a los componentes físicos del cuestionario SF-36 encontramos que nuestra población valorada muestra una media en puntuación de 56, con una desviación estándar de 12.5 +/- logrando rangos de 69 puntos en el umbral máximo y de 43 puntos en el umbral mínimo lo que nos marca una disminución en las labores profesionales de nuestra población debido a la estigmatización del portador de un estoma. (Apéndice de gráficos - PF)

Refiriendo a los factores de modificación en la dieta de nuestra población (DF) encontramos una media de 68 puntos con desviación estándar de 11.4 +/-, logrando rangos en nuestra población de 79 en el límite máximo y de 57, mostrando una calidad dietética de regular a muy buena en los individuos estudiados. (Apéndice de gráficos - DF)

A la recolección de datos que arrojó nuestra población en cuanto a la sección de sexualidad (SG) encontramos una tendencia a la disminución de

la actividad con una media en puntaje de nuestra población de 57.1 puntos, obtuvimos desviación estándar de 14.23, logrando rangos de entre 71 a 43, mostrando una mediana de 55, lo que nos traduce a una disminución importante en la actividad sexual en nuestra población por lo que el tener un estoma inhibe el comportamiento sexual de nuestra población o por lo menos disminuye su prioridad. (Apéndice de gráficos - SG)

La vitalidad de la población se encontró en el rango de buena a muy buena; los pacientes indicaron sentirse un poco agotados, pero con energía casi siempre. Logramos la recolección en la media de nuestra población un resultado de 68.3 con una desviación estándar de 12.3 +/- con un rangos dentro de nuestra población de 80 como máximo y 56 como mínimo, obteniendo así una mediana de 68.7, entrando en la categoría de calidad de vida antes descrita, a pesar de sentirse un poco agotados. (Apendice de gráficos - VIT)

La función social se afectó en un pequeño porcentaje de pacientes, principalmente en el área de trabajo, sin embargo, no deterioró las relaciones familiares. Encontrando en cuanto a los componentes mentales del cuestionario SF-36 encontrando una media de 67 puntos con desviación estándar de 11.38 cubriendo la totalidad en la puntuación, con una mediana de 70 puntos. (Apéndice de gráficos - FS)

Respecto al ámbito emocional, el grupo estudiado expresó que el tiempo que dedicaba al trabajo disminuyó, así como que en ocasiones no podía hacer todo lo que le hubiera gustado o con el mismo cuidado con que lo hacía antes. Obtuvimos al análisis de recolección de datos que en nuestra población se encontró una media de 71.4 puntos con una desviación estándar de 11.4 +/- logrando un rango de 82 puntos como limite mayor y de 60 puntos de limite menor, entrando así una disminución a las labores en la vida diaria. (Apendice de gráficos - PE)

En la categoría del manejo del estoma encontramos que la población estudiada obtiene un media de 70 puntos con desviación estándar de 11.9,

logrando rangos de 81 a 59 puntos, además obtuvimos una mediana de 72 puntos lo que califica a nuestra población estudiada con un adecuado entendimiento del manejo de su estoma. (Apéndice de gráficos - PCM)

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. Se obtuvieron como puntaje de la media en nuestra población de 68.6 puntos con una desviación estándar de 12.2 +/- logrando un rango de 80 puntos como limite mayor y de 56 puntos de limite menor con una mediana de 70, demostrando una tendencia a la anhedonia, intranquilidad y depresión, por lo que el tratamiento mediante psicoterapia y los inhibidores de la recaptura de la serotonina podrían ser un estudio a realizar en futuras series. (Apendice de gráficos - SM)

La calidad de vida de los pacientes ostomizados del Servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México fue buena al compararla con la calidad de vida de una población patrón normal (o con normalidad según Ware³) y con población con otras enfermedades o cirugías,^{7,12,13} es decir, tuvo una media de 50% y una desviación estándar de 10, no tan debajo de ésta, excepto en el papel físico y en la salud general. (Apendice de gráficos - CV)

Conclusiones:

Según el análisis de los resultados de los cuestionarios de salud aplicados la calidad de vida de la población estudiada fue buena, aceptable de acuerdo con el estándar de la calidad de vida. El miedo a la fuga de material fecal por el estoma y el ámbito sexual fueron las dimensiones más afectadas y a su vez fueron responsables de la disminución en el índice de la calidad de vida.

El cuestionario de salud general SF-36 y el cuestionario específico de Montreux mostraron, como en otras investigaciones, 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 deberse a la existencia de medidas educacionales y terapéuticas, así como al seguimiento del servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México proporcionada a los enfermos.

REFERENCIAS

1. Alves A1, Panis Y, Trancart D, Regimbeau JM, Pocard M, Valleur P. Factors associated with clinically significant anastomotic leakage after large bowel resection: multivariate analysis of 707 patients. *World J Surg*. 2002 Apr;26(4):499-502. Epub 2002 Feb 4.
2. Chambers WM, Mortensen NJ. Postoperative leakage and abscess formation after colorectal surgery. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2004;18:865–880.
3. Bruce J, Krukowski ZH, Al-Khairi G, et al. Systematic review of the definition and measurement of anastomotic leak after gastrointestinal surgery. *Br J Surg* 2001;88:1157–1168.
4. Peel AL, Taylor EW. Proposed definitions for the audit of postoperative infection: a discussion paper. Surgical Infection Study Group. *Ann R Coll Surg Engl* 1991;73:385–388.
5. Alves A, Panis Y, Pocard M, et al. Management of anastomotic leakage after nondiverted large bowel resection. *J Am Coll Surg* 1999;189:554–559.
6. Rullier E, Laurent C, Garrelon JL, et al. Risk factors for anastomotic leakage after resection of rectal cancer. *Br J Surg* 1998;85: 355–358.

7. Law WI, Chu KW, Ho JW, Chan CW. Risk factors for anastomotic leakage after low anterior resection with total mesorectal excision. *Am J Surg* 2000;179:92–96.
8. Lipska MA, Bissett IP, Parry BR, Merrie AE. Anastomotic leakage after lower gastrointestinal anastomosis: men are at a higher risk. *ANZ J Surg* 2006;76:579–585.
9. Alberts JC, Parvaiz A, Moran BJ. Predicting risk and diminishing the consequences of anastomotic dehiscence following rectal resection. *Colorectal Dis* 2003;5:478–482.
10. Alves A, Panis Y, Trancart D, et al. Factors associated with clinically significant anastomotic leakage after large bowel resection: multivariate analysis of 707 patients. *World J Surg* 2002;26:499–502.
11. Makela JT, Kiviniemi H, Laitinen S. Risk factors for anastomotic leakage after left-sided colorectal resection with rectal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 2003;46:653–660.
12. Sorensen LT, Jorgensen T, Kirkeby LT, et al. Smoking and alcohol abuse are major risk factors for anastomotic leakage in colorectal surgery. *Br J Surg* 1999;86:927–931.
13. Golub R, Golub RW, Cantu R Jr, Stein HD. A multivariate analysis of factors contributing to leakage of intestinal anastomoses. *J Am Coll Surg* 1997;184:364–372.

14. Biondo S, Pares D, Kreisler E, et al. Anastomotic dehiscence after resection and primary anastomosis in left-sided colonic emergencies. *Dis Colon Rectum* 2005;48:2272–2280.
15. Choi HK, Law WL, Ho JW. Leakage after resection and intraperitoneal anastomosis for colorectal malignancy: analysis of risk factors. *Dis Colon Rectum* 2006;49:1719–1725.
16. Vignali A, Fazio VW, Lavery IC, et al. Factors associated with the occurrence of leaks in stapled rectal anastomoses: a review of 1,014 patients. *J Am Coll Surg* 1997;185:105–113.
17. Platell C, Barwood N, Dorfmann G, Makin G. The incidence of anastomotic leaks in patients undergoing colorectal surgery. *Colorectal Dis* 2007;9:71–79.
18. Konishi T, Watanabe T, Kishimoto J, Nagawa H. Risk factors for anastomotic leakage after surgery for colorectal cancer: results of prospective surveillance. *J Am Coll Surg* 2006;202:439–444.
19. Koretz RL. Do data support nutrition support? Part I: intravenous nutrition. *J Am Diet Assoc* 107:988–996, 2007; quiz 98.
20. Merad F, Yahchouchi E, Hay JM, et al. Prophylactic abdominal drainage after elective colonic resection and suprapromontory anastomosis: a multicenter study controlled by randomization. French Associations for Surgical Research. *Arch Surg* 1998;133: 309–314.

21. Urbach DR, Kennedy ED, Cohen MM. Colon and rectal anastomoses do not require routine drainage: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 1999;229:174–180.
22. Yeh CY, Changchien CR, Wang JY, et al. Pelvic drainage and other risk factors for leakage after elective anterior resection in rectal cancer patients: a prospective study of 978 patients. *Ann Surg* 2005;241:9–13.
23. Naraynsingh V, Rampaul R, Maharaj D, et al. Prospective study of primary anastomosis without colonic lavage for patients with an obstructed left colon. *Br J Surg* 1999;86:1341–1343.
24. Smith SR, Connolly JC, Gilmore OJ. The effect of faecal loading on colonic anastomotic healing. *Br J Surg* 1983;70:49–50.
25. Schein M, Assalia A, Eldar S, Wittmann DH. Is mechanical bowel preparation necessary before primary colonic anastomosis? An experimental study. *Dis Colon Rectum* 1995;38:749–752, discussion 52_54.
26. Miettinen RP, Laitinen ST, Makela JT, Paakkonen ME. Bowel preparation with oral polyethylene glycol electrolyte solution vs no preparation in elective open colorectal surgery: prospective, randomized study. *Dis Colon Rectum* 43:669–675, 2000; discussion 75_77.
27. Ram E, Sherman Y, Weil R, et al. Is mechanical bowel preparation mandatory for elective colon surgery? A prospective randomized study. *Arch Surg* 2005;140:285–288.

28. Docherty JG, McGregor JR, Akyol AM, et al. Comparison of manually constructed and stapled anastomoses in colorectal surgery
29. Karanjia ND, Corder AP, Bearn P, Heald RJ. Leakage from stapled low anastomosis after total mesorectal excision for carcinoma of the rectum. *Br J Surg* 1994;81:1224–1226.
30. Hyman N, Manchester TL, Osler T, et al. Anastomotic leaks after intestinal anastomosis: it's later than you think. *Ann Surg* 2007;245:254–258.
31. Matthiessen P, Hallbook O, Rutegard J, et al. Defunctioning stoma reduces symptomatic anastomotic leakage after low anterior resection of the rectum for cancer: a randomized multicenter trial. *Ann Surg* 2007;246:207–214.
32. Freek Daams, Zhouqiao Wu, Max Jef Lahaye, Johannus Jeekel, and Johan Frederik Lange Prediction and diagnosis of colorectal anastomotic leakage: A systematic review of literature *World J Gastrointest Surg.* Feb 27, 2014; 6(2): 14–26.

APÉNDICE DE TABLAS

Componentes físicos del cuestionario SF-36					
	FF	PF	DF	SG	PCF
Media	67.04	56.06	68.28	57.16	62.14
DE	11.39	13.51	11.47	14.23	12.65
Mediana	70	56.25	67.5	55	62.18

Componentes mentales del cuestionario SF-36					
	VIT	FS	PE	SM	PCM
Media	68.37	71.53	71.48	68.67	70.01
DE	12.38	11.45	11.89	12.21	11.98
Mediana	68.75	75	75	70	72.18

Puntuación media en los apartados de la sección de calidad de vida y el índice de vida Montreux	
Variables	Puntos
Bienestar psicológico	76.4
Bienestar físico	68.8
Imagen corporal	70.5
Dolor	67.4
Actividad sexual	60.8
Nutrición	78.1
Preocupaciones sociales	81.2
Manejo del estoma	79.4
Índice de calidad de vida	73.1

Características socio demográficas			
Sexo		n	%
	Hombres		143

Características socio demográficas			
Edad (años)	Mujeres	140	48.2
	Rango	19 - 79	-
Escolaridad	Media	55.32	-
	Analfabeta	15	6.0
	Primaria	133	39.7
	Media	136	43.3
Situación laboral	Superior	19	10.8
	Empleados	123	27.7
Religión	Desempleados	160	72.2
	Católica	182	98.7
	Otra	11	1.2

Estado y características del estoma de la población estudiada			
		pacientes	Porcentaje
Variables	n=	283	100
Motivo del estoma			
	Neoplasia	42	14.8
	Enfermedad inflamatoria intestinal	19	6.7
	Protección	22	7.7
	sepsis anorrectal	24	24.3
Tiempo de evolución	Enfermedad diverticular del colon	79	27.9
	Otros	97	34.2

	Rango	3 a 300 meses	--
	Media	51.2 meses	--
Tipo de estoma			
	Colostomía	213	75.2
	ileostomía	70	24.7
Estado del estoma			
	Bien construido	219	77.3
	Plano	44	15.5
	Retracción	20	7.0
Piel periestomal			
	Normal	275	97.1
consistencia de la materia fecal	Eritema	8	2.8
	Líquido	11	3.8
	Pastoso	35	12.3
Complicaciones	Sólido	237	83.7
	Hernia periestomal	5	1.7
	Prolapso	2	0.70
	Retracción	20	7.0
	Ninguna	256	90.4

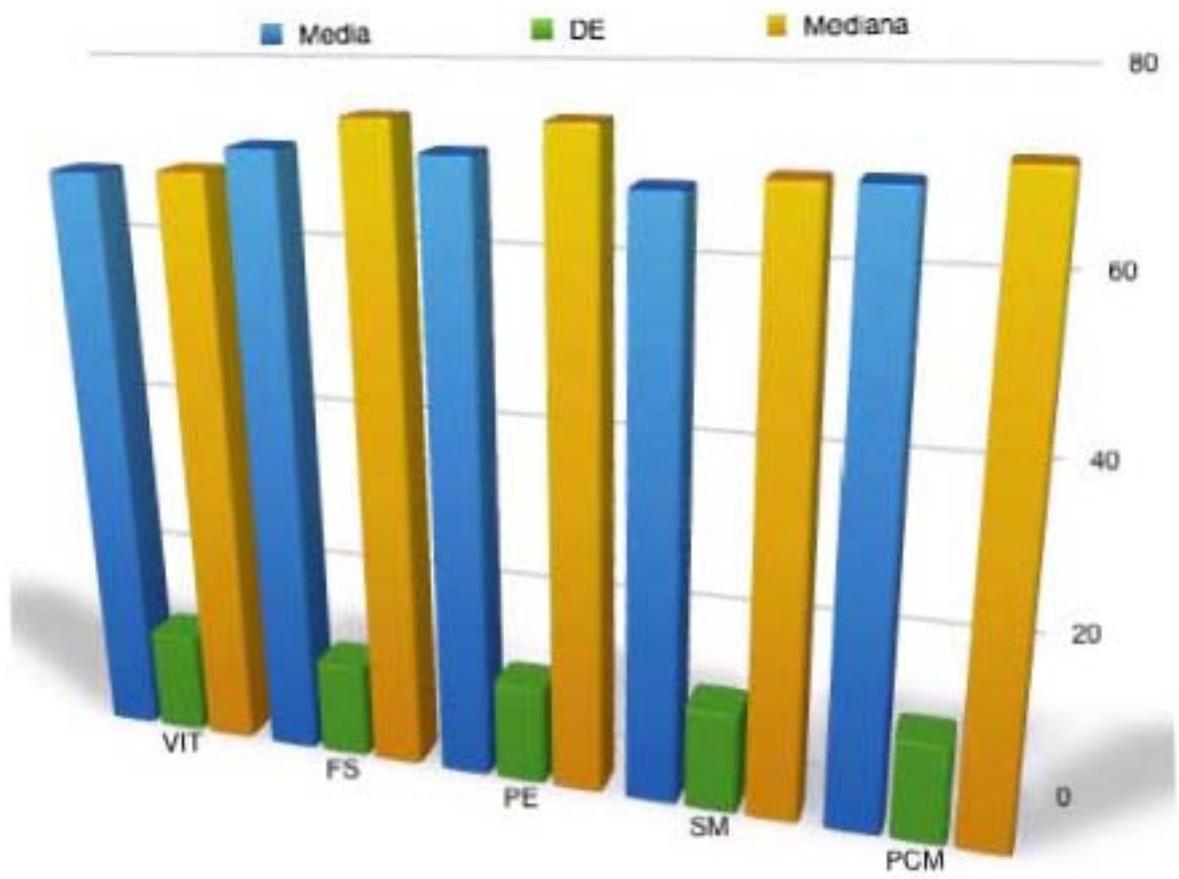
Albumina		
N	Válidos	255
	Perdidos	28
Media		3.7
Mediana		4.0
Moda		4.0
Desv. típ.		.6
Varianza		.4
Rango		2.3
Mínimo		2.7
Máximo		5.0
Suma		208.0

ALBUMINA

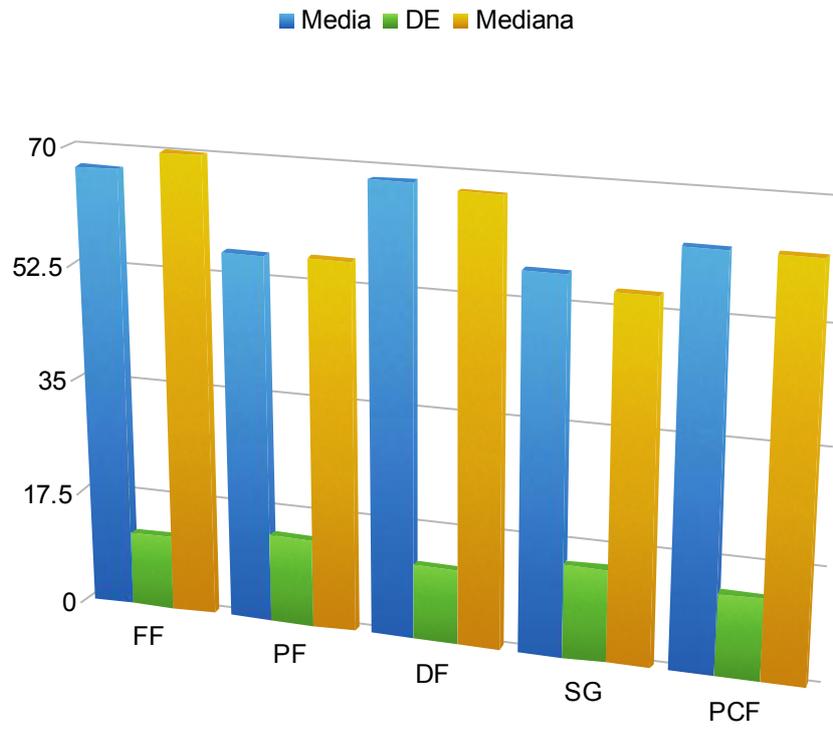
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2.70	6	5.7	10.9	10.9
2.90	3	2.8	5.5	16.4
3.00	3	2.8	5.5	21.8
3.20	1	.9	1.8	23.6
3.40	3	2.8	5.5	29.1
3.50	5	4.7	9.1	38.2
3.60	1	.9	1.8	40.0
3.70	3	2.8	5.5	45.5
Válidos 4.00	13	12.3	23.6	69.1
4.10	3	2.8	5.5	74.5
4.20	1	.9	1.8	76.4
4.40	3	2.8	5.5	81.8
4.50	4	3.8	7.3	89.1
4.60	3	2.8	5.5	94.5
5.00	3	2.8	5.5	100.0
Total	55	51.9	100.0	
Total	283	100.0		

Apéndice de Gráficos

Componentes mentales

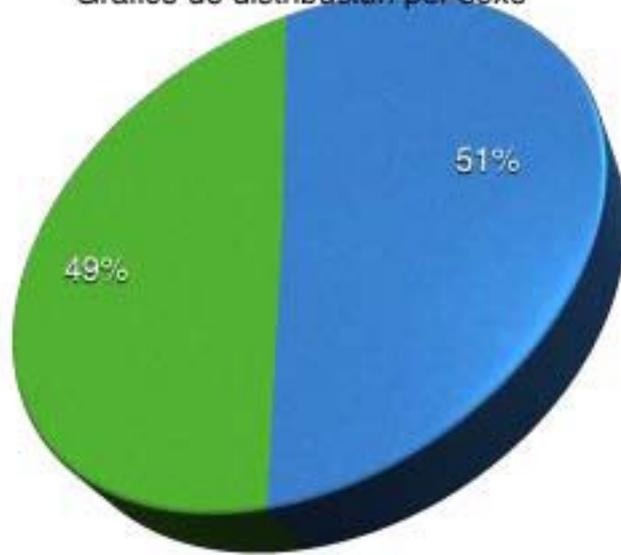


Componentes físicos



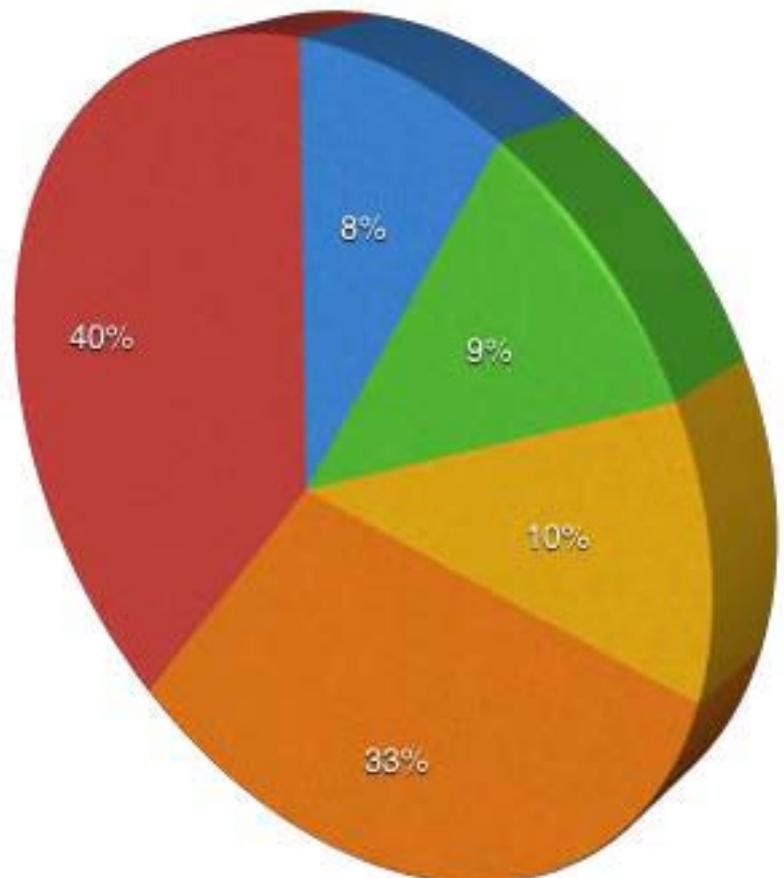
● Hombres ● Mujeres

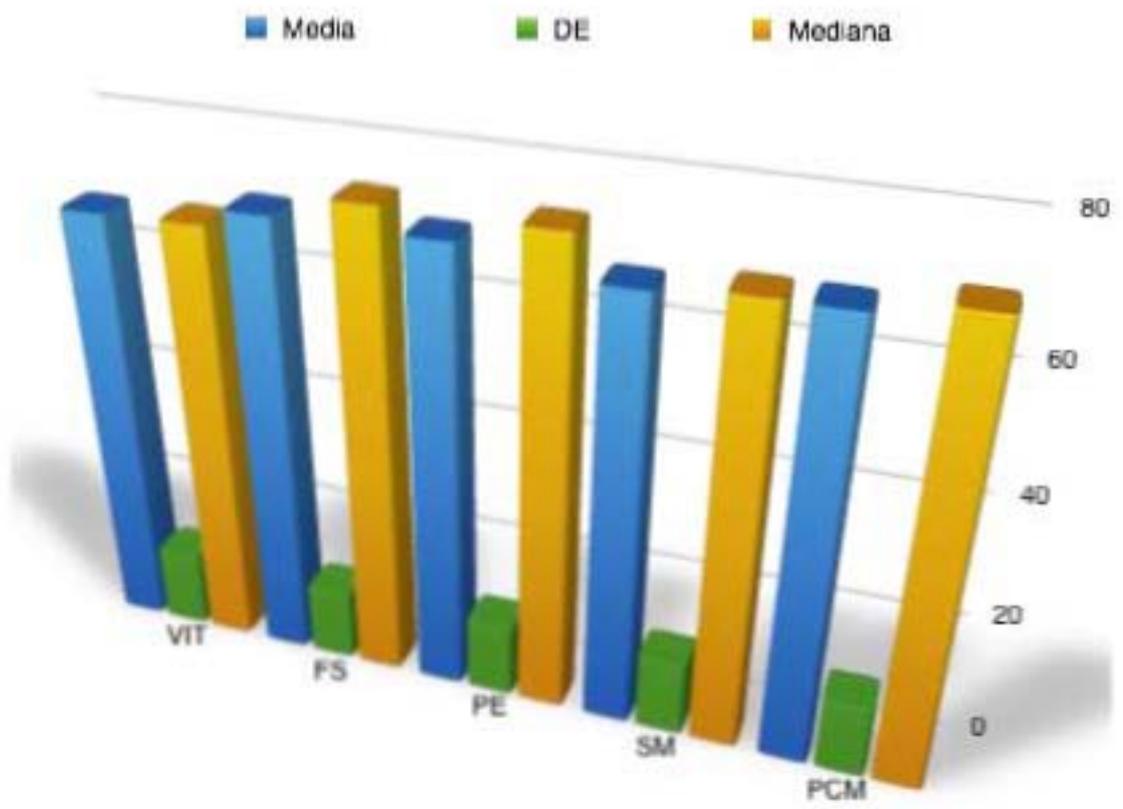
Grafico de distribucion por sexo



Etiologia del estoma

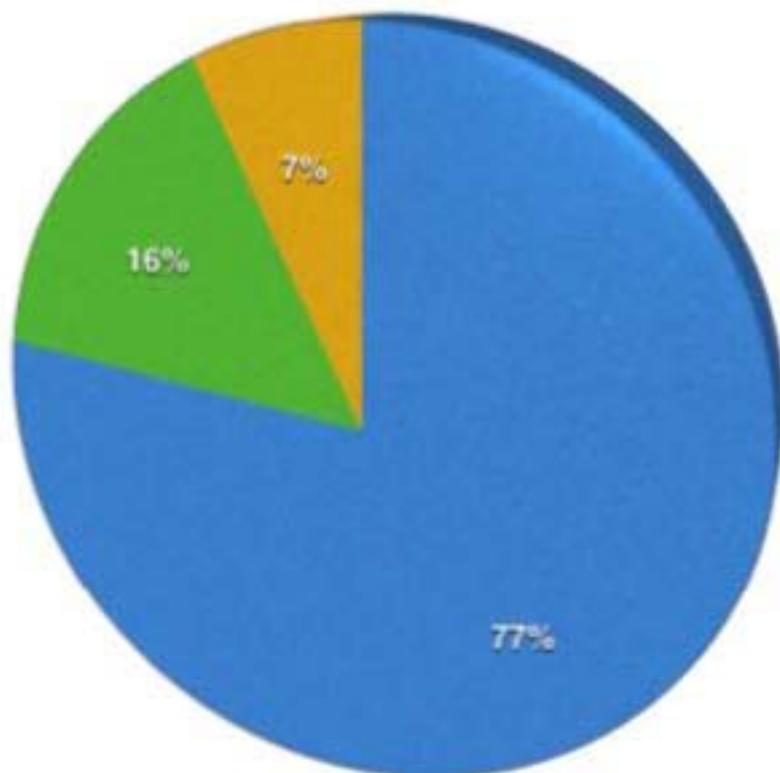
● Enfermedad inflamatoria intestinal ● Proteccion ● sepsis anorrectal
● Enfermedad diverticular del colon ● Otros



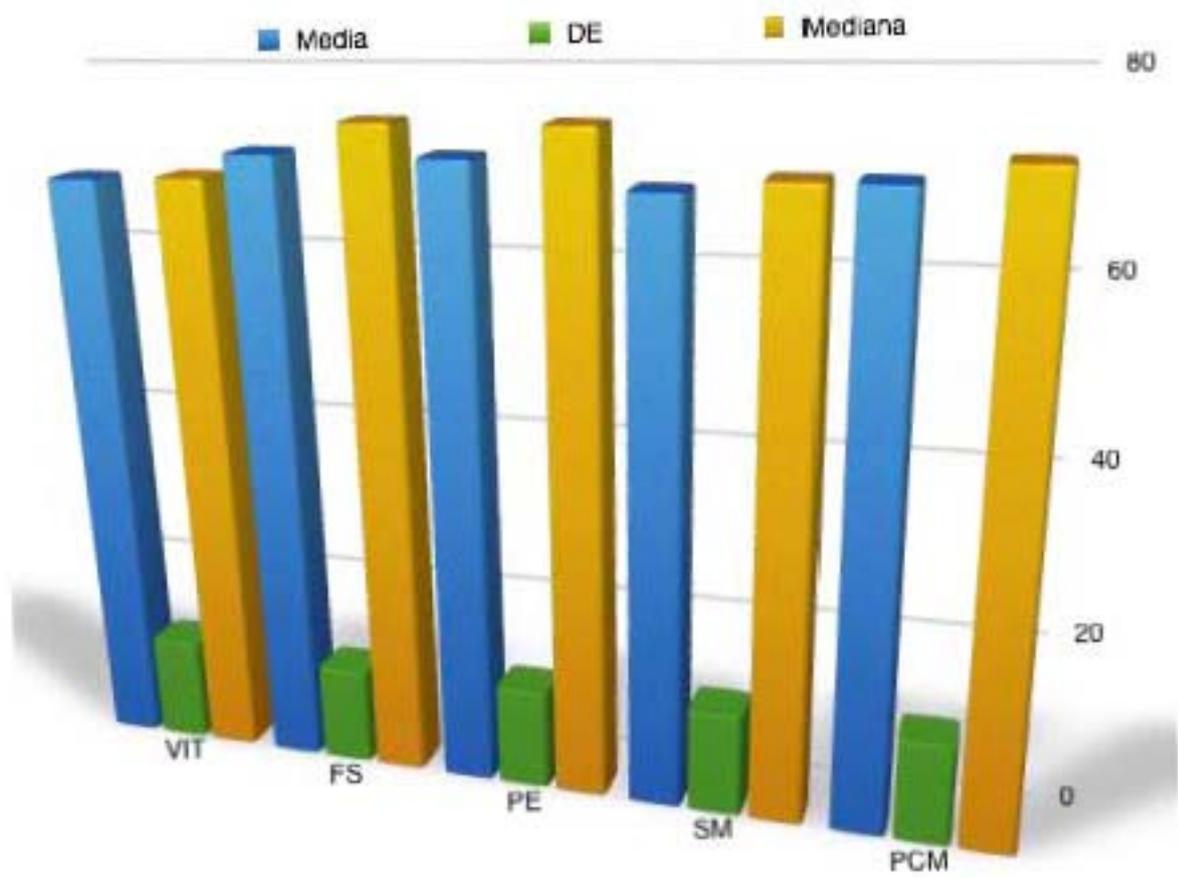


Constitucion del estoma

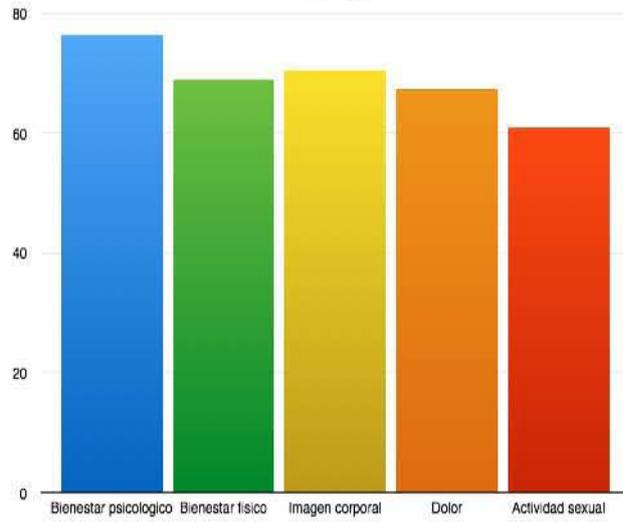
- Bien construido
- Plano
- Retraccion

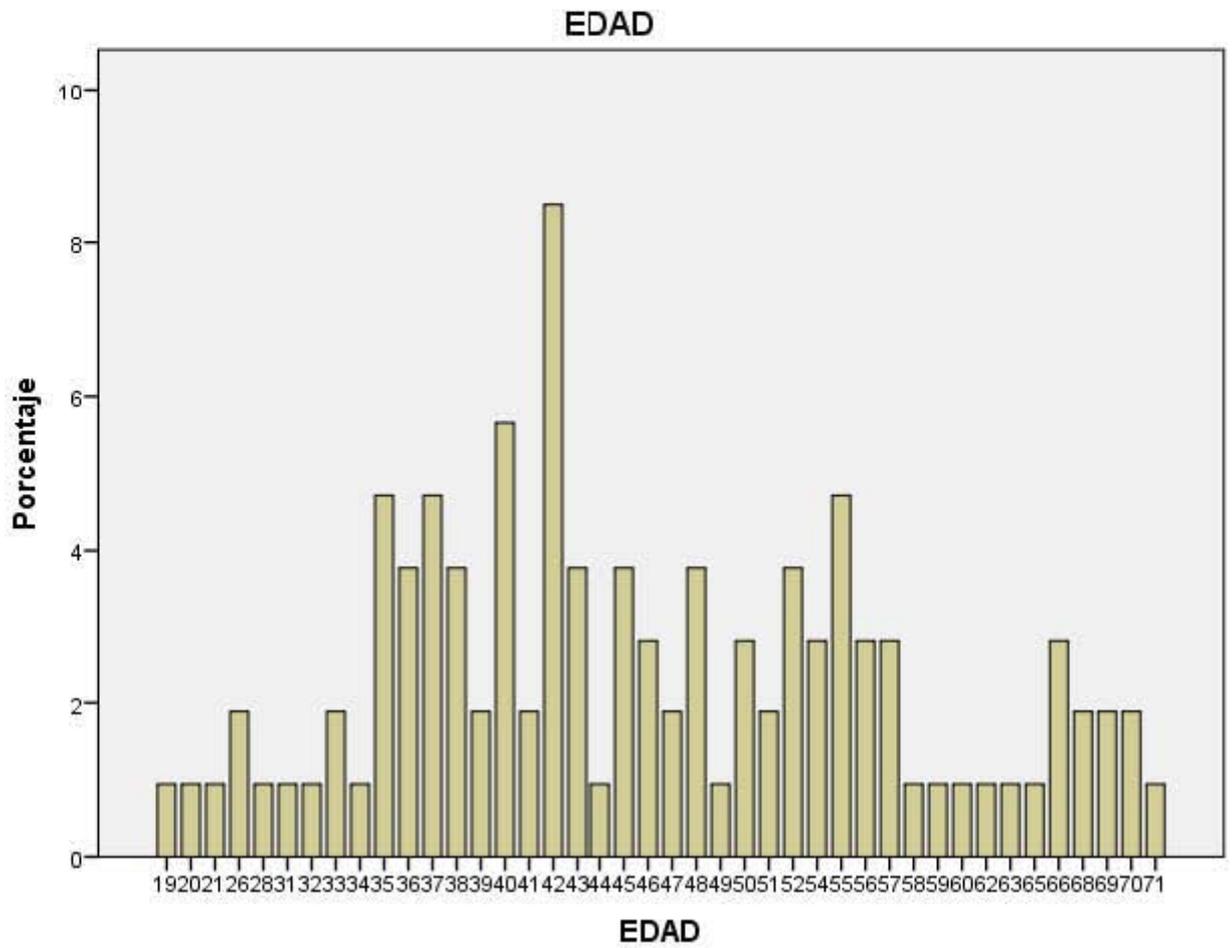


Componentes mentales



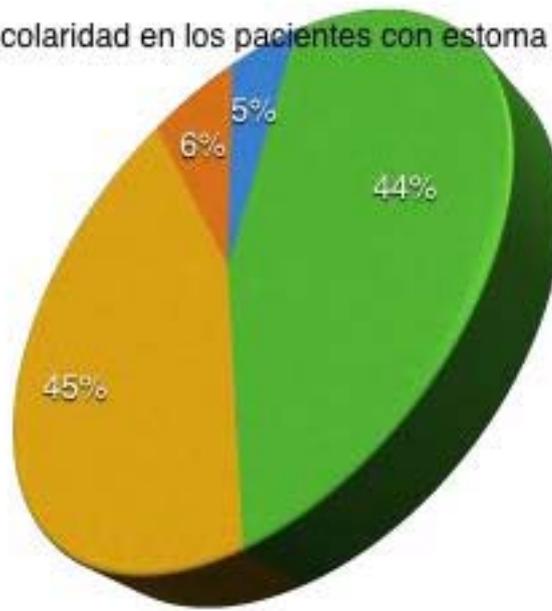
Puntuacion media en los apartados de la sección de calidad de vida(indice de vida Montreux)





Tiempo promedio = 2:56 horas
 Tiempo mínimo = 1 hora
 Tiempo mayor = 6 horas

Escolaridad en los pacientes con estoma



Nivel de conocimientos en pacientes con estoma

